



Facteurs d'influence de la fatigue de compassion chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des Centres d'aide aux victimes d'actes criminels

Portrait québécois

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)

PAR

© ALYSON LABRIE

Février 2022

Composition du jury :

Josée Laflamme, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

**Andrée-Ann Deschênes, directrice de recherche, Université du Québec à Trois-
Rivières**

Claude Bélanger, évaluateur externe, École nationale de police du Québec

Dépôt initial le 9 novembre 2021

Dépôt final le 28 février 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

Aux complices de mon
quotidien : merci de m'avoir « offert la
folie d'imaginer, ainsi que la sagesse de
réaliser » - Francis Pelletier ...

REMERCIEMENTS

Énormes remerciements à la pétillante Andrée-Ann Deschênes, ma directrice de recherche, pour son soutien, sa patience ainsi que son savoir-faire, qui m'auront permis de repousser mes limites dans l'accomplissement de ce beau projet de vie.

Je ne saurais également exprimer suffisamment ma gratitude envers mon amoureux, Frédérick, à mon papa si soutenant, à ma maman, curieuse et intéressée, ainsi qu'à ma mamie chérie que je ne remercierai jamais assez pour ses nombreux plats chauds réconfortants et les 1 000 brassées de lavage faites pour moi. Même si aucun de ces gens significatifs ne sait encore ce que ça mange en hiver la fatigue de compassion, ils auront été d'une importance capitale dans mon succès.

Je tiens également à remercier tous mes collègues du Réseau des CAVAC pour leurs encouragements, leur soutien ainsi que leur participation au succès de cette recherche.

AVANT-PROPOS

Quiconque me connaissant qui lira ce mémoire n'aura aucune surprise en voyant le sujet de celui-ci. Effectivement, lors de mon baccalauréat et de mes cours de maîtrise, j'ai pu réaliser des projets ayant des sujets similaires me permettant d'être initiée à la recherche. À ces moments, les thématiques choisies étaient : la traduction des symptômes post-traumatiques chez les victimes adultes d'actes criminels vécus à l'enfance, la santé psychologique des agents correctionnels québécois ainsi que la prévention du traumatisme vicariant (TV) et de la fatigue de compassion (FC) chez les intervenants sociaux. Ces trois démarches démontrent certainement mon intérêt à placer l'individu au centre de la réussite d'une organisation et de veiller à son bien-être. De ce fait, étant travailleuse sociale depuis 2018, il est très important pour moi de faire autrement dans la pratique et de représenter un modèle féminin influent auquel les gens peuvent s'identifier. Mon parcours atypique, teinté ponctuellement de dysfonctions multiples, aura certainement servi à développer mon intérêt pour le travail social et plus particulièrement, pour la santé psychologique des gens de cette profession. Étant le premier membre de la famille à terminer un programme de premier cycle à l'université et maintenant de deuxième cycle, je cherche fortement à me servir de mon expérience personnelle et professionnelle pour faire avancer divers sujets pour lesquels je suis passionnée et qui pourraient me toucher personnellement, ou encore plusieurs collègues et amis.

À l'emploi du CAVAC Bas-Saint-Laurent depuis 2019, je suis consciente de tout le matériel traumatique rencontré par les intervenants qui y travaillent. Il est donc important pour moi de poser un regard significatif sur les facteurs influençant la santé mentale de ces aidants si précieux.

RÉSUMÉ

Alors que 500 000 Canadiens s'absentent du travail toutes les semaines pour des raisons de nature psychologique (Commission de la santé mentale du Canada, 2016), cette recherche a pour principal objectif de documenter les facteurs d'influence de la fatigue de compassion (FC) chez les intervenants du Réseau québécois des CAVAC. Ceci est fait dans le but de diriger les organisations vers des interventions adaptées pour diminuer le risque d'apparition de symptômes propres à cette problématique, qui est considérée comme étant « un état de dysfonctionnement et d'épuisement biologique, psychologique et social résultant de l'exposition prolongée au stress de compassion » (Figley, 1998). La première hypothèse de recherche vise à valider que des relations interpersonnelles positives avec les collègues au sein du milieu professionnel représentent un facteur de protection quant à la FC. Pour la deuxième, elle affirme que des relations interpersonnelles de qualité avec les supérieurs hiérarchiques ont le même effet. La troisième met l'emphase sur l'influence négative d'une charge de travail au sein du milieu professionnel tandis que la quatrième veut décrire la latitude décisionnelle au sein du milieu comme étant un facteur de protection. Des questionnaires électroniques ont été envoyés par les chercheuses aux organisations des CAVAC du Québec, par l'entremise d'un web sécurisé hébergé par l'UQAR. Les données ont été transférées et analysées sur le programme Statistical package for the social sciences (SPSS) afin d'effectuer des corrélations de Pearson ainsi que des analyses de régression de type pas à pas. La première hypothèse a été confirmée, puisqu'il existe un lien positif et significatif entre les relations avec les collègues et la FC. La deuxième hypothèse a cependant été infirmée alors qu'aucun lien significatif n'a pu être conclu entre les relations avec les supérieurs hiérarchiques et le niveau de FC. La troisième hypothèse a pu être confirmée alors qu'il est démontré que la demande de travail a un lien significatif positif sur la FC, tandis qu'il y a infirmation de la dernière hypothèse, puisque l'existence d'une relation entre la latitude décisionnelle et cette même problématique n'a pas pu être démontrée. Il est donc possible d'arriver à la conclusion que des relations de qualité avec les collègues protégeront le travailleur quant à la FC, tandis qu'une demande de travail inadaptée le mettra à risque.

Mots clés : Prévention, traumatisme vicariant, usure de compassion, fatigue de compassion, santé psychologique, intervenants psycho-socio-judiciaires, intervenants, CAVAC, Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, victimologie

ABSTRACT

While 500,000 Canadians are absent from work every week for psychological reasons (Mental Health Commission of Canada, 2016), the main objective of this research is to document the influencing factors of compassion fatigue (CF) among workers in the Quebec CAVAC network. This is done with the aim of directing organizations towards adapted interventions to decrease the risk of the appearance of symptoms specific to this problem, which is " a state of exhaustion and dysfunction biologically, psychologically, and socially as a result of prolonged exposure to compassion stress and all it involves" (Figley, 1995). The first research hypothesis seeks to validate that positive interpersonal relationships with co-workers in the workplace are a protective factor against CF. The second hypothesis asserts that quality interpersonal relationships with supervisors have the same effect. The third emphasizes the negative influence of workload in the workplace, while the fourth describes decision latitude in the workplace as a protective factor. Electronic questionnaires were sent by the researchers to the CAVAC organizations in Quebec via a secure web site hosted by UQAR. The data were transferred and analyzed on the Statistical package for the social sciences (SPSS) program to perform Pearson correlations and stepwise regression analyses. The first hypothesis was confirmed, as there was a positive and significant relationship between relationships with colleagues and CF. The second hypothesis, however, was invalidated as no significant relationship could be concluded between relationships with supervisors and the level of CF. The third hypothesis was confirmed when it was demonstrated that work demand had a positive significant relationship with CF, while the last hypothesis was invalidated, since the existence of a relationship between decision latitude and this same problem could not be demonstrated. It is therefore possible to conclude that quality relationships with colleagues will protect the worker from CF, whereas an inappropriate work demand will put him at risk.

