

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À  
TROIS-RIVIÈRES

PROBLÈMES DE SOMMEIL ET TRAUMAS VICARIANTS À LA DIRECTION DE LA  
PROTECTION DE LA JEUNESSE

ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR  
CATHERINE PAQUIN-LABERGE

FÉVRIER 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**  
**MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)**

**Direction de recherche :**

Evelyne Touchette

---

Prénom et nom

Directeur de recherche

**Comité d'évaluation :**

Sylvie Hamel

---

Prénom et nom

Évaluateur

Evelyne Touchette

---

Prénom et nom

Évaluateur

## Résumé

Le personnel travaillant à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) rapporte vivre divers symptômes en lien avec des problèmes de sommeil. Dans ce contexte de travail, les employés de la DPJ sont confrontés à entendre les récits traumatiques de la clientèle, les exposant bien malgré eux à la possibilité de vivre des traumas vicariants. Dans le cadre de cet essai, une recension d'études sera réalisée pour qualifier les associations entre les problèmes de sommeil et les traumas vicariants en contexte d'emploi à la DPJ. L'objectif de cet essai vise à recenser les types de problèmes de sommeil auprès des gens qui travaillent à la DPJ qui sont à risque de développer des traumas vicariants dans le cadre de leur emploi, pour éventuellement les sensibiliser quant à l'importance d'intervenir en amont et à l'impact du contexte de l'emploi sur leur sommeil. Considérant que cette problématique est très peu documentée, nous nous attarderons à recenser les associations entre le contexte de travail à la DPJ, les traumas vicariants et les problèmes de sommeil auprès des travailleurs, et de juger le niveau de preuve empirique des études retenues. Précisément, cet essai vise à répondre à cette question de recherche : quels sont les problèmes de sommeil du personnel de la DPJ à risque de vivre des traumas vicariants dans le cadre de leur travail? Une recension des écrits a sélectionné six études afin de documenter les types de problèmes de sommeil chez les différents travailleurs de la DPJ à risque de vivre des traumas vicariants.

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Remerciements .....   | vi |
| Introduction .....  | 1  |
| Le contexte de travail du personnel travaillant à la DPJ .....  | 1  |
| Le sommeil .....  | 3  |
| L'importance de la qualité et la quantité de sommeil chez l'adulte .....  | 3  |
| Les problèmes de sommeil .....  | 3  |
| Les dyssomnies chez l'adulte .....  | 4  |
| Les parasomnies chez l'adulte .....   | 4  |
| Les problèmes de sommeil et le contexte de travail à la DPJ .....   | 5  |
| Les problèmes de sommeil et les troubles mentaux .....  | 5  |
| Le trauma vicariant.....  | 6  |
| Définitions et autres termes associés au trauma vicariant.....  | 7  |
| L'empathie et le trauma.....  | 8  |
| Similitudes entre le trauma vicariant et le trouble de stress post-traumatique (TSPT).....  | 8  |
| Pertinence de la problématique .....  | 10 |
| Cadre conceptuel.....   | 11 |
| Objectif.....   | 12 |
| Hypothèse.....  | 12 |
| Méthodologie .....  | 13 |
| Critères de sélection .....   | 13 |
| Critères d'inclusion .....  | 13 |
| Critères d'exclusion.....   | 14 |
| Recherche documentaire .....  | 14 |
| Extraction des données.....   | 15 |
| Résultats .....   | 18 |
| Description des études retenues .....   | 18 |
| Description des problèmes de sommeil des intervenants travaillant à la DPJ à risque de vivre des traumas vicariants ou TSPT ..... | 20 |
| Problèmes de sommeil .....  | 20 |

|   |    |
|---|----|
| Insomnies .....   | 20 |
| Parasomnies .....   | 22 |
| Associations entre Trauma vicariant ou trouble de stress post-traumatique et les problèmes de sommeil ..... | 23 |
| Niveau de preuve empirique des études retenues.....   | 31 |
| Caractéristiques des participants de l'échantillon .....  | 31 |
| La taille de l'échantillon.....   | 32 |
| Les types de devis des études.....  | 32 |
| Les types de problèmes de sommeil.....  | 32 |
| Discussion .....  | 33 |
| Les limites .....   | 35 |
| Les points forts .....  | 36 |
| Intégration des résultats pour le travail du psychoéducateur .....  | 36 |
| Conclusion.....   | 38 |
| Références .....  | 39 |

## Remerciements

*À ma directrice de recherche, Evelyne Touchette.*

Merci pour ton accompagnement et ton support tout au long de la rédaction de cet essai.

*À mes parents, Andrée et Robert.*

Merci pour cet amour infini et inconditionnel, qui m'a donné la force de croire en moi, de me dépasser et d'atteindre mon objectif ultime. Mon parcours académique a été marqué par des expériences variées au cours desquelles vous m'avez toujours apporté votre soutien. Votre présence et votre dévouement m'ont permis de réaliser cet accomplissement, merci infiniment.

*À mon amoureux, Mathieu.*

Merci d'avoir été mon refuge tout au long de mes études, de m'avoir offert des moments de tranquillité pour mieux avancer, et d'avoir été auprès des enfants quand je ne pouvais l'être. Merci d'avoir cru en moi quand je n'y croyais plus. Merci pour ton amour, pour tes encouragements et tes mots réconfortants quand j'en avais le plus besoin.

*À mes enfants, Ludovic et Charly.*

Merci « Pit » et « Pépé », pour votre patience et votre compréhension. Merci d'avoir accepté que je ne puisse pas toujours être présente et d'avoir su respecter mes moments de travail. Les chemins d'études sont parfois différents et prennent plus de temps que prévu, mais chaque effort en vaut la peine. Merci mes petits amours d'avoir été au cœur de ma réussite.

*À mes amis.*

Vous avez su m'offrir des moments de répit précieux, de belles soirées, des éclats de rires, et une amitié sans limites. Grâce à vous, mon parcours a été plus léger.

Merci à *Myriam, Audrey, Amélie, Laurence* pour ce « plan d'intervention » improvisé autour d'un déjeuner : vous m'avez donné le courage de continuer et surtout de franchir la ligne d'arrivée.

Merci spécial à toi, « *Mon bine* », pour ton humanité et ta bienveillance, et pour m'avoir talonnée sans relâche « en route vers nos objectifs ». Merci également de m'avoir permis de rédiger dans ton petit havre de paix et d'être ta coloc invisible un temps. « *Mon bine* », sans toi, mon parcours de maîtrise n'aurait jamais été le même... « *une chance que j'tai, je t'ai tu m'as* ».

## **Introduction**

Dans le cadre de cet essai, les concepts retenus seront présentés; les caractéristiques du contexte d'un emploi à la Direction de la Protection de la jeunesse (DPJ), les problèmes de sommeil et les traumatismes vicariants. La pertinence d'aborder les relations entre les traumatismes et les problèmes de sommeil dans un contexte de travail à la DPJ sera expliquée. Le modèle théorique du traumatisme des hypothèses brisées de Janoff-Bulman (1992) sera ensuite présenté afin de mieux comprendre les concepts discutés dans cet essai. Les résultats des études portant sur les problèmes de sommeil seront présentés et discutés. Aussi, l'analyse des données des études sélectionnées sera présentée sous forme de tableaux synthèse. La section « discussion » portera sur différentes hypothèses en lien avec les données rapportées afin de répondre à la question de recherche. Puis, la conclusion proposera des pistes d'intervention pour le personnel travaillant à la DPJ.

### **Le contexte de travail du personnel travaillant à la DPJ**

Au Québec, c'est la DPJ qui a la responsabilité d'appliquer les modalités entourant la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) lorsqu'un enfant est victime de situations mettant en danger sa sécurité ou son développement. En ce sens, cette loi prévoit six motifs de compromission principaux : abandon, négligence, mauvais traitements psychologiques, abus sexuels, abus physiques et troubles de comportement sérieux. À ces derniers se juxtaposent le risque de négligence, le risque d'abus sexuels, le risque d'abus physiques et l'exposition à la violence conjugale, compromettant également la sécurité ou le développement de l'enfant (LPJ, 2024). À la suite d'un signalement, le processus d'intervention de la DPJ implique des étapes succinctes : rétention du signalement, évaluation et orientation, et application des mesures de protection. Or, lorsque la situation d'un enfant est compromise, l'ensemble du processus d'intervention DPJ prévoit d'intervenir tant auprès de l'enfant que des parents. Chaque étape d'intervention est variable en intensité, en fréquence et en durée, tout dépendant de la situation, de la volonté et de la capacité des parents de mettre fin à la situation de compromission.

Chapeautés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les travailleurs de la DPJ sont dans l'obligation de répondre aux exigences gouvernementales définies par la LPJ. Les aspects légaux et bureaucratiques (indicateurs de rendement, statistiques), de même que la responsabilité professionnelle, comportent la notion d'imputabilité confiée par la Loi. Selon Hwang (2016), deux types d'imputabilité sont présents en contexte DPJ, formelle (politiques de l'État ou de l'organisation) et informelle (normes et attitudes professionnelles, attentes implicites, perfectionnisme auto-infligé) ayant des impacts psychologiques et physiologiques sur les travailleurs (Lavallée, 2024). D'autres enjeux en lien avec les conditions de travail sont à considérer; tâches administratives augmentées, horaire de travail prolongé, interventions en situation d'urgence, prises de décisions importantes, surcharge des dossiers, être victime ou témoin de violence, et le manque de reconnaissance (Le Pain *et al.*, 2021). Être à l'emploi de la DPJ implique d'être amené à vivre avec un niveau de stress élevé, d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire (STS) (Center for Advanced Studies in Child Welfare, 2012). La relation d'aide auprès d'enfants ou d'adolescents ayant vécu des traumatismes n'est pas sans conséquence sur le vécu émotionnel des professionnels (Figley, 1995; Pearlman et Saakvitne, 1995). Des études menées auprès de travailleurs sociaux de la DPJ indiquent qu'ils présentent un risque élevé de symptômes de traumatisme secondaire ou de trauma vicariant (Meyers et Cornille, 2002; Pryce *et al.*, 2007; Van Hook et Rothenberg, 2008). Dans une étude réalisée au Tennessee par Bride *et al.* (2007), 92 % d'un échantillon de professionnels de la DPJ ont déclaré avoir présenté au moins un symptôme lié au trauma vicariant ou au STS au cours de la dernière semaine. Au Québec, une étude de Tessier (2018) menée auprès de 85 intervenants de la DPJ, montre que 22,4 % d'entre eux indiquent avoir déjà suivi un traitement pharmacologique en lien avec des symptômes psychologiques apparus dans le cadre de l'exercice de leur mandat en protection de la jeunesse (p. ex., insomnie, anxiété, manifestations dépressives). Considérant les conditions de travail difficiles et les répercussions de celles-ci dans leur vie quotidienne, la rétention du personnel est un enjeu. Le roulement du personnel est commun chez les employés de la DPJ, et le roulement annuel du personnel est situé entre 30 % et 40 % (Hopkins *et al.*, 2010; Human Services Workforce Initiative, 2006; Kim et Kao, 2014). Aux États-Unis, près de 90 % des agences de DPJ font état de difficultés à recruter et à retenir des travailleurs qualifiés, et ce,

dans un contexte où le nombre d'enfants en besoin de services est en augmentation (Human Services Workforce Initiative, 2006).

