

RAPPORT DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Étude exploratoire de la santé et de la sécurité du travail du personnel des ressources intermédiaires d'hébergement destinées aux adultes autistes et/ou ayant une déficience intellectuelle

MARS 2026

Préparé par :

Valérie Martin, Ph.D., Département d'organisation et ressources humaines,
École des sciences de la gestion, UQAM; Institut universitaire en déficience
intellectuelle et autisme, martin.valerie.3@uqam.ca

Jessica Dubé, Ph.D., Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité
du travail, jessica.dube@irsst.qc.ca

Marie-Michèle Dufour, Ph.D., ps.éd, École de psychoéducation, Université de
Montréal; Institut universitaire en déficience intellectuelle et autisme, marie-michele.dufour@umontreal.ca

Katia Kutlesa, étudiante au doctorat, coordonnatrice de recherche, Département
de psychologie, UQAM

Collaboratrices et collaborateurs :

Andrée-Anne Lachapelle, auxiliaire de recherche

Roxane Poulin, auxiliaire de recherche

Martin Valian, auxiliaire de recherche

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail pour l'octroi d'une subvention permettant la réalisation de ce projet

Nous souhaitons remercier l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) pour leur collaboration à la collecte d'information pour ce projet.

Nous souhaitons également remercier les CISSS et les CIUSSS ayant accepté de diffuser de l'information sur le projet auprès des ressources intermédiaires sur leur territoire et ayant permis à leur professionnel·les de participer à des entrevues.

Nous remercions de plus les personnes qui ont échangé avec nous pour développer ce projet ou au cours de ce projet, qu'elles soient chercheuses et chercheurs, travaillant au sein d'organismes de défense des droits, des personnes autistes et/ou ayant une déficience intellectuelle ou leurs proches.

SOMMAIRE

Un nombre important d'adultes autistes et/ou présentant une déficience intellectuelle (DI) ne peuvent vivre de façon pleinement autonome à l'âge adulte en raison de leurs besoins de soutien pour les activités de la vie quotidienne. Les ressources intermédiaires (RI) sont des milieux d'hébergement collectifs offrant des services de soutien et d'assistance. Les RI destinées aux adultes autistes et/ou ayant une DI sont généralement de petites organisations, hébergeant souvent moins d'une dizaine de personnes et comportant un nombre limité d'employé-es. La gestion intégrée des risques à la santé et à la sécurité du travail (SST) dans ces RI peut se révéler complexe, car elles comportent plusieurs caractéristiques associées à de plus grands obstacles dans la mise en place de stratégies d'intervention en prévention.

Cette étude exploratoire vise à mieux comprendre les risques à la SST auxquels est exposé le personnel œuvrant dans ces RI. Elle cherche également à identifier les facteurs facilitant ou contraignant la mise en place de stratégies de prévention adaptées à ces milieux. Le projet repose sur un devis méthodologique mixte combinant une collecte de données par questionnaires, des entrevues semi-dirigées individuelles et de groupe, ainsi qu'une analyse documentaire. Nos participant-es sont personnes travaillant dans les RI ou en collaboration étroite avec celles-ci, ainsi que des personnes expertes.

Les résultats de notre étude mettent en lumière des risques importants affectant la santé physique et psychologique du personnel. Les personnes hébergées éprouvent des besoins en soutien importants et peuvent adopter des comportements défis, découlant de vulnérabilités biologiques et psychosociales, notamment lorsqu'elles sont dans un environnement ne correspondant pas adéquatement à leurs besoins. Nos résultats rejoignent ainsi les constats de la littérature en ce qui concerne la présence de risque d'agression envers le personnel dans ces milieux. Le manque de ressources, l'insuffisance des services spécialisés destinés à la clientèle et le soutien limité offert aux équipes et aux responsables de RI contribuent aussi à la création et au maintien de conditions de travail comprenant plusieurs risques psychosociaux, y compris ceux découlant des comportements des résident-es.

L'ampleur de ces risques et leur prévention sont étroitement liées à la structure actuelle du système d'hébergement. La prévention de ces risques ne peut donc reposer uniquement sur l'action des RI elles-mêmes, en tant qu'employeur. Elle nécessite une collaboration étroite et soutenue avec les CISSS/CIUSSS, ainsi qu'une prise de responsabilité claire de la part du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), dont les orientations et politiques influencent fortement les conditions dans lesquelles ce travail est exercé. Une action véritablement transformatrice implique de reconnaître que le bien-être du personnel est une condition essentielle à la qualité et à la pérennité des services offerts. À défaut d'actions prenant en compte le travail réel réalisé dans les RI auprès de la clientèle, les risques documentés dans cette étude sont appelés à se maintenir, voire à s'aggraver, autant au détriment des personnes hébergées que de celles et ceux qui en prennent soin.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. ÉTAT DES CONNAISSANCES	3
1.1 Les personnes autistes et/ou ayant une DI et ayant des besoins de soutien.....	3
1.2 Les ressources intermédiaires hébergeant les personnes autistes et/ou ayant une DI	4
1.3 La SST dans les petites entreprises.....	5
1.4 Les caractéristiques du personnel travaillant en milieux d'hébergement pour personnes autistes et/ou ayant une DI	6
1.5 Les risques à la SST du personnel travaillant auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI	7
1.5.1 Risques psychosociaux liés au contact avec la clientèle	7
1.5.2 Risques psychosociaux liés aux conditions du milieu de travail	8
1.5.3 Risques biologiques et risques biomécaniques	9
1.5.4 Risques physiques, chimiques et de sécurité	10
1.5.5 Conséquence sur la santé physique et la santé psychologique	10
1.5.6 Effets sur les organisations.....	11
1.6 La prévention intégrée des risques à la SST.....	12
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	14
3. MÉTHODOLOGIE	14
3.1 Cadre conceptuel.....	14
3.2 Cadre méthodologique.....	15
3.2.1 Phase 1 du projet	15
3.2.2 Phase 2 du projet	19
3.3 Certificat éthique.....	20
4. RÉSULTATS	21
4.1 Portrait des risques de SST	21
4.1.1 Risques d'agression : un écart de perception marqué entre gestionnaires et employé-es.....	23
4.1.2 Stress, fatigue et risques psychosociaux	24
4.1.3 Bruit : un facteur qui contribue aux risques psychosociaux.....	25
4.1.4 Risques biologiques et contexte post-COVID	25
4.1.5 Effets sur la santé physique et psychologique et sur l'organisation.....	25
4.2 Mesures de prévention des risques	27

4.2.1	Prévention des risques psychosociaux découlant du comportement de la clientèle	27
4.2.2	Prévention des risques psychosociaux découlant des conditions du milieu de travail	30
4.2.3	Prévention des risques biologiques, biomécaniques, physiques et à la sécurité.....	31
4.3	Les enjeux de la prévention des risques à la SST dans les RI	32
4.3.1	Les facteurs facilitant la mise en place de moyens de prévention.....	32
4.3.2	Les facteurs propres à la RI contraignant la mise en place de moyens de prévention.....	33
4.3.3	Les facteurs extérieurs à la RI contraignant la mise en place de moyens de prévention	33
5.	DISCUSSION	43
5.1	Du personnel exposé à des risques à la SST importants, affectant la qualité des milieux.....	43
5.2	Des responsabilités légales en matière de prévention face à des moyens d'action contraints	44
5.3	Une prévention devant se baser sur le travail réel et la formation du personnel.....	45
5.4	La prévention comme responsabilité partagée entre plusieurs parties prenantes.....	47
5.5	Limites de l'étude	48
5.6	Recherches futures.....	48
5.7	Contributions de notre étude.....	49
	CONCLUSION.....	50
	BIBLIOGRAPHIE	51
	ANNEXE A – Canevas d'entrevue.....	63
A.1	Canevas d'entrevue – personnes employées.....	63
	ANNEXE B – Arbre thématique	66
B.1	Arbre thématique principal	66

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques sociodémographiques des employé·s.....	17
Tableau 2.	Présence des risques à la SST dans les RI	21

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Recrutement des personnes participantes — phase 115

Figure 2. Parties prenantes entourant les RI35

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Acronyme	Définition
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
FQA	Fédération québécoise de l'autisme
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSSS	<i>Loi sur la santé et les services sociaux</i>
LSST	<i>Loi sur la santé et la sécurité du travail</i>
MGE	Moyenne et grande entreprise
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIT	Organisation internationale du travail
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PAE	Programme d'aide aux employés
PE	Petite entreprise
RAC	Ressources à assistance continue
RI	Ressources intermédiaires
RTF	Ressources de type familial
SST	Santé et sécurité du travail
TC	Trouble de comportement
TGC	Trouble grave de comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

INTRODUCTION

Un nombre important d'adultes autistes et/ou ayant une déficience intellectuelle (DI) ne peuvent vivre de façon pleinement autonome à l'âge adulte étant donné leurs besoins en soutien pour les activités de la vie quotidienne. Les personnes ne pouvant pas résider avec des proches ont donc besoin d'un milieu d'hébergement à long terme. On estime que 0,8 % de la population adulte québécoise, soit 55 280 personnes, ont une incapacité liée au développement, catégorie incluant les personnes autistes et/ou ayant une DI (Office des personnes handicapées du Québec, 2022). Chez celles ayant un dossier ouvert dans le réseau de la santé et des services sociaux en raison de leur condition autiste et/ou de DI, environ 9 000 sont présentement hébergés dans des milieux de vie substituts (Rancourt et Ragot, 2024). La forte augmentation des diagnostics d'autisme dans les dernières décennies (Noiseux, 2019) et l'allongement de la durée de vie des personnes ayant une DI (Patja *et al.*, 2000) augmentera les besoins d'hébergement pour ces personnes dans le futur. Le nombre de places d'hébergement a pourtant diminué au cours des dix dernières années (Ragot et Rancourt, 2025).

La *Loi sur la santé et les services sociaux* (LSSS) prévoit plusieurs types d'hébergement destiné aux personnes ayant besoin de soutien en lien avec leurs conditions de santé. Les ressources de type familial (RTF) sont des citoyen·nes accueillant des personnes dans leur foyer en échange d'une rétribution financière. Les ressources intermédiaires (RI) sont des personnes physiques ou morales, à but lucratif ou non lucratif, qui gèrent des milieux de vie de groupe comportant des services de soutien et d'assistance¹. Les ressources à assistance continue (RAC) sont destinées spécifiquement aux personnes autistes et/ou ayant une DI et font partie des Centres intégrés de santé et de services sociaux ou des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS). Elles offrent un milieu de vie institutionnel comportant un encadrement structuré pour les personnes ayant une situation clinique ou des besoins de services de réadaptation complexes (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2021 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2017). Malheureusement, la disponibilité et la qualité des milieux de vie destinés aux personnes autistes et/ou ayant une DI est jugée insuffisante (Fédération québécoise de l'autisme, 2019 ; MSSS, 2016b).

La présente étude porte sur le personnel travaillant dans les RI au Québec, hébergeant les adultes autistes et/ou ayant une DI. On compte 483 RI hébergeant 3 804 personnes autistes et/ou ayant une DI (Association des ressources intermédiaires d'hébergement [ARIHQ], 2025). Ces RI hébergent souvent moins d'une dizaine de personnes et comportant un nombre limité d'employé·es, avec un ratio estimé à 6,3 équivalents temps

¹ Certaines RI peuvent aussi prendre la forme de maison de chambres, d'appartements supervisés ou d'autres types de milieux (MSSS, 2016a)

plein par résident (Castonguay, 2012). Ces organisations comportent aussi plusieurs caractéristiques associées à de plus grands obstacles dans la mise en place d'intervention en prévention. Par exemple, elles sont de petites tailles; elles œuvrent dans un secteur d'activité comportant des risques à la SST; elles disposent de ressources financières et humaines limitées à dédier à la prévention ou au respect des obligations légales; leur culture organisationnelle et les risques psychosociaux dépendent fortement du comportement du propriétaire; et la survie de leur entreprise peut être facilement menacée (Hasle et Limborg, 2006).

Travailler auprès de personnes autistes et/ou ayant une DI implique d'interagir au quotidien avec une clientèle ayant parfois des altérations importantes sur le plan de la communication et des interactions sociales, des difficultés à comprendre leur environnement ou qui peuvent présenter des sensibilités sensorielles. Le personnel qui les entoure doit apprendre à communiquer différemment, à observer et décoder leurs comportements pour les comprendre et répondre adéquatement à leurs besoins. Malgré le besoin de connaissances et de compétences ciblées, le MSSS n'impose aucune exigence de qualification en lien avec la clientèle pour travailler en RI (MSSS, 2020).

La littérature constate que le personnel travaillant auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI est à risque de vivre du stress et de l'épuisement (Lunsky *et al.*, 2014 ; Ryan *et al.*, 2021). Il l'est d'autant plus lorsqu'il est exposé à des gestes de violence physique de la part de la clientèle (Ryan *et al.*, 2021). En effet, les personnes autistes et/ou ayant une DI qui sont hébergées en raison de leurs besoins en soutien, sont susceptibles de présenter des comportements défis. Ces comportements sont définis comme étant atypiques, d'une intensité, d'une fréquence et d'une durée significative, mettant à risque l'intégrité physique des personnes elles-mêmes ou des autres (Hastings *et al.*, 2013). De plus, des conditions de travail susceptibles d'entraîner du stress et de l'épuisement chez le personnel sont aussi fréquentes dans les RI destinées à cette clientèle : horaires atypiques, formation insuffisante, soutien restreint, surcharge de travail, faible pouvoir décisionnel, reconnaissance limitée, roulement de personnel élevé, changements organisationnels fréquents, coupures budgétaires et gestion basés sur des indicateurs de performance (Kieft *et al.*, 2014; Paquet *et al.*, 2020; Ryan *et al.*, 2021). Finalement, les études portant sur le métier de soutien direct à une clientèle en perte d'autonomie, similaire au travail en RI, démontrent qu'il est occupé principalement par des femmes, des personnes de minorités ethniques visibles et des immigrants, un profil sociodémographique généralement associé à la dévalorisation du travail de soins et de soutien quotidien, ainsi qu'à une très faible rémunération (Scales, 2022).

La SST dans les RI au Québec a été très peu étudiée. Notre étude exploratoire vise donc à documenter les risques auxquels le personnel est exposé, les moyens de prévention mis en place dans ces milieux ainsi que les obstacles et les leviers pour prévenir les risques et préserver la santé des personnes œuvrant dans ces ressources d'hébergement.

1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.1 Les personnes autistes et/ou ayant une DI et ayant des besoins de soutien

Le trouble du spectre de l'autisme, selon l'*American Psychiatric Association* ([APA], 2022) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des déficits significatifs et persistants sur le plan de la communication et des interactions sociales, combinés à la présence de comportements et d'intérêts restreints, stéréotypés et répétitifs. Ce diagnostic est donné à l'enfance et touche plus de 2,5 % des jeunes Québécois de 1 à 24 ans (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2025). Rendu à l'âge adulte, le portrait clinique des personnes autistes se complexifie (Magiati *et al.*, 2014). En effet, elles sont plus susceptibles de présenter des conditions de santé mentale et physique additionnelles par rapport à la population générale, par exemple, l'anxiété, la dépression, des problèmes intestinaux ou les allergies (Torenvliet *et al.*, 2025). La DI est caractérisée par un quotient intellectuel et un fonctionnement adaptatif sous la moyenne, constatés à partir de la période de l'enfance ou de l'adolescence (APA, 2022). Selon une méta-analyse d'études internationales, 10,37/1000 personnes ont une DI (Maulik *et al.*, 2011). Les diagnostics d'autisme et de DI peuvent être concomitants ; les personnes devant alors composer avec les difficultés propres à chaque condition. De même, les personnes ayant une DI sont plus susceptibles que les personnes sans DI de présenter des diagnostics sur le plan de la santé physique, comme l'épilepsie et les problèmes intestinaux, sur le plan de la santé mentale ou de la démence (Cooper *et al.*, 2015).

Les besoins en soutien des personnes autistes et/ou ayant une DI sont grandement variables. Elles peuvent éprouver des besoins de soutien ponctuels, dans certaines sphères de leur vie ou à certains moments de leur vie, ou encore éprouver plusieurs besoins dans différentes activités, allant jusqu'à demander un soutien important dans toutes les activités de la vie quotidienne. Par ailleurs, les besoins en soutien des adultes autistes et/ou ayant une DI peuvent devenir plus complexes avec l'âge, car les enjeux d'habitation, d'emploi, d'occupation socioprofessionnelle ainsi que d'autonomie doivent être pris en compte.

Des personnes autistes et/ou ayant une DI peuvent, dans certaines situations, présenter des comportements défis. Ces comportements peuvent être, par exemple, l'agression (envers soi ou envers autrui), la destruction de biens, des crises de colère, des comportements d'autostimulation, des cris, des fugues ou le refus de suivre des consignes (Hastings *et al.*, 2013). De 10 % à 20 % des individus ayant une DI peuvent présenter des comportements défis (McClintock *et al.*, 2003). La fréquence de ces comportements est quatre fois plus élevée chez les personnes ayant une DI qui ont aussi un diagnostic d'autisme (McCarthy *et al.*, 2010).

Selon Bowring *et al.* (2019) et Hastings *et al.* (2013), les vulnérabilités biologiques et/ou les vulnérabilités psychosociales peuvent expliquer les comportements défis. Les vulnérabilités biologiques peuvent être une perception différenciée des sensations, par exemple, un son habituel est perçu comme étant de très grande intensité par la personne

qui y réagira avec agitation. Elles peuvent aussi découler de problème de santé physique, causant de la douleur que l'individu peut tenter de soulager par des comportements défis, soit parce que ces comportements le distraient de la douleur (par exemple, se frapper soi-même lorsqu'on souffre d'une otite peut aider à réduire la douleur), soit parce qu'ils constituent un moyen de communiquer sa douleur aux autres. Les vulnérabilités psychosociales englobent toute une série de facteurs, notamment les difficultés de la communication, les difficultés d'interaction sociale, le manque d'engagement et les événements négatifs de la vie. Tout comme les vulnérabilités biologiques, les comportements défis peuvent servir à communiquer des difficultés psychosociales lorsque la communication est compromise. Ces comportements peuvent persister en raison d'un renforcement externe provenant des réactions d'autres personnes ou d'un renforcement interne, car ils permettent de satisfaire un désir ou un besoin (par exemple, réduction de la douleur, attention, satisfaction tangible ou évasion). Les répercussions de ces comportements, notamment l'exclusion sociale, l'automutilation, les atteintes à autrui et la consommation de médicaments, peuvent renforcer les vulnérabilités psychosociales associées aux comportements défis (Bowring *et al.*, 2019 ; Hastings *et al.*, 2013). Dans certains cas, les personnes qui ont des manifestations comportementales graves, multiples et persistantes peuvent être considérées comme présentant un trouble grave de comportement (Boisvert & Mercier 2021).

1.2 Les ressources intermédiaires hébergeant les personnes autistes et/ou ayant une DI

La structuration du système d'hébergement actuel destiné aux personnes autistes et/ou ayant une DI s'est constitué à travers plusieurs années. Le mouvement de désinstitutionnalisation visait à ce que les personnes vulnérables, ayant une DI ou d'autres conditions psychiatriques, vivent dans des milieux non institutionnels, se rapprochant le plus près possible de milieux de vie naturels, afin de favoriser leur participation sociale dans leur communauté, comme tout autre citoyen (Mercier, 1987). Les RI ont été instaurées dans les années 1970 et 1980 pour offrir d'autres choix que les ressources de type familial à une clientèle demandant davantage de soutien et d'encadrement. La LSSS de 1991 a reconnu un statut légal aux RI (MSSS, 2001).

Un premier cadre de référence a été publié en 2001 par le MSSS pour établir les responsabilités des diverses parties prenantes dans le système d'hébergement et répondre à un besoin d'encadrement et d'équité envers les établissements publics de santé et de services sociaux et les RI (MSSS, 2001). Ce cadre prévoyait le rattachement des RI à un établissement par un lien contractuel, ainsi que la responsabilité de ces établissements d'évaluer les responsables des RI et leur capacité de satisfaire aux normes et de garantir des services de qualité (MSSS, 2001). Aujourd'hui, les établissements peuvent recruter de nouvelles RI par un appel d'offres ou parfois par des ententes de gré à gré (MSSS, 2016a). L'établissement évalue alors leurs compétences de gestion et d'organisation, l'environnement physique du milieu de vie ainsi que l'aptitude à rendre les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers en tenant compte des caractéristiques de l'organisation, dont son personnel (MSSS, 2016a).

L'Association des ressources intermédiaire d'hébergement du Québec (ARIHQ) représente les RI face aux instances gouvernementales. Ses membres hébergent une variété de clientèle ayant des besoins en soutien dont la majorité est les personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi les personnes ayant de problématiques de santé mentale, de dépendance ou ayant une déficience physique, une DI ou étant autiste (ARIHQ, 2025).

L'ARIHQ a signé une première entente nationale en 2018 avec le MSSS s'appliquant à toutes les RI du Québec, renouvelée plusieurs fois par la suite. L'entente nationale est le principal guide pour déterminer la nature des services offerts par les RI et ceux qui sont offerts par les établissements publics (MSSS et ARIHQ, 2024). Ainsi, les RI doivent fournir des services qualifiés de soutien et d'assistance, alors que l'établissement public est responsable des services médicaux et professionnels. L'entente spécifie les « services communs » à fournir à l'ensemble des résident·es, par exemple la préparation des repas, l'entretien du milieu vie, la gestion des allocations pour les dépenses personnelles des résident·es, mais aussi l'accès aux activités organisées par la ressource ou dans la communauté. Les RI doivent aussi rendre des « services particuliers » à chaque résident·es, en fonction de ses besoins, par exemple l'assister pour s'alimenter ou pour ses soins d'hygiène, l'accompagner dans le contrôle de ses comportements impulsifs ou dans la maîtrise de ses émotions, ou encore favoriser sa socialisation (MSSS, 2016a). Un·e professionnel·le de l'établissement public auquel est rattaché la RI évalue pour chaque résident·e la nature et l'intensité des services à offrir (*Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial*, RLRQ, c. S-4.2, r. 3.1). Depuis 2012, l'utilisation de l'Instrument de classification des services de soutien et d'assistance a standardisé cette évaluation, en établissant 6 niveaux de services.