Key words: Prevention, vicarious trauma, compassion fatigue, psychological health, psycho-socio-legal workers, workers, CAVAC, Crime Victims Assistance Centre, victimology

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	viii
AVANT-PROPOS	x
RÉSUMÉ.....	xii
ABSTRACT	xiv
TABLE DES MATIÈRES	xvi
Liste des tableaux.....	xix
Liste des figures.....	xxi
Liste des abréviations, des sigles et des acronymes	xxiii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 PROFESSIONS À RISQUE	5
1.2 LE TRAVAIL DANS LE RÉSEAU DES CENTRES D’AIDE AUX VICTIMES D’ACTES CRIMINELS.....	7
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL.....	11
2.1 LE PHÉNOMÈNE DE TRAUMATISATION SECONDAIRE	11
2.2 LE TRAUMATISME VICARIANT	13
2.2.1 De l’historique aux connaissances actuelles du traumatisme vicariant.....	13
2.3 LA FATIGUE DE COMPASSION (FC)	15
2.3.1 De l’historique aux connaissances actuelles sur la FC	15
2.4 RECENSION DES ÉCRITS	19
2.4.1 Les facteurs prédictifs du traumatisme vicariant (TV) et de la fatigue de compassion (FC)	19
2.5 OBJET DE LA RECHERCHE	33
2.5.1 Question de recherche.....	33
2.5.2 Hypothèses de recherche.....	33

CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE.....	35
3.1 DEVIS DE RECHERCHE.....	35
3.2 ÉCHANTILLONNAGE.....	35
3.3 INSTRUMENTS DE MESURE	45
3.4 DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES.....	46
3.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	47
3.6 ANALYSES STATISTIQUES.....	48
CHAPITRE 4 ANALYSE DES RÉSULTATS.....	50
4.1 ANALYSES DESCRIPTIVES.....	50
4.2 ANALYSES CORRÉLATIONNELLES	51
4.3 ANALYSE DE RÉGRESSIONS LINÉAIRES	52
CHAPITRE 5 DISCUSSION	53
5.1 RAPPEL DE L’OBJECTIF.....	53
5.2 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	54
5.3 APPORTS THÉORIQUES ET PRATIQUES.....	57
5.4 LIMITES DE L’ÉTUDE	59
5.5 PISTES DE RECHERCHE FUTURES	60
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	63
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	66
ANNEXE I FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	76
ANNEXE II LETTRE DE PRÉSENTATION AUX GESTIONNAIRES DU CAVAC	81
ANNEXE III LETTRE DE PRÉSENTATION AUX EMPLOYÉS DU CAVAC	82
ANNEXE IV QUESTIONNAIRES	84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Statistiques descriptives des variables à l'étude ($N = 70$).....	50
Tableau 2 Analyses corrélationnelles des variables à l'étude ($N = 70$).....	51
Tableau 3 Analyse de régressions linéaires des variables à l'étude	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle de Karasek (Karasek, 1979)	4
Figure 2. La mauvaise gestion du stress. (Thomas P, Barruche et Hazif-Thomas, 2012).....	5
Figure 3. Le processus de la fatigue de compassion.....	19
Figure 4. Genre des participants	36
Figure 5. Âge des participants	36
Figure 6. État civil	37
Figure 7. Situation familiale	38
Figure 8. Titre professionnel.....	39
Figure 9. Scolarité.....	39
Figure 10. Années d'ancienneté au CAVAC.....	40
Figure 11. Années d'ancienneté dans le domaine de la relation d'aide.....	40
Figure 12. Région administrative des participants.....	41
Figure 13. Nombre d'intervenants au sein du point de service	42
Figure 14. Nombre d'heures travaillées hebdomadairement	43
Figure 15. Nombre d'heures supplémentaires travaillées hebdomadairement	43
Figure 16. Nombre d'heures travaillées en présence physique de la clientèle	44
Figure 17. Nombre d'heures travaillées lors de contacts téléphoniques avec la clientèle	44
Figure 18. Représentation graphique de la régression linéaire (Houde, 2014).....	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CER	Comité d'éthique de la recherche
ÉQRI	Échelle de la Qualité des Relations Interpersonnelles
FC	Fatigue de compassion
IRSST	Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité au travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAE	Programme d'aide aux employés
SOP	Soutien organisationnel perçu
SSPT	Syndrome du stress post-traumatique
TV	Traumatisme vicariant
UQAR	Université du Québec à Rimouski

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Alors qu'elle a longtemps été considérée comme étant seulement l'absence de maladie mentale, la santé psychologique se voit aujourd'hui définie d'une façon bien plus exhaustive, et ce, malgré le fait qu'elle peine à trouver un consensus en raison de sa complexité. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la perçoit donc comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 2014). Elle sera mesurée par deux indicateurs, soit le bien-être et la détresse psychologique, qui sont ses deux antipodes (OMS, 2001). Que ce soit en ce qui a trait à ses conditions, ses stratégies, son organisation ou même son contenu, le milieu de travail nécessite que chaque membre s'adapte à ces modifications qui viennent perturber nos pratiques, afin de remplir l'objectif de demeurer performant. Cependant, que nous conseillait-on lorsque celle-ci se voit perturbée ? On nous suggère de consulter un professionnel de la relation d'aide. Qu'arrive-t-il lorsque lui-même épuise ses propres ressources qui sont pourtant généralement considérées comme étant riches et nombreuses ? À cet effet, plusieurs auteurs se sont intéressés à une problématique face à laquelle les intervenants sont confrontés : la fatigue de compassion (FC). Peu documentée, il appert que cette problématique a un impact majeur sur les gens touchés alors que les conséquences de celle-ci atteignent toutes les sphères de l'individu soignant.

Comme la littérature s'entend quant au fait que les intervenants œuvrant auprès de victimes ayant vécu des traumatismes sont un groupe particulièrement à risque de développer la FC, il apparaît pertinent de comprendre quels sont les facteurs prédictifs de celle-ci (Bourassa, 2009). Plus précisément, il semble que les facteurs organisationnels ont une influence significative dans un contexte professionnel où sont survenus une intensification du travail ainsi que l'augmentation de la précarité des emplois et dans lequel les résultats

tendent d'être optimaux même avec un manque d'effectifs flagrant (Gollac et Volkoff, 1996). Il est pertinent de savoir que chaque année, 20 % des Canadiens seront aux prises avec des problèmes de santé psychologique (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). Ces données inquiétantes permettent donc de nous interroger et de vouloir répondre à une question : quels sont les facteurs d'influence de la FC chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des Centres d'aide aux victimes d'actes criminels ?