## **Le sommeil**

### ***L'importance de la qualité et la quantité de sommeil chez l'adulte***

Le sommeil est un élément crucial et déterminant à la santé globale d'une personne puisqu'il englobe non seulement un processus physiologique, mais aussi une interaction dynamique entre l'homéostasie de l'organisme, les horloges circadiennes et les comportements de l'individu (Philip *et al.*, 2023; Worley, 2018). Selon le National Sleep Foundation (2024), la quantité et la qualité de sommeil sont liées au bien-être psychologique (p.ex., capacités cognitives, régulation des émotions et de l'humeur) et physique. En ce qui concerne la quantité de sommeil favorisant le bien-être, un adulte âgé entre 18 et 64 ans devrait dormir entre sept et neuf heures par nuit. La qualité du sommeil se définit selon quatre catégories : la latence du sommeil (le temps qu'il faut pour s'endormir), les réveils (le nombre de réveils pendant la nuit), le réveil après l'endormissement (le temps éveillé après s'être endormi) et l'efficacité du sommeil (le rapport entre le temps passé à dormir et le temps passé au lit). Des critères normatifs ont été établis pour qualifier ce qu'est une bonne qualité de sommeil. Notamment, l'endormissement est situé à moins de 30 minutes, le nombre de réveils durant la nuit devrait être d'un ou moins, le nombre de minutes durant l'éveil devrait être de moins de 20 minutes, et avoir dormi plus de sept heures durant la nuit (National Sleep Foundation, 2024).

### ***Les problèmes de sommeil***

Les problèmes de sommeil réfèrent à une altération des processus physiologiques, une mauvaise hygiène de sommeil et aux facteurs individuels (p. ex., psychologiques, mode de vie), sociaux (p. ex., parentalité, soutien social), sociétaux (p. ex., profession, horaires de travail), et environnementaux (p. ex., lumière, température) (Philip *et al.*, 2023). Lorsqu'une personne manque de sommeil, celle-ci s'expose à vivre davantage de conséquences négatives physiologiques et psychologiques. Sur le plan physique, le manque de sommeil augmente le risque de développer des problèmes de santé tels que l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer (Munafa *et al.*,

2018; National Sleep foundation, 2024). Quant à l'aspect psychologique, le manque de sommeil diminue les capacités cognitives (p. ex., difficulté à rester concentré, attentif et vigilant à l'environnement), augmente le stress et la tolérance à celui-ci, diminue la capacité de gestion et de régulation des émotions et augmente les risques de développer ou d'aggraver un trouble mental (Hertenstein *et al.*, 2019; Meyer *et al.*, 2024; Philip *et al.*, 2023; Worley, 2018).

En 1987, la catégorie « troubles du sommeil et de l'éveil » fut ajoutée à la troisième édition révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R) incluant, entre autres, l'insomnie (difficultés à initier ou maintenir le sommeil), l'hypersomnie (sommeil excessif), narcolepsie (sommeil irrésistible) et les parasomnies (cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme) (APA, 1987). Dans cet essai, nous nous attarderons à deux types de problèmes de sommeil puisque ce sont les plus répertoriés dans la population générale : les dyssomnies et les parasomnies.

**Les dyssomnies chez l'adulte.** Les dyssomnies sont un ensemble de troubles du sommeil altérant la qualité et la quantité de sommeil : insomnie (carence en sommeil) et trouble du rythme circadien (difficulté d'initiation et de maintien au sommeil). Contrairement aux parasomnies, les dyssomnies n'impliquent généralement pas d'actions physiques irrégulières pendant le sommeil (American Academy of Sleep Medicine, 2025). Avec un taux de prévalence estimé entre 20 % et 30 % dans la population générale, l'insomnie est considérée comme un indicateur des troubles du sommeil (Ohayon, 2002).

**Les parasomnies chez l'adulte.** Les parasomnies sont associées au sommeil paradoxal et représentent un ensemble de manifestations diverses accompagnant le sommeil, tant pathologiques que physiologiques. Elles regroupent les troubles du sommeil impliquant des expériences qui font intrusion lors de l'endormissement, pendant le sommeil ou lors de l'éveil tels que les cauchemars, le somnambulisme et les terreurs nocturnes (American Academy of Sleep Medicine, 2025). Selon Singh *et al.* (2023), l'étiologie des parasomnies est multiple : privation de sommeil, troubles et maladies neurologiques (p. ex., narcolepsie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson), troubles psychologiques (p. ex., dépression, trouble de stress post-traumatique [TSPT]), troubles du sommeil, stress, médication et hérédité. Dans la

population générale, deux types de parasomnies dominant chez les adultes, soient les cauchemars à 66,2 % et le somnambulisme à 22,4 % (Bjorvatn *et al.*, 2010; Singh *et al.*, 2018).

### ***Les problèmes de sommeil et le contexte de travail à la DPJ***

Plusieurs études démontrent l'influence de facteurs liés aux conditions de travail sur le sommeil des travailleurs. Les horaires de travail qui dépassent de la journée de travail normale constituent un facteur de risque important d'insomnie (Pallesen *et al.*, 2019). Une étude de Yang *et al.* (2018) dénote qu'un haut niveau de stress lié au travail est associé à un risque accru de développer des problèmes de sommeil, et les cauchemars sont plus fréquents en période de stress (Nielsen et Levin, 2007). En lien avec les travailleurs de la DPJ, Nielson (2019) indique que l'exposition à la maltraitance est un facteur de risque au développement d'un problème de sommeil. Avec un taux de prévalence de 34 %, la violence perpétrée par les clients (usagers, parents ou autres) semble être particulièrement fréquente et ce type d'exposition à la violence est un facteur de risque d'insomnie chez les travailleurs (Nielsen, 2023). Quant aux impacts des problèmes de sommeil sur le travail, les personnes ayant des problèmes de sommeil sont moins productives, présentent un risque d'erreurs et un taux d'absentéisme plus élevé au travail, et sont plus à risque de développer des troubles mentaux (Munafò *et al.*, 2018).

### ***Les problèmes de sommeil et les troubles mentaux***

Dans le DSM-V (APA, 2015), les problèmes de sommeil sont une catégorie en soi, font partie des critères diagnostiques d'un trouble mental, tel un symptôme central (définit le trouble et est essentiel au diagnostic) ou agir comme un symptôme associé (qui peut accompagner le trouble mental, mais qui n'est pas nécessaire au diagnostic). Parmi les troubles mentaux incluant des problèmes de sommeil présentés dans le DSM-V (APA, 2015), on y retrouve : 1) les troubles l'humeur (trouble dépressif et trouble bipolaire), 2) les troubles anxieux (trouble d'anxiété généralisée et trouble de la panique), 3) les troubles psychotiques (schizophrénie), 4) les troubles liés à une substance ou à une maladie et 5) les TSPT.

Morin (2022) explique que les problèmes de sommeil sont souvent comorbides à un trouble psychologique, notamment le trouble d'anxiété généralisée, la dépression majeure, le trouble

bipolaire et le TSPT. Le National Sleep Foundation (2025) soutient qu'il existe une relation bidirectionnelle entre les troubles mentaux et les problèmes de sommeil; le trouble mental peut être conséquent à des problèmes de sommeil et les problèmes de sommeil font partie intégrante des symptômes du trouble mental. Aussi, la présence d'une difficulté de sommeil particulière a généralement pour conséquences la présence d'autres difficultés de sommeil, des symptômes plus sévères du trouble mental et un fonctionnement plus altéré (Bond, 2019). Par exemple, les cauchemars post-traumatiques réduisent la qualité du sommeil en augmentant le nombre de réveils nocturnes et en engendrant un sommeil moins réparateur pouvant altérer le fonctionnement. D'ailleurs, Morin *et al.* (2006) partagent ce même constat. Par exemple, d'un côté, ils rapportent que l'insomnie est présente chez plus de 80 % des personnes atteintes de dépression majeure et que le cauchemar est un symptôme central du TSPT. D'un autre côté, il est démontré que l'insomnie chronique accentue les risques de développer un trouble anxieux, dépressif ou un abus de substances, et ce, même chez une personne sans antécédent (Hertenstein *et al.*, 2019). En présence d'un trouble mental, la prévalence des cauchemars est située à 38,9 %, et ceux-ci peuvent apparaître en association avec des expériences traumatisantes comme dans le TSPT ou autres diagnostics de troubles mentaux (Waters *et al.*, 2017). Notamment, les difficultés de sommeil les plus répertoriées lors du développement d'un TSPT sont les cauchemars, entre 20 % et 70 %, et l'insomnie, entre 40 % et 90 % (Harvey *et al.*, 2003; Maher *et al.*, 2006). Le DSM-V (APA, 2015) montre que les critères diagnostiques du TSPT incluent des problèmes de sommeil : 1) cauchemar répétitif sur l'expérience traumatique, 2) difficultés d'initiation et de maintien au sommeil et autres troubles du sommeil non spécifiés.

### **Le trauma vicariant**

Cet essai s'intéresse aux relations entre le trauma vicariant et les problèmes de sommeil du personnel travaillant à la DPJ. Cependant, la littérature ne fait pas consensus sur les termes associés au trauma vicariant tels que fatigue de compassion, épuisement professionnel et STS. Tous se recourent dans leurs symptomatologies et leurs définitions respectives sont utilisées de manière interchangeable dans les recherches.

Considérant que le trauma vicariant est un concept peu documenté vu son apparition en 1990, la méthode de recherche sera élargie aux termes similaires nommés ci-haut afin de rendre compte des impacts d'une exposition indirecte au traumatisme vécu par autrui.

### ***Définitions et autres termes associés au trauma vicariant***

En 1990, McCann et Pearlman, aborde pour la première fois le terme *trauma vicariant* qui se décrit comme étant une transformation des schémas cognitifs et des systèmes de croyances résultant de l'engagement empathique dans les expériences traumatiques des clients. Selon Figley (1995), les thérapeutes peuvent être « contaminés » par la victime d'un traumatisme et présenter des symptômes post-traumatiques similaires à ceux de leur client (Dagan *et al.*, 2016). Ces mêmes auteurs mentionnent que le trauma vicariant est une forme de STS, soutenant que l'exposition indirecte et prolongée à la détresse et à la souffrance des autres a des impacts pouvant inclure des symptômes d'anxiété, des troubles du sommeil, une diminution de l'empathie ou un sentiment de fatigue compassionnelle (Figley, 1995; McCann et Pearlman, 1990).

Le STS, le trauma vicariant et la fatigue de compassion sont tous définis comme une réponse au contact avec des clients victimes de traumatisme, tandis que l'épuisement professionnel résulte plutôt de conséquences organisationnelles et liées au travail en soi (Bowman, 2022). La fatigue de compassion est une réduction de l'intérêt et de la capacité à faire preuve d'empathie pour ses clients (Adams *et al.*, 2006). Bien qu'ils soient liés et qu'ils font tous deux référence au même phénomène par moment, le STS et le trauma vicariant se distinguent. Le STS réfère à la symptomatologie post-traumatique secondaire (p. ex., troubles du sommeil, pensées intrusives, etc.), tandis que le trauma vicariant se concentre sur la signification, l'adaptation et sur les changements dans les schémas cognitifs (p. ex., perceptions, croyances, sens de la vie) (Bowman, 2022; Jenkins et Baird, 2002; O'Halloran et Linton, 2000; Pearlman et Saakvitne 1995;). Selon Figley (1995), le STS est un risque professionnel lié à la fourniture de services directs et le contact étroit avec une clientèle traumatisée qui entraîne des perturbations émotionnelles considérables chez le travailleur en devenant lui-même une victime indirecte du traumatisme. Les effets négatifs de l'exposition secondaire à un événement traumatique sont presque identiques à ceux de l'exposition primaire (Figley, 1999). Par ailleurs, le champ de la

psycho-traumatologie admet de plus en plus l'apparition de traumatismes psychologiques sans relation avec un traumatisme direct, mais consécutifs aux contacts avec une personne traumatisée (p. ex., témoin auditif, indirect, par modèle, etc.) (Horenstein *et al.*, 2002).

### ***L'empathie et le trauma***

L'empathie en relation d'aide est un processus contribuant au développement de l'alliance thérapeutique. Cependant, l'empathie peut se voir fragilisée par l'imprégnation du trauma et des émotions de détresse qui en découlent et, voire être considérée comme un facteur de risque au développement de symptômes post-traumatiques (Brillon, 2020; Conrad et Kellar-Guenther, 2006).