L'entente nationale prévoit un ensemble de dispositions entourant la rétribution monétaire reçue par les RI pour leurs services. La rétribution dépend d'une échelle selon le niveau de service de chaque résident, en plus d'autres éléments comme les taux associés aux coûts d'opération, aux frais d'administration ou de gestion et aux remboursements de dépenses d'accompagnement des usagers. Ces taux sont déterminés lors de la négociation de l'entente avec le Secrétariat du trésor du gouvernement du Québec. Les conditions de travail et la nature des tâches dans les RI, de même que les relations avec les CISSS/CIUSSS sont donc encadrées par un ensemble de politiques et règles établies sur le plan national.

1.3 La SST dans les petites entreprises

Les RI sont majoritairement de petites organisations (PE) et la littérature scientifique montre que cette petite taille est associée à des défis spécifiques dans l'ensemble des pays dotés de régimes de prévention et d'indemnisation des lésions professionnelles (Hasle et Refslund, 2018 ; Champoux et Brun, 2015). Au Québec, la récente *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail* prévoit d'ailleurs des mécanismes de prévention et de participation distincts pour les entreprises comptant moins de 20

travailleuses et travailleurs. Dans ce contexte de pleine mise en œuvre de la loi, ces entreprises sont désormais tenues d'élaborer un plan d'action en SST et de désigner une personne agissant comme agent·e de liaison en SST.

De nombreux travaux ont mis en évidence l'influence de la taille des entreprises, de leurs caractéristiques structurelles et de celles de leur main-d'œuvre sur la fréquence des lésions professionnelles (Champoux et Brun, 1999). Les personnes travaillant des PE, comparativement à celles travaillant dans les moyennes et grandes entreprises (MGE), sont particulièrement exposées à divers dangers et au cumul des risques, ce qui augmente leur probabilité d'accidents du travail et de maladies professionnelles (Champoux et Prud'homme, 2017). Au Québec, pour la période 2019-2021, 95 686 lésions professionnelles avec perte de temps indemnisée ont été acceptées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) dans les petites entreprises, représentant 15 % de l'ensemble des lésions reconnues.

Par ailleurs, les données issues de l'Enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP) 2014-2015 (Camirand *et al.* 2016) indiquent une exposition importante aux contraintes physiques dans les PE. Ainsi, 53,4 % des travailleur·ses occupent un emploi nécessitant une position debout prolongée (contre 36,3 % dans les MGE), 36,1 % réalisent des gestes répétitifs avec les membres supérieurs (36,7 % dans les MGE) et 23,3 % doivent fournir des efforts à l'aide d'outils, de machines ou d'équipements (20,2 % dans les MGE).

Enfin, certaines caractéristiques organisationnelles propres aux petites entreprises peuvent agir comme facteurs de protection. Les pratiques de soutien social, notamment l'entraide entre collègues et le soutien de la supervision, sont reconnues pour leur rôle préventif en SST (Davezies, 2005). L'EQSP (2014-2015) souligne d'ailleurs que, comparativement aux grandes entreprises, les travailleuses et travailleurs des PE rapportent une autorité décisionnelle plus élevée (68,6 % vs 62,9 %), un plus grand soutien de la supervision immédiate (80,9 % vs 77,4 %), une moindre exposition à une exigence psychologique élevée (27,0 % vs 36,1 %) et une plus faible tension au travail (10,5 % vs 15,4 %). Ces résultats mettent en lumière la complexité des enjeux de SST dans les petites organisations, à la fois marquées par une vulnérabilité accrue aux risques et par la présence de leviers organisationnels favorables à la prévention.

1.4 Les caractéristiques du personnel travaillant en milieux d'hébergement pour personnes autistes et/ou ayant une DI

Nous n'avons pu repérer des informations sur la composition sociodémographique au Québec du personnel travaillant auprès de la clientèle autiste et/ou ayant une DI, et plus spécifiquement en RI. Dans les RI, toutes clientèles confondues, 80 % des 10 000 employé·es sont des femmes (ARIHQ, 2024). De façon plus générale, au Québec, 34 % des préposés aux bénéficiaires, tous employeurs confondus, ont 50 ans et plus, 37 % entre 35 à 49 et 29 % ont moins de 35 ans, chez les auxiliaires en santé et services sociaux, 25 % ont plus de 55 ans (MSSS, 2020). Au Québec, 26,1 % des préposées aux

bénéficiaires sont des femmes immigrantes, cette proportion s'élevant à 47,8 % à Montréal (Statistiques Canada, 2020).

La formation du personnel travaillant auprès de la clientèle autiste et/ou ayant une DI est souvent considérée insuffisante (Ryan *et al.*, 2021). Cette formation est pourtant jugée importante, car le personnel non formé est plus susceptible de donner des attributions négatives aux comportements défis, c'est-à-dire de les considérer comme étant volontaires, capricieux ou manipulateurs (Lowe *et al.*, 2007). De telles perceptions peuvent entraîner des actions restrictives ou punitives de la part du personnel (Björne *et al.*, 2022 ; Hassiotis *et al.*, 2018). Des approches inadéquates ou punitives affectent la qualité des soins et sont susceptibles de maintenir ou aggraver la présence de comportements défis. Par ailleurs, les disciplines professionnelles en santé et services sociaux abordent peu les troubles de comportements graves dans leur cursus de formation (Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement [SQETGC], 2021).

1.5 Les risques à la SST du personnel travaillant auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI

De façon générale, les recherches menées sur la santé et la sécurité du personnel de première ligne intervenant directement auprès des personnes ayant des troubles neurodéveloppementaux se sont concentrées sur le stress et l'épuisement professionnel que vivent ces travailleurs (Lunsky *et al.*, 2014 ; Ryan *et al.*, 2021 ; Thompson *et al.*, 2011). Nous n'avons repéré qu'une étude portant un regard sur l'ensemble des types de risques auxquels le personnel œuvrant notamment en milieu résidentiel est exposé (Horváth-Hallett et Guerin, 2006).

Au Québec, la CNESST compile les accidents de travail et maladie professionnelles dans ressources de type intermédiaire ou familial hébergeant toutes clientèles confondues (code SCIAN 623220 ; CNESST, 2025). Elle indique que 22,8 % des jours d'absence du travail en lien avec une lésion professionnelle sont dus à des voies de fait ou de la violence et 25,6 % sont dus à un effort excessif.

1.5.1 Risques psychosociaux liés au contact avec la clientèle

La majorité des études portant sur la santé et la sécurité du personnel œuvrant auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI discutent de risques provenant de la relation avec la clientèle. Plusieurs études rapportent la forte exposition des travailleur·ses à des comportements agressifs, présentant des degrés variables d'intensité et de gravité (Flynn *et al.*, 2018 ; Kozak *et al.*, 2013 ; Womack *et al.*, 2020). Les comportements d'agression peuvent être définis comme tout comportement verbal, non verbal ou physique qui était menaçant ou qui avait causé un dommage à la personne elle-même, aux autres ou à la propriété (Hensel *et al.*, 2012). Toutefois, les personnes posant ces gestes n'ont pas nécessairement l'intention de causer un dommage physique ou psychologique à la personne les subissant (Womack *et al.*, 2020). Chez le personnel offrant du soutien direct aux activités de la vie quotidienne, 49,2 % avaient été exposés à des gestes de violence

physique au cours des 6 derniers mois (Womack *et al.*, 2020). Dans une récente étude québécoise auprès du personnel œuvrant auprès des personnes ayant une DI, 89,8 % des participant·es rapportaient avoir subi au moins un geste d'agression physique au cours du dernier mois (Otis et Maheux, 2021).

Les milieux résidentiels sont un lieu où les risques associés aux comportements de la clientèle sont particulièrement présents, qu'ils soient légèrement perturbateurs, dérangeants, ou même très dangereux (Björne, 2025). Dans une étude canadienne où 78 % des participant·es travaillaient en milieu résidentiel, 92 % ont été exposé·es à des comportements d'agression. Le quart des répondants était exposé à des comportements d'agression presque tous les jours, 20 % des répondants avaient vécu une blessure découlant du comportement d'agression et 20 % avaient été témoins d'une agression causant une blessure physique à autrui (Hensel *et al.*, 2012). Les autrices du présent rapport ont constaté, dans une étude en cours sur le personnel œuvrant en milieu d'hébergement, que 12,3 % des participant·es étaient exposé·es quotidiennement à de la violence physique au travail et 26,3 % y étaient exposé·es chaque semaine (Coutu Arbour *et al.*, 2025). Un sondage auprès des membres de l'ARIHQ indiquait que les RI hébergeant des personnes ayant une DI comptaient 41 % de résident·es ayant des troubles de comportements graves (Castonguay, 2012). L'étude d'Otis et Maheux (2021) rapporte aussi que 51,7 % des participant·es ont subi gestes de nature sexuelle de la part de la clientèle. Le personnel peut aussi subir des comportements d'agressions verbales, de menaces ou d'hostilité (Nevill *et al.*, 2022 ; Otis et Maheux, 2021 ; Ryan *et al.*, 2021 ; Womack *et al.*, 2020). Il peut aussi être affecté lorsque les comportements défis visent un·e collègue ou une autre personne (Hensel *et al.*, 2014).

Le contact avec la clientèle peut aussi exposer le personnel à d'autres risques psychosociaux. Le travail auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI est caractérisé par une grande demande émotionnelle (Kozak *et al.*, 2013). Le personnel peut vivre de l'inquiétude face au bien-être et à la sécurité des clients (Bethel et Beail, 2013), être exposé aux expériences traumatiques vécues par les personnes aidées (Boamah *et al.*, 2023) ou encore être confronté aux attentes irréalistes des proches quant aux services pouvant être offerts (Horváth-Hallett et Guerin, 2006 ; Ryan *et al.*, 2021).

1.5.2 Risques psychosociaux liés aux conditions du milieu de travail

Le personnel offrant des services de soutien aux personnes autistes et/ou ayant une DI est aussi exposé à des risques psychosociaux découlant du milieu de travail. Les variables organisationnelles peuvent être des prédicteurs plus fiables de l'épuisement professionnel du personnel que l'exposition aux comportements défis de la clientèle (Kozak *et al.*, 2013).

Plusieurs études portant sur les organisations desservant les personnes autistes et/ou ayant une DI rapportent une surcharge de travail (Baker *et al.*, 2025 ; Bottini *et al.*, 2020 ; Finkelstein *et al.*, 2018 ; Horváth-Hallett et Guerin, 2006). De plus, elles notent des difficultés découlant d'un rôle perçu ambigu où les attentes ne sont pas toujours claires (Baker *et al.*, 2025 ; Finkelstein *et al.*, 2018 ; Thompson et Rose, 2011 ; Vassos et

Nankervis, 2012). Ces milieux peuvent aussi manquer des ressources nécessaires à la réalisation du travail ou imposer des procédures bureaucratiques importantes (Baker *et al.*, 2025 ; Clancy et Cassarino, 2025). Le manque de personnel dans ces milieux peut conduire à l'exigence de réaliser des heures supplémentaires, de même qu'à la difficulté d'obtenir du soutien lors de situations de crises (West *et al.*, 2014).

Plusieurs emplois de ce domaine sont aussi faiblement rémunérés et offrent peu d'opportunités d'avancement professionnel (Horváth-Hallett et Guerin, 2006 ; Judd *et al.*, 2017 ; Keesler, 2020). Le travail par quarts et le travail de nuit sont aussi des éléments contribuant au stress dans ces emplois (Horváth-Hallett et Guerin, 2006 ; SQETGC, 2021) et pouvant contribuer à des conflits entre le travail et la vie personnelle (Kozak *et al.*, 2013 ; Paris *et al.*, 2021 ; Vassos et Nankervis, 2012).

Certaines études rapportent que le personnel ressent un faible pouvoir décisionnel et un faible statut professionnel (Baker *et al.*, 2025 ; Judd *et al.*, 2017 ; Vassos et Nankervis, 2012). Le personnel qui offre un soutien direct aux personnes perçoit aussi que ce rôle est déconsidéré par les gestionnaires des organisations, par les personnes détenant un titre professionnel ou encore par les familles des personnes soutenues. Il considère être peu consulté dans les décisions (Quilliam *et al.*, 2018). Le personnel ressent parfois des attentes élevées envers eux malgré des ressources et des conditions insuffisantes pour les atteindre, notamment le manque de personnel (Judd *et al.*, 2017). Le faible soutien des superviseurs et le manque de rétroaction sont associés à du stress et de l'épuisement professionnel dans ces milieux (Baker *et al.*, 2025 ; Vassos et Nankervis, 2012). La faible confiance envers l'organisation et la perception d'un traitement injuste sont rapportés dans certaines études, notamment lors des décisions des gestionnaires ou de l'allocation des ressources et des opportunités (Bottini *et al.*, 2020).

Le harcèlement entre collègues est aussi un facteur de risque psychosocial identifié dans ces milieux (Carretero et Luciano, 2013) qui peut apparaître dans les situations où il y a peu de soutien social et plus de conflits interpersonnels (Figueiredo-Ferraz *et al.*, 2012). Dans d'autres cas, une faible cohésion d'équipe contribue à augmenter le stress dans ces milieux de travail, de même le fait de travailler seul ou dans des équipes ayant un haut roulement de personnel (Cudré-Mauroux, 2011 ; Horváth-Hallett et Guerin, 2006). Finalement, le personnel est aussi à risque d'épuisement professionnel lorsque ses valeurs ne correspondent pas aux valeurs de l'organisation (Bottini *et al.*, 2020), par exemple, utiliser des moyens mécaniques de contraintes physiques auprès de la clientèle (Bethel et Beail, 2013), ou lorsqu'il se sent inadéquatement formé et préparer à desservir cette clientèle (Bottini *et al.*, 2020 ; Keesler, 2020).

1.5.3 Risques biologiques et risques biomécaniques

Quelques études portant sur le personnel œuvrant auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI présentent les virus ou les infections auxquels il peut être exposé. Les risques peuvent provenir des contacts prolongés avec des personnes, pour les soutenir dans les activités de leur vie quotidienne, dans le contexte de soins d'hygiène (De Schryver *et al.*, 2008) ou encore dans le contexte d'une peau brisée par des morsures,

des égratignures ou d'autres blessures (West *et al.*, 2014). Les infections à l'*Helicobacter pylori* (Wallace *et al.*, 2003) et celles liées à l'exposition à l'hépatite A et B sont mentionnées (Wallace *et al.*, 2003). Plusieurs études ont aussi rapporté les effets de la pandémie de COVID pour ce personnel (Langdon *et al.*, 2021 ; Lunskey *et al.*, 2021 ; Sheerin *et al.*, 2022).

Le personnel travaillant auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI peut aussi être exposé à des risques biomécaniques. En effet, le travail dans un milieu résidentiel peut être considéré comme demandant sur le plan physique (Quilliam *et al.*, 2018), notamment lorsqu'on doit soulever les personnes ou les aider à accomplir de gestes de la vie quotidienne (Capri et Buckle, 2015 ; Hsu *et al.*, 2015 ; Womack *et al.*, 2020).

1.5.4 Risques physiques, chimiques et de sécurité

Les facteurs de risque physique sont peu présents dans le travail auprès de personnes autistes et/ou en DI. Plusieurs études mentionnent l'exposition aux bruits provenant de la clientèle (Capri et Buckle, 2015 ; Horváth-Hallett et Guerin, 2006 ; Mascha, 2007), lorsqu'elles ont, par exemple, des vocalisations continues, contrôlent peu le ton de leur voix, ou crient par détresse. Cette exposition au bruit a toutefois des effets sur le plan psychologique, plutôt que sur la santé auditive. Les risques chimiques dans ce type de métier sont associés à la manipulation de produits de nettoyage et de médicaments (Horváth-Hallett et Guerin, 2006). Les risques à la sécurité, par exemple associés aux chutes, sont absents de la littérature.

1.5.5 Conséquence sur la santé physique et la santé psychologique

La littérature rapporte plusieurs effets sur la santé physique et psychologique du travail de soutien auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI. De hauts niveaux de stress, de détresse émotionnelle et d'épuisement professionnel sont les conséquences les plus souvent mentionnées (Baker *et al.*, 2025 ; Bottini *et al.*, 2020 ; Couderc *et al.*, 2021 ; Keesler, 2020 ; Ryan *et al.*, 2021 ; Vassos et Nankervis, 2012). Les personnes travaillant auprès de cette clientèle démontrent un plus haut niveau de stress que celles travaillant auprès de personnes ayant d'autres types de handicaps (Bottini *et al.*, 2020). Les personnes détenant des attitudes implicites négatives par rapport à la clientèle et aux objectifs du travail sont plus susceptibles d'être affectées par l'épuisement professionnel (Novack et Dixon, 2019 ; Ryan *et al.*, 2021). Être une femme et travailler à temps plein est aussi prédictif de symptômes plus élevés (Vassos et Nankervis, 2012). À un niveau de gravité moindre, des travailleuses et travailleurs rapportent aussi ressentir des sentiments de peur, d'impuissance, de tristesse et de colère au travail (Bethel et Beail, 2013 ; Lundström *et al.*, 2007).

Les hauts niveaux de stress ressentis peuvent engendrer des conséquences sur la santé physique des travailleur·ses notamment par le biais de symptômes psychosomatiques (Figueiredo-Ferraz *et al.*, 2012). Les personnes peuvent aussi présenter du stress traumatique secondaire, découlant de leur contact avec une clientèle ayant elle-même vécu des expériences traumatiques (Boamah *et al.*, 2023 ; Keesler, 2020). Elles sont

d'autant plus susceptibles de le vivre lorsqu'elles ont déjà vécu une expérience personnelle de trauma (Boamah *et al.*, 2023). Le personnel travaillant spécifiquement dans des milieux résidentiels montre un niveau plus élevé d'épuisement professionnel que les personnes travaillant dans d'autres milieux, par exemple en clinique externe et en centre de jour. Cette différence pourrait être due au fait que les milieux résidentiels sont moins structurés et que les personnes qui y travaillent sont moins soutenues par leur organisation (Keesler, 2020). Aussi, le type de rôle (par exemple, médecin, infirmière, thérapeute, éducateur, personnel administratif) n'influçait pas le niveau d'épuisement professionnel, ce qui suggère que le travail avec la clientèle est en soi demandant sur le plan émotionnel et parfois sur le plan physique (Finkelstein *et al.*, 2018).

Les études présentent des résultats contradictoires sur le lien entre l'exposition aux comportements d'agression ou autres comportements défis de la clientèle et l'épuisement professionnel. Plusieurs études démontrent une relation directe entre ces deux variables (Hensel *et al.*, 2012 ; Kozak *et al.*, 2013 ; Vassos et Nankervis, 2012), alors que d'autres études n'ont pas constaté cette relation (Mutkins *et al.*, 2011 ; Skirrow et Hatton, 2007).

Pour ce qui est de la santé physique du personnel, certaines études rapportent que les gestes d'agression peuvent causer des blessures physiques d'importance variable (Lundström *et al.*, 2007 ; West *et al.*, 2014 ; Womack *et al.*, 2020). Les blessures sont souvent sous-rapportées sur le plan organisationnel, par rapport aux taux mesurés dans les études scientifiques (Womack *et al.*, 2020). Nous n'avons repéré qu'une seule étude documentant le taux de blessure; plus du quart des personnes offrant du soutien direct à la clientèle ont rapporté une blessure mineure au cours des six derniers mois (Womack *et al.*, 2020). Toutefois, l'étude ne précise pas la source de la blessure, par exemple le comportement de la clientèle ou des accidents survenus lors du déplacement de personnes. Les maux de dos, les troubles musculosquelettiques et les blessures sont aussi mentionnés comme conséquence sur la santé physique; jusqu'à 63,2% rapportant de la douleur au bas du dos (Lin *et al.*, 2014 ; Womack *et al.*, 2020).

1.5.6 Effets sur les organisations

Les risques à la SST présents dans les milieux de travail offrant des services aux personnes autistes et/ou ayant une DI entraînent des conséquences sur les organisations. Ainsi, l'absentéisme et le roulement de personnel sont mentionnés par plusieurs études (Hatton *et al.*, 2001 ; Horvath-Hallett et Guerin, 2006 ; Keesler, 2020 ; Kozak *et al.*, 2013 ; Nevill *et al.*, 2022 ; Novack et Dixon, 2019 ; Vassos *et al.*, 2019). Il n'existe pas de données québécoises sur le taux de rétention du personnel œuvrant dans ce domaine. Toutefois, un sondage dans les milieux desservant spécifiquement des personnes en situation de trouble grave de comportement rapportait que 22,5 % des personnes avaient l'intention de quitter (SQETCG, 2021).

Les personnes travaillant depuis moins longtemps dans le domaine, connaissant moins les clients avec lesquelles ils ou elles travaillent et ayant une perception de gravité plus élevée des comportements d'agression sont plus susceptibles de quitter l'organisation (Nevill *et al.*, 2022). La décision de quitter peut aussi être motivée par le fait de recevoir

peu de reconnaissance pour son travail ou vivre un conflit de valeurs avec son organisation (Coutu Arbour *et al.*, 2025). Les horaires, les conflits d'équipe ou le sentiment d'être insuffisamment formé contribuent aussi au roulement de personnel (SQETGC, 2021). Dans les milieux résidentiels, le roulement de personnel est encore plus présent étant donné les exigences d'un horaire sur 24 heures (Keesler, 2020).

La détresse émotionnelle ou l'épuisement professionnel du personnel peut affecter la qualité des services soit par le biais de l'absentéisme et du roulement du personnel, ce qui affecte la continuité des soins, mais aussi par l'adoption de pratiques de mauvaise qualité, notamment entretenir des émotions négatives envers les clients (Baker *et al.*, 2025 ; Friedman, 2021 ; Friedman et Gilden, 2024 ; Kozak *et al.*, 2013 ; Moliner *et al.*, 2017 ; Vassos *et al.*, 2019). Les exigences du travail auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI demande en effet un état de bien-être émotionnel du personnel (Baker *et al.*, 2025).

1.6 La prévention intégrée des risques à la SST

Les définitions de gestion intégrée de la prévention peuvent varier dans la littérature (Bellehumeur-Béchamp *et al.*, 2024 ; Calvet *et al.*, 2021 ; Cooklin *et al.*, 2017). Nous retenons la définition par Calvet *et al.* (2022) proposant que la gestion intégrée de risques à la SST considère à la fois les niveaux primaire, secondaire et tertiaire de la prévention des risques. La prévention primaire est l'action en amont d'une lésion professionnelle et concerne principalement l'environnement et l'organisation du travail afin qu'ils ne comportent pas ou comportent le moins possible de risques pour le personnel. La prévention secondaire porte sur l'arrêt ou la diminution des risques pouvant causer une lésion professionnelle, lorsqu'ils ont été identifiés dans un milieu de travail. La prévention tertiaire se fait après l'apparition d'une lésion professionnelle et vise à prévenir son aggravation, sa répétition ou sa chronicisation.