Pour tenter d'y répondre et d'adapter la situation à la réalité québécoise des intervenants œuvrant auprès d'une population victimisée portant un lourd matériel traumatique, il sera, en premier lieu, question d'exposer la problématique de recherche. Quant à lui, le second chapitre visera à décrire les variables étudiées, soit la FC et sa distinction avec le traumatisme vicariant (TV), passant de l'historique aux connaissances actuelles. Ce cadre théorique permettra également de cibler la question de recherche et les hypothèses auxquelles les différentes analyses tenteront de répondre. La méthodologie de la recherche sera présentée lors du chapitre 3 et les résultats, quant à eux, dans le chapitre 4. Il sera finalement possible d'interpréter et de présenter les résultats dans le cinquième et dernier chapitre, soit la discussion.

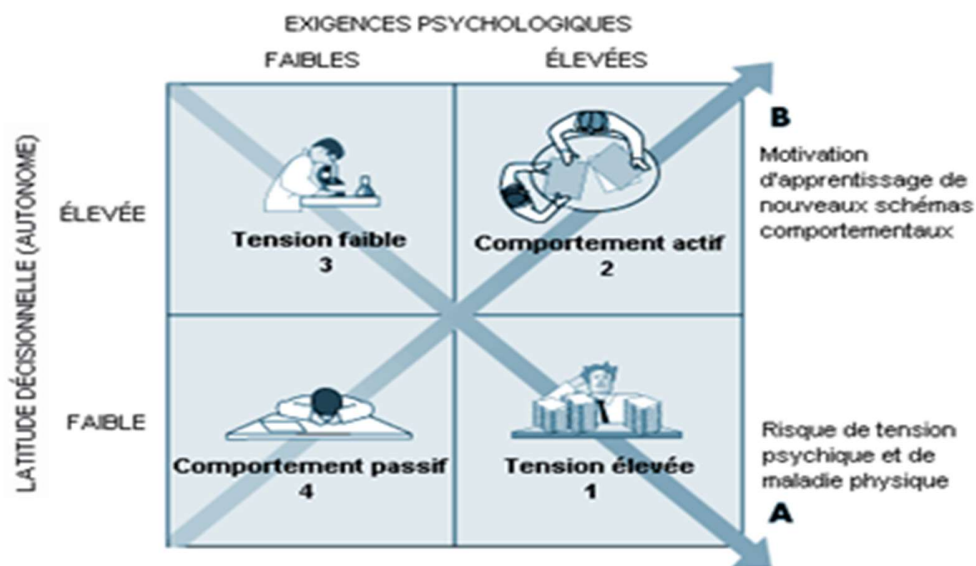
CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Déjà en 1996, Cambridge annonçait que la dépression serait la deuxième maladie causant l'incapacité des travailleurs, et ce, non loin derrière les maladies cardiovasculaires (Cambridge, 1996). Provenant d'une source plus récente, il est possible de constater que 500 000 Canadiens s'absentent du travail toutes les semaines pour des raisons de nature psychologique (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). Selon la Commission de la santé mentale du Canada, cette problématique peut être considérée comme étant une épidémie alors que 6,7 millions en sont affectés, ce qui représente le triple des 2,2 millions de Canadiens diabétique de type deux ainsi que le quintuple de ceux qui sont atteints d'une maladie cardiaque et qui représentent 1,4 million de Canadiens (Commission de la santé mentale du Canada, 2013). De plus, il en coûte environ 1 400 \$ par personne pour l'économie canadienne en ce qui concerne les problématiques de santé mentale, soit environ 50 milliards par année, dont 20 milliards directement reliés au milieu de travail. Il est pertinent de constater que ce montant représente 2,8 % du produit intérieur brut canadien (Commission de la santé mentale du Canada, 2013). Ces statistiques plus récentes permettent donc de voir le rapport existant avec ce que Cambridge avançait il y a plus de vingt ans déjà.

Pour illustrer le concept de santé psychologique au travail, le psychologue de formation, Robert Karasek, conçoit d'abord le stress comme étant un résultat d'interactions entre la personne et son milieu. De ce fait, il analyse la relation entre les variables *job demand* (exigences du travail) et *job control* (liberté de décision) afin de comprendre leur influence sur la charge mentale (*job strain*) des individus. À la lumière de ses études, il démontre qu'une forte demande psychologique ainsi qu'une faible possibilité de décision représentent un risque considérable pour la santé psychologique et physique des employés (Karasek, 1979). En 1990, avec l'aide de Theorell, Karasek ajoute au tableau une troisième composante,

soit le *job demand-control-support model*, c'est-à-dire le soutien social. Les relations auraient un effet positif tandis que la présence de conflits dans celles-ci, ou même l'absence de relations, auraient un effet dévastateur. De ce fait, si l'employé n'est pas supporté par la direction ou ses collègues, il est très possible qu'il aille directement vers un épuisement professionnel ou vers une autre problématique connexe (Karasek et Theorell, 1990). Comme il est expliqué dans le modèle de Karasek et Theorell (1990), des facteurs psychosociaux tels que le « manque d'aide de la part des collègues, [le] management peu participatif [de plus que l'] absence de reconnaissance » (Lejeune, 2013, p. 228), référant tous au soutien social, peuvent contribuer à l'épuisement professionnel. De surcroît, les facteurs liés à l'environnement psychique et technique, de plus que les facteurs liés à l'environnement socio-économique de l'entreprise sont à considérer. On parle donc de « nuisances physiques du poste de travail (bruit, chaleur, humidité...), [de] mauvaise conception des postes de travail (manque d'espace, éclairage), [de] surenchère à la compétitivité [et finalement de] mauvaise situation



Source: Karasek, 1979.

Figure 1. Modèle de Karasek (Karasek, 1979)

Ainsi, l'événement « stressor » aura une incidence différente sur l'individu selon l'utilisation qu'il fait de ses ressources ainsi que selon la façon dont il perçoit et gère son stress (Karasek et Theorell, 1990).