Lors d'un événement traumatique, toute victime se crée automatiquement une structure de peur, une représentation virtuelle qui regroupe des associations entre la victime elle-même, les gestes que celle-ci a posés lors du trauma, les stimuli présents pendant le trauma (bruits, odeurs, lieux, etc.), ainsi que les significations de danger. Les associations au sein de cette structure influenceront l'intensité de la détresse post-traumatique (Brillon, 2020; Foa *et al.*, 1989; Peterson *et al.*, 2019). Selon Krause et ses collaborateurs (2017), les personnes en manque de sommeil et celles qui dorment habituellement mal présentent une sensibilité empathique altérée; il peut en résulter une perte de sensibilité dans la détection et de précision dans la reconnaissance des émotions.

### ***Similitudes entre le trauma vicariant et le trouble de stress post-traumatique***

Le trauma vicariant et le TSPT présentent de grandes similitudes dans leurs manifestations (Molnar *et al.*, 2020). Des études menées auprès de professionnels de la protection de l'enfance ont montré que les manifestations de trauma vicariant peuvent inclure des symptômes de TSPT (Bride, 2007). Selon le DSM-V (APA-2015), le diagnostic de TSPT comprend les critères diagnostiques suivants : A) Exposition à un traumatisme (exposition directe), B) Symptômes d'intrusion, C) Évitement, D) Altération négative des cognitions et de l'humeur, E) Altérations de l'éveil et de la réactivité, F) Durée, G) Retentissement et H) Exclusion. Il est à préciser que le critère A4, soit « être exposé de façon répétée ou extrême à des détails aversifs d'événements

traumatiques », signifie que le trauma vicariant est inclus à titre d'événement qualifiant pour un diagnostic de TSPT. Le TSPT est un diagnostic d'un trouble mental, contrairement au trauma vicariant, mais les symptômes constituant les critères diagnostics du TSPT sont les mêmes que le trauma vicariant, à l'exception du critère A. Plus précisément, les critères A1, A2, et A3, soit respectivement; l'exposition directe à un traumatisme, être témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants et en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche (APA, 201).

Aux États-Unis, pour les adultes de la population générale, les chiffres de prévalence à vie du TSPT varient entre 6,1 et 9,2 %, avec des taux de prévalence sur douze mois compris entre 3,5 et 4,7 % (Goldstein *et al.*, 2016). Au Canada, environ 8,5 % des adultes de la population générale présentent des symptômes modérés ou graves de TSPT, dont le plus courant est chez les femmes (10 %) tandis que chez les hommes (6 %), et le groupe d'âge le plus touché par le TSPT est les 18 à 24 ans (14 %) (Gouvernement du Canada, 2025). Le TSPT est un trouble mental qui peut survenir après une exposition à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, dont la mort réelle, perçue ou menacée, ou des violences physiques ou sexuelles, entre autres. Au Canada, 64,4 % des adultes ont déclaré avoir vécu au moins un type d'événement potentiellement traumatisant au cours de leur vie (Gouvernement du Canada, 2025). Aux États-Unis, une étude menée auprès de 5 692 participants situe l'exposition à un événement traumatisant à 82,7 %, dont 30 % sont liés au réseau interpersonnel (décès subit ou maladie mortelle, autre événement traumatisant touchant une personne de l'entourage) et 12 % de ces événements découlent de la violence interpersonnelle (témoin de violence interpersonnelle, agression physique ou menace de violence) (Koenen *et al.*, 2017).

Bien que cet essai vise à documenter l'association entre les traumas vicariants et les problèmes de sommeil du personnel de la DPJ, la recherche documentaire inclura également le TSPT, considérant que le trauma vicariant est un sujet en émergence dans la littérature et que le trauma vicariant et le TSPT proposent une symptomatologie similaire.

## **Pertinence de la problématique**

Étant victimes d'une unique ou de diverses formes de maltraitance, les enfants suivis par les services de la DPJ vivent dans un contexte de vie teinté d'adversité. Les situations d'abus et de maltraitements auxquelles sont exposés ces enfants induisent une trajectoire développementale empreinte de traumatismes simples ou complexes. Qu'ils soient engagés dans des fonctions d'intervention directe ou non, l'ensemble des employés (intervenant, personnel administratif et de soutien, etc.) est en interaction avec la clientèle. Dans ce contexte de travail inférant un aspect relationnel majeur employé-usager, les employés sont exposés à différents degrés aux traumatismes des usagers qu'ils côtoient. L'exposition répétitive et cumulative à des récits traumatiques et des actes de violence provenant des usagers, l'épuisement professionnel et le traumatisme vicariant peuvent mener à divers troubles de santé mentale et des problèmes de sommeil, notamment les cauchemars et le rappel d'images des événements (Geoffrion *et al.*, 2016; Lamothe *et al.*, 2018; Marchand *et al.*, 2018; Molnar *et al.*, 2020; Van Hook et Rothenberg, 2009). Selon l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (2025), 44 % d'entre eux ont fait l'objet de menaces ou de violence au travail et 45 % qui ont quitté le domaine l'ont fait à cause du stress ou d'un traumatisme vicariant. Selon Dagan *et al.* (2016), les niveaux de traumatisme secondaire sont plus élevés chez les travailleurs sociaux chargés de la protection de l'enfance, vu le haut niveau de responsabilités, que chez les travailleurs des services sociaux. Il peut également y avoir des conséquences importantes sur le contexte de travail de ces professionnels et sur la rétention du personnel en protection de l'enfance (Van Hook et Rothenberg, 2009). Le stress engendré par une clientèle en grand besoin d'aide, l'écoute répétée de récits traumatiques, l'exposition à des événements potentiellement traumatiques, les conditions de travail difficiles et le contexte d'intervention non volontaire peuvent engendrer une détresse psychologique assez grande pour que la personne développe un trauma et avoir des impacts sur le sommeil. Enfin, il est pertinent de documenter comment le trauma vicariant induit dans un cadre professionnel impacte le sommeil des travailleurs de la DPJ et de documenter quels sont les types de problèmes de sommeil associés.

## Cadre conceptuel

Dans cette section, le modèle théorique du traumatisme des hypothèses brisées de Ronnie Janoff-Bulman (1992) sera expliqué pour expliquer les associations entre les traumatismes et l'émergence des problèmes de sommeil.

La théorie des hypothèses brisées (*Shattered Assumptions Theory*) de Janoff-Bulman (1992) tient comme prémisses principales que les symptômes traumatiques sont causés par un ébranlement de la vision du monde et de son sens. Cette théorie suggère que toute personne développe des hypothèses fondamentales implicites sur le monde et sur eux-mêmes : les croyances en un monde juste, bienveillant et prévisible dans lequel l'individu possède des compétences et de la valeur (Janoff-Bulman, 1992). Ces croyances constituent le fondement du sentiment de sécurité et de stabilité psychologique, conditions essentielles au fonctionnement sain et équilibré (Edmondson *et al.*, 2011).

Être à l'emploi de la DPJ implique de travailler avec des enfants victimes de maltraitance et d'abus, être exposé à des récits traumatiques et à vivre des événements potentiellement traumatiques dans le cadre du travail. Dans ce contexte, le personnel de la DPJ est amené à déployer ses compétences relationnelles et professionnelles, mettant à l'épreuve les capacités adaptatives, le sentiment de sécurité et d'efficacité en réaction aux situations. La croyance de l'existence d'un monde juste, bienveillant et prévisible, et la valeur que l'on s'accorde peut se voir ébranlée. Selon Janoff-Bulman (2010), lorsqu'un événement traumatique survient, les hypothèses sont alors brisées ; la personne perçoit le monde comme dangereux, imprévisible et injuste, et remet en question sa propre valeur.

En lien avec les problèmes de sommeil, la perte de confiance en soi et la perte d'une croyance d'un monde sécuritaire peuvent susciter des impacts physiques et psychologiques nuisant au sommeil telles que des inquiétudes, de l'hypervigilance, des ruminations et des cauchemars (Harvey *et al.*, 2011; Spoormaker et Montgomery, 2008). Ces symptômes traumatiques sous-tendent que les hypothèses fondamentales sont brisées et que la disposition à l'endormissement et au maintien du sommeil est moindre, réduisant ainsi la qualité et la quantité de sommeil nécessaire au fonctionnement.

## **Objectif**

Cet essai a pour but d'effectuer une recension des articles scientifiques afin de documenter les résultats des études portant sur les types de problèmes de sommeil du personnel travaillant à la DPJ à risque de vivre des traumatismes vicariants et les problèmes de sommeil. L'objectif consiste à sensibiliser l'ensemble du personnel de la DPJ, de même que la structure organisationnelle, à la vulnérabilité qu'il présente face au trauma vicariant, à l'émergence des problèmes de sommeil en vue de mieux traiter le trauma vicariant en amont et introduire de saines habitudes de sommeil. La question de recherche est la suivante : quels sont les problèmes de sommeil du personnel de la DPJ à risque de vivre des traumatismes vicariants dans le cadre de leur travail?

## **Hypothèse**

Considérant que très peu de recherches se sont intéressées aux problèmes de sommeil chez le personnel de la DPJ et de l'impact du trauma vicariant sur ceux-ci, plusieurs questions demeurent sans réponse actuellement. De fait, nous tenterons de vérifier l'hypothèse suivante : le fait de travailler à la DPJ, et ainsi être susceptible de vivre des traumatismes vicariants, est-il un facteur de risque contribuant au développement des problèmes de sommeil?

## **Méthodologie**

La partie méthodologique de cet essai comporte trois sections distinctes : 1) les critères de sélection, 2) la recherche documentaire; abordant les sources et les stratégies de recherche utilisée, puis 3) la procédure de l'extraction des données.

### **Critères de sélection**

#### ***Critères d'inclusion***

Lors de la recension des écrits, des critères ont été déterminés pour ne retenir que les articles liés aux concepts sélectionnés ci-bas, soit les traumatismes vicariants et les problèmes de sommeil de l'ensemble du personnel travaillant à la Protection de la jeunesse. À la suite de la lecture des titres et des résumés, les articles étaient sélectionnés selon les critères suivants :

- Examiner les traumatismes vicariants chez les intervenants travaillant à la Protection de la jeunesse;
- Examiner les troubles du sommeil chez les intervenants travaillant à la Protection de la jeunesse;
- Examiner la relation entre les problèmes de sommeil et les traumatismes vicariants;
- L'article doit inclure l'un ou l'autre des intervenants suivants travaillant à la Protection de la jeunesse. Il s'agit de toute personne de tout titre d'emploi, professionnel ou non, en contact direct ou indirect avec la présence, le vécu ou le dossier de l'utilisateur :
  - Psychologues;
  - Psychoéducateurs;
  - Travailleurs sociaux;
  - Enquêteurs;
  - Éducateurs spécialisés;
  - Gestionnaires;
  - Contentieux;
  - Agents administratifs;
  - Membres du personnel de soutien;
- Être disponible en français ou en anglais;

- Être publié entre 1990, soit l'année d'émergence des études sur le trauma vicariant, et le 19 décembre 2023;
- Être disponible sur les bases de données de l'Université du Québec à Trois-Rivières sélectionnées; PsycINFO, Medline, Sofia, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocINDEX, Scopus, Érudit, Cairn, ERIC et Academic search complete.

### ***Critères d'exclusion***

L'objectif de cet essai vise à mettre en lumière des concepts contemporains dont les données sont spécifiques et limitées. Seulement les articles écrits en d'autres langues que l'anglais et le français ainsi que les articles abordant les traumas vicariants ou les troubles du sommeil chez toute autre personne qu'une personne travaillant à la Protection de la jeunesse sont exclus.

### **Recherche documentaire**

Considérant que le sujet du présent essai comporte un nombre limité d'études, les plateformes Hetop et Termium ont été consultées afin de dresser une liste de mots clés en lien avec le sommeil, les traumas vicariants et les intervenants travaillant à la Protection de la jeunesse.