La gestion de ces différentes activités de prévention doit être intégrée aux systèmes de gestion globale de l'organisation et fondée sur une logique de prévention proactive (Organisation internationale du travail [OIT], 2011). La gestion intégrée reconnaît les liens étroits entre santé physique, santé psychologique, organisation du travail et performance organisationnelle. Grawitch, Gottschalk et Munz (2006) démontrent que les pratiques organisationnelles favorisant la santé et la sécurité contribuent simultanément au bien-être des travailleur·ses et à l'efficacité organisationnelle. Ainsi, la gestion intégrée dépasse la prévention des accidents pour devenir un véritable levier de développement organisationnel durable. Cette gestion intégrée est toutefois complexe, car différentes parties prenantes sont impliquées pour chaque niveau de prévention et peuvent travailler de façon cloisonnée, sans considérer les autres niveaux (Bellehumeur-Béchamp *et al.*, 2024). Cette complexité est particulièrement présente dans le secteur des soins, où les organisations sont des systèmes complexes adaptatifs, dans lesquelles les interrelations sont critiques pour fournir les soins et les services, et dont les dynamiques peuvent être imprédictibles (Anderson *et al.*, 2003 ; Pandey, 2025). Ainsi, la connaissance et la compréhension du contexte et la collaboration entre les parties prenantes visant la

coordination des actions préventives sont essentielles pour réaliser une prévention intégrée au travail (Bellehumeur-Béchamp *et al.*, 2024). Une gestion intégrée dans le contexte des RI demande ainsi de considérer l'ensemble des parties prenantes à l'intérieur et à l'extérieur de la RI et comment l'action de chacune d'entre elle contribue à la prévention des risques à la SST.

Notre état des connaissances indique, qu'à ce jour, aucune recherche n'a été réalisée sur les RI au Québec hébergeant des personnes autistes et/ou ayant une DI et les risques à la SST de leur personnel. De fait, peu de recherches ont été réalisées sur ces RI, toutes clientèles confondues. La recherche sur la prévention intégrée des risques à la SST du personnel œuvrant auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI est aussi très limitée. Notre étude répond donc à un besoin important de connaissances, à la fois pour les RI au Québec, mais aussi sur le plan de la littérature scientifique.

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Notre étude exploratoire a pour objectif principal de mieux comprendre l'ensemble des risques à la santé et à la sécurité du personnel œuvrant dans les RI destinées à la clientèle adulte autistes et/ou ayant une DI au Québec. Nous viserons aussi à dégager les facteurs facilitant ou contraignant la mise en place de stratégies d'intervention de prévention.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Cadre conceptuel

Notre projet de recherche se situe dans le modèle théorique de la production sociale de la santé et de la sécurité du travail (Baril-Gingras *et al.*, 2013). Ainsi, l'activité de travail, qui peut avoir des effets sur la santé physique et psychologique des travailleuses et travailleurs est au centre de plusieurs déterminants. Ces déterminants comprennent les tâches réelles des travailleur·ses et les conditions et les moyens offerts par le milieu de travail, comme la culture ou les liens fonctionnels et hiérarchiques. D'autres éléments au niveau macro doivent aussi être pris en compte, à la fois pour leur influence sur les organisations employant des personnes que pour leur influence sur travailleur·ses directement. Ainsi, les politiques publiques sur le régime de santé et de sécurité du travail ou sur les normes du travail influencent les organisations et les conditions d'emploi et de travail qu'elles offrent à leur personnel. Plus particulièrement, dans le secteur des soins et services sociaux, les politiques publiques influencent directement la nature des services offerts par les organisations et les moyens dont elles disposent pour les offrir. Nous adoptons aussi une perspective systémique dans notre analyse étant donné l'importance de la nature complexe et adaptative du système dont les RI sont parties pour la prestation de leurs services (Anderson *et al.*, 2003).

Nous avons aussi retenu la typologie des risques définie par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST, 2026). Six catégories principales de risques doivent être considérées afin de repérer les situations pouvant causer des accidents du travail ou des maladies professionnelles : risques chimiques, biologiques, physiques, ergonomiques, psychosociaux et liés à la sécurité. Nous avons toutefois choisi de considérer séparément les risques psychosociaux découlant spécifiquement du comportement de la clientèle étant donné leur importance à la fois dans la littérature et dans nos analyses. Cette typologie, en couvrant à la fois les facteurs physiques, humains et organisationnels, soutient une compréhension systémique des risques en milieu de travail et permet aux employeurs, aux travailleuses et travailleurs ainsi qu'aux organisations qui les représentent d'orienter efficacement la prévention et le contrôle des situations dangereuses avant qu'elles ne causent des dommages.

3.2 Cadre méthodologique

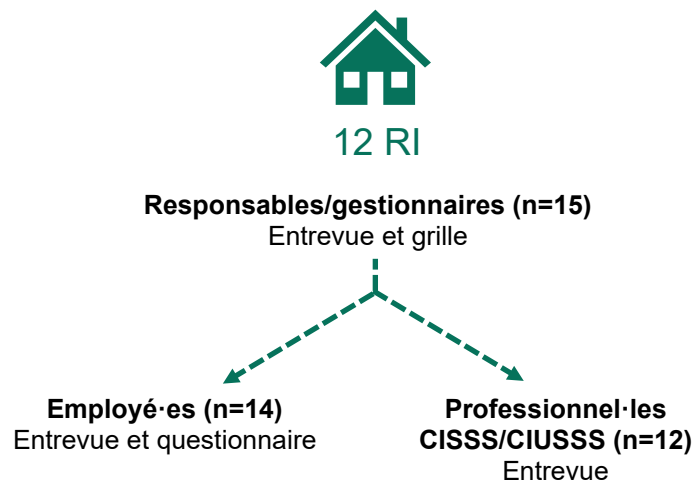
Pour réaliser cette recherche, nous avons utilisé un devis mixte, en collectant des données par questionnaires ainsi que des données par des entrevues semi-dirigées individuelles et de groupe. Nous avons aussi fait une analyse documentaire, notamment des publications décrivant les caractéristiques du système d'hébergement en RI. La première phase de notre projet portait sur l'expérience des personnes œuvrant dans des RI ou en collaboration avec elles. La deuxième phase visait à confronter l'analyse des données de la première phase au point de vue de personnes expertes.

3.2.1 Phase 1 du projet

Participant·es

Notre échantillon était composé de 12 ressources intermédiaires de diverses régions du Québec. Nous avons interviewé (n=41) : 15 responsables de RI (certaines RI avaient deux responsables) et un gestionnaire d'équipe n'ayant pas le statut de responsable ; 14 employé·es ; et 12 professionnel·les de CISSS/CIUSSS collaborant avec les RI de notre échantillon.

Figure 1. Recrutement des personnes participantes — phase 1



Ces RI présentaient des profils très variés. Le nombre de personnes employées par les RI de notre échantillon variait de 7 à 60 et le nombre de résident·es se situait entre 8 et 69². L'âge des personnes hébergées variait entre 21 et 83 ans. Elles présentaient divers diagnostics cooccurrents (troubles de santé mentale, trouble neurocognitif, difficultés de mobilité, etc.). Certaines RI de notre échantillon appartenaient à un·e responsable

² Certain·es responsables nous ont fourni cette information pour l'ensemble des RI sous leur responsabilité, plutôt que pour chaque RI individuellement.

individuel, alors que d'autres faisaient partie d'un regroupement de plusieurs RI appartenant à un·e même responsable. Certains regroupements rassemblaient en plus des RI hébergeant d'autres clientèles (personnes âgées, personnes ayant des problématiques de santé mentale). Finalement, d'autres RI étaient opérées par des organismes communautaires ayant plusieurs missions et activités en lien avec la clientèle autiste et/ou ayant une DI.

Les responsables de RI et la personne gestionnaire (6 hommes, 9 femmes) détenaient des formations et de l'expérience de travail diversifiées. Quelques responsables avaient déjà travaillé dans une résidence, d'autres avaient précédemment travaillé au sein d'un CISSS/CIUSSS auprès de cette clientèle ou avaient une expérience personnelle en lien avec la clientèle. D'autres encore avaient exercé des métiers divers dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les employé·es de notre échantillon étaient majoritairement des femmes (n=8) et 78,5 % détenaient moins de 3 ans d'expérience dans ce domaine. Le tableau 1 présente leurs caractéristiques sociodémographiques. Les professionnel·les des CISSS/CIUSSS (n= 3 hommes ; 9 femmes) ayant participé à notre étude avaient divers titres d'emploi. Certain.es intervenaient directement auprès d'un·e résident·e de la RI, dans un rôle d'éducateur ou d'éducatrice spécialisé·es, d'autres jouaient un rôle d'intervenant·e pivot pour voir aux besoins médicaux et psychosociaux des personnes hébergées. Enfin d'autres professionnel·les travaillaient plutôt directement avec les responsables de RI, pour s'assurer du respect du contrat et de la qualité des services offerts.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des employés

<i>Caractéristiques sociodémographiques</i>	<i>M (É.T.) %</i>
Âge	35,1 (12,62)
Genre	
Femme	57,1
Homme	37,7
Non binaire	7,1
Ethnicité	
Blanc	64,3
Noir	35,7
Revenu familial	
24 999 \$ et moins	28,6
25 000 \$ à 49 999 \$	35,7
50 000 \$ à 69 999 \$	28,6
70 000 \$ à 99 999 \$	7,1
Scolarité	
Secondaire	42,9
Collégial	14,3
Universitaire, 1 ^{er} cycle	28,6
Universitaire, cycle supérieur	14,3
Expérience dans le domaine	
Moins de 5 mois	21,4
5 mois à 2 ans	0
2 à 3 ans	57,1
4 à 5 ans	7,1
6 ans et plus	14,3
Nombre d'heures travaillées par semaine	
16 h à 32 h	28,6
33 h à 40 h	57,1
41 h à 48 h	14,3

Procédure de collecte des données

Le recrutement s'est déroulé de février 2023 à juillet 2024. Le recrutement de responsables de RI a été appuyé par l'ARIHQ qui a diffusé l'information sur notre projet auprès de ses membres et par les CISSS/CIUSSS qui ont fait parvenir notre invitation à des RI de leur territoire. Nous avons également diffusé l'annonce de notre projet sur les réseaux sociaux et sollicité directement par courriel ou lettre des responsables de RI, dont l'adresse courriel ou civique était disponible publiquement.

Les responsables de RI ayant démontré un intérêt pour l'étude ont reçu le formulaire de consentement et ont pris rendez-vous avec un membre de l'équipe de recherche. Lors de la rencontre, après la présentation des informations sur le projet, le responsable a signé le formulaire de consentement qu'il a retourné par courriel ou a donné un consentement verbal avant de débiter l'entrevue. À la fin de l'entrevue ou par courriel par la suite, le responsable a fourni les coordonnées de professionnels du CISSS/CIUSSS avec lequel il ou elle collabore. Certains ont fourni des informations supplémentaires en réponse à nos questions. Le responsable a aussi transmis notre invitation à participer à l'étude à ses employé·es et nous a transmis les coordonnées de ceux et celles intéressés à l'étude. L'équipe de recherche a contacté directement ces personnes pour les inviter à participer à l'étude.

Les employé·es et les professionnel·les du CISSS/CIUSSS ont reçu le formulaire de consentement par courriel lors de la prise de rendez-vous avec un membre de l'équipe de recherche. Lors de la rencontre, après avoir reçu de l'information sur le projet et les modalités de confidentialité, ils ont signé le formulaire de consentement qu'ils ont retourné par courriel ou ont donné un consentement verbal. Par la suite, les personnes participantes ont été interviewées selon le canevas d'entrevue. Les personnes employé·es ont de plus été invitées à la fin de l'entrevue à remplir un questionnaire en ligne sur la plateforme *Lime Survey*.

La quasi-totalité des entrevues a été réalisée à distance, sur la plate-forme TEAMS ou Zoom. Les responsables de RI ont indiqué préférer pas recevoir des membres de l'équipe de recherche dans leur milieu de vie. Quatre entrevues ont toutefois été réalisées en personne. Toutes les entrevues, incluant les consentements verbaux à participer à l'étude, le cas échéant, ont été enregistrées pour des fins de transcription.

Les personnes employées ayant participé à l'étude ont reçu une compensation financière de 35 \$ versée par virement Interac. Les responsables de RI pouvaient demander une compensation financière représentant leur temps consacré à l'étude, ainsi qu'une compensation financière si leur employé participant devait être remplacé. Une seule RI en a fait la demande.

Outils de collectes de données

Les canevas d'entrevue pour tous les participant·es (voir annexe A) abordaient la question de la perception des risques à la SST dans le milieu, la prévention dans leur milieu, soit les aménagements, les équipements, les méthodes de travail, l'organisation du travail ou la formation. Finalement, les canevas contenaient des questions sur les facteurs facilitants ou faisant obstacle à la mise en place de moyens de prévention des risques à la SST dans leur milieu.

Les participants de type employé de RI ont été invités en plus à répondre à des questions pour apprécier l'effet du travail sur leur santé physique et psychologique, ainsi que leur perception des risques à la SST dans leur travail. Le questionnaire en ligne contenait notamment les questions et mesures suivantes :

- *Questionnaire sociodémographique* : informations sur l'âge, le sexe, les origines ethniques, la durée à l'emploi de la RI, le nombre d'heures travaillées à la RI, les expériences de travail antérieures, la formation initiale, la formation en emploi, le nombre d'heures travaillées dans un autre emploi.
- *Questionnaire sur le stress perçu* : la version française de l'échelle *Perceived Stress Scale* (PSS-10 ; Cohen *et al.*, 1983) composée de 10 items ayant une échelle de 5 niveaux (« jamais » à « très souvent »). Le score total a été calculé en inversant 4 items et en faisant la somme des items ($\alpha = 0,85$).
- *Questionnaire sur l'épuisement professionnel* : la version française de l'échelle *Burnout Assessment Tool* (BAT ; de Beer *et al.*, 2020) composée de 23 items ayant une échelle de 5 niveaux (« jamais » à « très souvent »). Le score total a été calculé en faisant la moyenne des items ($\alpha = 0,90$).

Analyse des données

Nous avons effectué une analyse descriptive préliminaire des données quantitatives des questionnaires en ligne afin de décrire l'échantillon des employé·es. Des tests non paramétriques de Kruskal-Wallis ont été utilisés afin de comparer la perception de la présence des risques à la SST entre les différents groupes d'acteurs (employé·es, responsables de RI et professionnel·les. Pour l'analyse des entrevues, nous avons adopté une approche inductive (Thomas, 2006). Nous avons élaboré un arbre thématique à partir du canevas d'entrevue et des connaissances issues de la littérature, puis nous l'avons bonifié en codant une première entrevue de façon collaborative avec les membres de l'équipe de recherche (voir annexe B). Ensuite, les entrevues ont été codées sur Nvivo 14 par les auxiliaires de recherche, avec des validations ponctuelles d'une chercheuse. Au besoin, l'équipe de recherche se réunissait pour discuter de la codification de certains extraits ou d'un ajout dans l'arbre thématique. Finalement, selon les thèmes ressortis, des tableaux synthèses ont été élaborés pour résumer l'information sur différents éléments de l'arbre thématique.

3.2.2 Phase 2 du projet

Participant·es

Nous avons réalisé une entrevue de groupe avec des personnes pouvant fournir des points de vue d'expert en lien avec les différents aspects de notre question de recherche. Nous avons sollicité des personnes connaissant les enjeux des RI, de la SST dans les RI, de la clientèle autiste et/ou ayant une DI hébergée, ainsi que des décideurs ministériels et du réseau de la santé et des services sociaux. L'échantillon ($n=7$) était composé de sept participant·es (2 hommes, 5 femmes) issu·es de différents milieux professionnels, soit le milieu universitaire, des organismes exerçant des rôles-conseils en SST, une association représentant les RI, un·e professionnel·le œuvrant à la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'un·e gestionnaire à la retraite ayant occupé des rôles en lien avec cette clientèle.

Procédure de collecte des données

La chercheuse principale a contacté directement par courriel ces personnes pour les inviter à participer à une entrevue de groupe. Les personnes intéressées ont reçu le formulaire de consentement par courriel. Lors de l'entrevue de groupe, après la présentation du projet, les participant·es ont signé le formulaire, ensuite retourné par courriel. Une entrevue individuelle supplémentaire a été tenue avec un·e des participant·es n'ayant pu se joindre à la rencontre de groupe.

Outils de collectes de données

L'entrevue de groupe visait à présenter les résultats préliminaires de la phase 1 du projet afin de faire ressortir des éléments supplémentaires, des contradictions ou des nuances à apporter à notre analyse, en fonction de l'expérience de ces expert·es. Les questions abordaient les facteurs de risques repérés dans les RI, les interventions de prévention, les éléments facilitant ou contraignant la mise en place de stratégie de prévention ainsi que les liens avec les CISSS/CIUSSS. Le même canevas a été utilisé pour les deux rencontres. Les entrevues ont été enregistrées pour des fins de transcription.

Analyse des données

Nous avons aussi adopté une approche inductive pour analyser les entrevues (Thomas, 2006). Nous avons utilisé le même arbre thématique que pour la phase 1, en ajoutant des codes supplémentaires spécifiques à l'organisation du système d'hébergement, thèmes ressortis dans les entrevues de groupe. Un·e auxiliaire de recherche a codé les entrevues sur Nvivo 14, avec des validations ponctuelles d'une chercheuse de l'équipe. Au besoin, l'équipe de recherche se réunissait pour discuter de la codification de certains extraits ou d'un ajout dans l'arbre thématique. Finalement, des tableaux synthèses ont été élaborés pour résumer l'information codée sur certains thèmes.

3.3 Certificat éthique

L'évaluation éthique de ce projet de recherche a été réalisée par le comité d'éthique à la recherche du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MP-29-2023-676, 891). Nous avons de plus dû obtenir des autorisations de la part des comités d'éthique à la recherche des sept autres établissements suivants : CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ; CISSS des Laurentides ; CISSS de l'Outaouais ; CISSS de la Montérégie-Ouest ; CIUSSS de la Capitale-Nationale ; CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ; CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

4. RÉSULTATS

Nos résultats décriront d'abord l'ampleur perçue des différents risques à la SST dans ces milieux. Nous présenterons ensuite l'effet de ces risques sur la santé physique et psychologique du personnel. Finalement, nous discuterons des mesures de prévention évoquées par nos participant·es ainsi que des facteurs facilitant ou restreignant la mise en place de ces mesures.

4.1 Portrait des risques de SST

L'analyse des données recueillies auprès des employé·es, des responsables et gestionnaires, ainsi que des professionnel·les, met en évidence plusieurs enjeux majeurs en matière de SST. Ces données permettent de mieux comprendre non seulement la nature des risques auxquels les travailleur·ses sont exposé·es, mais également la manière dont ces risques sont perçus selon les catégories d'acteurs. Le tableau 2 présente l'ampleur des risques perçus dans le milieu de travail. L'ampleur perçue de certains risques diffèrent de façon statistiquement significative selon le type de participant ($p < .05$), par exemple pour le risque de harcèlement, associé à une cadence de travail élevé ou au déplacement de patient. Les participant·es employé·es ont une perception plus faible de presque tous les risques, à l'exception du bruit. La perception des responsables et des professionnel·les de CISSS/CIUSSS a peut-être été influencée par leur connaissance d'un plus grand nombre d'événements dans plusieurs RI ou sur une plus longue période. Le personnel est plus susceptible d'avoir répondu en fonction de son expérience personnelle au travail, dans un contexte où 78,5 % de notre échantillon étaient en emploi depuis moins de 3 ans.

Tableau 2. Présence des risques à la SST dans les RI

TYPES DE RISQUES	Employé·es		Responsables		Professionnel·les CISSS/CIUSSS		Tous	
	M	É.T.	M	É.T.	M	É.T.	M	É.T.
Risques psychosociaux								
Violence/agression	3,50	1,22	3,85	0,80	4,08	0,79	3,79	0,98
Stress/fatigue	2,79	1,12	3,46	1,27	3,92	0,79	3,36	1,16
Relations difficiles avec la clientèle	2,21	1,67	3,08	1,61	3,08	1,08	2,77	1,51
Changements organisationnels fréquents	2,36	1,34	2,54	1,66	3,50	1,24	2,77	1,48
Taux de roulement du personnel élevé	2,29	1,90	2,62	1,39	3,42	1,08	2,74	1,55
Charge de travail	2,43	1,65	2,88	1,39	2,75	0,97	2,68	1,36
Harcèlement	1,36	1,69	3,54	1,39	3,08	0,67	* 2,62	1,63
Insécurité en emploi ou financière	2,43	1,45	2,33	1,30	2,80	1,03	2,50	1,28
Peu de contrôle sur les décisions dans le milieu de travail	1,79	1,67	2,50	1,38	3,20	1,55	2,42	1,61
Cadence ou rythme de travail élevé	1,38	1,33	2,46	1,45	2,58	0,90	* 2,13	1,34

TYPES DE RISQUES	Employé-es		Responsa- bles		Profession- nel-les CISSS/CIUSSS		Tous	
	M	É.T.	M	É.T.	M	É.T.	M	É.T.
Manque reconnaissance au travail	1,93	2,09	1,96	1,05	2,45	1,21	2,08	1,54
Demandes contradictoires au travail (conflit de rôle)	1,50	1,29	1,77	1,09	2,83	1,11	* 2,00	1,28
Conflit travail – vie personnelle/famille	1,43	1,16	2,00	0,95	2,13	1,25	1,79	1,12
Soutien insuffisant du supérieur immédiat	1,79	1,81	2,09	1,04	2,09	1,30	1,97	1,42
Manque de soutien des collègues	1,57	1,50	2,15	1,52	2,10	1,20	1,92	1,42
Injustice perçue dans le milieu de travail	1,93	1,77	1,23	1,24	2,00	1,58	1,69	1,55
Objectifs peu clairs dans son travail (ambiguïté du rôle)	1,14	1,51	1,46	1,13	2,00	1,04	1,51	1,27
Risques biologiques								
Virus	2,50	1,91	3,77	0,93	3,67	1,07	3,28	1,49
Covid-19	2,00	1,92	4,04	0,86	3,50	1,09	* 3,12	1,63
Bactéries	2,21	1,67	2,42	1,51	2,58	1,56	2,39	1,55
Poussières	0,86	0,86	0,85	0,55	1,42	1,44	1,03	1,01
Moisissures	0,36	0,63	0,38	0,51	1,55	1,21	* 0,71	0,96
Risques biomécaniques								
Porter ou déplacer un patient	1,86	1,70	3,00	1,53	3,58	0,90	* 2,77	1,58
Manutentionner des charges lourdes	1,43	1,28	1,38	1,04	1,83	1,40	1,54	1,23
Risques physiques								
Bruits trop forts	3,07	1,38	1,92	1,85	2,67	1,72	2,56	1,68
Inconfort à cause de la chaleur ou du froid	1,07	1,27	1,00	1,35	1,08	1,68	1,05	1,39
Risques de sécurité								
Faire une chute [glisser ou tomber]	1,64	1,15	1,92	0,86	1,83	1,19	1,79	1,06
Se blesser avec des objets coupants	1,14	1,10	1,38	1,04	1,32	0,64	1,28	0,95
Risques chimiques								
Produits de nettoyage irritants	1,21	1,25	1,31	1,03	2,45	1,21	* 1,61	1,26
Médicaments dangereux	1,00	1,47	1,23	1,74	1,58	1,51	1,26	1,55
Amiante	0,07	0,27	0,00	0,00	0,44	0,53	0,14	0,35

Légende : Échelle de 0 (pas présent) à 5 (très élevé) ; en gras, les résultats ayant un score de 3 (modéré) ou plus ; * : au moins un groupe a un score significativement différent des autres groupes, test Kruskal-Wallis ($p < .05$).