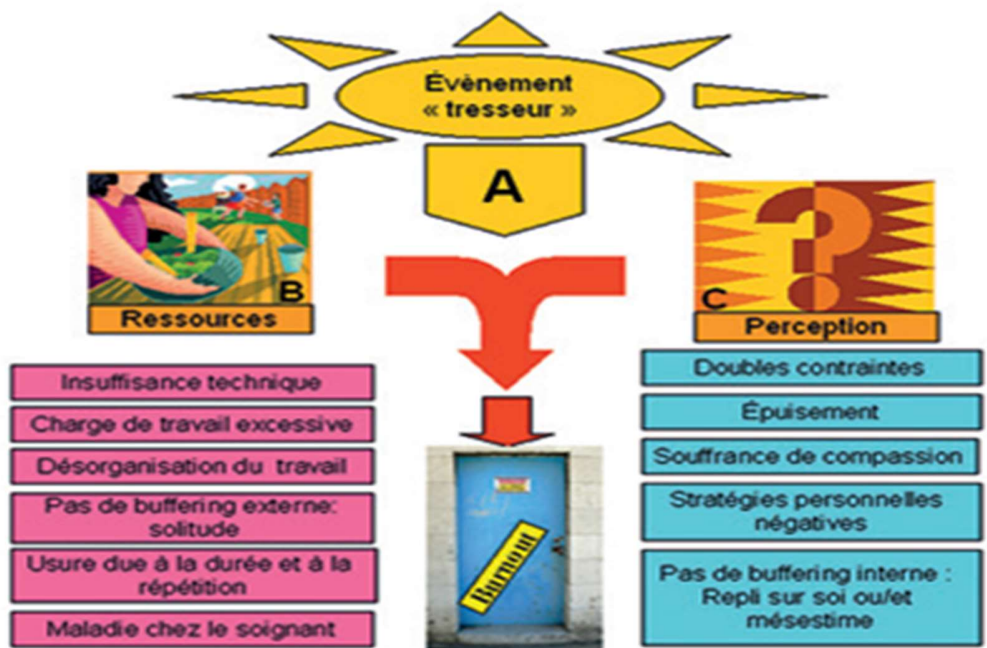


Figure 2. La mauvaise gestion du stress. (Thomas P, Barruche et Hazif-Thomas, 2012)

1.1 PROFESSIONS À RISQUE

Plusieurs secteurs d'emploi peuvent être directement ou indirectement touchés par des problématiques d'ordre psychologique. De ce fait, la problématique sociale touchant la santé psychologique des travailleurs fût principalement, pendant plusieurs années, l'épuisement professionnel. Cependant, plusieurs études exposent la prévalence de certains domaines à rencontrer d'autres troubles significatifs, tels que la traumatisation secondaire, le stress post-traumatique, le TV, la FC, etc. (Carlier et Gersons, 1994). Effectivement, les deux dernières problématiques nommées constituent une conséquence directe du stress résultant de la volonté d'aider professionnellement une personne qui, de façon indirecte, amène l'intervenant à développer une symptomatologie s'apparentant à l'état de stress post-traumatique (Figley, 1995 ; Serniclaes, 2003).

Force est de constater qu'il s'agit d'un enjeu majeur touchant la santé psychologique des Canadiens alors que selon une étude de Wee et Myers (2002), 73.5% des intervenants impliqués auprès des victimes de l'attentat d'Oklahoma en 1995 faisaient face à un risque d'être atteints par la FC. Parmi ceux-ci, 20.6% présentaient un très haut risque, 29,4% un haut risque ainsi que 23,5% un risque modéré (Wee et Myers, 2002).

Alors que l'épuisement professionnel se présente seulement en contexte de travail et sans discrimination en ce qui a trait aux différents corps de métier, il en est autrement pour les autres problématiques énoncées qui vont plus particulièrement touchées des personnes ayant été témoins directement ou indirectement d'horreurs (Maslach et Leiter, 1997).

Les travailleurs intervenant dans des situations d'urgence, tels que les policiers, les pompiers et les ambulanciers peuvent être plus sujets à recevoir un diagnostic de stress post-traumatique, ce qui peut être partiellement expliqué par leur exposition directe à des scènes horribles (Brillon, 2004). Seulement, il n'y a pas que les victimes primaires qui peuvent être affectées de troubles psychologiques reliés au travail. En ce sens, plusieurs auteurs démontrent que des professions qui sont exposées indirectement au traumatisme pourront également être atteintes par une typologie différente, soit l'état de stress traumatique secondaire (Baird et Kracen, 2006 ; Meadors et coll., 2009).

De ce fait, outre les professions à risque précédemment énoncées, d'autres auteurs démontrent que les personnes intervenant auprès d'enfants en protection de la jeunesse (Allen, 2010; Bride, Jones et MacMaster, 2007) ainsi qu'auprès de victimes traumatisées (Bourassa, 2009) dont les victimes de crimes sexuels (Johnson et Hunter, 1997), présentent également, par la nature de leur travail, un plus grand risque d'être touchées que la population de travailleurs en général. Selon Dalton (2001), 38 % de 210 intervenants sociaux, provenant de diverses organisations ayant participé à son étude, sont de façon modérée ou élevée touchés par le stress traumatique secondaire, qui fait partie du processus menant à la FC et au TV (Cornille et Meyers, 1999; Brillon, 2013). De surcroît, selon une étude réalisée auprès de professionnels œuvrant avec des gens souffrant de pathologies mentales, 27 % sont

atteints de détresse extrême en lien avec leur emploi et 18 % de FC (Meldrum, King et Spooner, 2002).

Le TV ainsi que la FC seraient donc la résultante de trois éléments, soit l'exposition à la souffrance ou à du matériel traumatique, l'empathie et la motivation à aider (Figley, 2002; Tabor, 2011), qui sont tous des concepts pouvant être facilement associés au métier de soignant. On parle donc de professionnels qui interviennent avec des gens ayant vécu des traumatismes empreints d'agressivité et d'horreur et qui, par la nature de leur travail, doivent nécessairement s'impliquer émotionnellement afin de conduire ces personnes vers la guérison (Figley, 1995). L'empathie, notion issue de la psychologie étudiée depuis des siècles, est considérée comme étant un facteur de risque de plusieurs problèmes psychosociaux, tels que le TV, la FC ainsi que l'épuisement professionnel, et ce, plus particulièrement chez les thérapeutes. Pines et Aronson (1988) soutiennent que plus les travailleurs sociaux sont empathiques, plus ils seront susceptibles de présenter des symptômes de ces problématiques, qui viennent à être internalisés.

Bien que les recherches actuelles ne dévoilent pas de statistiques permettant exclusivement d'observer la prévalence entre la FC et les autres problématiques pouvant en découler, il appert que les conséquences détaillées à travers la littérature permettent tout de même de constater l'ampleur qu'a ce mal sur les travailleurs. Parmi celles-ci, on dénote entre autres les trous de mémoire, la fatigue extrême, les cauchemars, l'augmentation du taux d'absentéisme, l'augmentation des congés maladies, la perte d'intérêt envers les activités auparavant significatives, dépression ainsi que la baisse de productivité autant au travail qu'à la maison (Société canadienne de la sclérose latérale amyotrophique, 2017)

1.2 LE TRAVAIL DANS LE RÉSEAU DES CENTRES D'AIDE AUX VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

Les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) sont des organismes à but non lucratif qui viennent en aide aux victimes et qui se trouvent partout sur le territoire québécois, soit dans 17 régions. En 2017-2018, 67 628 personnes ont obtenu des services du

Réseau des CAVAC, dont 67 % sont des femmes et 33 % des hommes. De plus, 74 % sont des victimes, 12 % des proches et 9 % des témoins. Ces services de première ligne sont offerts peu importe si la personne porte plainte ou non et même si le suspect n'est pas identifié. Le travail est fait en collaboration étroite avec les intervenants du milieu judiciaire, du réseau de la santé et des organismes communautaires (Réseau des CAVAC, 2019). Ces intervenants sont spécialisés en intervention post-traumatique et possèdent des connaissances significatives sur le processus judiciaire.