D'abord, l'équation de recherche initiale suivante a été utilisée : (sleep\* N4 (depriv\* OR disturbance\* OR qualit\* OR reduc\* OR loss OR lack\* OR disorder\* OR problem\* OR hygiene\* OR habit\*)) OR (insomnia OR dyssomnia OR nightmare\*) AND "vicarious trauma\*" OR "secondary traumatic stress" OR "occupational distress" OR "compassion fatigue" OR "psychological distress" OR STS OR "vicarious experience\*" AND "child\* welfare" OR "child\* protecti\*" OR "social worker\*" OR "advocacy center\*" OR psychologist\* OR psychoeducator\*.

Par la suite, afin d'avoir accès à un plus grand nombre de résultats, l'équation de recherche initiale fut subdivisée des manières suivantes : (sleep\* N4 (depriv\* OR disturbance\* OR qualit\* OR reduc\* OR loss OR lack\* OR disorder\* OR problem\* OR hygiene\* OR habit\*))

OR (insomnia OR dyssomnia OR nightmare\*) AND "vicarious trauma\*" OR "secondary traumatic stress" OR "occupational distress" OR "compassion fatigue" OR "psychological distress" OR STS OR "vicarious experience\*", (sleep\* N4 (depriv\* OR disturbance\* OR qualit\* OR reduc\* OR loss OR lack\* OR disorder\* OR problem\* OR hygiene\* OR habit\*)) OR (insomnia OR dyssomnia OR nightmare\*) AND "child\* welfare" OR "child\* protecti\*" OR "social worker\*" OR "advocacy center\*" OR psychologist\* OR psychoeducator\*, et "vicarious trauma\*" OR "secondary traumatic stress" OR "occupational distress" OR "compassion fatigue" OR "psychological distress" OR STS OR "vicarious experience\*" AND "child\* welfare" OR "child\* protecti\*" OR "social worker\*" OR "advocacy center\*" OR psychologist\* OR psychoeducator\*.

La recension des écrits a été réalisée en décembre 2023; l'équation de recherche, initiale et subdivisée, a été appliquée sur les bases de données PsycINFO, Medline, Sofia, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocINDEX, Scopus, Érudit, Cairn, ERIC et Academic search complete. Les listes de références des articles retenus ont également été consultées afin de répertorier davantage d'articles répondant à la question de recherche et aux différents critères d'inclusion.

Tel que présenté dans la Figure 1, un total de 995 articles provenant des bases de données nommées précédemment ont été recensés. Parmi ces articles, 962 ont été exclus puisque les critères d'inclusion n'étaient pas répondus. Une fois les doublons retirés, il en a résulté 21 articles. L'ensemble de ces articles ont été sélectionné et ont été consulté dans leur entièreté. Aussi, s'ajoute à ces 21 articles, 24 autres articles provenant d'autres sources, soit à partir des listes de références des articles admissibles. Au terme du processus, six articles ont été retenus dans le cadre de cet essai.

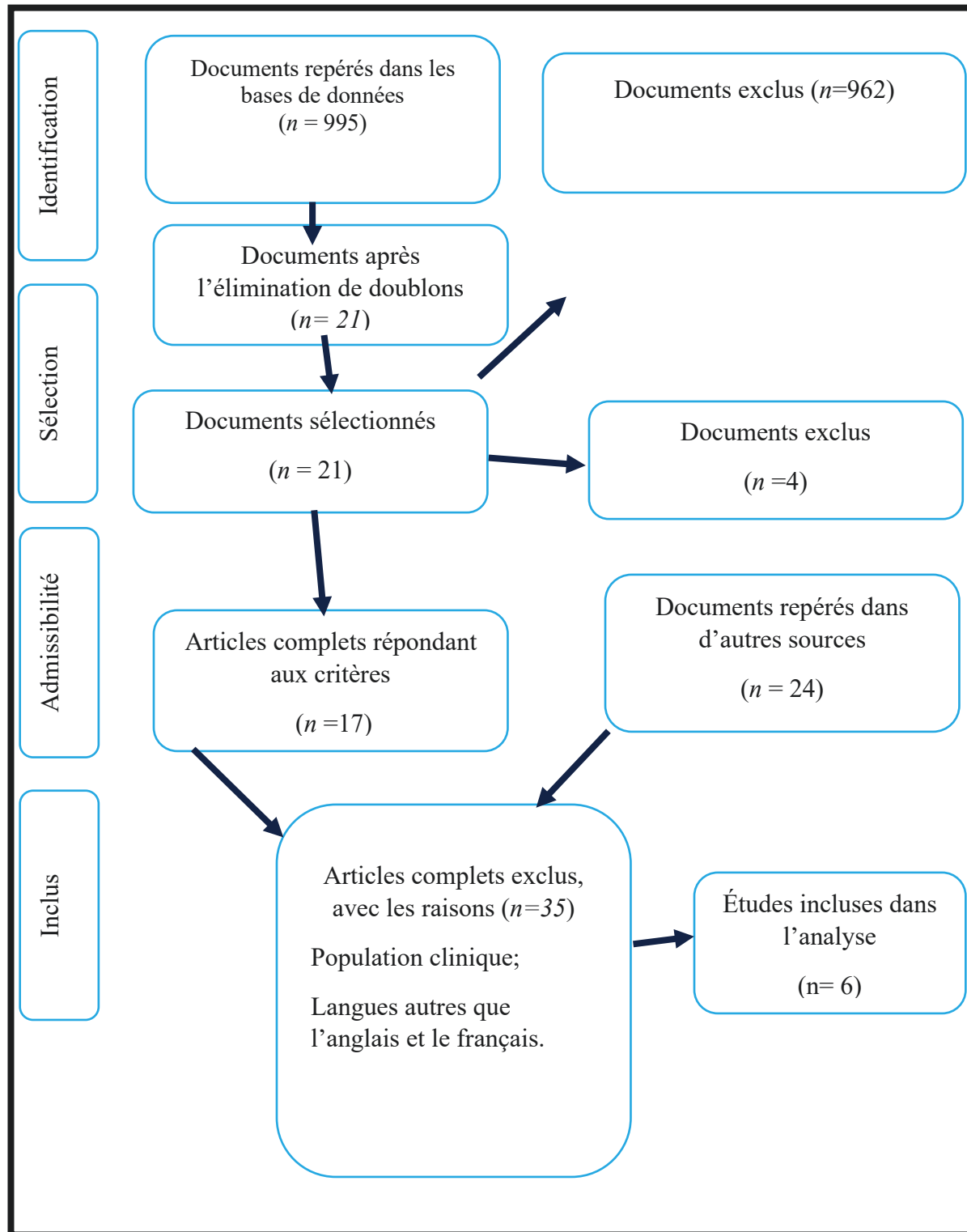
### **Extraction des données**

Pour les articles retenus à la suite du processus de recension, les auteurs et l'année de publication ont d'abord été notés. Par la suite, les caractéristiques en lien avec l'échantillon étaient extraites : le nombre de participants, le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expérience à la Protection de la jeunesse, le niveau de diplomation, le domaine d'études et le pays dans lequel

l'étude a été menée. Ensuite, les méthodes d'évaluation du sommeil, incluant le type d'étude, les instruments de mesure utilisés (standardisés ou non), les temps de mesure, la présence ou l'absence de groupe contrôle ont été répertoriées. Subséquemment, les résultats obtenus dans les études abordant les problèmes de sommeil chez des intervenants travaillant à la DPJ et les articles abordant les traumatismes vicariants chez les intervenants travaillant à la Protection de la jeunesse furent recueillis.

**Figure 1**

*Processus de sélection des études*



## Résultats

La section des résultats abordera les résultats du processus de recension et la description des études retenues, un tableau synthèse des études retenues, ainsi qu'une synthèse des résultats associés.

### Description des études retenues

La recherche documentaire a d'abord été effectuée sur la base de données PsycINFO, l'équation de recherche initiale ayant généré 15 articles. Après lecture de chaque titre et résumé, parfois de l'article entier, deux études ont été sélectionnées. Le même processus fut appliqué dans la base de données SocINDEX, où 85 résultats d'articles ont été obtenus, mais seulement un a été conservé. Toujours à partir de l'équation initiale, aucun article n'a été retenu des bases de données Scopus, Psychology and behavioral, Medline, ERIC, Cairn, Academic search complete et Érudit.

Tel que nommé précédemment, l'équation subdivisée fut utilisée afin d'obtenir davantage de résultats. Ainsi, 14 articles ont résulté de la base de données Medline, dont un seul fut retenu. De la base de données Psychology and behavioral, 74 articles ont été obtenus, dont un retenu. Aucun article n'a été retenu des bases de données PsycINFO, Scopus, SocINDEX, ERIC, Cairn, Academic search complete et Érudit. Puis, un seul article a été retenu à partir de la liste de références, pour un total final de six études.

En ce qui a trait aux principales caractéristiques des études retenues, celles-ci sont semblables d'une étude à l'autre. Cinq études ont été réalisées aux États-Unis, dont quatre dans l'état du Kentucky et une au Canada. Les participants sont âgés entre 22 et 65 ans, mais l'une des études ne spécifiait pas l'âge des participants. De plus, dans toutes les études, plus des deux tiers des participants sont de sexe féminin. Le nombre d'années d'expérience dans les services de Protection de la jeunesse est situé entre 1 et 45 ans dans cinq études, tandis que l'étude de Wilke *et al.*, (2020) rapporte que les participants ont été sélectionnés dès l'embauche, donc sans expérience en Protection de la jeunesse, et ce, jusqu'à un peu plus de 18 mois d'embauche.

Concernant la diplomation et la formation académique des participants, toutes les études ciblaient les diplômés universitaires, de premier cycle et de cycles supérieurs, en travail social ou autres domaines connexes en lien avec la relation d'aide. Or, seulement l'étude de Guay *et al.* (2022) rapporte inclure des participants ayant un diplôme d'études secondaires, un diplôme collégial ou un certificat universitaire. Dans cinq études, les titres d'emploi des participants travaillant à la Protection de la jeunesse étaient similaires, alors que dans une des études, l'échantillon comportait exclusivement des superviseurs. Il est important de mentionner que sur les six études retenues, quatre études proviennent de la même région des États-Unis (Kentucky) et elles sont issues d'un même auteur, soit Austin Garrett Griffiths (Griffiths, 2017; Griffiths *et al.*, 2018; Griffiths *et al.*, 2019; Link *et al.*, 2023). Sur ces quatre études, Griffiths est le chercheur principal de trois d'entre elles (Griffiths, 2017; Griffiths *et al.*, 2018; Griffiths *et al.*, 2019). De celles-ci, deux études utilisaient le même échantillonnage (Griffiths, 2017; Griffiths *et al.*, 2018), mais à des années différentes. De ce même échantillon, la première étude réalisée par Griffiths en 2017 (thèse de doctorat) avait pour but de mesurer les conséquences sur la santé du fait de travailler pour la Protection de la jeunesse. Quant à l'étude réalisée en 2018, dans laquelle d'autres chercheurs se sont joints à lui, celle-ci mesurait la relation entre les habitudes malsaines et le stress professionnel (Griffiths *et al.*, 2018).

Sur l'ensemble des études retenues, quatre études sont transversales (un seul temps de mesure), dont une thèse de doctorat et deux études sont longitudinales, ayant respectivement quatre temps de mesure. L'étude de Guay *et al.* (2022) prenait des mesures jusqu'à 12 mois suivant l'événement potentiellement traumatique et l'étude de Wilke *et al.* (2020) évaluait les problèmes de sommeil jusqu'à un peu plus de 18 mois d'embauche à la Protection de la jeunesse. Aucune des études retenues n'a rapporté de groupe contrôle.

Les principales caractéristiques des six études retenues et les résultats obtenus sont regroupés et résumés dans le Tableau 1.