Trois constats principaux se dégagent de notre analyse des données quantitatives présentées au tableau 2 et des données qualitatives quant à l'identification des risques dans les RI étudiées : 1) un écart important existe envers perception du risque de violence

et d'agression entre les types de participant; 2) une présence accrue de facteurs de stress et de fatigue associés aux risques psychosociaux, ainsi qu'un rôle non négligeable du bruit dans la dynamique de la déstabilisation comportementales des résident·es et du climat de travail. À ces éléments s'ajoute 3) l'influence persistante de la période post-COVID sur la perception des risques biologiques.

4.1.1 Risques d'agression : un écart de perception marqué entre gestionnaires et employé·es

Le risque d'agression apparaît comme l'un des plus importants dans les RI. Le risque d'agression provenant de la clientèle a été nommé spontanément par 40 des 41 participants et identifié comme le risque principal par tous ; « *Ben les risques principaux hein, c'est sûr qu'il y a toujours des désorganisations comportementales qui peuvent arriver pis amener à mettre en danger la sécurité du personnel qui travaille dans cette ressource-là.* » 13C3³

Fait notable, les gestionnaires et les professionnel·les du CISSS/CIUSSS soulignent davantage ce risque que les employé·es qui sont pourtant directement exposé·es à ces situations dans leur quotidien. Deux explications principales émergent de cette divergence. Tout d'abord, la banalisation du risque par les employé·es découle de la normalisation progressive des comportements agressifs ou violents comme faisant « partie du travail », comme étant inévitable et impossible à prévenir. Cette banalisation est fréquemment décrite dans les milieux de relation d'aide où l'exposition répétée peut entraîner une diminution de la perception du danger réel.

« Ce n'est pas des grosses agressions, mais c'est pas mal à tous les jours qu'ils vont être sur le bord d'avoir une claque ou qu'ils vont avoir une petite tape ou c'est ça. Ce n'est pas toujours à risque pour leur sécurité là, mais c'est quand même un risque qui est là à tous les jours. » 4C2

« Je suis tellement rendu habitué que à c't'heure on peut me dire "je vais te tuer" [RIRE] [...] pour moi, c'est comme l'habitude, là. » 9E3

L'autre explication est l'attention portée en priorité sur la santé et le bien-être des patients, qui peut conduire à une mise en retrait de leurs propres risques professionnels. Cette forme d'altruisme professionnel, bien documentée dans les domaines du travail social et des interventions psychosociales, entraîne une perception différée du danger : l'employé·e priorise la stabilisation du patient avant de reconnaître la menace pour lui-même. À l'inverse, les gestionnaires disposent d'une vision plus macroscopique et cumulative des incidents, ce qui explique qu'ils identifient ce risque de façon plus systématique.

³ La lettre du code de participant identifie leur type : R — responsable de RI ; E – employé·e ; C — professionnel·le de CISSS/CIUSSS, F - participant·e expert·e à l'entretien de groupe

4.1.2 Stress, fatigue et risques psychosociaux

Les résultats montrent également des niveaux élevés de stress et de fatigue, indicateurs classiques des risques psychosociaux au travail. Ces risques sont souvent associés à la charge émotionnelle du travail, à la surcharge de travail qui peut varier selon le moment de la journée ou la clientèle, au manque de ressources ou à l'exposition répétée à des comportements agressifs ou d'autres types de comportements défits. Ils peuvent contribuer à fragiliser la capacité d'adaptation des travailleur·ses.

« nous on avait une usagère, elle avait plein d'aménagements préventifs, pis j'étais comme, mais je serai pas capable moi de faire tous ces aménagements préventifs-là tu sais. C'était à chaque fois que l'intervenant rentre dans ressource, il doit aller la saluer, il doit mettre un collant. L'autre il doit dire bravo, t'as eu un collant. Écoute, il y en avait, il y en avait, il y en avait » 12R2

« il y en a une qui se mutile beaucoup. Elle donne des coups, frapper. Quand tu vois ça là, quand on se frappe la tête à terre, à part mettre un oreiller, tu peux pas trop t'approcher parce que c'est dangereux pour toi mais tu sais, ça brise le cœur de voir ça là. [...] C'est pas facile là. » 7E1

Dans ce contexte, l'interaction entre la fatigue accumulée, les exigences émotionnelles et le manque de reconnaissance constitue un terreau fertile pour l'apparition de détresse psychologique, d'épuisement professionnel ou de conflits interpersonnels. Dans le contexte étudié, la charge de travail est variable selon plusieurs facteurs. Elle peut varier selon le profil des résidents.

« Je dois tous les alimenter. [...] Ils sont tous au levier, levier c'est de l'aide à 2 personnes, on se souvient parce que dans le fond, c'est pour sécuriser. Donc c'est des soins à 2 personnes. [...] On a des exercices là-dedans à leur faire faire parce que le physio nous demande. Donc c'est vraiment une équipe interdisciplinaire qu'il y a autour de ces gens-là. » 6R

La charge peut varier selon les journées, ou l'heure de la journée. Mais elle peut aussi être imprévisible ; *« il y a des moments que ça va être tranquille, mais il y a d'autres moments comme ça là que là oui, ça risque d'être demandant » 21R*. Le manque de personnel ou le roulement de personnel influence aussi la charge de travail ; *« la charge de travail c'est clair que si on est en manque de personnel, une journée qui sont 2 au lieu d'être 3, c'est sûr que la charge est un peu plus lourde » 8R*. La charge de travail a augmenté depuis la pandémie avec les fermetures d'activités adaptées. Les résidents demeurent maintenant dans la résidence toute la journée, tous les jours. Par exemple, avant la pandémie, dans une RI de 27 résident·es, 1 ou 2 résident·es passaient leur journée à la maison. Maintenant, seulement 3 ou 4 résidents ont des occupations extérieures durant la journée. La tâche d'organisation des loisirs et des activités quotidiennes s'est donc vue significativement augmentée. Par ailleurs, la vigilance constante accentue la charge de travail. En effet, le travail en RI demande une attention constante pour assurer la sécurité et le bien-être des résidents ; *« Il faut avoir des yeux*

partout. Surtout les oreilles parce qu'on a un long couloir pis pour savoir quand j'entends quelque chose dans les chambres (rire) » 9E3. D'autres résidents peuvent aussi faire du bruit de façon continuelle ou solliciter constamment les employés.

4.1.3 Bruit : un facteur qui contribue aux risques psychosociaux

Le bruit présent dans l'environnement de travail n'atteint pas des niveaux dangereux pour la santé auditive et ne constitue donc pas un risque pouvant causer la surdité. Toutefois, les données du présent projet montrent que certains types de bruit — notamment des bruits répétitifs, inattendus ou difficiles à ignorer — peuvent déstabiliser les résident·es et contribuer à l'émergence de comportements potentiellement agressifs. Par exemple, un bruit de gorge continu et intense, bien que non dangereux sur le plan physiologique, peut provoquer de l'irritabilité chez les employé·s et les autres résident·es ; *« C'est un peu comment dire, être stressant. Euh... sinon, c'est sûr que en plus les résidents crient. Personnellement, je suis quand même hyper sensible fait que c'est comme... un petit (stress) de plus » 7E1.*

De même, un environnement où les personnes crient constamment peut induire une désorganisation dans la dynamique de communication, réduire la qualité des interactions et augmenter le risque de tensions ou de manifestations comportementales perturbatrices. Ainsi, le bruit agit comme un facteur aggravant. Son rôle est contextuel : il influence le climat relationnel, la régulation émotionnelle et la réactivité des personnes présentes.

4.1.4 Risques biologiques et contexte post-COVID

Les scores plus élevés associés aux risques biologiques s'expliquent en grande partie par le contexte post-pandémique. Les effets persistants de la COVID-19 ont modifié durablement la perception du risque biologique, tant chez les gestionnaires que chez les employé·es. Cette sensibilité accrue s'explique par : a) l'hypervigilance développée pendant la pandémie ; b) la multiplication des protocoles de prévention ; c) la mémoire organisationnelle des épisodes de contamination ; d) et le maintien à plus long terme de certains agents infectieux dans les environnements de type institutionnel. Le vécu récent d'une crise sanitaire mondiale continue donc de colorer la perception du risque, même si les conditions objectives d'exposition se sont stabilisées.

4.1.5 Effets sur la santé physique et psychologique et sur l'organisation

Les données recueillies auprès des responsables, des employé·es et des professionnel·les que la présence de risques entraîne trois types d'effets principaux en matière de SST : sur la santé physique, sur la santé psychologique et des conséquences organisationnelles.

Les effets sur la santé physique

Les agressions causent des blessures physiques parfois importantes. Généralement, les conséquences des agressions sont des contusions ou des égratignures. Dans certains cas, les blessures peuvent être très importantes, comme des commotions cérébrales, des muscles déchirés ou des cheveux arrachés. Les blessures physiques peuvent causer des arrêts de travail, des hospitalisations et des besoins en réadaptation. Les travailleur·ses peuvent aussi ressentir une grande fatigue, mais qui varie selon la clientèle ou la journée. Une accumulation peut se faire avec le temps, allant jusqu'à de l'épuisement professionnel. Certain·es employé·es rapportent aussi des maux de dos associés ou des blessures découlant des risques biomécaniques ou des tensions musculaires associés au stress.

Les effets sur la santé psychologique

Les participant·es employé·es ont rempli des questionnaires pour mesurer leur stress perçu (PSS-10) et la présence de symptômes d'épuisement professionnel (BAT). La taille de l'échantillon (n=14) a limité nos analyses statistiques. Sur le plan du stress perçu, huit participants ont obtenu un score au questionnaire PSS-10 indiquant qu'ils ou elles ressentaient un stress modéré. Les autres avaient un score indiquant un stress perçu faible. De même, un·e seul·e participant·e présentait un score au BAT indiquant un épuisement professionnel et deux autres un score associé à un risque d'épuisement professionnel.

Les participant·es ont indiqué dans leurs entrevues plusieurs effets de leur travail sur leur santé psychologique. Ainsi, le personnel peut vivre du stress et de la fatigue, mais aussi des émotions intenses comme de la tristesse ou de la peur.

« tu sais ça m'a... ben je connaissais pas c'te vie-là là si tu veux au départ, pis quand j't'arrivée là j'étais loin de penser que ça l'existait, tu sais dans le sens, tu vois ça dans les films là, je veux dire. Non, j'en ai eu au moins, [...] pour 2 mois là à pleurer à toutes les fois je rentrais dans mon auto. Je me disais, ça se peut pas là. » 4E1

Ces effets sur la santé psychologique peuvent aussi être plus importants comme ressentir de l'anxiété, faire des crises de panique ou vivre un traumatisme. Les effets sur la santé mentale après une situation grave peuvent persister et demander une intervention auprès des employé·es.

« Cet usager-là [...] s'en est tellement pris à la ressource que j'ai perdu la moitié de l'équipe [...] on a dû faire du défusing auprès de cette équipe-là. On l'entendait crier même si ça faisait 2 semaines il était parti. » 12R2

Les effets organisationnels

Les risques, notamment les agressions, peuvent mener à des congés de maladie ou des démissions d'employé·es, ce qui cause du roulement de personnel. Ce roulement en retour augmente la charge de travail des employé·es restant·es et affecte, voire déstabilise les résident·es. En effet, ces résident·es se retrouvent face à des changements continuels des personnes qui les entourent, alors qu'ils et elles dépendent de leur soutien. La prévisibilité de l'environnement est importante pour les personnes autistes et/ou ayant une DI. Des changements déstabilisent les résident·es et limitent la possibilité d'établir des relations thérapeutiques ou de confiance avec le personnel et empêche la continuité dans les approches et les soins.

« Si on ne fait rien pour la santé et d'assurer une sécurité ou la stabilité de nos intervenantes, ben là, on... on va avoir un paquet, un paquet d'autres problèmes là. Comme le roulement de personnel ou des intervenants qui sont brûlés pis stressés ou peu importe. » 9R

4.2 Mesures de prévention des risques

Nous avons recensé les différentes mesures préventives mises en place afin d'assurer une prise en charge adéquate de la SST dans les milieux de travail.

4.2.1 Prévention des risques psychosociaux découlant du comportement de la clientèle

La majorité de mesures de prévention rapportées par les participante·es concernaient les risques d'agression physique et verbale provenant des résident·es, ou encore des autres comportements jugés dérangeants ou perturbateurs.

Éviter certains profils de résident·es

Face à des résident·es qui ont de façon récurrente des comportements d'agression, les responsables de RI considèrent que la principale façon de protéger leur personnel est de demander leur déplacement vers une autre RI. Pour ce faire, les responsables doivent demander à leur personnel de documenter de façon très détaillée leurs comportements pour appuyer leur demande. En effet, selon le contrat qui les lie aux CISSS/CIUSSS, les responsables de RI n'ont pas la possibilité de choisir leurs résident·es. De même, lorsque les responsables de RI se voient présenter le dossier d'une nouvelle usagère ou d'un nouvel usager comme futur résident, leur analyse cherche à repérer des indices de possibles comportements d'agression. Si c'est le cas, les responsables argumenteront que le profil ne correspond pas aux caractéristiques de leur résidence.

Aménagements des lieux spécifiques à la clientèle

Les aménagements des lieux favorisant la prévention dépendaient des profils des résident·es hébergé·es. Dans certaines RI, les aménagements prévoient d'éviter tout

objet qui pourrait se transformer en projectile ou de protéger des surfaces qui, endommagées, pourraient causer un danger aux personnes. Par exemple, fixer le mobilier au sol ou au mur, fixer les miroirs, couvrir les écrans de télévision par des plexiglas ou mettre des pellicules sur les vitres pour éviter qu'elles ne cassent.

Dans une RI accueillant des personnes en situation de TGC, des alarmes sont mises aux portes des chambres des résident·es pour détecter leurs déplacements. Des demi-portes peuvent être installées dans certaines pièces pour maintenir le contact visuel avec les résident·es, tout en limitant leur déplacement. Certaines RI prévoient des corridors et des pièces permettant des aires de circulation assez larges pour permettre de conserver des distances sécuritaires entre les personnes au besoin.

Outils de protection

Les outils utilisés varient aussi selon les profils de résident·es de chaque RI. Les pictogrammes sont aussi un outil important pour communiquer avec les résident·es dans les situations difficiles ou dans le quotidien, pour prévenir des difficultés de communication pouvant mener à des frustrations. Les ballons de prévention permettent de créer une distance entre un·e résident·e agité·e et l'intervenant·e, par un objet mou qui peut être frappé. Durant son utilisation, le contact visuel peut être maintenu, de même que la discussion, si approprié. Une autre RI accueillant des personnes en situation de TGC demande au personnel de porter un casque de hockey avant d'interagir avec des résident·es qui ont précédemment arraché des cheveux ou donnent des coups à la tête. D'autres outils sont les manchons pour les bras pouvant prévenir les égratignures ou les morsures.

Médication

L'utilisation d'une médication d'urgence, nommée « PRN », est un moyen de contention chimique qui limite la capacité d'action d'une personne. Cette médication doit avoir été préalablement prescrite par un médecin. Elle est parfois administrée à une personne vivant une situation de désorganisation importante susceptible de causer un danger pour elle-même ou les personnes qui l'entourent.

Procédures et interventions

Les procédures et les interventions auprès des personnes résidentes constituent un moyen de prévenir les comportements d'agression. La collecte et le partage d'informations structurées, entre les membres du personnel, avec le responsable de la RI ainsi qu'avec les professionnel·les du CISSS/CIUSSS est un élément fondamental. Par exemple, les « grilles ABC » permettent au personnel de donner de l'information sur les comportements d'un·e résident·es, lorsque l'objectif est de comprendre les antécédents du comportement (A) et leurs conséquences (C). De même, les grilles de prévention actives ou fiches d'escalade comportementale, sont des procédures d'intervention où sont décrits pour une personne en particulier, les comportements précurseurs de comportement défis plus graves. Cette description permet à l'intervenant·e de savoir

quels gestes devraient être posés à chaque stade de comportement précurseur dans le but d'apaiser la personne ou de se protéger.

Dans plusieurs RI, le personnel peut recevoir des instructions pour attacher ses cheveux ou porter une casquette. Le port de vêtements confortables, couvrants, sans cordons, et le retrait de bijoux peut favoriser la sécurité. De même, les chaussures doivent être fermées et à talons plats.

D'autres procédures concernent l'organisation de l'espace. Par exemple, dans certaines RI, le personnel doit s'assurer de toujours avoir les résident·es à sa vue afin qu'ils ou elles ne soient pas derrière leur dos. Des procédures de verrouillage d'items, comme les ustensiles de cuisine, les couteaux ou d'autres autres objets coupants, ou encore des portes de certaines pièces de la RI, visent à protéger les personnes résidentes et le personnel. Dans de rares circonstances, des résident·es peuvent être contraint·es de demeurer dans leur chambre pour certaines périodes. Des procédures d'urgence peuvent prévoir de se replier dans un local fermé lorsqu'une personne a un comportement dangereux et incontrôlable et que l'application des protocoles établis n'a pas permis de réduire le risque d'une agression imminente. Dans cette situation, l'appel au 9-1-1 permet d'obtenir le soutien des services policiers et d'ambulanciers pour amener la personne à l'hôpital.

Des procédures d'intervention pour prévenir l'apparition de comportements dérangeants, perturbateurs ou agressifs en peuvent être la création d'horaires détaillés pour occuper le temps des personnes par des activités significatives pour elles ; *« si tu vois que il est fâché, tu vois que il peut te menacer, [...] On leur propose des activités et on les laisse donc... tu proposes des activités qui peuvent lui intéresser » 18E2*. Le personnel peut aussi utiliser des listes à cocher pour suivre les habitudes des personnes résidentes et détailler les actions et gestes à poser. Ces procédures répondent de plus au besoin des personnes autistes d'évoluer dans un environnement structuré, stable et prévisible.

D'autres moyens de prévention reposent sur le savoir-être du personnel. Par exemple, le personnel doit s'adapter à chaque résident, à ses capacités et à son rythme pour ne pas le brusquer. Il doit observer attentivement les résident·es pour apprendre à comprendre leurs besoins et à détecter leurs difficultés. Il doit écouter chaque personne très attentivement pour tenter d'interpréter ce qu'elle dit ou cherche à communiquer. La stabilité du personnel est donc importante pour développer ces habiletés. Aussi, les personnes employé·es doivent apprendre à composer entre la compassion envers les résidents et leur propre protection ; *« fait que dans le fond, comment je peux dire ça, ils oublient leurs facteurs de protection, mais en même temps, ils veulent protéger parce qu'il sent que la clientèle est vulnérable » 12R*. Elles doivent aussi tenter de prendre une pause après une intervention difficile, solliciter le soutien des collègues ou des superviseur·es lorsqu'elles en ressentent le besoin, bien que ce soit difficile à faire lorsqu'elles sont la seule personne employée sur le site durant le quart de travail.

Formation et rappel des procédures

Les formations sur les interventions thérapeutiques lors de conduites agressives (ITCA), et OMEGA, visent à développer des habiletés d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres, lors de manifestations de violence. Quelques participant·es ont parlé de formations sur l'autisme ou la DI, données par les professionnel·les des CISS/CIUSSS. Aussi, le personnel devrait être formé sur les besoins et les caractéristiques des résidents, ce qui est fait généralement par le responsable, ou par le biais d'informations écrites sur chaque résidente et résident. La formation sur les procédures et des rappels réguliers sont aussi nommés comme moyen important de prévention.

Personnel supplémentaire

Les CISSS/CIUSSS peuvent accorder à une RI du personnel supplémentaire pour permettre d'offrir un encadrement « 1:1 » pour un·e résident·e qui a besoin d'un accompagnement soutenu. De même, le responsable de la RI peut être de garde, sur appel, et se déplacer pour prêter main-forte au personnel lorsque nécessaire.

Programme d'aide aux employées et employés

Certaines RI offrent à leur personnel l'accès à un programme d'aide aux employé·es qui peut être sollicité lors d'un événement à potentiel traumatique.

4.2.2 Prévention des risques psychosociaux découlant des conditions du milieu de travail

La prévention des risques psychosociaux découlant de l'organisation du travail, des pratiques de gestion, des conditions d'emploi et des relations sociales ont été abordées par les participant·es de notre étude.

Modalités organisationnelles et conditions de travail

Certaines responsables de RI opèrent plusieurs RI afin de pouvoir consolider les ressources, faciliter la gestion de leur entreprise et offrir de meilleures conditions de travail et des avantages sociaux à leurs employé·es. Ces actions visent la rétention du personnel et à diminuer les impacts du roulement du personnel sur leurs équipes.