Par son offre de services, le CAVAC est appelé à intervenir en contexte de suivi psychosocial à plus long terme, mais également en situation de crise, alors que l'intervenant en poste au Service de référence policière est situé directement au poste de police. De ce fait, il est en contact avec la victime primaire qui a été directement confrontée à l'événement traumatique et qui est aux prises avec des symptômes d'état de stress aigu et/ou de stress post-traumatique. Dans l'article intitulé « Intervenants psychosociaux face aux victimes. Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte », Olivier Serniclaes (2003) évoque l'idée qu'une première onde de choc atteint l'entourage direct de la victime ainsi que les différents professionnels intervenant en situation de crise. Ceux-ci pourront certainement vivre une traumatisation secondaire qui se traduira par des symptômes ressemblant à l'état de stress post-traumatique, mais qui relèvent plutôt du stress traumatique secondaire. Pour cet auteur, les professionnels de deuxième ligne, tels que les psychologues et les psychothérapeutes, seront plutôt des victimes tertiaires qui, en écoutant le récit douloureux de la victime initiale, pourront être emportées dans un processus de TV et de FC (Serniclaes, 2003). Force est donc de constater que l'intervenant psycho-socio-judiciaire au CAVAC peut être autant frappé de plein fouet par la première vague que par la deuxième et même par les deux simultanément.

En 2016, 44 722 victimes immédiates d'actes criminels et 7 307 proches de la personne touchée ont pu compter sur des services d'aide aux victimes au Québec. Il est important de noter que 89 % des personnes immédiates rencontrées ont subi une infraction de nature violente. Également, il faut spécifier que parmi les 11 % restants, 822 victimes immédiates

ont dû être exclues des résultats puisqu'on ne connaissait pas l'infraction exacte subie (Allen, 2016). Or, les actes de violence interpersonnels peuvent être des événements potentiellement traumatiques, que l'on reconnaît car ils impliquent une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez une victime quant à un sentiment de mort imminente ou une menace significative de son intégrité (DSM-IV). En effet, 16,52 % des crimes perpétrés contre les personnes ayant vécu un traumatisme et bénéficiant des services du CAVAC au Bas-Saint-Laurent en 2019 étaient de nature sexuelle, 23,19 % de voies de fait, 9,35 % des menaces, 5,96 % du harcèlement criminel et 2,41 % pour des voies de fait causant des lésions (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (région du Bas-Saint-Laurent), 2019). De ce fait, un sondage mené auprès de près de 600 professionnels thérapeutes ou issus du domaine judiciaire montre que 29,8 % des thérapeutes et 19,6 % des travailleurs sociaux ont vécu une infraction à caractère sexuel dans leur enfance (Folette, Polusny et Milbeck, 1994). Il est bien possible que ces chiffres doivent être estimés à la hausse alors que selon Statistique Canada, neuf agressions sexuelles sur dix ne sont pas signalées (Statistique Canada, 2012).

Considérant le fait qu'intervenir auprès d'une clientèle traumatisée sexuellement prédispose davantage au développement d'une telle problématique, il est possible de comprendre que le danger augmente si l'intervenant a un vécu semblable (Pearlman, 1999). Dans les différents écrits, il est également avancé que le fait de travailler avec des enfants abusés augmente considérablement le risque de développer autant le TV que la FC (Figley, 1995; Pearlman, 1999). Ces critères sont donc tous satisfaits par les intervenants psychosocio-judiciaires en contexte de relation d'aide avec des victimes d'actes criminels.

De ce fait, ceux-ci, étant aux prises avec une douleur profonde ressentie envers quelqu'un qui est accablé par la souffrance ainsi que d'une volonté de lui enlever cette charge, peuvent développer ces problématiques. Selon Pascale Brillon, psychologue spécialisée en deuil et stress post-traumatique, la surcharge émotionnelle, la création d'une structure de peur post-traumatique, les remises en question de croyances fondamentales, l'accumulation de facteurs de risque ainsi que les facteurs liés aux intervenants peuvent particulièrement prédisposer cette profession (Brillon, 2013). Pour diminuer les

conséquences de l'acte criminel, ceux-ci doivent emprunter une approche cognitive comportementale nécessitant donc que la victime récite les événements empreints d'horreur avec détail afin de lui permettre l'intégration de ce traumatisme (Brillon, 2010). Lors du processus judiciaire, ils pourront également devoir faire face à des photos et des vidéos des événements qui peuvent s'intégrer dans leurs mémoires et causer des reviviscences, de l'anxiété et de la détresse. Selon Brillon (2010), les professionnels intervenant auprès de victimes étant aux prises de troubles de stress post-traumatique font face à des enjeux se distinguant des autres clientèles aidées, notamment en raison d'aspects tels que le contact avec les récits horrifiants, des émotions fortes et les souvenirs traumatiques qui rendent le travail effectué spécialement interpellant et émotif. Il importe donc d'étudier davantage cette problématique.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Afin de brosser un portrait clair et consensuel de la problématique qu'est la FC, il sera d'abord question de définir des concepts qui sont souvent utilisés de façon interchangeable et, par le fait même, d'en comprendre les particularités distinctives. Ensuite, le présent chapitre se poursuivra par la recension des écrits portant sur les facteurs prédictifs de ces phénomènes, et terminera avec la présentation de la question de recherche ainsi que de ses objectifs.

2.1 LE PHÉNOMÈNE DE TRAUMATISATION SECONDAIRE

Parallèlement à plusieurs autres de ses recherches, Charles R. Figley, professeur de psychologie à l'université de Floride, s'intéresse aux réactions des anciens combattants revenus de la guerre du Vietnam à la fin des années 1960. Ce pionnier des recherches sur la traumatisation secondaire fait naître l'idée que lorsque la guerre est terminée physiquement, elle ne l'est pas nécessairement sur le plan psychologique. À travers ses recherches, en 1978, il vient à évoquer que non seulement les victimes d'événements traumatiques peuvent développer des symptômes de stress traumatique, mais également les familles, amis et professionnels qui sont engagés au niveau empathique (Figley, 1978). Il faut également attendre en 1980 avant que l'organisation *American Psychiatric Association* (APA) classe le syndrome du stress post-traumatique (SSPT) comme étant un trouble qui se caractérise comme « le développement de symptômes typiques faisant suite à un événement psychologiquement traumatique, généralement hors du commun impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort ou une menace pour sa propre intégrité physique » (APA, 1980). Quelques années plus tard, la sortie du DSM IV permet d'élargir officiellement le champ du concept de traumatisme en y ajoutant le fait qu'être témoin ou

d'avoir appris qu'un tel événement a menacé la vie ou l'intégrité physique de quelqu'un de notre entourage peut justifier le développement d'un traumatisme (DSM- IV, 1994).