Cette section sera divisée en fonction de deux objectifs. Le premier objectif est de présenter les résultats en fonction des problèmes de sommeil, insomnies et parasomnies, ainsi que des problèmes de sommeil dans le cadre d'un emploi à la DPJ à risque de vivre des traumatismes vicariants ou TSPT. De plus, un tableau synthèse des études retenues ainsi que les conclusions s'y rattachant seront présentés. Considérant que les manifestations des problèmes de sommeil, le type de problème de sommeil et des manifestations traumatiques dans le cadre de l'emploi ont guidé notre recherche, ceux-ci seront évoqués dans les résultats. Le but est de mettre en lumière les problèmes de sommeil dans le cadre d'un emploi à la DPJ à risque de vivre des traumatismes vicariants ou TSPT. Puis, le second objectif est de valider le niveau de preuve empirique des études retenues.

### **Description des problèmes de sommeil des intervenants travaillant à la DPJ à risque de vivre des traumatismes vicariants ou TSPT**

La recension de ces études permet de constater que le fait d'occuper un emploi à la DPJ à risque de vivre des traumatismes vicariants ou TSPT induits par l'emploi est associé à des problèmes de sommeil.

#### ***Problèmes de sommeil***

**Insomnies.** La totalité des études retenues rapportent que les travailleurs à la DPJ manquent de sommeil et ont des difficultés d'initiation et de maintien au sommeil.

Dans l'étude de Link *et al.* (2023), réalisée en contexte de pandémie mondiale de Covid-19, 68 % des participants mentionnent avoir dormi moins de 7 heures par nuit, soit environ 6,4 heures, et 56,3 % ont déclaré se réveiller 3 fois ou plus par nuit. Aussi, en moyenne, les 32 participants ont mis 43,9 minutes pour s'endormir. De ce nombre, 29 % d'entre eux rapportent qu'il leur a fallu entre 30 et 60 minutes pour s'endormir et pour 12,9 %, 90 minutes ou plus.

En ce qui concerne l'énoncé évaluant la perception de la qualité du sommeil au cours des 30 derniers jours, aucun participant n'a choisi « très bonne », tandis que 43,8 % ont choisi « assez mauvaise » ou « très mauvaise ». Un total de 71,0 % des participants ont obtenu un score total du

B- PSQI (2021) indiquant une mauvaise qualité de sommeil. Aussi, l'analyse bivariée évaluant la relation entre la perception du stress et la qualité du sommeil entre deux instruments standardisés, le Brief Pittsburgh Sleep Quality Index (B-PSQI, 2021) et le Perceived Stress Scale (PSS, 1983), montre que la relation est peu significative.

Pour les études de Griffiths (2017) et Griffiths *et al.* (2018), comportant le même échantillon de 511 participants, 112 d'entre eux, soit 22,0 %, rapportent avoir des problèmes de sommeil (insomnie et cauchemars), et que le stress lié au travail nuit à leur sommeil : heures supplémentaires, irrégularité des heures de travail, préoccupations liées à la charge de travail ou au travail à exécuter ultérieurement, préoccupations quant à la sécurité des enfants. Les résultats de l'étude ont pu être collectés via des questions ouvertes. Il en résulte que les participants ayant des problèmes de sommeil (p. ex., insomnie, un nombre d'heures de sommeil insuffisant, des réveils fréquents et des pensées intrusives nuisant à l'endormissement) rapportent avoir de mauvaises habitudes de sommeil étant donné les horaires prolongés et le contexte d'urgence de l'emploi. Sur un sous-échantillon de 391 participants découlant de cette même étude de Griffiths *et al.* (2018), 28,6 % attribuent leurs problèmes de sommeil à leurs fonctions au travail. Quant à l'étude de Griffiths *et al.* (2019), ayant un échantillon composé uniquement de superviseurs à la DPJ, celle-ci révèle que 26,0 % des 117 participants évoquent des difficultés de sommeil en lien avec l'insomnie et le manque d'heures de sommeil. Aussi, 40,6 % des participants ont déclaré prendre un ou plusieurs types de médicaments, dont des antidépresseurs, anxiolytiques, stabilisateurs de l'humeur, et stimulants. De plus, 5,12% des participants ont déclaré prendre une médication pour le sommeil.

Guay *et al.* (2022) ont évalué la sévérité des symptômes d'insomnie à l'aide du questionnaire intitulé l'Insomnia Severity Index (ISI, 1993) qui mesure de façon rétrospective la difficulté à l'endormissement, la difficulté à rester endormi et le réveil précoce. Les temps de mesures ont été pris les mois suivants un événement potentiellement traumatique soit après deux mois (T2), six mois (T3) et 12 mois (T4). La deuxième mesure (T2) a révélé que sur 168 participants, 41,6 % ont rapporté un niveau sévère de symptômes d'insomnie, pour la troisième

(T3) 40,1% et dernière mesure (T4), 43,1%. L'éveil cognitif précédent le sommeil, notamment les inquiétudes et les ruminations, est l'un des principaux facteurs associés à l'insomnie.

Wilke *et al.* (2020) ont plutôt axé sur la fréquence des problèmes du sommeil au cours des 30 derniers jours chez 578 participants. Notamment, la fréquence des difficultés d'initiation au sommeil était mesurée à l'aide d'un outil adapté du World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview (2003). Les autres items évalués et les réponses aux items ne sont toutefois pas décrits dans l'étude. La première mesure (T1) fut prise entre deux et quatre semaines, soit dès l'embauche des participants. Les intervenants rapportent davantage de problèmes de sommeil à T2 (six mois après l'embauche) comparativement à T1 (entre deux à quatre semaines après l'embauche).

**Parasomnies.** La survenue de cauchemars est l'unique parasomnie évaluée et rapportée dans trois des études retenues. Ces études rapportent le même constat : les cauchemars sont liés à leur emploi à la DPJ. Effectivement, dans l'étude de Griffiths (2017), une travailleuse ayant deux ans d'expérience a déclaré faire des cauchemars à propos de ses dossiers, tandis qu'une autre, ayant cinq ans d'expérience, a mentionné que lorsqu'elle dort, elle fait des cauchemars. Aussi, un homme ayant 12 ans d'expérience nomme rêver de son travail « la plupart des nuits ». L'étude de Griffiths *et al.* (2018) aborde dans le même sens (rappelons ici qu'il s'agit du même échantillon que l'étude de Griffiths (2017)) : 112 travailleurs ont déclaré faire des cauchemars. Ayant comme outil standardisé le Post-traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-5 (PCL-5 (2016)), instrument mesurant le TSPT. Guay *et al.* (2022) rapporte que dans le cadre d'un emploi à la DPJ, être exposé à un événement potentiellement traumatique prédispose à développer des symptômes du TSPT dont souffrir de problèmes du sommeil. Quoique les cauchemars font partie intégrante du questionnaire PCL-5 (2016), les résultats de l'étude ne donnent aucune spécification quant à la fréquence, l'intensité et les impacts des cauchemars dans la vie des travailleurs à la DPJ.

## **Associations entre trauma vicariant ou trouble de stress post-traumatique et les problèmes de sommeil**

Aucune des études n'a utilisé le terme *trauma vicariant*, mais deux études ont abordé les différents symptômes du TSPT chez les intervenants. Toutefois, aucune de ces études ne précise ou ne distingue les problèmes de sommeil des autres manifestations liées au TSPT. Dans l'étude de Guay *et al.* (2022), la version française du PCL-5 (2016) a été utilisée afin de mesurer un ensemble de symptômes du TSPT sur une échelle de Likert allant de 0 « Pas du tout » à 4 « Extrêmement ». Le questionnaire PCL-5 (2016) totalise 20 questions proposant deux catégories de symptômes en lien avec le sommeil : l'intrusion et l'hyperéveil. Deux énoncés permettent d'évaluer la qualité du sommeil : « Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi? » et « Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante? ». Les résultats de l'étude démontrent une relation cliniquement significative entre les symptômes du TSPT et le fait d'être une personne travaillant à la DPJ étant à même de vivre des événements potentiellement traumatiques. De plus, 10,4 % de l'échantillon de 168 participants présente des symptômes sévères du TSPT. Quant à l'étude de Griffiths *et al.* (2018), un questionnaire non-standardisé comportant des questions ouvertes démontre que certains travailleurs relatent avoir des symptômes de TSPT associés à leur emploi à la DPJ dont le manque de sommeil.

**Tableau 1***Synthèse des six études retenues*

| <b>Auteurs (Années)</b>   | <b>Caractéristiques de l'échantillon</b>   | <b>Méthode d'évaluation du sommeil</b>  | <b>Résultats</b>  |
|---------------------------|--|---|---|
| Link <i>et al.</i> (2023) | <p>32 participants (31 femmes, 1 homme)</p> <p>Âge : 22 à 60 ans (moyenne = 37,82 ans)</p> <p>Nombre d'années d'expérience à la DPJ : 1 à 27 ans (moyenne = 9,06 ans)</p> <p>Niveau de diplomation :<br/>Baccalauréat en services social : 13<br/>Baccalauréat (autre) : 12<br/>Études supérieures en services social : 6<br/>Études supérieures (autre) : 1</p> <p>Pays : États-Unis (Kentucky)</p> | <p>Étude transversale</p> <p>Questionnaire standardisé auto-rapporté :<br/>Brief- Pittsburgh Sleep Quality Index (B- PSQI)</p> <p>Analyse à deux variables :<br/>B-PSQI et le Perceived Stress Scale (PSS)</p> <p>Temps de mesure :<br/>Un seul</p> <p>Absence de groupe contrôle</p> | <p>Basé sur le questionnaire standardisé B- PSQI, en contexte de pandémie Covid-19, les participants rapportent que la perception de la qualité de leur sommeil est faible. Ils constatent que le nombre d'heures de sommeil par nuit est insuffisant, que le temps à s'endormir est plus long et que le nombre de réveil par nuit est supérieur. De plus, 40,6% des participants ont indiqué prendre des un ou plusieurs des types de médicaments psychotropes dont des antidépresseurs, anxiolytiques, stabilisateurs de l'humeur, stimulants et somnifères. Puis, une analyse bivariée évaluant la relation entre la qualité de sommeil et la perception du stress fut mesurée à l'aide de questionnaires standardisés dont, le B-PSQI (la qualité de sommeil) et le PSS (le niveau de stress perçu). Les résultats de l'analyse démontrent que la relation entre la qualité du sommeil et le niveau de stress perçu n'est pas significative (<math>p = 0,408</math>).</p> |

| <b>Auteurs<br/>(Années)</b> | <b>Caractéristiques de l'échantillon</b>   | <b>Méthode d'évaluation du<br/>sommeil</b>  | <b>Résultats</b>  |
|-----------------------------|--|---|---|
| Griffiths,<br>(2017)        | <p>511 participants (441 femmes, 68 hommes et 1 non-binaire)</p> <p>Âge : 22 à 64 ans (moyenne = 37,62 ans)</p> <p>Nombre d'années d'expérience à la DPJ : 1 à 45 ans (moyenne = 8,15 ans)</p> <p>Niveau de diplomation :</p> <p>Baccalauréat en services social : 203</p> <p>Baccalauréat (autre) : 300</p> <p>Études supérieures en services social : 112</p> <p>Études supérieures (autre) : 45</p> <p>Pays : États-Unis (Kentucky)</p> | <p>Étude transversale</p> <p>Questionnaire non-standardisé comportant des questions ouvertes et fermées, administrées par courriel</p> <p>Temps de mesure :<br/>Un seul</p> <p>Absence de groupe contrôle</p> | <p>Basé sur un questionnaire non standardisé avec des questions ouvertes et fermées, les participants rapportent différents problèmes de sommeil soient ; des mauvaises habitudes de sommeil associées aux horaires prolongés et le contexte d'urgence, un nombre d'heures de sommeil insuffisant, des cauchemars en lien avec la charge de dossiers, et des pensées intrusives nuisant à l'endormissement.</p> |