« Euh... c'est sûr que là, à 6 ressources, on a misé [...], mais dans le fond à donner des avantages sociaux à nos employés. » 18R

« Aux RH il y a quelqu'un qui s'occupe de tout ce qui est CNESST. Fait que déjà en partant, c'est cette personne-là qui chapeaute tout le volet les accidents de travail, de la prévention. » 12R2

Supervision et soutien

L'action des gestionnaires est centrale pour s'assurer que le personnel reçoit la formation et l'information nécessaires. Les gestionnaires peuvent s'assurer que les communications

sont fréquentes et que l'information est partagée. Leur présence dans la RI, leur écoute du personnel, la considération de leurs difficultés et de leurs besoins est essentielle, notamment après la survenue d'un événement à potentiel traumatique.

« De s'assurer que les gens décrochent, qu'ils s'investissent pas trop émotionnellement. J'essaye de leur enseigner le plus possible d'avoir une distance professionnelle. » 17R

Aussi, le soutien entre collègues est précieux. Il apporte un appui rapide si une situation avec un·e résident·e devient plus difficile ou encore si un collègue souhaite reprendre son souffle après une intervention délicate.

4.2.3 Prévention des risques biologiques, biomécaniques, physiques et à la sécurité

La prévention des risques biologiques se fait par des activités d'hygiène, comme le nettoyage fréquent des surfaces et le lavage des tissus. L'utilisation de masques respiratoires, de gants ou de jaquettes peut être nécessaire lors de certaines tâches, par exemple lors de tâche de soutien à l'hygiène. Les affiches peuvent rappeler ces procédures de prévention. Des planchers imperméables permettent d'éviter le développement de moisissures dans les pièces où l'eau peut être répandue. De plus, les trousse de premiers soins doivent toujours être disponibles sur les lieux.

Dans les RI où les résident·es ont une mobilité réduite ou demandent plus de soutien dans leurs déplacements, certains aménagements ou outils peuvent être utiles. L'utilisation du lève-personne peut être nécessaire, tout comme l'utilisation de ceinture de transfert sécuritaire pour les déplacements et les transferts. Dans la salle de bain, on peut installer un bain thérapeutique ou des barres d'appui. Le personnel peut porter des chaussons antidérapants ou des bottes lorsqu'il travaille dans la salle de bain ou la douche.

Dans les endroits où l'eau peut être répandue, des planchers antidérapants peuvent être installés. Le nettoyage rapide de tout dégât prévient les risques de chute, de même que le port de chaussures fermées. Les lieux autour de la RI doivent être entretenus et la neige doit être dégagée en hiver.

Certains participants ont rapporté l'utilisation de bouchons pour les oreilles pour atténuer les cris des résident·es. Ce moyen est aussi utilisé lorsque les vocalisations ou les bruits forts des résident·es irritent ou rendent impatient le personnel. Toutefois, ce moyen ne peut être utilisé dans les RI où il faut une attention constante aux déplacements des résident·es. Finalement, les participant·es ont aussi mentionné les procédures en matière d'incendie (détecteurs de fumée et système d'alarme) et la disponibilité d'éclairage d'urgence en cas de panne d'électricité.

En résumé, nous constatons que les RI ont plusieurs mesures de type primaire, par exemple, les procédures et interventions psychosociales, les modalités organisationnelles

et les aménagements des lieux spécifiques à la clientèle. En ce qui concerne les mesures de type secondaire, elles sont plus limitées. Elles se résument à l'administration de la médication aux usagers ainsi qu'aux équipements de protection individuelle. La seule mesure de prévention tertiaire mentionnée par les participant·es à notre étude est le programme d'aide aux employés (PAE).

4.3 Les enjeux de la prévention des risques à la SST dans les RI

Nos entrevues auprès des participant·es ainsi que notre analyse de la documentation nous a permis de relever les facteurs facilitant ou contraignant la prévention des risques à la SST dans les RI.

4.3.1 Les facteurs facilitant la mise en place de moyens de prévention

Plusieurs facteurs peuvent soutenir la prise en charge de la SST dans les RI. D'abord, l'accès aux professionnel·les du CISSS/CIUSSS constitue un levier important, notamment pour les interventions visant à prévenir ou atténuer les comportements défis chez les résident·es. Des responsables de RI ayant une formation d'éducation spécialisée et s'investissant au-delà de la mission qui leur est confiée contribuent aussi à la prévention des risques découlant des comportements de leurs résident·es. Pouvoir rapidement former son personnel et avoir accès à des formations spécialisées permet aussi de prévenir plusieurs risques. Une communication efficace, tant à l'interne qu'entre les différentes organisations et les différents acteurs (CIUSSS, RI, employé·es et familles), favorise une compréhension commune des risques et une coordination optimale des actions préventives.

L'appartenance d'une RI à une structure plus grande facilite la gestion et permet plus de flexibilité pour répondre à des besoins. Par exemple, il est plus facile de remplacer sur-le-champ des équipements brisés, dans un contexte où les démarches pour obtenir un financement de la part du CISSS/CIUSSS peuvent prendre beaucoup de temps. De même, une organisation possédant plusieurs RI ayant des missions différentes, par exemple hébergeant des clientèles des personnes âgées en perte d'autonomie ou des clientèles ayant des problématiques de santé mentale, considère recevoir plus de soutien et de flexibilité des directions des CISSS/CIUSSS dédiées à ces clientèles. Elle peut donc parfois transférer des ressources financières ou des équipements à sa RI hébergeant des personnes autistes et/ou ayant une DI, en attendant un suivi de la part de ses intervenant·es du CISSS/CIUSSS desservant sa clientèle. La pandémie de COVID-19 a sensibilisé le personnel aux habitudes de nettoyage et de désinfection, ce qui facilite la mise en place efficace et systématique des protocoles de prévention des infections.

Finalement, l'adhésion à une mutuelle de prévention représente également un soutien structurant. Les mutuelles de prévention sont en effet des regroupements volontaires d'employeurs dans plusieurs secteurs d'activités, permettant de bénéficier d'une tarification SST réduite. Elles soutiennent les efforts en matière de prévention de leurs membres en leur offrant des conseils, ainsi que du soutien lors de lésions

professionnelles. Toutefois, les mutuelles traitent peu des risques découlant des comportements de résident·es.

4.3.2 Les facteurs propres à la RI contraignant la mise en place de moyens de prévention

Le roulement de personnel constitue un frein important la mise en place des moyens de prévention. De plus, la difficulté du métier conduit plusieurs employé·es à quitter rapidement après leur embauche. Dans les équipes comptant plusieurs employé·es avec peu d'expérience, il est difficile de compter sur l'entraide entre collègues. La sous-estimation et la banalisation des risques, de même que le manque de sensibilité par rapport à la SST par le personnel, compliquent l'application des procédures visant la prévention et le respect de consignes.

Des responsables participant à l'étude ont mentionné avoir de la difficulté à trouver des formations qui répondent rapidement et directement à leurs besoins. La formation ad hoc, sur le plancher, est celle principalement utilisée. Le défi est d'autant plus important qu'il est difficile de libérer du personnel pour des formations de groupe à l'extérieur tout en fournissant les services requis dans une organisation qui a un horaire sur 24 heures. Cet horaire complique aussi la transmission d'informations et la communication dans l'équipe.

La prévention peut être difficile lors de l'arrivée d'un nouveau résident ou d'une nouvelle résidente, ce qui demande plusieurs ajustements de la part de l'équipe. De même, lorsque la RI en vient à demander le déplacement d'un·e résident·e parce l'équipe est à bout de souffle, le personnel est moins motivé à tenter de mettre en place de nouvelles mesures.

Les RI qui sont locataires de la bâtisse occupée peuvent rencontrer plus d'obstacles pour réaliser les aménagements et l'entretien nécessaires de leur milieu. De même, la complexité des règles sur les responsables des différentes dépenses (résident·e, RI, CISSS/CIUSSS) peut ralentir des achats et des investissements contribuant à la prévention.

4.3.3 Les facteurs extérieurs à la RI contraignant la mise en place de moyens de prévention

Notre analyse a révélé plusieurs facteurs qui contraignent la mise en place de moyens de prévention, mais qui sont à l'extérieur de la RI et sur laquelle elle a peu de contrôle, car ils dépendent fortement des politiques et de la façon dont le système est structuré.

De nombreuses parties prenantes

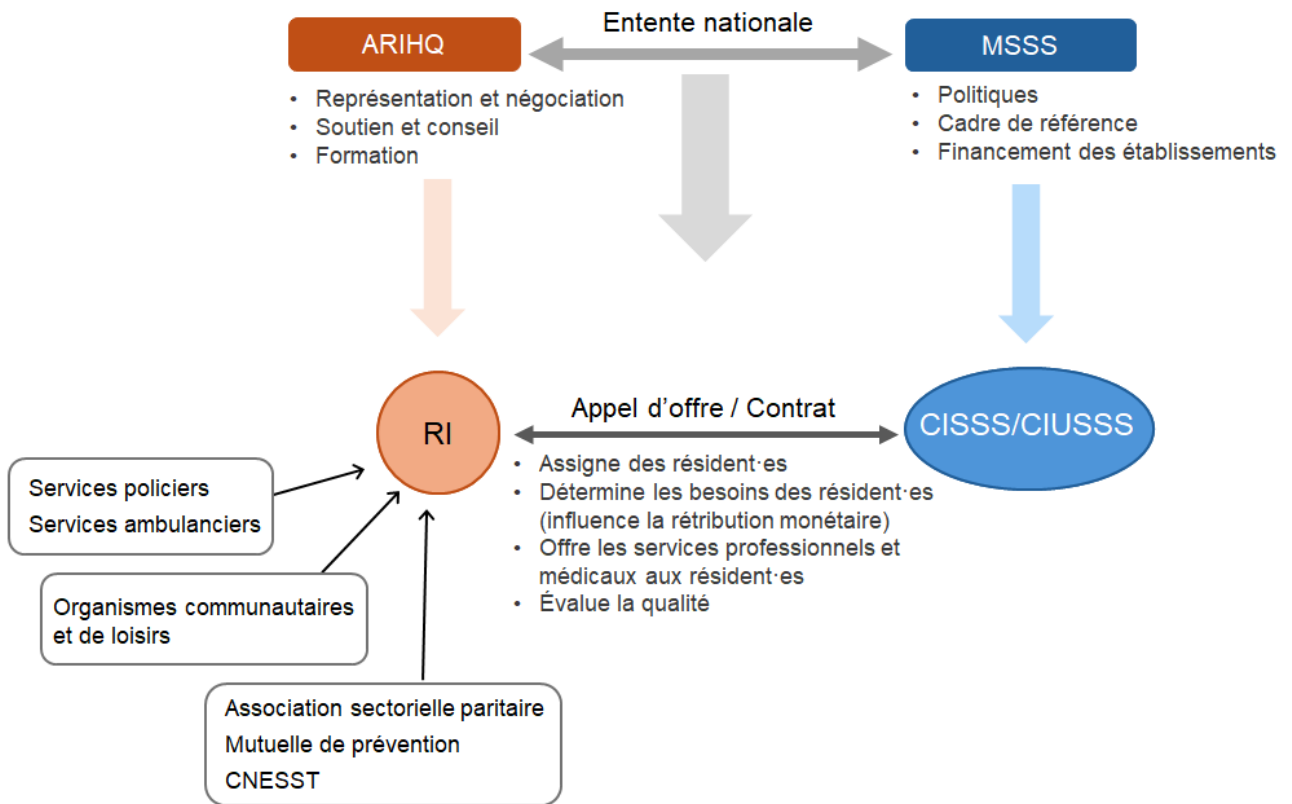
Nous avons identifié plusieurs parties prenantes du système d'hébergement ayant un rôle dans la prévention des risques en matière de SST. Plusieurs de ces parties prenantes sont nommées dans la documentation, alors que d'autres ont été relevées lors de nos entrevues avec nos participant·es (voir figure 2). Le MSSS est la principale partie

prenante du système d'hébergement, car il établit les orientations générales du système de santé et de services sociaux. Par exemple, il a publié la définition des programmes services destinés à la clientèle autiste et/ou ayant une DI (MSSS, 2017), une Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (MSSS, 2021) ou des orientations ministérielles pour les personnes ayant un trouble du comportement et trouble grave du comportement (MSSS, 2025). Le gouvernement, de plus, alloue le budget aux CISSS/CIUSSS pour l'accomplissement de ces missions.

L'ARIHQ assume un mandat de représentation et de négociation des conditions d'exercice des RI. Elle offre des conseils et du soutien aux RI dans l'opération de leurs ressources ainsi que dans les négociations entre les RI et leur établissement de rattachement. Aussi, l'ARIHQ élabore un catalogue de formation pour améliorer la qualité de la prestation de services ou de la gestion par ses membres, ce qui peut inclure la gestion de la SST du personnel.

Les CISSS/CIUSSS lancent des appels d'offres pour des RI en fonction des besoins sur leur territoire, puis établissent un contrat avec une RI précisant le type de clientèle et les services attendus. Par la suite, les CISSS/CIUSSS évaluent le profil spécifique et les besoins de leurs usager·ères autistes et/ou ayant une DI afin de les orienter vers une RI appropriée, ainsi que pour établir le montant de la rétribution offerte à la RI pour héberger chaque usager, selon l'instrument de classification. Les CISSS/CIUSSS offrent de plus des services cliniques ou professionnel·les à leurs usager·ères confié·es aux RI. Ils peuvent déléguer certains services à la RI et offrir de la formation au personnel de la RI, spécifiquement pour un·e résident·e ou de façon générale. Par ailleurs, les établissements contrôlent la qualité des services offerts par les RI aux résident·es et la conformité de ces services par rapport au contrat et au plans individuels d'intervention (MSSS, 2016a).

Figure 2. Parties prenantes entourant les RI



Les CISSS/CIUSSS n'ont aucune responsabilité directe en matière de SST dans les RI. Toutefois, de façon indirecte, ils agissent sur les risques d'agression en attribuant les résident·es à une RI, en formant le personnel de la RI, par exemple par rapport aux plans d'intervention des résident·es, en évaluant les besoins des usager·ères, en établissant les services et les interventions à offrir et en offrant les services cliniques et médicaux aux résident·es.

Notre étude a aussi relevé d'autres parties prenantes importantes dans ce système lorsqu'on considère la situation de la SST du personnel. D'abord les RI ont accès aux services de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), un organisme paritaire à but non lucratif, créée en vertu de la LSST qui offre gratuitement des conseils et de la formation en matière de SST, notamment aux organisations ayant des missions d'hébergement de clientèle vulnérable. Les services de cette organisation semblent toutefois peu connus par les responsables de RI participant à cette étude. Plusieurs RI dans notre étude ont mentionné leur adhésion à une mutuelle de prévention et les conseils reçus. Dans l'entretien de groupe, les personnes participantes provenant d'organismes conseil en SST constataient l'ampleur du risque d'agression dans les RI. L'une expliquait disposer de peu de moyens pour soutenir les RI dans les risques associés aux comportements des résident·es. L'autre considérait toutefois que les RI disposaient néanmoins de quelques outils pour protéger le personnel.

« on est très bon pour identifier l'ensemble des risques. Mais [...] avec la clientèle violente, avec des problèmes de santé mentale, souvent on va faire une passe à l'ASSTSAS en disant ils ont des bonnes formations qui peuvent vous aider. Mais on me répond oui, mais au-delà de la formation, qu'est-ce qu'on peut faire? [...] ils veulent en faire mais ils ne savent pas comment gérer ça, comment gérer ce risque-là [...] Mais vraiment, on sent le sentiment des gens dépourvus » F4.

La CNESST, comme organisme gouvernemental responsable du régime de SST, est aussi mentionnée par les participant·es comme partie prenante pour ses ressources en lien avec la prévention, mais son action porte peu sur les risques associés aux gestes d'agression par les personnes hébergées.

Notre analyse a aussi relevé le rôle non négligeable des services policiers et des services préhospitaliers d'urgence. En effet, les services policiers peuvent être appelés à intervenir, parfois une fois par mois dans des RI lors de désorganisations comportementales importantes de la part de résident·es. Ainsi, ils sont sollicités dans le but de protéger les travailleur·ses et les autres résident·es de coups ou de blessures. Les ambulanciers peuvent aussi être appelés dans ce type de situation, dans le but de transporter la personne résidente à l'hôpital pour la stabiliser. Toutefois, leur contribution dénote une problématique dans le système, selon une personne participant à l'entretien de groupe; *« il y a quelque chose qu'on échappe quand les policiers pis les ambulanciers se ramassent avec des ressources en prévention de situations de SST [...]. Ça ne règle rien, en faisant un plâster sur le bobo » F8.*

Finalement, les organisations offrant des activités de loisir ou socioprofessionnelles, notamment les organismes communautaires, ont aussi été mentionnées dans les entrevues pour leur rôle indirect en lien avec la SST. En effet, au cours des confinements associés à la pandémie, ces activités ont été suspendues, privant plusieurs résidents d'occupations, les rendant plus agités et à risque d'adopter des comportements agressifs

« parce qu'en étant pris, ils sont toujours enfermés dans le même bâtiment. [...] Tu sais, la plupart, ils peuvent pas nécessairement faire beaucoup d'activités. [...] Donc ça fait en sorte qu'ils s'ennuient, donc un ennui va créer une crise qui peut mener à de la violence » 9E3.

Après le retour à la normale sur le plan sanitaire, bon, nombre de ces activités n'ont pas été reprises à la même fréquence; *« l'offre de services de l'établissement envers les ressources, souvent c'est comme, tu sais les centres de jour. Il y en a beaucoup moins qu'avant » 12C6.* Ce changement a contribué au désœuvrement des résidents, mais aussi à l'augmentation durable de la tâche du personnel.

Un écart entre le travail réel et le travail décrit dans les politiques

Selon le cadre de référence établi par le MSSS, le travail dévolu aux RI en est un de soutien ou d'assistance, alors que les interventions pour évaluer et agir sur les difficultés

comportementales d'un·e résident·e est considéré comme étant un service clinique et professionnel·les devant être assumés par les CISSS/CIUSSS (MSSS, 2016a). Cette séparation entre soutien et assistance d'un côté et service professionnel de l'autre s'opère difficilement dans les activités de la vie quotidienne; *« je te dirais en général, mais on peut pas le sortir le clinique de l'aide à la personne » 12R*. En effet, les comportements d'agression découlent des événements de la vie quotidienne de personnes ayant des sensibilités particulières ou des difficultés importantes de communication, par exemple, les soins d'hygiène ou se voir refuser quelque chose sans pouvoir comprendre pourquoi; *« comme quand il te demande quelque chose et que ce n'est pas le moment, et que tu refuses de le lui donner, il devient tellement agressif » 18E4*. De plus, la détection des précurseurs de comportements agressifs propre à chaque individu se fait dans le quotidien.

Le travail de soutien et d'assistance a historiquement été perçu comme étant une contribution sociale faite principalement par les femmes. Ce travail auprès des personnes malades ou âgées (Confédération des syndicats nationaux c. Québec (Procureur général), 2008) était considéré comme une implication sociale et la rémunération visait à compenser les dépenses engagées. Encore à ce jour, le travail du personnel en RI est perçu comme non qualifié; *« donc on demande pas tant une spécialisation que ça, parce que la RI, c'est comme un bon parent bienveillant qui reprend le lead du parent qui est épuisé ou qui est tout simplement absent » 18C1*. Aucune exigence de qualification n'existe sur le plan ministériel à l'exception d'une formation en secourisme général et en réanimation cardiorespiratoire (MSSS, 2020). Le travail dans les RI s'est pourtant professionnalisé avec le temps, est devenu encadré par des règles associées aux statuts d'entreprises et d'employeur. De plus, les demandes des établissements visent de plus en plus des objectifs individuels en lien avec la condition des résident·es et exercent un contrôle de la qualité des services offerts (Confédération des syndicats nationaux c. Québec (Procureur général), 2008).

Tous les participant·es de notre étude ont souligné l'importance de la formation comme moyen principal pour protéger le personnel, en leur permettant d'agir de façon plus compétente ; *« La méconnaissance des enjeux cliniques des résidents, c'est quelque chose qui est un grand contributeur d'accidents de travail » 12R2*. Cette formation doit porter sur l'autisme ou la DI, les moyens d'intervention auprès de la clientèle, les moyens de prévention face aux actes d'agression. Toutefois, les formations peuvent être difficiles à organiser étant donné les ressources dont disposent les RI.

« c'est une fraction de nos intervenants qui ont eu une formation en prévention de la violence parce que je suis pas capable d'en trouver [...] qui sont disponibles dans notre région ou pour les nombres qu'on a besoin là. [...] on peut pas libérer 10 personnes d'un coup, là, nous, on est 20 ici. [...] pendant 4 jours tu sais, ça fonctionne pas là. » 9R

La formation doit aussi porter sur le profil de chaque individu dont les besoins peuvent être hautement personnalisés. Par exemple, pour certain·es résident·es, *« on a des fiches de prévention active. [...] C'est aux 30 minutes, on doit remplir des cotations [...] Donc là*

c'est que on doit montrer à des gens qui ne connaissent pas la clientèle qu'est-ce que c'est les niveaux d'agitation » 6R.

Certains professionnel·les de CISSS/CIUSSS participants à l'étude ont remis en question la capacité de certains membres du personnel des RI à assimiler la formation qui leur est donnée et qui est nécessaire à leur sécurité.

« ils ont tout... tout plein de bon vouloir mais tu sais souvent c'est des petites mères qui veulent prendre soin de, mais tu sais qui ont pas nécessairement toutes... toutes les notions. On a beau faire quelques enseignements TSA et trouble d'attachement et tout ça, mais tu sais toute notre poutine, notre jargon, là tu sais, faut vraiment aussi adapter ça à leur [...] niveau de savoir aussi là. [...] des fois ils comprennent pas toujours le pourquoi. Des fois c'est plus dur à appliquer quand tu comprends pas le, le pourquoi pis ça varie souvent. Fait que c'est ça, l'info varie souvent. Pis ça l'a un impact sur eux, c'est sûr tu sais. Ils peuvent se mettre plus à risque mais ç'a un impact sur les usagers aussi » 4C.

Les politiques entourant le travail en RI ne considèrent pas explicitement le travail réalisé comme mettant le personnel à risque d'agression physique. Aucune considération n'est donc accordée par exemple à la condition physique du personnel.

« Je pense que même le physique de la personne devrait être considéré quand on fait un pairage pour un milieu résidentiel. Tu sais ça m'arrivait de travailler dans des milieux résidentiels avec une clientèle qui était considérée TGC [...] les gens étaient 4 fois mon poids, 2 fois ma grandeur. Tu sais je me, je me questionnais à... à vraiment avoir un contrôle si une situation de désorganisation se produisait. Fait que si on considère par exemple la force physique pour des emplois comme les pompiers, mais ça pourrait peut-être être quelque chose à considérer. » F3.