En 1985, Figley élabore donc quatre classifications afin d'expliquer cette contagion chez les victimes secondaires et tertiaires. D'abord, il est question de traumatisme simultané qui affecte tous les membres d'un groupe familial qui sont touchés par un événement traumatique en même temps. Il pourrait être question d'une catastrophe naturelle notamment. En deuxième lieu, il évoque le TV qui surgit lorsqu'une seule unité de la famille est victime d'un événement traumatique indépendamment des autres membres. À titre d'exemple, l'auteur parle de guerre. Tertio, Figley ajoute à son modèle heuristique les traumatismes familiaux et les abus, qui apparaissent quand un membre du noyau porte atteinte à l'intégrité émotionnelle et/ou physique d'un autre. Quatrièmement, le traumatisme *chiasmal* apparaît lorsque le traumatisme contamine l'ensemble du système familial même si, à la base, il ne concernait qu'un seul membre (Figley, 1985). Près de dix ans plus tard, il clarifie que ce stress traumatique secondaire peut également avoir un effet sur les professionnels de la relation d'aide (Figley, 1995).

De ce fait, le thérapeute peut voir apparaître des symptômes semblables à ceux du stress post-traumatique, alors qu'il éprouve les mêmes douleurs que la personne ayant directement été exposée à la situation visée; par exemple des symptômes neurovégétatifs, d'intrusion ou d'évitement alors qu'il s'y identifie de façon significative (Delbrouck, 2008). Ces symptômes qui constituent une conséquence même du stress à vouloir aider une victime se réfèrent au stress traumatique secondaire dont la symptomatologie est proche de l'état de stress post-traumatique vécu par la victime primaire (Figley, 1995; Serniclaes, 2003).

Divers phénomènes ayant de grands impacts dans la vie des gens atteints peuvent résulter de cette traumatisation secondaire; la FC et le TV. Lorsque vulgarisés, ces problématiques peuvent être distinguées communément par le fait que pour la FC, l'intervenant ressent un épuisement, une saturation de l'aide apportée et un sentiment de vide à force d'intervenir auprès de personnes souffrantes tandis que pour le TV, il s'agit plutôt de s'imprégner de l'événement traumatique raconté comme s'il était le sien, menant à de

l'hypervigilance et de la reviviscence et modifiant, par le fait même, le cadre de référence de la personne touchée (Brillon, 2013).

2.2 LE TRAUMATISME VICARIANT

2.2.1 De l'historique aux connaissances actuelles du traumatisme vicariant

Apparue en premier lieu en 1990 par McCann et Pearlman, l'expression traumatisme vicariant se définit comme étant la réaction des professionnels en relation d'aide face aux situations vécues par leurs clients (McCann et Pearlman, 1990). De ce fait, provenant du mot anglais *vicarious*, le terme « vicariant » réfère au fait d'expérimenter l'expérience vécue par une autre personne par la relation empathique (Kédia et Sabouraud-Séguin, 2013). Par leur théorie « constructiviste d'autodéveloppement », empruntée en partie à Piaget (1923), Lisa McCann et Laurie Anne Pearlman tentent d'énoncer une connivence entre les récits horribles détaillés des clients, les schémas cognitifs ainsi que les croyances fondamentales du professionnel (McCann et Pearlman, 1990).

De ce fait, comme mentionné antérieurement, Figley remarque la contamination du syndrome de stress post-traumatique chez les aidants professionnels alors que : « prendre soin profondément nous rend vulnérables aux catastrophes qui les touchent (clients). Simplement le fait d'apprendre sur un événement traumatique porte du matériel traumatisant. » (Figley, 1995, p. 7). Pour définir ce concept, on parle donc de « transformation de l'expérience interne du thérapeute résultant d'un engagement empathique avec le matériel traumatique du client » (Figley, 1999, p. 67). Considérant le fait qu'intervenir auprès d'une clientèle traumatisée sexuellement prédispose davantage au développement d'une telle problématique, il est possible de comprendre que le danger augmente si l'intervenant a un vécu semblable (Pearlman, 1999). De ce fait, le TV agit de la façon suivante chez la personne qui en est aux prises : « L'identité d'une personne, sa vision du monde et sa spiritualité constituent ensemble son cadre de référence. À la suite d'un travail effectué dans un contexte traumatique, les thérapeutes sont susceptibles de subir des

perturbations dans leur sentiment d'identité. » (Pearlman et Saakvitne, 1995, p. 53). En effet, l'homme entretient plusieurs croyances fondamentales autant sur lui-même que sur son environnement, qui peuvent contribuer à son sentiment de sécurité si elles sont positives. Quand les expériences traumatiques réécrites sont trop loin de sa réalité ou de ce à quoi il croit essentiellement, il est possible que son organisation cognitive peine à s'adapter, pouvant ébranler ses convictions rassurantes et miner la confiance qu'il a envers lui-même et son environnement. Selon Janoff-Bulman (1985), trois croyances constituent la base de ce principe : la croyance en son invulnérabilité, la croyance que l'autre est bienveillant et la croyance que le monde est ordonné et sensé.

Dans les différents écrits, il est également mis de l'avant que travailler avec des enfants abusés augmente considérablement le risque de développer autant le TV que la FC (Figley, 1995; Pearlman, 1999).

Tout comme la FC, le développement du TV serait donc la résultante de trois éléments, soit l'exposition à la souffrance ou à du matériel traumatique, l'empathie et la motivation à aider (Figley, 2002; Tabor, 2011). Les personnes touchées voient plusieurs ruptures dans leur identité entraînant des douleurs psychologiques chroniques à force d'être exposés de façon répétée aux situations traumatisantes vécues par les aidés. Richard Kishur, cité par Figley en 1995, parle d'effet chiasmatique pour caractériser la transmission du traumatisme alors qu'il considère la corrélation des symptômes chez les personnes directement atteintes ou interposées. Effectivement, les personnes aidantes peuvent être atteintes des mêmes symptômes que les victimes principales et même en être plus longuement touchées alors qu'elles tendent à être moins accompagnées lors de la crise initiale. Ce qui fait la distinction entre les deux concepts est le fait que le TV est particulièrement caractérisé par l'atteinte aux schémas cognitifs qui s'ajoute aux symptômes de stress traumatique secondaire (Pearlman et Saakvitne, 1995). L'origine du TV se retrouve dans la nature même du matériel traumatique. Pour mettre l'accent sur cette différence, Pearlman et Saakvitne, en 1995, avancent que :

Les principaux symptômes du traumatisme vicariant sont les perturbations du cadre de référence cognitif du thérapeute. Elle modifie les schémas cognitifs concernant

les autres et lui-même dans cinq domaines clés qui représentent les principaux besoins psychologiques liés au trauma : la confiance, la sécurité, le sentiment de contrôle, l'estime ainsi que l'intimité. (p. 60)

Alors que le syndrome traumatique secondaire peut se développer après une seule exposition au traumatisme d'une personne aidée, il convient de comprendre que le TV se développe après répétition (McCann et Pearlman, 1990).