| <b>Auteurs<br/>(Années)</b>    | <b>Caractéristiques de l'échantillon</b>  | <b>Méthode d'évaluation du<br/>sommeil</b>  | <b>Résultats</b>  |
|--------------------------------|---|---|---|
| Griffiths <i>et al.</i> (2018) | <p>511 participants (441 femmes, 68 hommes et 1 non-binaire)</p> <p>Âge : 22 à 64 ans (moyenne = 37,62 ans)</p> <p>Nombre d'années d'expérience à la DPJ : 1 à 45 ans (moyenne = 8,15 ans)</p> <p>Niveau de diplomation :</p> <p>Baccalauréat en services social : 203</p> <p>Baccalauréat (autre) : 300</p> <p>Études supérieures en service social : 112</p> <p>Études supérieures (autre) : 45</p> <p>Pays : États-Unis (Kentucky)</p> | <p>Étude transversale</p> <p>Questionnaire non-standardisé comportant des questions ouvertes et fermées, administré par courriel</p> <p>Temps de mesure :<br/>Un seul</p> <p>Absence de groupe contrôle</p> | <p>Basé sur un questionnaire non standardisé avec des questions ouvertes et fermées, du stress associé à leur poste nuisant à l'endormissement, de l'insomnie et des cauchemars sont rapportés. De plus, les participants mentionnent que la nature des cauchemars est diversifiée : sentiment de pression en lien avec la productivité, charge de travail, pensées ou inquiétudes liées aux dossiers, en sont des facteurs associés.</p> |

| <b>Auteurs<br/>(Années)</b>    | <b>Caractéristiques de l'échantillon</b>  | <b>Méthode d'évaluation du<br/>sommeil</b>  | <b>Résultats</b>  |
|--------------------------------|---|---|---|
| Griffiths <i>et al.</i> (2019) | <p>117 participants (102 femmes et 15 hommes)</p> <p>Âge : 27 à 65 ans (moyenne = 41,70 ans)</p> <p>Nombre d'années d'expérience à la DPJ : 4 à 40 ans (moyenne = 15,51 ans)</p> <p>Niveau de diplomation :<br/>           Baccalauréat en services social : 61<br/>           Baccalauréat (autre) : 54<br/>           Études supérieures en services social : 59<br/>           Études supérieures (autre) : 16</p> <p>Pays : États-Unis (Kentucky)</p> | <p>Étude transversale</p> <p>Questionnaire non-standardisé comportant des questions ouvertes et fermées et administré par courriel</p> <p>Temps de mesure : un seul</p> <p>Absence de groupe contrôle</p> | <p>Basé sur un questionnaire composé de questions ouvertes, nombreux superviseurs ont fait état de difficultés de sommeil. Les superviseurs rapportent avoir des difficultés d'endormissement au sommeil ainsi que des heures de sommeil insuffisantes. Les superviseurs mentionnent que les difficultés liées à l'emploi du temps, telles que les horaires prolongés et les heures de garde, peuvent influencer négativement leur sommeil. De plus, 5,12 % des participants indiquent prendre un traitement pharmacologique pour favoriser le sommeil.</p> |

| <b>Auteurs<br/>(Années)</b>  | <b>Caractéristiques de l'échantillon</b>   | <b>Méthode d'évaluation du<br/>sommeil</b>  | <b>Résultats</b>  |
|------------------------------|--|---|---|
| Guay <i>et al.</i><br>(2022) | <p>168 participants (142 femmes et 26 hommes)</p> <p>Âge : 25 à 43 ans (moyenne = 34,27 ans)</p> <p>Nombre d'années d'expérience à la DPJ : 2 à 14 ans (moyenne = 8,33 ans)</p> <p>Niveau de diplomation :<br/>Diplôme d'études secondaires (DES) : 2<br/>Diplôme d'études collégiales (DEC) : 54<br/>Certificat universitaire : 2<br/>Baccalauréat : 87<br/>Maîtrise : 20</p> <p>Pays : Canada (Montréal)</p> | <p>Étude longitudinale d'une durée d'un (1) an.</p> <p>Questionnaires standardisés et administrés par courriel :</p> <p>Insomnia Severity Index (ISI)</p> <p>Post-traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-5 (PCL-5), version française.</p> <p>Temps de mesure :<br/>T1 : 1 mois après l'événement potentiellement traumatique (ÉTP)<br/>T2 : 2 mois après l'ÉTP<br/>T3 : 6 mois après l'ÉTP<br/>T4 : 12 mois après l'ÉTP</p> | <p>Basé sur le questionnaire standardisé ISI, la sévérité des symptômes d'insomnie des participants est cliniquement significative aux temps 2, 3 et 4, soit respectivement après 2 mois, 6 mois et 12 mois suivant l'événement potentiellement traumatique. L'éveil cognitif avant le sommeil, incluant les inquiétudes et les ruminations, représente l'un des principaux facteurs d'insomnie. Par ailleurs, considérant que les difficultés de sommeil font partie intégrante des manifestations du TSPT (trouble de stress post-traumatique), les résultats du PCL-5 sont également indicateurs de problèmes de sommeil. Ainsi, aux temps T2, T3 et T4, la sévérité des symptômes du TSPT est cliniquement significative.</p> <p>Aussi, l'analyse des variables confondantes démontre que l'expérience professionnelle tend à augmenter les symptômes d'insomnie, contrairement au fait d'être marié les diminuent.</p> |

| <b>Auteurs<br/>(Années)</b>   | <b>Caractéristiques de l'échantillon</b>  | <b>Méthode d'évaluation du<br/>sommeil</b>  | <b>Résultats</b>  |
|-------------------------------|---|---|---|
| Wilke <i>et al.</i><br>(2020) | <p>578 participants (503 femmes et 75 hommes)</p> <p>Âge : non déterminé</p> <p>Nombre d'années d'expérience à la DPJ : Les 18 premiers mois de l'embauche</p> <p>Niveau de diplomation : 82,6 %, soit 477,43 participants ont un diplôme de premier cycle universitaire.</p> <p>Travail social : 16,6 % (34,81 participants).</p> <p>Criminologie : 24 % (138,72 participants).</p> <p>Psychologie : 27 % (156,06 participants).</p> <p>Autre domaine des services à la personne (éducation, services à la personne, etc.) : 16,8% (97,10 participants).</p> | <p>Étude longitudinale descriptive d'une durée de plus de 18 mois.</p> <p>Questionnaire électronique sur la plateforme <i>Qualtrics</i>:</p> <p>Instrument non standardisé adapté du World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview (Kessler et al., 2003) comportant une échelle de 4 items (au lieu de 8) et mesurant la fréquence des troubles du sommeil des 30 derniers jours (au lieu des 12 derniers mois). Les réponses aux items ont également été modifiées.</p> <p>Temps de mesure :<br/>T1 : après 2 à 4 semaines d'embauche<br/>T2 : Après 6 mois d'embauche</p> | <p>En se référant aux résultats du questionnaire adapté mesurant la fréquence des difficultés de sommeil des 30 derniers jours (difficultés d'endormissement, par exemple), le temps 1, soit de deux à quatre semaines après l'embauche, atteint le seuil minimal d'acceptabilité. Une augmentation significative des troubles du sommeil entre le T1 et le T2, soit après 6 mois d'embauche, est rapportée. Pour les temps 2-3-4, les résultats sont cliniquement significatifs, mais il n'y a pas d'augmentation significative entre chacune des mesures.</p> |

| <b>Auteurs<br/>(Années)</b>              | <b>Caractéristiques de l'échantillon</b>  | <b>Méthode d'évaluation<br/>du sommeil</b>                           | <b>Résultats</b> |
|--|---|--|------------------|
| Wilke <i>et al.</i><br>(2020)<br>(Suite) | Aucune formation dans le domaine<br>des services à la personne: 15,6%<br>(90,16 participants).<br><br>Pays : États-Unis (Floride) | T3 : Après 12 mois<br>d'embauche<br>T4 : Après 18 mois<br>d'embauche |                  |

## **Niveau de preuve empirique des études retenues**

Ce deuxième objectif vise à mettre en lumière la qualité des articles sélectionnés en ce qui concerne les types de problèmes de sommeil associés aux intervenants qui travaillent à la Protection de la jeunesse à risque de vivre un trauma vicariant ou TSPT. Une analyse sera portée, en ce qui concerne les caractéristiques des participants, sur la taille de l'échantillon, les types de devis de recherches utilisés ainsi que les résultats de recherche obtenus.

### ***Caractéristiques des participants de l'échantillon***

Les caractéristiques des participants varient dans les différentes études selon le titre de l'emploi, l'âge, le nombre d'années d'expérience, le niveau de diplomation et la formation académique. En effet, qu'ils soient des professionnels ou non, en intervention directe ou indirecte, les résultats des six études démontrent que les travailleurs à la DPJ ont des problèmes de sommeil. Seule l'étude de Guay *et al.* (2022) rapporte inclure des participants détenant un diplôme d'études secondaires ou un diplôme d'études collégiales. Par ailleurs, dans les cinq autres études, l'ensemble des participants détiennent minimalement un diplôme de premier cycle universitaire, soit un baccalauréat, les domaines d'études variant entre le travail social, la criminologie, la psychologie ou autre domaine connexe (non précisé dans les études). L'étude de Griffiths *et al.* (2019) rapporte inclure des superviseurs de DPJ, tandis que dans les cinq autres, tout titre d'emploi était confondu, sans toutefois être spécifié. Pour la totalité des études, le genre féminin représente plus du trois-quarts de l'échantillonnage. L'âge des participants est situé entre 22 et 65 ans, à l'exception de l'étude de Wilke *et al.* (2020) dont l'âge n'est pas déterminé. Les résultats de l'ensemble des études montrent que peu importe le nombre d'années d'expérience, les problèmes de sommeil sont présents et variables en intensité. L'étude de Wilke *et al.* (2020) se distingue par le fait de prendre leurs mesures dès les premières semaines de l'embauche à la DPJ, soit entre deux et quatre semaines.

### ***La taille de l'échantillon***

Le nombre de participants dans les études sélectionnées comporte un minimum de 32 participants, allant jusqu'à 578 participants (Griffiths, 2017; Griffiths *et al.*, 2018; Griffiths *et al.*, 2019; Guay *et al.* 2022; Link *et al.*, 2023; Wilke *et al.* 2020). La taille de l'échantillonnage est un élément primordial à considérer puisqu'il est un indicateur de la force de l'association. En considérant que le sujet du présent essai est très peu étudié, deux des études retenues ont été réalisées à partir du même échantillon; cet aspect est primordial à considérer dans l'interprétation des résultats.

### ***Les types de devis des études***

Sur les six études retenues, quatre d'entre elles sont « transversales » et deux sont « longitudinales ». En considérant qu'aucun des devis de recherche utilisés ne contrôle les variables externes, il n'est pas possible de parler de liens de type de nature causale entre le fait de travailler à la DPJ et la présence de problèmes de sommeil.

### ***Les types de problèmes de sommeil***

L'ensemble des recherches ont démontré des associations entre le fait de travailler à la DPJ et présenter des problèmes de sommeil. Les insomnies représentent les problèmes de sommeil les plus recensés dans les six études sélectionnées : manque de sommeil et présenter des difficultés d'initiation et de maintien au sommeil (Griffiths, 2017; Griffiths *et al.*, 2018; Griffiths *et al.*, 2019; Guay *et al.* 2022; Link *et al.*, 2023; Wilke *et al.*, 2020). Aussi, trois des études rapportent des parasomnies, soit des cauchemars liés à l'emploi plus précisément (Griffiths 2017; Griffiths *et al.* 2018; Guay *et al.*, 2022). De ces trois articles, un seul aborde le cauchemar comme étant un problème de sommeil qui pourrait s'avérer comme étant le symptôme d'un potentiel TSPT (Guay *et al.* 2022). Par ailleurs, deux études montrent que la relation entre le fait d'avoir un emploi à la DPJ et être potentiellement exposé à des événements traumatiques pourrait prédisposer les travailleurs à développer des symptômes du TSPT en lien avec des problèmes de sommeil, dont l'intrusion, l'hyper-éveil et le manque de sommeil (Griffiths *et al.*, 2018; Guay *et al.* 2022).