Par ailleurs, le personnel en RI n'étant pas considéré comme des professionnel·les de la santé ou des services sociaux, ils ne peuvent pas avoir accès à l'information inscrite au dossier clinique des résident·es, notamment les diagnostics des résident·es. Toutefois, cette information est considérée importante et même essentielle par les responsables de RI; *« eux ont l'information confidentielle au niveau clinique. [...] eux considèrent qu'on n'a pas de [...] services cliniques à donner, que eux vont nous le donner. Sauf que eux, [...] sont pas avec nous au quotidien. Ils viennent une fois par 2 semaines » 12R.* Cette situation a pour conséquence que des RI accueillent des résident·es sans connaître l'ensemble de leur profil clinique et donc de leurs besoins.

Les relations parfois difficiles entre établissements et RI

Les relations entre les RI et les CISSS/CIUSSS doivent être étroites et coordonnées afin d'offrir la meilleure qualité de soin à la clientèle et prévenir des situations pouvant poser des risques à la SST. Toutefois, les participants à l'étude ont témoigné de relations parfois difficiles et même entachées de méfiance.

L'échange d'information

Le placement des résident·es dans une RI spécifique, qu'on nomme processus de jumelage/pairage, est une décision qui appartient au CISSS/CIUSSS. Les professionnel·les qui évaluent les dossiers pour les assigner à des RI n'ont parfois par toute l'information pertinente; « *tous les gens qui m'ont présenté le dossier ne la connaissaient pas depuis plus d'un mois.* » 12R2. Des responsables de RI, de même que des professionnel·les des CISSS/CIUSSS, nous ont indiqué que l'information présentée sur le futur résident n'est parfois pas complète ou est inexacte, ce qui ne permet pas à la RI d'estimer les risques que pourrait poser cette personne

« Les profils qui nous sont présentés sont jamais 100% la réalité. [...] ils nous ont caché quelque chose pour qu'on le prenne? Je le saurai jamais. » 13R

« sur un bout de papier, des fois ça peut bien paraître pis une fois qu'il est intégré hein, on peut avoir une surprise » 18C1.

Aussi, l'insuffisance des places d'hébergement dans les RAC, supposées héberger les personnes ayant des besoins importants et complexes de soutien et de réadaptation, conduit parfois à envoyer des personnes en RI alors que le milieu n'est pas adapté « *t'as une RI avec des usagers des fois même plus complexes que ce qu'on a en RAC mettons, pis avec des employés qui [...] pour certains n'ont même pas un secondaire 5, fait que c'est comme un peu dur* » 4C2.

Dans ces circonstances, la confiance entre la RI et ses interlocuteurs du CISSS/CIUSSS peut être entachée. Certains responsables de RI ont même mentionné éviter de donner une formation à leur personnel en prévention des comportements agressifs pour éviter que leur établissement les considère comme un milieu adéquat où envoyer des résident·es ayant des troubles de comportements et leur assignent des résident·es pouvant mettre à risque leur personnel.

La disponibilité des services professionnel·les et médicaux à offrir aux résident·es de la RI

Selon le cadre de référence, les CISSS/CIUSSS sont tenus d'offrir des services professionnel·les et médicaux nécessaires aux résidents, en fonction des ressources disponibles de l'établissement (MSSS, 2016a). Dans un contexte de ressources limitées, les professionnel·les doivent établir des priorités et sont plus susceptibles de consacrer leur temps à régler des situations problématiques plutôt qu'à mettre en place des interventions prévenant les difficultés; « *ils ont tellement de dossiers. Faut que ça éclate pour avoir du service* » 13R. Ils et elles ont aussi des responsabilités administratives importantes qui limitent le temps dévolu au développement des relations avec les résident·es. De plus, le roulement de personnel au CISSS/CIUSSS affecte la quantité et la qualité des services qui peuvent être offerts aux résident·es; « *le personnel change toujours, les éducatrices changent, les travailleurs sociaux changent. Donc c'est difficile d'avoir un lien pis on est toujours à recommencer l'échange d'informations* » 19R. Même

lorsque les responsables de RI apprécient les professionnel·les assignés à leur clientèle, le temps qu'ils peuvent consacrer aux résident·es ne correspondent pas aux besoins réels de ceux-ci « *J'ai un TS exceptionnel mais [...] il peut pas être ici 24 heures sur 24 là, mais il s'implique beaucoup mais pas... tu sais, il peut pas faire plus là.* » 13R. Les services des CISSS/CIUSSS sont aussi difficiles à obtenir ou inadéquats pour des résident·es en situation aigüe, par exemple lorsque la médication doit être révisée dans des contextes de désorganisation importante :

« qu'est-ce qu'on fait avec un usager qui est désorganisé comme ça, qui veut attaquer, qui essaie de mordre [...] on l'amène à l'hôpital parce que bon, on a besoin d'aide là. La médication est à réajuster également, tu sais parce que clairement, elle fait pas effet, etc. Mais on fera rien avec lui. Fait que on nous le ramène constamment, c'est vraiment l'enjeu des portes tournantes qui revient tout le temps, mais on n'a pas de soutien non plus du milieu hospitalier » 6R.

Le personnel d'appoint qui est parfois envoyé par les CISSS/CIUSSS lorsque les RI ont un besoin critique de personnel pour un résident qui a besoin d'un accompagnement 1:1 n'a pas toujours non plus les qualifications nécessaires pour offrir une aide véritable; « *c'est pas vrai que, en cas de crise, la personne va vraiment être là pour t'aider tu sais. C'est comme un peu un, un show de boucane là* » 17R.

Une analyse des résident·es sans égard aux risques à la SST

Les professionnel·les du CISSS/CIUSSS font une analyse des besoins pour déterminer les services spécifiques que la RI doivent rendre à chaque résident. Cette analyse prend en compte la personne, les autres résident·es de la RI, mais pas nécessairement les risques pour le personnel. Ainsi, les demandes faites par les professionnel·les au personnel de la RI en matière de services peuvent les exposer à des risques d'agression.

« je leur ai dit plein de fois, un nombre incalculable de fois de, ce qu'ils nous demandent, c'est dangereux parfois. Pis on doit s'opposer à ça parce que ça met en danger notre sécurité à nous » 12R2

« pis on se l'est déjà carrément fait dire, quand ça vous touche, vous, c'est une chose, mais quand ça touche les autres usagers, c'est une autre. Pis c'est comme si nous, quand on se fait agresser ou nos intervenants, ça pèse très, très peu dans la balance » 7R.

La protection du personnel de la RI repose entièrement sur le responsable qui a la responsabilité de détecter les éléments pouvant poser des risques et les faire valoir aux professionnel·les du CISSS/CIUSSS pour obtenir du soutien ou des changements dans les services à rendre aux résident·es.

« Là c'est aux résidences d'aller mettre leurs limites à eux pour ce qui est, parce que moi comme employée CIUSSS, je peux pas dire, peut-être à mots voilés, pis peut-être hors courriel et hors tout, mais je pourrais jamais dire là ç'a pas de bon sens » 12C1.

Le niveau de besoins des résident·es comme fondement de la rétribution financière des RI

La relation entre la RI et le CISSS/CIUSSS peut aussi être entachée de méfiance, car l'évaluation des résident·es détermine le niveau de rétribution financière donnée à la RI. Ainsi, la remise en question des résultats d'une évaluation par les responsables de RI peut être perçue par les professionnel·les comme une façon d'augmenter leur rémunération; « *quand on veut faire réviser des classifications, de pas être pris au sérieux pis [...] d'avoir le sentiment qu'on ment pour mousser pis faire de l'argent là* » 17R. Aussi, des participant·es de l'étude considèrent que l'instrument de classification ne reconnaît pas réellement le travail nécessaire pour une personne ayant des troubles graves de comportement.

« le potentiel mettons de dangerosité, la clientèle TC/TGC est pas reconnue au niveau des classifications, au niveau de... ce que ça donne monétairement pour les ressources. Fait que ça permet pas d'embaucher mettons plus d'employés, ou ça permet pas des payer encore mieux pour dire ben on va avoir une stabilité d'employés » 4C2

De plus, si le comportement d'un·e résident·e s'améliore lorsque plusieurs mesures sont mises en place, l'évaluation subséquente démontrera que ses besoins sont moindres et la rétribution diminuera. Ainsi, la RI aura moins de ressources financières pour continuer d'appliquer ces mesures qui assurent la stabilité de cet·te résident·e.

Une relation inégale sur le plan de l'expertise et des ressources financières

Dans les discussions ou lors de conflits entre RI et CISSS/CIUSSS, les partenaires ne sont pas sur un pied d'égalité, car leurs ressources diffèrent vastement. Par exemple, certains responsables de RI ont mentionné que les CISSS/CIUSSS les incitent à faire des activités qui vont au-delà de leur contrat, par exemple de prendre en charge des responsabilités supplémentaires pour soutenir le développement des habiletés des résident·es ou d'assumer des dépenses qui devraient relever de l'établissement. Des responsables participant à notre étude ont aussi nommé qu'il faut posséder une fine maîtrise du langage clinique, des informations contenues dans les politiques, les contrats, les plans d'intervention pour argumenter avec les professionnel·les des établissements. Certains responsables de RI se retrouvent plus désavantagés que d'autres.

« j'ai de la facilité avec ce genre de chose-là pis j'ai catché leur game fait que je le sais comment dire mes affaires pour que ça fite, [...] Pis suffirait que le français soit pas ma langue première, que j'aie pas été faire des études supérieures dans la vie, que j'aurais pas ces réflexes-là. C'est indigeste » 17R.

Démontrer de façon convaincante que les difficultés d'un·e résident·e vont au-delà de ce qui peut être fait par les ressources de la RI demande aussi un effort très important de documentation; « *j'ai dit à mon personnel, on va faire des grilles parce qu'ils ne nous*

croient pas. [...] On marquait les heures que ça arrivait à, tout le kit. Puis on continuait » 8R.

Aussi, le CISSS/CIUSSS a un rôle de contrôle de la qualité des services de la RI. Les établissements peuvent donc décider de fermer la RI si un manquement a été constaté. Des responsables de RI doivent donc prendre le risque de subir des pénalités financières importantes lorsqu'ils ou elles tentent de protéger leur personnel en refusant des demandes provenant du CISSS/CIUSSS.

« j'ai envoyé le courriel à la gestionnaire du CISSS justement en disant écoutez, moi je ne, je n'accorde plus l'autorisation de faire ce plan de traitement là parce qu'il y a réellement un danger pour mes employés. Mais là au début c'est, 't'as pas le droit de faire ça, c'est ton obligation en tant que ressource' [...] Mais c'est parce que là, on a les deux mains liées finalement là tu sais [RIRE], parce que oui, je veux le bien mon usager, mais là c'est aussi le personnel, parce que si je protège pas mon personnel, qui va venir travailler avec ces gens-là? » 6R.

Par ailleurs, si les RI doivent rendre tous les services indiqués à leur contrat, selon le cadre de référence, les CISSS/CIUSSS peuvent, eux, limiter leurs services aux résident·es selon la disponibilité de leurs ressources. Ainsi des RI se sentent laissées pour compte lorsque des problèmes graves surviennent *« du moment qu'on est à quelque chose de gros et que let's go on est rendu au Ministère, désolé, mais la ressource va être sacrifiée » 19R.* Finalement, dans les situations litigieuses, les CISSS/CIUSSS disposent de plusieurs professionnel·les cliniques, administratifs et juridiques qu'ils peuvent impliquer dans les discussions. Les RI, particulièrement celles qui appartiennent à un propriétaire unique, doivent faire leur démarche seules, ou avec l'appui de l'ARIHQ.

En conclusion, notre analyse a révélé plusieurs facteurs à l'extérieur de la RI qui déterminent les conditions du milieu de travail et la clientèle desservie. Cet ensemble de facteurs affecte la capacité des RI à mettre en place des moyens de prévention des risques auxquels leur personnel est exposé.

5. DISCUSSION

Notre étude visait à explorer les risques à la santé et à la sécurité du personnel œuvrant dans les RI destinées à la clientèle adulte autiste et/ou ayant une DI, les moyens de prévention possibles pour ces risques et à dégager les facteurs facilitant ou contraignant la mise en place de ces moyens de prévention. Notre analyse croisée des données qualitative et quantitative de notre étude met en lumière un environnement de travail complexe, où les risques psychosociaux ainsi que les autres types de risques interagissent et ont un effet sur la santé psychologique et physique du personnel. De même, la mise en œuvre de mesure de prévention demande une collaboration et une coordination avec des parties prenantes à l'extérieur du milieu de travail.

5.1 Du personnel exposé à des risques à la SST importants, affectant la qualité des milieux

Nos résultats rejoignent les constats de la littérature en ce qui concerne la présence de risque d'agression dans le contexte du travail avec la clientèle autiste et/ou ayant une DI et éprouvant des besoins en soutien importants (Flynn *et al.*, 2018 ; Kozak *et al.*, 2013 ; Womack *et al.*, 2020), y compris dans les milieux résidentiels (Björne, 2025 ; Coutu Arbour *et al.*, 2025 ; Hensel *et al.*, 2012). Dans les RI ayant participé à l'étude, toutes ont mentionné la présence de risques d'agression provenant des comportements des personnes hébergées. Dans certaines RI, ces risques sont importants et peuvent mener à des blessures graves. Dans d'autres RI, ces risques sont moins fréquents ou même rares, mais demeurent une possibilité. Dans tous les cas, le personnel doit maintenir une vigilance constante, ce qui ajoute à la demande émotionnelle du travail. De plus, le personnel doit concilier des émotions contradictoires face aux personnes dont elles prennent soin. Ainsi, les personnes hébergées requièrent le soutien du personnel, mais peuvent de façon simultanée constituer un risque à leur santé et à leur sécurité. Pour se protéger, le personnel doit concilier ces deux facettes de leur relation avec les résident·es.

Nous insistons pour rappeler que les personnes hébergées n'adoptent généralement pas des comportements d'agression intentionnellement, dans le but de blesser ou faire peur. Dans d'autres cas, les gestes sont intentionnels, mais les personnes ne prennent pas la mesure de leurs conséquences. Les comportements défi résultent en effet des vulnérabilités biologiques et psychosociales des personnes (Bowring *et al.*, 2019, Hasting *et al.*, 2013) et sont renforcés par leur environnement. Les différents aspects propres aux organisations avec lesquelles les personnes interagissent, doivent donc être examinés (Olivier-Pijpers *et al.*, 2020), que ces aspects relèvent des systèmes des niveaux micro, méso, exo ou du macro-système (Bronfenbrenner et Morris, 2006). La prévention et la gestion des comportements défis demande donc ainsi une investigation large à tous ces niveaux, au-delà de l'état de l'individu.

La fréquence et parfois la gravité des comportements défis rapportés par les participant·es de notre étude peut indiquer que les personnes hébergées vivent de la détresse, de la souffrance ou qu'elles réagissent fortement à un environnement ne

correspondant pas à leurs besoins. Une récente étude sur les conditions de vie de personnes autistes et/ou ayant une DI vivant en RI ou en RTF rapporte une grande insatisfaction de la part de résident·es, de proches et d'organisations de défense des droits (Bouharmont, 2026). Les RI offrent aussi peu d'activités sociales ou d'activité stimulantes à leurs résident·es (Bouharmont, 2026, Brice et Parenteau, 2023). La rareté des places en milieux d'hébergement place les personnes et leurs proches en quasi-impossibilité de choisir leur milieu de vie. Elles hésitent à se plaindre ou à demander de changer de résidence étant donné leur crainte perdre leur place et de se retrouver en pire situation (Bouharmont, 2026).

Plusieurs participant·es ont mentionné le déplacement d'une personne hébergée comme un des moyens de prévenir les risques d'agression pour le personnel. Toutefois, l'exclusion d'un milieu résidentiel et des déménagements successifs peuvent en soi créer des conditions favorables aux comportements dévifs. Refuser un service d'hébergement à cette clientèle est tout simplement impossible, contrairement à d'autres industries pouvant simplement exclure un client violent. Ainsi, la protection du personnel d'une RI se fait au détriment de l'amplification de ces risques pour le personnel de la RI suivante. Par ailleurs, les autres personnes résidant dans une RI sont aussi affectées par les comportements d'agression de leurs co-résident·es. Réduire les comportements d'agression est donc crucial, car la normalisation de la violence vécue par les personnes autistes et/ou ayant une DI dans leur quotidien est inacceptable (Marsh *et al.*, 2025).

Les mesures de prévention des risques d'agression dans les milieux de vie pour personnes autistes et/ou ayant une DI sont indissociables des actions visant à assurer la qualité du milieu de vie et des soins et services offerts aux personnes. En effet, les résidences de groupe sont un milieu où des personnes qui y résident et d'autres qui y travaillent partagent un espace et du temps, dans des relations interdépendantes et complexes (Bjorne, 2025). La prévention devrait miser d'abord sur la création des conditions de vie où les personnes desservies se sentent bien, calmes, comprises, appréciées et stimulées, plutôt que de viser seulement le contrôle des comportements dévifs (Marsh *et al.*, 2025). L'analyse des besoins d'une personne hébergée doit se faire dans une vision globale, comprenant les besoins de l'ensemble des personnes hébergées dans ce milieu de vie et les besoins de l'ensemble du personnel. L'*Institute for Healthcare Improvement* considère d'ailleurs que les systèmes de soins de haute performance doivent réconcilier plusieurs objectifs à la fois, dont le bien-être du personnel et la qualité des soins offerts (Nundy *et al.* 2022).

5.2 Des responsabilités légales en matière de prévention face à des moyens d'action contraints

Les RI sont des employeurs et doivent assumer les obligations qui leur sont attribuées selon la *Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST)*, c'est-à-dire fournir les « mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique et psychique du travailleur ». Par exemple, la LSST indique que l'employeur doit s'assurer que le lieu de travail soit équipé et aménagé de façon à protéger son personnel.

Toutefois, les RI n'ont pas l'entière liberté de choisir leurs aménagements et leurs équipements. Par exemple, elles ne peuvent pas installer des demi-portes pour restreindre la circulation de résidents à certains lieux de la résidence. Ces demi-portes sont considérées comme des moyens de contention dont l'utilisation doit être déterminée par un·e professionnel·e du CISSS/CIUSSS. L'utilisation de ballons de prévention, un outil permettant de conserver une distance entre un·e employé·e et un·e résident·e dont le comportement serait agressif, fait partie des interventions professionnelles qui devraient être déterminées par l'établissement. Même l'installation de barres de soutien dans une douche demande une évaluation par un ergothérapeute de l'établissement. Cette évaluation n'étant pas prioritaire dans un contexte de ressources limitées, un long délai peut s'écouler avant l'installation ; *« les barres de douche pour empêcher que la personne se, s'étire quelque chose... [...] ben même si je fais la demande, ça peut prendre un an là avant qu'on ait un ergo qui s'implique » 7C.*

De même, la LSST demande à l'employeur de s'assurer que les méthodes et les techniques de travail soient sécuritaires, ainsi que d'identifier et de contrôler les risques à la santé et la sécurité des travailleur·ses. Lorsque le risque provient du comportement d'un·e résident·e, l'évaluation de la situation et le plan d'intervention se rapportent plutôt à la responsabilité d'un·e professionnel·le de l'établissement. Ainsi, la RI dépend de l'établissement, qui priorise la demande en fonction de ses ressources disponibles. Finalement, les plans d'intervention établis par les professionnel·les des établissements doivent être enseignés au personnel des RI qui doivent les appliquer dans le quotidien.

Le responsable de la RI doit aussi, selon la LSST, assurer la formation, l'entraînement et la supervision appropriée à ses employé·es. Toutefois, les montants attribués par l'établissement dans le cadre de leur contrat ne permettent pas d'embaucher du personnel qui aurait une formation initiale plus poussée, ce qui pourrait contribuer à un travail plus sécuritaire. De plus, étant donné la petite taille de l'organisation, et la prestation de services 24 h sur 24, et 7 jours sur 7, il est difficile pour certaines RI d'organiser des formations pour les employé·es à un coût raisonnable, tout en maintenant leurs services.

Par ailleurs, le cadre de référence pour les RI et les RTF établi par le MSSS (2016a) et leur contrat avec l'établissement ne permet pas aux RI de sélectionner leurs résident·es. Certain·es responsables de RI tentent néanmoins de prévenir les risques associés aux agressions en analysant avec finesse les profils des résident·es qui leur sont présentés en vue de repérer ceux qui pourraient avoir un comportement agressif. D'autres responsables de RI rapportent faire des arbitrages entre leurs contrats avec l'établissement et leurs obligations en matière de SST en refusant la prestation de certains services aux résident·es. Toutefois, les responsables prennent ainsi le risque de subir des pénalités ou de voir leur RI fermée par l'établissement.

5.3 Une prévention devant se baser sur le travail réel et la formation du personnel

Le travail en RI auprès de la clientèle autiste et/ou ayant une DI est mal connu. Il est de plus réalisé dans un lieu qui ressemble, dans certains cas, à une résidence personnelle, ce qui diminue la perception d'un environnement physique comportant des risques. Pourtant, le travail demande de soutenir des individus qui ont des besoins complexes. Ainsi, l'ensemble des participantes et participants de notre étude insistent sur l'importance de la formation pour effectuer un travail de qualité et en sécurité. Toutefois, cette formation doit être basée sur le travail réel du personnel. En effet, le travail défini dans les politiques, comme le cadre de référence du MSSS (2016a), ne semble pas correspondre entièrement à la réalité du travail rapporté par les participant·es de notre étude. Cette distance entre travail réel et travail prescrit est aussi rapportée chez les préposé·es aux bénéficiaires dans les milieux gériatriques où la recherche basée sur l'observation directe et participante a révélé la complexité des activités réalisée par ces préposé·es (Aubry, 2016). La distance entre le travail réel et les prescriptions de l'organisation peut contribuer à l'épuisement professionnel. Le personnel se retrouve tiraillé entre le manque de ressources, la peur de ne pas pouvoir réaliser l'ensemble des tâches prescrites et la pression du quotidien (Ethier *et al.*, 2024). Le personnel peine alors à travailler avec bienveillance envers les patient·es dans les conditions du travail prescrit (Aubry, 2016 ; Ethier *et al.*, 2024).