Bien que cette nouvelle entité se définit dans la littérature actuelle de façon interchangeable avec d'autres concepts créant ainsi parfois un flou nosologique, certaines particularités teintent ces différentes problématiques parentes. Alors que le burnout ainsi que le stress traumatique secondaire réfèrent à l'apparition de symptômes chez le professionnel aidant, le TV renvoie davantage à la transformation abyssale de celui-ci au cours de sa vie professionnelle (Kédia et Sabouraud-Séguin, 2013). Bien que ce sujet ne soit présentement pas à l'étude, il appert pertinent de l'explorer en raison ses similitudes et sa comorbidité possible avec la FC.

2.3 LA FATIGUE DE COMPASSION (FC)

2.3.1 De l'historique aux connaissances actuelles sur la FC

Plusieurs études entre les années 1970 et 1990 se sont intéressées au transfert ainsi qu'au contre-transfert qui expliquent l'influence de la relation thérapeutique sur la personnalité du professionnel (Freudenberger, 1974; Maslach et Leiter, 1997). Bien que ces avancées soient très pertinentes dans le domaine de la psychologie du travail, aucune notion n'explique les conséquences de l'exposition aux traumatismes de la personne aidée au sein de la relation thérapeutique (Stamm, 1997). Cependant, en 1992, Joinson tente de définir pour la première fois un type de dépression touchant particulièrement les infirmières œuvrant dans les urgences, soit la *compassion fatigue* (FC). Dans ses recherches, il détermine que la FC peut être différenciée du burnout par le fait qu'elle se base sur les effets du discours traumatique des patients, particulièrement sur les personnes œuvrant en relation d'aide (infirmières, médecins, avocats) (Joinson, 1992).

Pendant ce temps, Charles R. Figley (1995), qui est un des principaux chercheurs sur le phénomène, étudie les soldats américains en terre vietnamienne. Il s'intéresse principalement aux symptômes de stress post-traumatique ainsi que les effets de ceux-ci sur l'entourage. Il en vient donc à élaborer différentes variantes pouvant en être les effets, soit le stress vicariant, le stress traumatique secondaire et la FC. Il définit alors le « stress de compassion » comme étant « une érosion graduelle de l'empathie, de l'espoir et de la compassion chez les professionnels de la santé non seulement pour les patients, mais aussi envers eux-mêmes (Figley, 1995 dans Fortier, 2013).

De ce fait, en 1995, il avance que la FC représente le coût de prendre soin des personnes aidées et de s'identifier à leur vécu dans la relation d'aide (*cost of caring*) (Figley, 1995). Effectivement, la compassion représente l'étape supérieure à la sympathie et n'est pas :

Qu'un simple sentiment de sympathie ou le fait de s'inquiéter de la souffrance de quelqu'un, ni simplement qu'un bon sentiment ressenti pour la personne qui est face à vous ou le fait de reconnaître leur souffrance et leurs besoins. Il s'agit aussi d'un désir réel et durable de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour alléger les souffrances des autres individus (Rinpoche, 1994, p. 346).

Après avoir discuté afin d'employer le terme de FC plutôt que stress de compassion avec Stamm, Figley modernise sa définition de la FC qui est considérée comme étant « un état de dysfonctionnement et d'épuisement biologique, psychologique et social résultant de l'exposition prolongée au stress de compassion » (Figley, 1998).

Dès lors, l'intervenant aux prises avec une douleur profonde ressentie envers quelqu'un accablé par la souffrance ainsi que d'une volonté de lui enlever cette charge peut développer une FC. Celle-ci est définie comme étant un « effet cumulatif de transformations sur le trauma-thérapeute à force de travailler avec des survivants à des événements de vie traumatiques. [...] L'expérience intérieure des thérapeutes est négativement transformée par l'attitude d'empathie avec le matériel traumatique des clients » (Delbrouck, 2008, p. 69). Cependant, il est à noter que les auteurs ne sont pas unanimes quant à la durée d'exposition nécessaire pour développer de la FC. De ce fait, Hermann (cité dans Collins et Long, 2003) avance qu'il est nécessaire que les intervenants en santé mentale travaillent dans le domaine

pendant plusieurs années. Dans un autre ordre d'idées, Stamm (1997) considère que la durée d'exposition n'influence pas la FC.

Selon Figley (1995), l'intervenant en situation de FC est désormais incapable d'éprouver de l'empathie ou ressent un manque d'intérêt à le faire. Effectivement, le désir important d'alléger la souffrance de l'autre peut mener à l'épuisement total par impuissance acquise (Tabor, 2011). On associe beaucoup le syndrome aux cliniciens qui sont exposés aux expériences traumatisantes et qui viennent à rencontrer le « client de trop ». Dans cette optique, cette problématique est une conséquence d'un travail effectué auprès de plusieurs personnes vivant un traumatisme et fait dans un contexte d'empathie. On associe ces réactions excessives des victimes indirectes à des réactions ordinaires (normales) lors d'événements extraordinaires (anormaux) (Figley, 1995). La FC est alors une forme d'épuisement professionnel (Figley, 1998).

Selon Figley, il est possible de concevoir les étapes menant à cette problématique à l'aide d'un modèle qu'il a élaboré (2001). Alors que le phénomène peut être caractérisé de naturel :

Le modèle représente cette situation que nous pourrions qualifier de crescendo émotionnel. Les habiletés empathiques d'un intervenant l'amèneront à répondre de façon empathique aux souffrances du patient. Il faut toutefois que le thérapeute s'assure que l'exposition aux traumatismes de ses clients ne soit pas au-dessus de ses forces. Il est pratiquement inévitable pour un intervenant de ne pas se sentir concerné par le vécu d'un patient ou sa situation, ne serait-ce que dans le fait que le patient montre des signes d'amélioration. La réponse empathique envers le patient doit être, dans une situation idéale, surveillée par l'intervenant. Il doit pouvoir identifier ce que représente pour lui une telle situation et aussi intervenir pour limiter les impacts (Figley 1995; Figley, 2002 cité dans Violet, 2010).

Le concept de l'empathie peut être assez complexe à comprendre alors qu'à partir des écrits de Rizzolatti, Folgassi et Gallese (2007) et de Attigui et Cukier (2011) il est convenu :

Qu'on ne peut parler de l'empathie sans évoquer le rôle des neurones miroirs et donc de l'apprentissage, non par expérience, mais par imitation, au cours de la vie. L'empathie est un phénomène non intentionnel, opérationnel non lié à une introspection. Elle construit une intersubjectivité, s'ouvre sur la réciprocité

relationnelle et par là structure l'existence humaine dans ses dimensions personnelles et sociales. Dans ces deux aspects, elle est plus ou moins modulable selon la personnalité de chacun et selon les circonstances. Une personne donnée est plus ou moins facile à « comprendre » pour chacun d'entre nous (Thomas et coll., 2012, p. 267).