## Discussion

L'objectif de cet essai était d'effectuer une recension des études scientifiques afin de documenter les problèmes de sommeil du personnel de la DPJ qui sont amenés à vivre des traumas vicariants dans le cadre de leur travail. La recension des écrits a permis de constater les liens existants entre le fait de travailler dans un contexte de DPJ à risque de vivre des traumas vicariants et les types de problèmes de sommeil y étant associés. Cependant, les effets concrets, observables et mesurables des traumas vicariants sur le sommeil des travailleurs de la DPJ s'avèrent un sujet très peu documenté dans la littérature scientifique. Cette recension a toutefois permis de mettre en lumière les types de problèmes de sommeil du personnel de la DPJ à risque de vivre des traumas vicariants ou TSPT. Cette section visera donc à mieux comprendre les liens entre les différents concepts évoqués précédemment.

Les résultats de la recension des écrits ont également permis de constater que les insomnies et les cauchemars sont les problèmes de sommeil les plus répertoriés chez le personnel de la DPJ, ce qui concorde avec les données populationnelles. En ce qui a trait à l'insomnie, elle représente le problème de sommeil le plus répertorié concernant la durée plus courte de sommeil, l'initiation et le maintien du sommeil. L'unique parasomnie rapportée dans les résultats concerne les cauchemars, et ceux-ci sont majoritairement liés à l'emploi à la DPJ. En ce qui concerne les effets des conditions de travail du personnel de la DPJ sur le sommeil, il est soulevé que le stress vécu dans le cadre de l'emploi empêche les employés de se reposer (Griffiths, 2017). On peut alors penser que la suractivation du cerveau, pouvant engendrer des ruminations, rend la personne moins disponible à l'endormissement, affectant ainsi la qualité et la quantité de son sommeil. De surcroît, les résultats soulèvent les effets d'un mauvais sommeil sur le travail qui se traduisent par une diminution de la concentration et une baisse de productivité (Link *et al.*, 2023). Or, ces résultats permettent de rendre compte de l'importance du sommeil en tant que besoin fondamental pour assurer le bien-être global de l'employé et, par le fait même, les services rendus aux usagers.

Dans la majorité des études, l'association entre les traumas et les problèmes de sommeil est considérée comme bidirectionnelle. Il importe de rappeler que, dans la présente recension,

aucune des études retenues n'a abordé directement le trauma vicariant, et que des adaptations avec le TSPT ont dû être appliquées pour les fins de cet essai. Le trauma vicariant est un sujet encore contemporain, interchangeable avec d'autres termes, et encore méconnu ou minimisé par les travailleurs de la DPJ. La recension a permis de constater l'interinfluence entre les symptômes post-traumatiques et les problèmes de sommeil. En effet, le manque de sommeil peut contribuer à développer ou augmenter des symptômes d'un trouble mental, et un trouble mental peut également avoir une influence sur le sommeil. De fait, on peut alors penser que les traumas vicariants influencent négativement la qualité des services rendus à la clientèle et leurs droits par le fait même.

Par ailleurs, les « hypothèses brisées », issues de la théorie traumatique de Janoff-Bulman (1992) et référant aux symptômes traumatiques sont causés par un ébranlement de la vision du monde et de son sens, s'apparentent à certains critères diagnostiques du TSPT (hypervigilance, croyances ou attentes négatives sur soi-même, d'autrui ou du monde, entre autres) et, par le fait même, à certains éléments catégorisant le trauma vicariant dont la signification et les changements dans les schémas cognitifs de la personne (perceptions, croyances, sens de la vie) (Bowman, 2022; Pearlman et Saakvitne, 1995). En lien avec les problèmes de sommeil, les symptômes post-traumatiques nuisent à l'endormissement et au maintien du sommeil en mettant en place l'évitement d'aller dormir. En d'autres mots, la personne devient alors craintive d'aller dormir, ayant la croyance que son sommeil ne sera pas réparateur. L'éveil cognitif avant le sommeil, y compris les inquiétudes et les ruminations, constitue l'un des principaux facteurs d'insomnie (Lemyre *et al.*, 2020).

L'hypothèse énoncée, que le fait de travailler à la DPJ, en plus d'être exposé aux traumatismes de la clientèle et à des événements potentiellement traumatisants, est un facteur prédisposant à développer des traumas vicariants, va dans le même sens de la littérature. Effectivement, les études démontrent que les symptômes du TSPT sont liés au fait de travailler à la DPJ rendant les travailleurs susceptibles de vivre des événements potentiellement traumatisants. Il demeure fort pertinent que de futures recherches soient effectuées en ce sens pour en savoir davantage sur les autres facteurs prédisposants.

## Les limites

Une première limite de cet essai concerne le nombre d'études recensées puisque le sujet reste peu documenté dans la littérature ( $n=6$ ). En effet, les problèmes de sommeil du personnel de la DPJ et les traumatismes vicariants, un sujet abordé depuis seulement 1990, ne fait pas consensus dans la littérature. Aussi, compte tenu que la cueillette des données de cet essai a eu lieu en 2023, il est fort possible que d'autres études sur le sujet aient été effectuées depuis.

Les études retenues présentent également certaines limites méthodologiques. D'abord, il est à considérer que, sur les six études, quatre études incluent un même auteur, dont trois dont il est l'auteur principal et deux où il s'agit d'un même échantillon. Il est possible qu'il y ait eu un biais de confirmation de l'auteur et que certaines caractéristiques des participants expliquent en partie les résultats obtenus. Un manque de variété en termes de devis de recherche est également à considérer puisque quatre des études sont transversales et aucune n'a de groupe contrôle. Quant à l'échantillonnage, certaines études comportent de faibles échantillons. En effet, du nombre de participants, les participants sont en grande majorité des femmes. De plus, les titres d'emploi du personnel de la DPJ ne sont pas toujours indiqués, faisant en sorte que les formations académiques, le nombre d'années d'expérience, les tâches, les responsabilités et les prises de décisions en lien avec leurs postes ne sont pas pris en considération et ont pu ainsi influencer les résultats. Une autre limite concerne l'aspect géographique des études : cinq proviennent des États-Unis, dont trois de l'État du Kentucky. On peut penser que les résultats présentent une réalité clinique plus spécifique aux américains, dans laquelle l'organisation des services et les lois qui encadrent la DPJ est différente du Canada, voire du Québec. Aussi, quatre des études ont utilisé des questionnaires non standardisés, limitant la validité et la fidélité des mesures par une interprétation subjective des résultats.

En bref, le nombre restreint d'études sur le sujet et les limites méthodologiques qui les composent affectent la généralisation et l'interprétation des résultats. De surcroît, il est difficile d'émettre des conclusions concrètes et claires, il faut donc demeurer prudent dans l'interprétation des résultats. Malgré tout, les résultats démontrent que le fait d'être exposé à des récits traumatiques ou à des événements potentiellement traumatiques, soit les traumatismes vicariants, dans

le cadre d'un emploi à la DPJ, est associé à des problèmes de sommeil. Précisément, les problèmes de sommeil concernent les cauchemars et l'insomnie (manque de sommeil et présenter des difficultés d'initiation et de maintien au sommeil).

### **Les points forts**

La recension a permis de rendre compte d'un intérêt scientifique contemporain et de prendre connaissance des recherches sur les traumatismes vicariants et les problèmes de sommeil du personnel travaillant à la DPJ. De fait, le manque d'études et la méconnaissance de ces sujets traduisent l'importance de documenter davantage les impacts des caractéristiques d'un emploi à la DPJ sur les traumatismes vicariants et les problèmes de sommeil qui guettent le personnel. Malgré certaines limites méthodologiques, les études retenues sont récentes, soit entre 2019 et 2023. Des instruments de mesure standardisés ont été utilisés dans deux études et les résultats sont relativement homogènes.

### **Intégration des résultats pour le travail du psychoéducateur**

Malgré ses limites, cet essai a traité de sujets peu documentés dans la littérature. Par ailleurs, les problèmes de sommeil des travailleurs de la DPJ est un sujet de préoccupation croissante chez les chercheurs (Griffiths *et al.*, 2018 ; Griffiths *et al.*, 2019). Tant dans les données issues de la littérature que dans celles obtenues dans le cadre de cet essai, les dyssomnies et les cauchemars sont connues pour leur forte prévalence dans la population générale. Ces données soulignent l'importance, pour le psychoéducateur, de considérer les problèmes de sommeil dans l'analyse globale et systémique du bien-être psychologique et physique d'une personne et, par le fait même, de son fonctionnement adaptatif. Les recherches actuelles démontrent que la quantité et la qualité du sommeil peuvent être influencées par des facteurs individuel et externes liés à son environnement. L'adaptation étant au cœur de la psychoéducation, il s'avère essentiel que le psychoéducateur prenne soin de son sommeil, non seulement à titre préventif, mais aussi comme cible d'intervention sur le potentiel adaptatif (PAD) et le potentiel expérientiel (PEX), pour viser l'atteinte d'un équilibre dynamique dans le cadre de son emploi.

Cet essai met également de l'avant les conditions de travail difficiles auxquelles fait face l'ensemble du personnel de la DPJ au quotidien, dont l'exposition aux traumatismes de la clientèle et les événements potentiellement traumatisants, et les impacts de ceux-ci. Reconnaître l'existence, les manifestations et les effets du trauma vicariant dans un contexte de DPJ est essentiel pour agir et intervenir en amont. De surcroît, il est pertinent de porter une réflexion sur la structure et la culture organisationnelle, sur son influence sur les travailleurs, et non seulement sur une problématique d'adaptation individuelle. Ainsi, il appert crucial que les psychoéducateurs soient outillés davantage sur le sommeil, étant un besoin fondamental, et sur les traumas vicariants. Notamment, le développement des formations académiques et les formations continues de même que les formations internes et organisationnelles devraient se développer davantage pour favoriser le bien-être de ces travailleurs.

## **Conclusion**

En guise de conclusion, bien que les études présentent certaines limites, les résultats permettent de mettre en évidence les problèmes de sommeil du personnel en DPJ en présence d'un trauma vicariant, de même que la relation entre le trauma vicariant et les problèmes de sommeil. Les résultats des études retenues et analysées montrent qu'être exposé à des événements potentiellement traumatisants est associé à des problèmes de sommeil. De plus, il est attendu que le personnel de la DPJ soit davantage susceptible d'avoir des problèmes de sommeil puisqu'il est exposé à la maltraitance, aux abus et à la violence de manière fréquente, répétitive et cumulative dans le cadre des fonctions professionnelles. Il est alors possible de dire que cette exposition peut altérer la qualité du sommeil, voire faire apparaître ou aggraver des symptômes de trauma vicariant, ou développer un trouble mental. Dans cette perspective, il est crucial de miser sur des stratégies préventives par le biais des formations académiques et l'instauration de mesures organisationnelles dans le milieu de la DPJ, en sensibilisant aux traumas vicariants et ses traitements, sur l'importance du sommeil et d'une hygiène de sommeil optimale pour favoriser la promotion de la santé globale du personnel. En résumé, la mise en place de stratégies et interventions ciblées pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité du sommeil en vue d'accroître le bien-être psychologique et physique des travailleurs en DPJ et, par conséquent, favoriser une offre de services de meilleure qualité à la clientèle.