Le travail en RI demeure assimilé à un rôle parental qui ne demande donc aucune formation spécifique, selon les politiques, mais aussi selon les perceptions de certain·es professionnel·les interviewé·es dans notre étude. Cette perception perpétue l'idée que seules des compétences « domestiques » et relationnelles sont nécessaires, ce qui occulte la réalité du travail et sa complexité (Aubry, 2016). Ainsi, la logique d'une désignation féminine du travail relationnel, ancré dans le prendre soin, est perpétué (Aubry, 2016). Le travail en milieux résidentiels destinés aux personnes autistes et/ou ayant une DI se retrouve ainsi réalisé par des femmes, généralement non syndiqués, dans des organisations qui dépendent d'un financement externe, où on trouve la présence de risques psychosociaux ayant des conséquences sur la santé physique et psychologique (Marsh *et al.*, 2025). La non-reconnaissance des exigences réelles du travail en RI auprès des personnes autistes et/ou ayant une DI empêche de plus le développement d'un réel métier, avec ses objectifs, ses savoirs, ses pratiques et ses normes. Cette non-reconnaissance ne permet pas non plus de codifier et de transmettre les stratégies apprises avec la pratique (Cloutier et Van Daele, 2011).

Prévenir de façon efficace les risques à la SST du personnel œuvrant dans des milieux résidentiels destinés aux personnes autistes et/ou ayant une DI demande d'être ancré dans l'étude du travail véritable à réaliser pour offrir un environnement favorisant le bien-être des personnes qui y résident (Björne, 2025). Les mesures de prévention doivent prendre en compte la variabilité inévitable et inhérente dans le travail auprès de personnes, particulièrement lorsque le soutien se fait au cours des activités du quotidien avec des personnes vulnérables. Des mesures de prévention reposant essentiellement sur des règles et de procédures strictes entreront en contradiction avec cette variabilité attendue et nécessaire (Björne, 2025). La sécurité du personnel doit prendre en compte que tout milieu de soin est un système complexe et adaptatif, caractérisé par une grande

incertitude quant à ses structures techniques, organisationnelles et sociales (Sujan *et al.*, 2017). L'évaluation doit ainsi prendre en compte les risques associés à la personne aidée, à la travailleuse ou au travailleur, aux équipements utilisés et aux pratiques demandées par l'organisation (Hough *et al.*, 2023).

5.4 La prévention comme responsabilité partagée entre plusieurs parties prenantes

La CNESST considère que la prise en charge efficace de la santé et de la sécurité du travail est une responsabilité partagée entre le personnel, les employeurs et les syndicats, le cas échéant (CNESST, s.d.). Notre analyse a toutefois démontré que les risques à la SST et leur prévention dépendent fortement de l'action de plusieurs parties prenantes, à l'intérieur mais aussi à l'extérieur de l'organisation. Cette action se construit à la fois dans l'élaboration des politiques entourant les activités d'hébergement et du continuum de services destiné aux personnes résidant dans les RI; dans les négociations entre l'ARIHQ et le MSSS pour l'entente nationale établissant responsabilités mutuelles dans les services à offrir aux résident·es (MSSS et ARIHQ, 2024); dans l'action des professionnel·les des CISSS/CIUSSS envers le responsable de la RI et envers les résident·es dans les RI, ainsi que dans l'action d'autres acteurs qui interagissent avec les RI. Dans le secteur du soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, Cloutier et Van Daele (2011) indiquent que les déterminants de la SST du personnel se retrouvent à plusieurs niveaux, au-delà des activités de travail. Elles nomment le niveau du collectif du travail, celui de l'organisation des services à domicile, le niveau du mode d'organisation des réseaux et enfin le niveau macro-organisationnel du mode d'organisation du secteur. Dans le secteur des soins, les cadres réglementaires et les décisions matière de politiques peuvent déterminer ce qui est fourni sur les lieux de travail pour configurer le système de travail et la manière dont le travail est effectué (Pandey, 2025). Modifier ces règles et ces décisions prises à un niveau macro permettrait une action transformatrice, agissant à titre de prévention primaire pour les risques dans les RI.

Une réelle gestion intégrée de la prévention en RI demande la considération du rôle de tous les acteurs de ce système complexe (Bellehumeur-Béchamp *et al.*, 2024). D'abord, la structuration du système devrait prendre en compte la qualité des services offerts, en parallèle à la SST du personnel. Elle devrait aussi reconnaître qu'une partie des risques psychosociaux auxquels est le personnel est exposé découlent des décisions de financement et de structuration des services de ce secteur. Ainsi, les organisations finançant le système des RI devraient prendre la responsabilité des conséquences de leurs décisions sur la SST du personnel (Marsh *et al.*, 2025). Les mécanismes de participation prévus dans la LSST ne peuvent être suffisants pour transformer la prévention dans les RI. Une participation plus active du CISSS/CIUSSS est nécessaire étant donné la coordination étroite nécessaire dans l'activité de travail, plus particulièrement pour les risques découlant des comportements des résident·es. De plus, un leadership partagé devrait reconnaître la contribution d'un ensemble élargi d'acteurs, comprenant aussi ceux du CIUSSS/CIUSSS ou même les résident·es eux-mêmes et leurs proches (Hough et Bigby, 2025). Une approche systémique permettra de mieux

reconnaitre l'interconnexion des décisions et des actions à l'intérieur et entre les systèmes, soit dans la RI et dans ses relations avec les autres organisations (Pandey, 2025).

5.5 Limites de l'étude

Notre étude exploratoire comporte quelques limites. La première est la taille de l'échantillon. Malgré les efforts consentis et la participation de nombreuses organisations ; le nombre de participant·es est demeuré limité. De même, il a été difficile de rejoindre les employé·es de ces RI, malgré la collaboration des responsables. Toutefois, nos entrevues approfondies avec nos participant·es nous ont permis de dresser un portrait riche de la situation de RI ayant divers profils et situées dans plusieurs régions du Québec. Notre échantillon comporte aussi peu de personnes employé·es s'identifiant à un groupe culturel ou ethnique minoritaire et était plus scolarisé que ce qui était attendu. Aussi, les personnes ayant choisi de participer à notre étude pourraient ne pas représenter la situation de l'ensemble des RI au Québec hébergeant des personnes autistes et/ou ayant une DI. Elles pourraient par exemple être plus sensibles à la SST. Toutefois, notre approche de recrutement nous a permis de rejoindre des personnes employées dans les RI ou travaillant dans les CISSS/CIUSSS qui ne se seraient peut-être pas manifestées volontairement pour participer à notre étude. Par ailleurs, l'entretien de groupe, auprès de personnes ayant une vue d'ensemble sur les RI au Québec, a appuyé nos principaux éléments d'analyse.

Sur le plan méthodologique, l'importance des risques à la SST dans les RI, rapportée dans le tableau 2, doit être interprétée avec prudence. En effet, les professionnel·les et les responsables ont répondu à une liste de questions à choix de réponse sur ces risques lors de leur entrevue, ce qui leur permettait d'ajouter des commentaires, des nuances et des précisions à leur réponse. À l'inverse, les employé·es ont répondu à ces questions dans le cadre du questionnaire en ligne. Néanmoins, ils ou elles avaient pu préalablement, durant leur entrevue, discuter de ces risques. Cette différence dans la façon dont l'information a été collectée devrait particulièrement être prise en compte dans l'interprétation des écarts de perception entre les types de répondants.

5.6 Recherches futures

Nous avons identifié plusieurs pistes de recherche pour mieux comprendre les RI, les conditions de travail et la SST de leur personnel. D'abord, une estimation plus fiable de l'ampleur des accidents et des maladies professionnelles dans les RI demeure à établir. Aussi, nous ne disposons pas d'informations sur l'efficacité et sur les conditions d'implantation optimales des moyens de prévention rapportée nos participant·es. Les connaissances sur la formation nécessaire pour travailler auprès de la clientèle hébergée en RI sont lacunaires. Ces connaissances devraient être coconstruites avec les personnes travaillant en RI et basées sur leur travail réel essentiel pour offrir un milieu de vie de qualité aux personnes résidentes. Aussi, le lien entre le bien-être du personnel et la qualité du milieu de vie demeure à explorer. L'effet de forme alternative d'organisations opérant une RI, par exemple des entreprises collectives ou d'économie sociale, sur les

conditions de travail du personnel devrait être aussi étudié. Finalement, le concept de responsabilité partagée envers la SST du personnel des RI destinées aux personnes autistes et/ou ayant une DI pourrait être défini et opérationnalisé en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes identifiées.

5.7 Contributions de notre étude

Notre étude contribue à la littérature scientifique récente sur l'adéquation de la réglementation en matière de SST et le contexte des milieux résidentiels destinés aux personnes autistes et/ou ayant une DI. Elle s'ajoute aux connaissances sur les risques psychosociaux auxquels sont exposées les personnes œuvrant auprès de cette clientèle. Nous y ajoutons toutefois l'angle de la gestion intégrée de ces risques, peu exploré dans les études. Notre recherche est de plus, à notre connaissance, la première au Québec sur les RI pour cette clientèle. Finalement, nous contribuons à la littérature en élargissant le concept de responsabilité partagée en matière de prévention de la SST.

Notre étude peut guider le travail des RI devant élaborer des programmes de prévention ou des plans d'action en réponse au *Règlement sur les mécanismes de prévention et de participation en établissement* (RLRQ, C. s-2.1, R.8.3). De même, elle peut soutenir la formation des personnes participant aux comités de santé et de sécurité ou aux agent·es de liaison dans ces milieux. Finalement nos résultats pourront aussi contribuer à l'enseignement collégial et universitaire dans les programmes d'où proviennent les professionnel·les œuvrant auprès des RI.

CONCLUSION

Notre étude visait à explorer les risques à la santé et à la sécurité du personnel œuvrant dans les RI destinées à une clientèle adulte autiste et/ou ayant une déficience intellectuelle. Les résultats mettent en lumière des risques importants, tant sur le plan physique que psychologique, dont l'ampleur et la prévention sont étroitement liées à la structuration actuelle du système d'hébergement.

Plus spécifiquement, le manque de ressources, l'insuffisance des services spécialisés destinés à la clientèle et le soutien limité offert aux équipes et aux responsables de RI contribuent à la création et au maintien de conditions de travail comprenant plusieurs risques psychosociaux, ayant un effet sur la santé physique et psychologique du personnel. De plus, elles ont des conséquences sur la qualité des services et du milieu de vie offerts aux personnes hébergées. La prévention de ces risques ne peut donc reposer uniquement sur l'action des RI elles-mêmes, en tant qu'employeur, mais nécessite une collaboration étroite et soutenue avec les CISSS/CIUSSS, ainsi qu'une prise de responsabilité claire de la part des instances décisionnelles, notamment le MSSS, dont les orientations et politiques influencent fortement les conditions dans lesquelles ce travail est exercé.

Une action véritablement transformatrice exige de dépasser une logique de gestion des risques a posteriori pour agir en amont, sur le plan de la prévention primaire. Elle implique de reconnaître que le bien-être du personnel n'est pas un enjeu secondaire à l'établissement d'une offre de services d'hébergement, mais une condition essentielle à la qualité et à la pérennité des services offerts. À défaut d'actions prenant en compte le travail réel réalisé dans les RI auprès de la clientèle, les risques documentés dans cette étude sont appelés à se maintenir, voire à s'aggraver, autant au détriment des personnes hébergées que de celles et ceux qui en prennent soin.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada. (2021). *Trouble du spectre de l'autisme. Faits saillants de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/trouble-spectre-autisme-enquete-sante-canadienne-enfants-jeunes-2019.html>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^{ème} éd., texte rév.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anderson, R. A., Issel, L. M. et McDaniel, R. R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing research*, 52(1), 12-21.
- Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec [ARIHQ]. (2024, 2 février). *Mémoire pré budgétaire 2024-2025* [Mémoire présenté dans le cadre des consultations pré budgétaires 2024-2025 du gouvernement du Québec]. Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec. https://www.arihq.com/wp-content/uploads/2024/02/2024-02-02-ARIHQ_Memoire_prebudgetaire.pdf
- Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec [ARIHQ]. (2025). *Portrait au Québec. Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec*. <https://www.arihq.com/portrait-au-quebec/>
- Aubry, F. (2016). Les préposés aux bénéficiaires au Québec : entre amour du métier et dégoût de la tâche : comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe. *Sociologie et sociétés*, 48(1), 169-189. <https://doi.org/10.7202/1036888ar>
- Baker, P., Chishty-Collins, J. et Gore, N. (2025). A Systematic review of burnout among staff working in services for adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 38(1), e13325. <https://doi.org/10.1111/jar.13325>
- Baril-Gingras, G., Montreuil, S., Fournier, P.-S. (2013). Introduction la santé et la sécurité du travail, au cœur du travail et de l'emploi : un modèle intégrateur. Dans S. Montreuil, P.-S. Fournier, et G. Baril-Gingras, G. (édit.), *L'intervention en santé et en sécurité du travail pour agir en prévention dans les milieux de travail* (p. 1-19). Presses de l'Université Laval.
- Bellehumeur-Béchamp, L., Drolet, A.-A., Major, M.-È., Lederer, V., Vincent, C. et Lecours, A. (2024). La prévention intégrée au travail : une conceptualisation basée sur les perspectives des parties prenantes canadiennes. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 26-2. <https://doi.org/10.4000/12j7o>
- Bethel, N. et Beail, N. (2013). The use of mechanical restraint with people who engage in severe self-injurious behaviour: impact on support staff. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7(5), 312-318. <https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2013-0042>
- Björne, P. (2025). Safety management in disability services. Commentary on "enforcement of work health and safety laws in services for people with disabilities: issues for

- policymakers and regulators" (Marsh, Hough, & Bigby, 2024). *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 12(1), 16-20. <https://doi.org/10.1080/23297018.2025.2469304>
- Björne, P., Deveau, R., McGill, P. et Nylander, L. (2022). The use of restrictive measures in community services for people with intellectual disabilities in Sweden. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 19(2), 193-201. <https://doi.org/10.1111/jppi.12399>
- Bronfenbrenner, U. et Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. Damon & R. M. Lerner (Éd. de la série) et R. M. Lerner (Éd. du volume), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6ème éd., pp. 793–828). John Wiley & Sons Inc.
- Boamah, D. A., Barbee, A. P. et Cunningham, M. (2023). Predictors of secondary traumatic stress among intellectual and developmental disabilities workforce: An examination of risk and protective factors. *Traumatology*, 29(2), 149-162. <https://doi.org/10.1037/trm0000414>
- Boisvert, I. et Mercier, M. (2021). *État des connaissances—Troubles graves du comportement : Meilleures pratiques en prévention, en évaluation et en intervention auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme*. INESSS. https://www.sqdi.ca/wp-content/uploads/2021/06/INESSS_TGC_EC.pdf
- Bottini, S., Wiseman, K. et Gillis, J. (2020). Burnout in providers serving individuals with ASD: The impact of the workplace. *Research in Developmental Disabilities*, 100, 103616. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103616>
- Bouharmont, F. (2026). *La désinstitutionalisation par ceux qui l'ont vécue. Rapport d'un séjour exploratoire au Québec*. Association de recherche et d'action en faveur des personnes handicapées. Namur, Belgique.
- Bowring, D. L., Painter, J. et Hastings, R. P. (2019). Prevalence of challenging behaviour in adults with intellectual disabilities, correlates, and association with mental health. *Current Developmental Disorders Reports*, 6(4), 173-181. <https://doi.org/10.1007/s40474-019-00175-9>
- Brice, D. et Parenteau, M. (2023). *Rapport de consultation : Perceptions des usagers ayant une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme et leurs proches sur la qualité de vie en milieux de vie substituts*. Direction des programmes en DI-TSA-DP, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Calvet, B., Laberge, M. et Vézina, N. (2022). Étude de la prévention intégrée visant la coordination des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans un établissement québécois de grande taille. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (24-1). <https://doi.org/10.4000/pistes.7225>
- Calvet, B., Vézina, N., Laberge, M., Nastasia, I., Sultan-Taïeb, H., Toulouse, G., Rubiano, P. et Durand, M.-J. (2021). Integrative prevention and coordinated action toward primary, secondary and tertiary prevention in workplaces: A scoping review. *WORK*, 70(3), 893-908. <https://doi.org/10.3233/WOR-213609>

- Camirand, H., Traoré, I., Baulne, J. (2016). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition, Québec, Institut de la statistique du Québec.
<https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015>
- Capri, C. et Buckle, C. (2015). 'we have to be satisfied with the scraps': South african nurses' experiences of care on adult psychiatric intellectual disability inpatient wards. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(3), 167-181.
<https://doi.org/10.1111/jar.12118>
- Carretero, N. et Luciano, J. V. (2013). Prevalence and incidence of workplace bullying among Spanish employees working with people with intellectual disability. *Disability and Health Journal*, 6(4), 405-409. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.04.002>
- Castonguay, M. (2012). Points de rupture. *Le point sur les RI. Le cahier des ressources intermédiaires*. https://www.arihq.com/wp-content/uploads/2015/01/1-Le-Point-sur-les-RI_Hiver2012.pdf
- Champoux, D. et Brun, J.-P. (1999). *Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal* (Rapport n° R-226). IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique/727>
- Champoux, D. et Brun, J.-P. (2015). OSH practices and interventions in small businesses: global issues in the Quebec context. *Policy and practice in health and safety*, 13(1), 47-64. <https://doi.org/10.1080/14774003.2015.11667811>
- Champoux, D. et Prud'homme, P. (2017). *Analyse comparative du contexte de travail et portrait statistique des problèmes de santé et sécurité au travail en fonction de la taille des entreprises* (Rapport scientifique no R-986). IRSST.
<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-986.pdf?v=2023-10-04>
- Clancy, P. et Cassarino, M. (2025). Burnout and organisational stressors among healthcare staff working with adults with intellectual disabilities in Ireland. *PLoS ONE*, 20(1), e0313767. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313767>
- Cloutier, E. et Van Daele, A. (2011). Prévention des risques dans l'aide et les soins à domicile : expérience croisée de bonnes pratiques organisationnelles au Québec et en région Wallonie-Bruxelles (Guide n° RG-718). IRSST. <https://pharesst.irsst.qc.ca/guides/70>
- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A Global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). (s.d). Identifier les risques du milieu de travail. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/organiser-prevention/sante-securite-travail-pour-tous/demarche-prevention/identifier-risques-milieu-travail>
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST]. (2025). Principaux risques de lésions par secteur d'activité. Ressources de type intermédiaire ou familial.

<https://risquesdelesions.cnesst.gouv.qc.ca/Pages/vueensemble.aspx?SCIAN=623220&vue=PM>

Confédération des syndicats nationaux c. Québec (Procureur général). (2008). *Décision - Confédération des syndicats nationaux c. Québec (Procureur général) - 2008 QCCS 5076*.

Cooklin, A., Joss, N., Husser, E. et Oldenburg, B. (2017). Integrated approaches to occupational health and safety: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 31(5), 401-412. <https://doi.org/10.4278/ajhp.141027-LIT-542>

Cooper, S.-A., McLean, G., Guthrie, B., McConnachie, A., Mercer, S., Sullivan, F. et Morrison, J. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 16(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0329-3>

Couderc, S., Cousson-Gélie, F., Pernon, E., Porro, B., Miot, S. et Baghdadli, A. (2021). Burnout among direct support workers of adults with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Scand J Caring Sci*, 37, 131-140. <https://doi.org/10.1111/scs.13008>

Coutu Arbour, C., Martin, V. et Dufour, M.-M. (2025). Pourquoi ai-je quitté? Autoethnographie d'une intervenante de soutien direct en trouble grave du comportement (TGC. *Journal on Developmental Disabilities*, 30(2), 14.

Cudré-Mauroux, A. (2011). Staff and challenging behaviours of people with developmental disabilities: Influence of individual and contextual factors on the transactional stress process. *British Journal of Developmental Disabilities*, 57(1), 21-40. <https://doi.org/10.1179/096979511798967133>

Davezies, P. (2005). La santé au travail, une construction collective. *Santé et travail*, (52), 24-28.

De Schryver, A., Cornelis, K., Van Winckel, M., Moens, G., Devlies, G., Derthoo, D. et Van Sprundel, M. (2008). The occupational risk of *Helicobacter pylori* infection among workers in institutions for people with intellectual disability. *Occupational and environmental medicine*, 65(9), 587-591.

de Beer, L. T., Schaufeli, W. B., De Witte, H., Hakanen, J. J., Shimazu, A., Glaser, J., Seubert, C., Bosak, J., Sinval, J. et Rudnev, M. (2020). Measurement invariance of the Burnout Assessment Tool (BAT) across seven cross-national representative samples. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5604.

Désinstitutionnalisation : orientation générale des politiques et organisation des services sociaux. Synthèse critique. Mercier, C. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000024916.pdf> 1987.

Ethier, S., Myrand, A., Andrianova, A., Smele, S., Gagnon, É., Couture, M. et Aubry, F. (2024). L'impossible quête des préposées aux bénéficiaires pour actualiser la bientraitance visée dans les politiques publiques du Québec. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 43(3), 350-357. <https://doi.org/10.1017/S0714980824000023>

- Fédération québécoise de l'autisme. (2019). Portrait de la situation des milieux de vie, autre que le milieu familial d'origine, des adultes autistes. https://www.autisme.qc.ca/assets/files/04-nos-actions/Avis-prise-position/Memoire_Hebergement.pdf
- Figueiredo-Ferraz, H., Gil-Monte, P. R., Grau-Alberola, E., Llorca-Pellicer, M. et Garcia-Juesas, J. A. (2012). Influence of some psychosocial factors on mobbing and its consequences among employees working with people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*, 25(5), 455-63. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2012.00687.x>
- Finkelstein, A., Bachner, Y. G., Greenberger, C., Brooks, R. et Tenenbaum, A. (2018). Correlates of burnout among professionals working with people with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(10), 864-874. <https://doi.org/10.1111/jir.12542>
- Flynn, S., Hastings, R. P., Gillespie, D., McNamara, R. et Randell, E. (2018). Is the amount of exposure to aggressive challenging behaviour related to staff work-related well-being in intellectual disability services? Evidence from a clustered research design. *Research in Developmental Disabilities*, 81, 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.04.006>
- Friedman, C. (2021). The impact of direct support professional turnover on the health and safety of people with intellectual and developmental disabilities. *Inclusion*, 9(1), 63-73. <https://doi.org/10.1352/2326-6988-9.1.63>
- Friedman, C. et Gilden, C. (2024). Treating employees with dignity, respect, and fairness: The impact on the quality of life of people with intellectual and developmental disabilities. *Inclusion*, 12(3), 156-171. <https://doi.org/10.1352/2326-6988-12.3.156>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2020). *La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-fra.htm>
- Grawitch, M. J., Gottschalk, M. et Munz, D. C. (2006). The path to a healthy workplace: A critical review linking healthy workplace practices, employee well-being, and organizational improvements. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 58(3), 129-147. <https://doi.org/10.1037/1065-9293.58.3.129>
- Hasle, P. et Limborg, H. J. (2006). A review of the literature on preventive occupational health and safety activities in small enterprises. *Industrial health*, 44(1), 6-12. <https://doi.org/10.2486/indhealth.44.6>
- Hasle, P., & Refslund, B. (2018). Intermediaries supporting occupational health and safety improvements in small businesses: Development of typology and discussion of consequences for preventive strategies. *Annals of Work Exposures and Health*, 62(Supplement_1), S65-S71. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy046>
- Hassiotis, A., Poppe, M., Strydom, A., Vickerstaff, V., Hall, I. S., Crabtree, J., Omar, R. Z., King, M., Hunter, R. et Biswas, A. (2018). Clinical outcomes of staff training in positive behaviour support to reduce challenging behaviour in adults with intellectual disability: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 212(3), 161-168. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.34>

- Hastings, R. P., Allen, D., Baker, P., Gore, N. J., Hughes, J. C., McGill, P., Noone, S. J. et Toogood, S. (2013). A conceptual framework for understanding why challenging behaviours occur in people with developmental disabilities. *International Journal of Positive Behavioural Support*, 3(2), 5-13.
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L., Kiernan, C., Reeves, D. et Alborz, A. (2001). Factors associated with intended staff turnover and job search behaviour in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(3), 258-270. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00321.x>
- Hensel, J., M., Lunskey, Y. et Dewa, C. S. (2012). Exposure to client aggression and burnout among community staff who support adults with intellectual disabilities in Ontario, Canada. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(9), 910-915. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01493.x>
- Hensel, J. M., Lunskey, Y. et Dewa, C. S. (2014). Staff perception of aggressive behaviour in community services for adults with intellectual disabilities. *Community Mental Health Journal*, 50(6), 743-751. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9636-0>
- Horváth-Hallett, E. et Guerin, B. (2006). Health and safety problems as perceived by female caregivers of persons with intellectual disabilities: Finding a diversity of interventions. *New Zealand Journal of Psychology*, 35, 21-27.
- Hough, A. et Bigby, C. (2025). Leading for Quality and Safety. Dans D. Rosenbaum, E. More et M. Orr (dir.), *Journeys through the disability and mental health nonprofit sector: The Theory and Practice of Leadership* (p. 145-162). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-96-3113-1_8
- Hough, A., Bigby, C. et Marsh, D. (2023). Australian work health and safety enforcement regarding service provision to people with disabilities: lessons for service providers*. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 10(2), 91-112. <https://doi.org/10.1080/23297018.2023.2210580>
- Hsu, S.-W., Su, S.-F., Lin, L.-P., Lin, F.-G., Chu, C., Wu, C.-L. et Lin, J.-D. (2015). Self-reported awareness and coping behaviors of low back pain among institutional caregivers for people with intellectual, autistic and associated multiple disabilities. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.10.021>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021). *Troubles graves du comportement : meilleures pratiques en prévention, en évaluation et en intervention auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme*. État des connaissances rédigé par Isabelle Boisvert et Michel Mercier. 87 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_TG_C_EC.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]. (2021). *État des connaissances - Troubles graves du comportement : meilleures pratiques en prévention, en évaluation et en intervention auprès des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme*. INESSS.

- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (2025). *L'Indicateur de santé publique : Trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/indicateur/developpement-des-jeunes/trouble-spectre-autisme>
- Judd, M. J., Dorozenko, K. P. et Breen, L. J. (2017). Workplace stress, burnout and coping: a qualitative study of the experiences of Australian disability support workers. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1109-1117. <https://doi.org/10.1111/hsc.12409>
- Keesler, J. M. (2020). Promoting satisfaction and reducing fatigue: Understanding the impact of trauma-informed organizational culture on psychological wellness among direct service providers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(5), 939-949. <https://doi.org/10.1111/jar.12715>
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. B., Francke, A. L. et Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jun 13;14:249. <https://doi-org/10.1186/1472-6963-14-249>
- Kozak, A., Kersten, M., Schillmöller, Z. et Nienhaus, A. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(1). <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.021>
- Langdon, P. E., Marczak, M., Clifford, C. et Willner, P. (2021). Occupational stress, coping and wellbeing among registered psychologists working with people with intellectual disabilities during the covid-19 pandemic in the United-Kingdom. *Journal of Intellectual and Dev Dis*, 47(3), 195-205. <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1967588>
- Lin, J.-D., Lin, L.-P., Su, S.-F., Hsu, S.-W., Loh, C.-H., Wu, J.-L. et Chu, C. M. (2014). Personal and workplace factors for the risk of low back pain among institutional caregivers of people with intellectual, autistic or multiple disabilities. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(5), 509-517. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.01.013>
- Lowe, K., Jones, E., Allen, D., Davies, D., James, W., Doyle, T., Andrew, J., Kaye, N., Jones, S. et Brophy, S. (2007). Staff training in positive behaviour support: Impact on attitudes and knowledge. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(1), 30-40. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00337.x>
- Lundström, M., Åström, S. et Graneheim, U. H. (2007). Caregivers' experiences of exposure to violence in services for people with learning disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 338-345. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01081.x>
- Lunsky, Y., Bobbette, N., Chacra, M. A., Wang, W., Zhao, H., Thomson, K. et Hamdani, Y. (2021). Predictors of worker mental health in intellectual disability services during COVID-19. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(6), 1655-1660. <https://doi.org/10.1111/jar.12892>
- Lunsky, Y., Hastings, R. P., Hensel, J., Arenovich, T. et Dewa, C. S. (2014). Perceptions of positive contributions and burnout in community developmental disability workers. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(4), 249-257. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-52.4.249>

- Magiati, I., Tay, X. W. et Howlin, P. (2014). Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: a systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 73-86. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.002>
- Marsh, D., Hough, A. et Bigby, C. (2025). Enforcement of work health and safety laws in services for people with disabilities: issues for policymakers and regulators. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 12(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/23297018.2024.2308287>
- Mascha, K. (2007). Staff morale in day care centres for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(3), 191-199. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00316.x>
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T. et Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- McCarthy, J., Hemmings, C., Kravariti, E., Dworzynski, K., Holt, G., Bouras, N. et Tsakanikos, E. (2010). Challenging behavior and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), 362-366. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.10.009>
- McClintock, K., Hall, S. et Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *J Intellect Disabil Res*, 47(Pt 6), 405-16, 12919191. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00517.x>
- Mercier, C. (1987). *Désinstitutionnalisation : Orientation générale des politiques et organisation des services sociaux. Synthèse critique*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Gouvernement du Québec <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000024916.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2001). *Ressources intermédiaires: cadre de référence*. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale des services à la population. https://santesaglac.gouv.qc.ca/medias/documents/ress_intermediaires/cadre-reference-ress-intermed.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2016a). *Cadre de référence: les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2016b, février). *Forum québécois sur le trouble du spectre de l'autisme. Résidentiel et milieu de vie. Portrait de la situation : problématique et enjeux*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/deficiences-et-handicaps/forum-tsa/residentiel-et-milieu-de-vie/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2017). *Vers une meilleure intégration des soins et services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle: cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience*

intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W_accessible.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2020, février). *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2021). *Des milieux de vie qui nous ressemblent - Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2017). *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W_accessible.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2025). *Orientations ministérielles pour une offre de services de qualité aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en situation de troubles du comportement et troubles graves du comportement*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-824-11W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] et Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec [ARIHQ]. (2024). Entente nationale entre le [MSSS] et [ARIHQ]. <https://cpnsss.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/RI-RTF/entente-nationale-ARIHQ-2020-2025-signee-16-07-2021.pdf> 2024.

Moliner, C., Lorente, L., Molina, A., Gracia, E. et Martínez-Tur, V. (2017). Linking staff burnout to family members' satisfaction in centers for people with intellectual disabilities: A Service Chain Approach. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 55(6), 392-406. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-55.6.392>

Mutkins, E., Brown, R. F. et Thorsteinsson, E. B. (2011). Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(5), 500-510. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01406.x>

Nevill, R. E., Istvan, E. M. et Havercamp, S. M. (2022). The effects of aggression subtypes on burnout and caregiver instability in direct support professionals. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 24(2), 99-109. <https://doi.org/10.1177/10983007211013794>

Noiseux, M. (2019). *Trouble du spectre de l'autisme et autres handicaps*. Portfolio thématique. Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, équipe Surveillance. <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portfolio.fr.html>

Novack, M. N. et Dixon, D. R. (2019). Predictors of burnout, job satisfaction, and turnover in behavior technicians working with individuals with autism spectrum disorder. *Review*

Journal of Autism and Developmental Disorders, 6(4), 413-421.
<https://doi.org/10.1007/s40489-019-00171-0>

Nundy S, Cooper LA, Mate KS. (2022). The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA*, 327(6), 521-522.
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>

Office des personnes handicapées du Québec. (2022, mai). *Taux d'incapacité au Québec et dans les régions administratives*. Office des personnes handicapées du Québec.
<https://www.ophq.gouv.qc.ca/publications/statistiques/personnes-handicapees-au-quebec-en-chiffres/taux-dincapacite-au-quebec-et-dans-les-regions-administratives.html>

Olivier-Pijpers, V. C., Cramm, J. M. et Nieboer, A. P. (2020). Cross-sectional investigation of relationships between the organisational environment and challenging behaviours in support services for residents with intellectual disabilities. *Heliyon*, 6(8).
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04751>

Organisation internationale du Travail [OIT]. (2011). *Système de gestion de la santé et de la sécurité au travail : un outil pour une amélioration continue* (1^e édition). Genève : OIT.
wcms_154126.pdf

Otis, A.-S. et Maheux, J. (2021). Vécu des intervenants et rôle de la régulation émotionnelle face aux comportements difficiles des personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 24-46. <https://doi.org/10.7202/1081254ar>

Pandey, B. R. (2025). Rethinking occupational health and safety principles—a systems perspective. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 55(6), 1362-1383.
<https://doi.org/10.1080/03036758.2024.2333555>

Paquet, M., Longtin, V., Lafranchise, N. et Reux, M. (2020). Former pour l'évolution des attitudes : Une piste à exploiter ! In M. Saint-Jean et V. Leblanc (Eds.), *Formation des professionnels de santé, partenariat-patient. Vers une perspective humaniste* (p. 101-122). Editions L'Harmattan.

Paris, A., Grindle, C., Baker, P., Jackson Brown, F., Green, B. et Ferreira, N. (2021). Exposure to challenging behaviour and staff psychological well-being: The importance of psychological flexibility and organisational support in special education settings. *Research in Developmental Disabilities*, 116. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104027>

Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H. et Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(5), 591-599. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2000.00280.x>

Quilliam, C., Bigby, C. et Douglas, J. (2018). Being a valuable contributor on the frontline: The self-perception of staff in group homes for people with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(3), 395-404.
<https://doi.org/10.1111/jar.12418>

Ragot, S. et Rancourt, J.-F. (2025). Habitation pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et les personnes autistes au Québec : portrait de la situation. Colloque 635 - Un milieu de vie de qualité pour tous : le logement et l'hébergement pour les

personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle au Québec. 92e Congrès de l'ACFAS.

Rancourt, J.-F. et Ragot, S. (2024). L'hébergement en déficience intellectuelle doit être entièrement revu. *Policy Options*. <https://policyoptions.irpp.org/fr/2024/12/hebergement-deficience-intellectuelle/>

Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial. RLRQ, c. S-4.2, r. 3.1) <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-4.2,%20r.%203.1>

Règlement sur les mécanismes de prévention et de participation en établissement (RLRQ, C. s-2.1, R.8.3). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-2.1,%20r.%208.3>

Ryan, C., Bergin, M. et Wells, J. S. (2021). Work-related stress and well-being of direct care workers in intellectual disability services: a scoping review of the literature. *International Journal of Dev Dis*, 67(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1582907>

Scales, K. (2022). Transforming direct care jobs, reimagining long-term services and supports. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.005>

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement [SQETGC]. (2021). *Attraction, rétention et bien-être au travail des intervenants en TGC (DI-TSADP)*. Montréal, Canada : SQETGC - CIUSSS MCQ. http://sgetgc.org/document/Attraction-Retention-et-Bien-etre-au-travail-en-TGC_VF_2021.pdf

Sheerin, F., Allen, A. P., Fallon, M., McCallion, P., McCarron, M., Mulryan, N. et Chen, Y. (2022). Staff mental health while providing care to people with intellectual disability during the covid-19 pandemic. *British Journal of Learning Disabilities*, 51, 80-90. <https://doi.org/10.1111/bld.12458>

Skirrow, P. et Hatton, C. (2007). 'Burnout' amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities: A systematic review of research Findings and Initial Normative Data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 131-144. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00311.x>

Statistique Canada (2020, 22 juin). La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-fra.htm>

Sujan, M. A., Huang, H. et Braithwaite, J. (2017). Learning from incidents in health care: Critique from a Safety-II perspective. *Learning from Incidents*, 99, 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.08.005>

Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>

- Thompson, D. S., Fazio, X., Kustra, E., Patrick, L. et Stanley, D. (2016). Scoping review of complexity theory in health services research. *BMC Health Services Research*, 16(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1343-4>
- Thompson, L. et Rose, J. (2011). Does organizational climate impact upon burnout in staff who work with people with intellectual disabilities? A systematic review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 15(3), 177-193. <https://doi.org/10.1177/1744629511419616>
- Torenvliet, C., Radhoe, T. A. et Geurts, H. M. (2025). Occurrence and overlap of physical and mental health conditions in autistic adults. *Autism*, 29(12), 3124-3135. <https://doi.org/10.1177/13623613251362346>
- Vassos, M., Nankervis, K., Skerry, T. et Lante, K. (2019). Can the job demand-control-(support) model predict disability support worker burnout and work engagement? *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 44(2), 139-149. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1310818>
- Vassos, M. V. et Nankervis, K. L. (2012). Investigating the importance of various individual, interpersonal, organisational and demographic variables when predicting job burnout in disability support workers. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 1780-1791. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.04.016>
- Wallace, R., Schluter, P. et Webb, P. (2003). Helicobacter pylori and hepatitis A and B infections in carers of adults with intellectual disability. *Journal of Occupational Health and Safety - Australia and New Zealand*, 19(1), 99-108.
- West, C. A., Galloway, E. et Niemeier, M. T. (2014). Resident aggression toward staff at a center for the developmentally disabled. *Workplace Health & Safety*, 62(1), 19-26. <https://doi.org/10.1177/216507991406200104>
- Womack, K. N., Alvord, T. W., Trullinger-Dwyer, C. F., Rice, S. P. M. et Olson, R. (2020). Challenging aggressive behaviors experienced by personal support workers in comparison to home care workers: Relationships between caregiver experiences and psychological health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155486>

ANNEXE A– CANEVAS D'ENTREVUE

Quatre grilles d'entrevues ont été utilisées pour ce projet :

- une grille pour les personnes employées par une R (annexe A.I)
- une grille pour les responsables de RI (disponible sur demande)
- une grille pour les professionnel·les des CISSS/CIUSSS travaillant en lien avec les RI (disponible sur demande)
- une grille pour le groupe d'entretien (disponible sur demande).

A.I Canevas d'entrevue – personnes employées

[Questions brise-glace] 1. Parlez-moi de votre travail.

- Quel est le titre de votre poste?
- Quel est votre statut d'emploi (temps plein/temps partiel/occasionnel/etc.)? [Si personne travail à temps partiel/occasionnel/sur appel – distinguer s'il s'agit d'un choix personnel éclairé ou d'une contrainte] Quelle est la raison pour laquelle vous travaillez [temps partiel/occasionnel/sur appel]?
- Depuis combien de temps travaillez-vous à cette position et dans le domaine de la santé?
- Que faites-vous; quelles sont vos tâches?
- Qui est votre supérieur immédiat (superviseur)?
- Pouvez-vous me décrire votre clientèle?

[Questions sur les risques à la SST] *Comme je l'ai nommé, notre étude cherche à comprendre les risques à la santé et à la sécurité dans votre travail.*

2. En pensant à vos tâches quotidiennes, vos relations avec les personnes (collègues, supérieurs, résidents, familles des résidents) et votre environnement de travail, quels risques ou dangers percevez-vous pour votre santé ou votre sécurité? Donnez un exemple pour chaque risque ou danger que vous identifiez.

4. Dites-moi jusqu'à quel point ce risque est important dans votre milieu de travail.

[Risques biomécaniques – Précisions] 5. Ressentez-vous de la fatigue ou des douleurs à la fin de votre journée de travail? À quels endroits dans votre corps?

6. Quand apparaissent les douleurs et les sites de fatigue? (Avec certains mouvements, à la fin de la journée)

7. Est-ce que vous percevez des liens entre les douleurs ou les fatigues que vous ressentez avec les tâches que vous effectuez ou l'environnement de travail?

8. Les douleurs mentionnées ont-elles été présentes au cours des 7 derniers jours?

9. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû prendre un congé à cause de ces douleurs?

[Risques psychosociaux – Précisions] 10. Stress – Parlez-moi de ce qui vous cause du stress ou de la fatigue dans votre travail.

Dans les questions suivantes, nous allons parler de certains éléments suivants causent du stress chez certaines personnes. Nous voulons savoir si c'est le cas pour vous aussi.

11. [Cadence et charge de travail] - Est-ce que vous devez travailler très fort ou rapidement toute la journée? Relance- Est-ce que vous pouvez décider le rythme de votre travail? (p.ex. moment de pause, prendre plus de temps pour faire une tâche en particulier); Avez-vous suffisamment de temps pour terminer votre travail?

12. [Ambiguïté et conflit du rôle] Avez-vous des objectifs clairs à réaliser dans le cadre de votre travail? Recevez-vous fréquemment des demandes contradictoires?

13. [Contrôle décisionnel] – Avez-vous de l'influence sur votre travail et la manière dont il peut être exécuté?

14. [Changement organisationnel] – Y a-t-il souvent des changements dans votre milieu de travail (gestion du personnel, vos tâches, les horaires ou autre? Expliquez-moi comment ces changements sont annoncés aux employés?

15. [Perception d'iniquité/injustice] – Croyez-vous que les décisions sont justes envers tous les employés ou y a-t-il des employés qui sont désavantagés par rapport aux autres?

16. [Taux de roulement] - Est-ce qu'il y a beaucoup de départ ou de changement de personnel dans les équipes?

17. [Reconnaissance] - Est-ce que vous considérez que l'on vous respecte dans votre travail (collègues, superviseurs, patients, famille ou proches)? Est-ce que vous considérez que votre salaire est suffisant par rapport à travail et vos efforts?

18. [Soutien] – Si vous avez besoin d'aide, est-ce que votre superviseur ou vos collègues vous soutiendront, soit en apportant son aide ou en vous écoutant?

19. [Violence/agression] – Y a-t-il des situations de violence ou d'agression dont vous avez été témoin ou victime dans votre milieu de travail. Voudriez-vous nous en parler? Vivez-vous des comportements problématiques de la part des résidents?

20. [Harcèlement] - Êtes-vous confronté à des comportements/demandes déplaisantes, humiliantes ou insistantes de la part de personnes dans votre milieu de travail? Dans quelles situations cela se produit-il?

21. [Conflit travail famille] - Avez-vous des obligations familiales ou personnelles qui rentrent en conflit avec votre travail? Comment cela se produit-il?

[Questions sur les moyens de prévention] *Maintenant que nous avons abordés différents types de risques SST dans votre milieu de travail, j'aimerais vous entendre sur les moyens qui sont mis en place pour prévenir ces risques/dangers.*

22. Quelle est votre perception de la prévention en SST dans votre milieu de travail?

- Croyez-vous que vos collègues s'intéressent à la SST?
- De quelle façon parle-t-on de prévention ici? (Ex. Discussions, sensibilisation, formations, aménagements, équipements, méthodes de travail modifiées.)
- Qui sont les personnes responsables de la prévention (responsable, comité SST, représentants, autre)?
- Quelles actions ont été faites dans votre milieu de travail pour faire de la prévention? (aménagements, équipements, méthodes de travail modifiées.)
- Est-ce fréquent que des actions sont faites pour faire de la prévention dans votre milieu de travail?

[Questions finales] 23. Aimeriez-vous ajouter quelque chose?

ANNEXE B – ARBRE THÉMATIQUE

B.I Arbre thématique principal

- Appréciation, compréhension du travail
- Activités de prévention
 - Autres
 - Procédures
 - Formation
 - Aménagement des lieux
 - Outils ou matériel
 - Supervision ou rétroaction
 - Communication
 - Organisation du travail
 - Inspection, audit
 - Sélection des résidents
 - Stratégie d'intervention de l'employé
- Collaboration RI et CI(U)SSS
- Description clientèle (diagnostic, sévérité, autonomie)
- Description des employés
 - Perception des employés
- Description du poste de travail
 - Statut d'emploi
- Description RI (nombre résidents, nombre d'employés, lieu, historique)
- Dommages au matériel
- Données SST et RH
- Effets sur la santé
 - Santé psychologique
 - Santé physique
- Expérience précédente de la personne interviewée
- Extraits verbatim
- Facilitateurs et obstacles des moyens de prévention
- Incertain
- Modalités de gestion
- Perception face aux risques
- Place de la clientèle dans la société (stigmatisation)
- Place des RI dans la société
- Recommandations aux décideurs
- Relation entre besoin de la clientèle et risques aux employés
 - Risques SST
 - Questionnaire sur les risques
 - Physique
 - Chimique
 - Biologique
 - Biomécanique
 - Psychosociaux
 - Agression/violence
 - Ambiguïté et conflit de rôle
 - Cadence et charge de travail

- Conflit de travail-famille
- Contrôle décisionnel
- Changement organisationnel
- Harcèlement
- Manque de personnel
- Perception d'iniquité/injustice
- Peur/crainte
- Reconnaissance
- Soutien supérieur/collègues
- Stress/fatigue
- Stress financier
- Taux de roulement
- Sécurité
- Rôles ou responsabilités en SST (formel ou informel)
 - Gestionnaire (RI)
 - Employés
 - Comité SST, agent de liaison, représentant à la prévention
 - CISSS ou CIUSSS
 - ARIHQ, entente nationale
 - Organisme SST (CNESST, Mutuelle, ASSTSAS)
 - Autres organisations
- Services cliniques et communautaires offerts à la clientèle