## Références

- Adams, R. E., Boscarino, J. A. et Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103-108. doi : 10.1037/0002-9432.76.1.103.
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd). Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Association (APA).
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders* (3<sup>e</sup> éd.). American Academy of Sleep Medicine.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., et Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS one*, 11(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Bjorvatn, B., Grønli, J. et Pallesen, S. (2010). Prevalence of different parasomnias in the general population. *Sleep Medicine*, 11(10), 1031–1034. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.07.011>
- Bouvier, G. (2019). Les traumatismes vicariants : définition, contexte et propositions de prise en charge. *European Journal of Trauma et Dissociation*, 3(3), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.004>
- Bowman, M. E. (2022). Child welfare worker wellness: An ethical imperative in the service of children. *Child Abuse Review*, 31(5). <https://doi.org/10.1002/car.2758>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Jones, J. L. et Macmaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3–4), 69 - 80. [https://doi.org/10.1300/J394v04n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J394v04n03_05)
- Brillon, P. (2020). *Entretenir ma vitalité d'aidant : guide de prévention de la fatigue de compassion et de la détresse professionnelle*. Éditions de l'Homme.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

- Caringi, J. C. (2008). Secondary traumatic stress and child welfare. *International Journal of Child & Family Welfare*, *11*(4), 172-184. <https://doi.org/10.1080/08841230802325000>
- Center for Advanced Studies in Child Welfare. (2012). *Secondary trauma and the child welfare workforce*. [https://casw.umn.edu/wpcontent/uploads/2013/12/CW360\\_2012.pdf](https://casw.umn.edu/wpcontent/uploads/2013/12/CW360_2012.pdf).
- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). *Perceived Stress Scale* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t02889-000>
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes. Repéré le 24 avril 2024 à <https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil>
- Conrad, D. et Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, *30*(10), 1071-1080. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Dagan, S. W., Ben-Porat, A. et Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect*, *51*, 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.008>
- Edmondson, D., Chaudoir, S. R., Mills, M. A., Park, C. L., Holub, J. et Bartkowiak, J. M. (2011). From shattered assumptions to weakened worldviews: Trauma symptoms signal anxiety buffer disruption. *Journal of Loss and Trauma*, *16*(4), 358-385. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572030>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel psychosocial stress series.
- Foa, E. B., Steketee, G. et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, *20*, 155-176. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)
- Guay, S., Lemyre, A. et Geoffrion, S. (2022). Work-related predictors of mental health, presenteeism, and professional quality of life following exposure to a potentially traumatic event in child protection workers. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*(1), <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2037904>
- Geoffrion, S., Morselli, C. et Guay, S. (2016). Rethinking compassion fatigue through the lens of professional identity: The case of child-protection workers. *Trauma, Violence, & Abuse*, *17*(3), 270-283. <https://doi.org/10.1177/1524838015584362>

- Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Huang, B. et Grant, B. F. (2016) The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions-III. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1137–1148. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>
- Gouvernement du Canada. (2025). *À propos des traumatismes et du trouble de stress post-traumatique (TSPT)*. Repéré le 23 octobre 2025 à [https : www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/sante-mentale-et-bien-etre/etat-stress-post-traumatique/a-propos-tspt.html](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/sante-mentale-et-bien-etre/etat-stress-post-traumatique/a-propos-tspt.html)
- Griffiths, A. G. (2017). *Service before self: The health consequences of working in public child welfare* [Thèse de doctorat]. University of Kentucky.
- Griffiths, A. G., Royse, D. et Walker, R. (2018). Stress among child protective service workers: Self-reported health consequences. *Children and Youth Services Review*, 90, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.05.011>
- Griffiths, A., Harper, W., Desrosiers, P., Murphy, A. et Royse, D. (2019). The stress is indescribable: self-reported health implications from child welfare supervisors. *The Clinical Supervisor*, 38(2), 183–201. <https://doi.org/10.1080/07325223.2019.1643433>
- Harvey, A. G., Jones, C. et Schmidt, D. A. (2003). Sleep and posttraumatic stress disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 377–407. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00032-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00032-1)
- Harvey, A. G., Jones, C. et Schmidt, D. A. (2011). Sleep and posttraumatic stress disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.004>
- Henderson, A., Jewell, T., Huang, X. et Simpson, A. (2025). Personal trauma history and secondary traumatic stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(1), 13–30. <https://doi.org/10.1111/jpm.13082>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D. et Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.10.006>
- Hopkins, K. M., Cohen-Callow, A., Kim, H. J., et Hwang, J. (2010). Beyond intent to leave: Using multiple outcome measures for assessing turnover in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1380–1387. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.06.006>

- Horenstein, M., Voyron-Lemaire, M. C., Lelièvre, F., Kremer, N. et Fauchoux, J. (2002). *Le traumatisme vicariant: étude sur une population de chefs d'établissements*. MGEN.
- Human Services Workforce Initiative. (2006). Relationship between staff turnover, child welfare system functioning, and recurrent child abuse. Repéré le 22 octobre 2025 à [http://www.cpsr.us/workforceplanning/documents/06.02\\_Relation\\_Staff.pdf](http://www.cpsr.us/workforceplanning/documents/06.02_Relation_Staff.pdf).
- Hwang, K. (2016). Accountability practices in public child welfare services. *International Journal of Public Administration*, 39(8), 587-596. <https://doi.org/10.1080/01900692.2015.1028644>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Jenkins, S. R. et Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423-432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kim, H. et Kao, D. (2014). A meta-analysis of turnover intention predictors among U.S. child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 47, 214-223. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.09.015>
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., Degenhardt, L., ... Kessler, R. C. (2017). *Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys*. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Krause, A. J., Ben Simon, E., Mander, B. A., Greer, S. M., Saletin, J. M., Goldstein-Piekarski, A. N. et Walker, M. P. (2017). The sleep-deprived human brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(7), 404-418. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.55>
- Lamothe, J., Couvrette, A., Lebrun, G., Yale-Soulière, G., Roy, C., Guay, S. et Geoffrion, S. (2018). Violence against child protection workers: A study of workers' experiences, attributions, and coping strategies. *Child abuse & neglect*, 81, 308-321. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.027>
- Lavallée, V. (2024). L'imputabilité chez les intervenants en protection de la jeunesse :exploration des impacts et des stratégies d'adaptation [Mémoire de maîtrise inédit]. Université de Montréal.

- Lemyre, A., Belzile, F., Landry, M., Bastien, C. H. et Beaudoin, L. P. (2020). Pre-sleep cognitive activity in adults: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, *50*, 101253. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101253>
- Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Namian, D. et Kirouac, L. (2021). L'impact des facteurs organisationnels sur les difficultés émotionnelles : perceptions des intervenants sociaux de la Protection de la Jeunesse au Québec. *Nouvelles Pratiques Sociales*, *32*(2), 359–381. <https://doi.org/10.7202/1085529ar>
- Link, K., Griffiths, A., Haughtigan, K., Beer, O., & Powell, L. (2023). *Child welfare workforce health: Exploring stress, burnout, depression, and sleep during COVID-19*. *Child Welfare*, *100*(5). Retrieved from <https://pearl.plymouth.ac.uk/hp-research/508>
- Loi sur la protection de la jeunesse. (2024, 28 mai). Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/P-34.1.pdf>
- Maher, M. J., Rego, S. A. et Asnis, G. M. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: Epidemiology, impact and approaches to management. *CNS Drugs*, *20*(7), 567–590. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620070-00003>
- Marchand, A., Blanc, M. E. et Beauregard, N. (2018). Do age and gender contribute to workers' burnout symptoms? *Occupational medicine*, *68*(6), 405-411. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy088>
- McCann, I. L. et Pearlman, L. A. (1990). Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation. Brunner/Mazel Psychosocial Stress Series, 21
- Meyers, T. W. et Cornille, T. A. (2002). The trauma of working with traumatized children. Dans C. R. Figley (dir.), *Treating compassion fatigue* (p. 39–55). Brunner-Routledge.
- Molnar, B. E., Meeker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., ... et Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *110*, 104679. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104679>
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia Severity Index (ISI)* [Database record]. APA PsycTests <https://doi.org/10.1037/t071115-000>
- Morin, C. M., Bélanger, L. et Fortier-Brochu, É. (2006). Sommeil, insomnie et psychopathologie *Psychologie canadienne*, *47*(4), 245-262. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cp2006016>
- Morin, C (2022). *Introduction au dossier : les troubles du sommeil*. Ordre des psychologues du Québec. Repéré le 22 octobre 2025 à <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/troubles-du-sommeil>

- Munafo, D., Loewy, D., Reuben, K., Kavy, G. et Hevener, B. (2018). Sleep deprivation and the workplace: Prevalence, impact, and solutions. *American Journal of Health Promotion*, 32(7), 1644-1646. <https://doi.org/10.1177/0890117118790621e>
- Nielsen, T. et Levin, R. (2007). Nightmares: A new neurocognitive model. *Sleep medicine Reviews*, 11(4), 295–310. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2007.03.004>
- National Sleep Foundation. (2024). How much sleep do you need ?. Repéré à : [www.thensf.org/how-many-hours-of-sleep-do-you-really-need/](http://www.thensf.org/how-many-hours-of-sleep-do-you-really-need/)
- Nielsen, M. B., Parveen, S. et Finne, L. B. (2023). Workplace mistreatment and insomnia: A prospective study of child welfare workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(1), 131-141. <https://doi.org/10.1007/s00420-022-01910-3>
- Ohayon, M. M. (2002) Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Review*, 6(2), 97–111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
- Ohayon M. M., Carskadon M. A., Guilleminault, C. et Vitiello, M.V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 1(7), 1255-1273. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255>
- O'Halloran, T. M. et Linton, J. M. (2000). Stress on the job: Self-care resources for counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(4), 354–364.
- Pallesen, S., Jacobsen, D. P., Nielsen, M. B. et Gjerstad, J. (2019) The 5-HTTLPR rs25531 LALA-genotype increases the risk of insomnia symptoms among shift workers. *Sleep Medicine*, 60, 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.04.009>
- Pearlman, L. A. et Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. Dans C. R. Figley (dir.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (p. 150-177). Routledge
- Peterson, A. L., Foa, E. B. et Riggs, D. S. (2019). Prolonged exposure therapy. Dans B. A. Moore et W. E. Penk (dir.), *Treating PTSD in military personnel: A clinical handbook* (p. 46–62). The Guilford Press.
- Philip, P., Micoulaud-Franchi, J. A., Taillard, J. et Coelho, J. (2024). La santé du sommeil: une approche multi-dimensionnelle au service de la prévention et de la santé globale des populations. *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, 208(4), 501-515. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.12.013>
- Pryce, J. G., Shackelford, K. K. et Pryce, D. H. (2007). *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*. Lyceum Books.

- Sancho-Domingo, C., Carballo, J. L., Coloma-Carmona, A. et Buysse, D. J. (2021). *Brief version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (B-PSQI) and measurement invariance across gender and age in a population-based sample. Psychological Assessment, 33(2), 111–121.* <https://doi.org/10.1037/pas0000959>
- Singh S, Kaur H, Singh S, et Khawaja, I. (2018) Parasomnias: A comprehensive review. *Cureus, 10(12)*,<https://doi.org/10.7759/cureus.3807>
- Spoormaker, V. I. et Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Medicine Reviews, 12(3), 169–184.* <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2007.08.008>
- Tessier, V. (2018). *Prévalence et facteurs de risque les plus fortement associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse.* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université Laval.
- Van Hook, M. P. et Rothenberg, M. (2009). Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: a study of the child welfare workers in community-based care organizations in central Florida. *Social Work & Christianity, 36(1), 36-54.*
- World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview. (2003). Retrieved from [https://www.who.int/mental\\_health/software/cidi](https://www.who.int/mental_health/software/cidi)
- Worley S. L. (2018). The extraordinary importance of sleep: The detrimental effects of inadequate sleep on health and public safety drive an explosion of sleep research. *P & T : A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management, 43(12), 758–763.* Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6281147/>
- Waters, F., Moretto, U. et Dang-Vu, T. T. (2017). Psychiatric illness and parasomnias: A systematic review. *Current Psychiatry Reports, 19, 37.* <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0789-3>
- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F. et Tasali, E. (2015). Recommended amount of sleep for a healthy adult: A joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 11(6), 591–592.* <https://doi.org/10.5664/jcsm.4758>
- Wilke, D. J., Randolph, K. et Olson, C. (2020). Examining occupational stress in early-career child welfare workers. *Journal of Workplace Behavioral Health, 35(3), 158–174.* <https://doi.org/10.1080/15555240.2020.1807354>