Selon Figley, la FC s'inscrit dans un processus défini illustré dans un modèle qu'il a élaboré (Figley, 2001). Le stade du stress dans le modèle présenté est composé d'un sentiment de satisfaction ainsi que de la responsabilité que ressent l'intervenant face à la personne victime. On voit donc s'opposer la satisfaction ainsi que le détachement pouvant faire en sorte que l'empathie se transforme en stress de compassion. D'un côté, la satisfaction représente l'attachement envers le cas, tandis que le détachement est une façon de l'intervenant de se protéger en évitant de se connecter émotivement avec celui-ci. Ces mécanismes de défense sont plus ou moins conscients et causent un stress qui n'est pas encore de la FC, mais qui certainement s'introduit graduellement de façon insidieuse dans le quotidien de l'intervenant qui vit déjà possiblement d'autres épreuves. Les prédispositions personnelles ont également un impact significatif sur le développement de la FC, alors que ses expériences de vie (victime de traumatismes) et les événements actuellement vécus dans sa vie personnelle (décès d'un proche, séparation) combinés au stress de compassion risquent de mener vers cette problématique. Il est également important de considérer l'étude menée par Deighton et coll. (2007) qui avance que les « échecs » en intervention peuvent contribuer à augmenter le risque de développer de la FC, et même au-delà de celui relatif au fait d'être exposé aux récits traumatiques des victimes. Les expressions « fatigue compassionnelle » et « usure de compassion » sont tous deux des termes pouvant être synonymes du concept à l'étude (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007). Aujourd'hui, on conceptualise la FC comme étant le produit de l'état de stress post-traumatique et de l'épuisement professionnel combinés (Adams et coll., 2006).

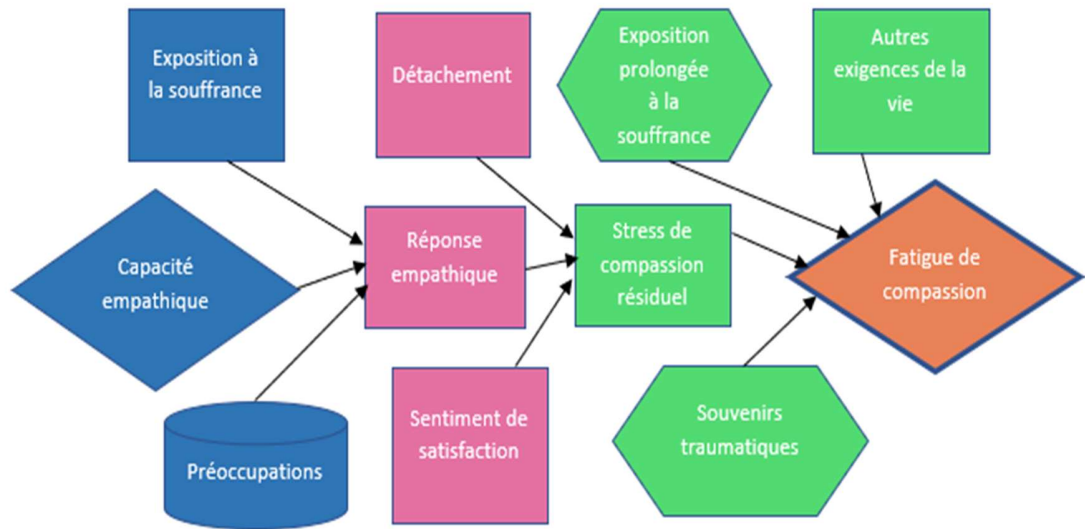


Figure 3. Le processus de la fatigue de compassion (Figley, 2001)

Tout bien considéré, il est possible de différencier la FC et le TV par le fait que le premier concept s'appuie sur un sentiment de compassion et de sympathie ressenti face aux victimes, menant l'intervenant à une désensibilisation ou une hypersensibilité face à ces situations en conséquence d'un sentiment de saturation et d'épuisement. Pour le deuxième, la nature même du traumatisme vécu aura une atteinte cognitive sur l'intervenant influençant sa propre perception de la vie, et ce, même s'il maintient une relation empathique (Figley, 1995; Brillon, 2013).

2.4 RECENSION DES ÉCRITS

2.4.1 Les facteurs prédictifs du traumatisme vicariant (TV) et de la fatigue de compassion (FC)

Bien que la présente recherche s'intéresse particulièrement à la FC, plusieurs auteurs ont déterminé des facteurs pouvant être considérés comme exerçant une influence autant sur

le développement de cette problématique que sur le TV. De ce fait, il est pertinent de ne pas complètement mettre de côté le TV dans le compte rendu des études faites par les auteurs, en raison de ses nombreuses similitudes et de sa possible comorbidité avec le sujet étudié. Dans la globalité des écrits consultés dans cette étude, plusieurs éléments regroupés en différentes thématiques représentent un risque ou une protection face à ces maux chez les professionnels de la relation d'aide. Ainsi, la pertinence de s'intéresser à ceux-ci est patente, d'autant plus que les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des CAVAC en intervention avec des personnes traumatisées peuvent difficilement éviter les éléments à la base de ces troubles. Évidemment, dans les écrits, faire le contraire d'un facteur de risque est souvent estimé comme étant un facteur de protection et vice-versa. Les facteurs, étayés sous deux aspects, soit les facteurs organisationnels et les facteurs personnels, le seront donc qu'à une seule reprise afin d'éviter les répétitions.

2.4.1.1 Les facteurs personnels

Pour débiter, le travailleur même, par ses caractéristiques personnelles, peut être davantage prédisposé ou non à développer le TV et la FC. En effectuant une synthèse des thématiques abordées lors de l'analyse littéraire, il est possible de considérer les facteurs démographiques l'hygiène de vie, les antécédents personnels, les traits de personnalité et les stratégies d'adaptation au stress, les croyances fondamentales ainsi que la spiritualité comme étant significatifs.

Les facteurs démographiques :

À ce jour, plusieurs recherches ont étudié l'influence du genre du travailleur sur le développement des problématiques sur lesquelles porte la présente étude. De ce fait, il est possible de constater une corrélation entre le fait d'être une femme et un haut risque de FC (Lerias et Byrne, 2003; Mangoulia et coll., 2015). Parmi les études s'intéressant à la notion du genre féminin comme facteur de risque de FC et TV, il est possible de considérer celle de Rossi et coll. (2012) dont l'échantillon était composé d'intervenants en santé mentale. En analysant les résultats, il est possible de constater que les travailleuses présentent un plus

grand risque en ce qui concerne les symptômes. D'autre part, Zeidner et coll. (2013) relie positivement, par son étude, le genre féminin chez les intervenants en santé mentale ainsi que la présence de haut risque de FC et d'évitement des symptômes vécus. L'étude de Sprang et coll. (2007) permet également de conclure que le genre de la personne influence l'apparition du TV et de la FC.

Outre le genre de la personne, les auteurs s'entendent également pour dire que les jeunes travailleurs et/ou les travailleurs avec une faible expérience dans le milieu sont davantage à risque de développer le TV et la FC. On justifie ce lien par le fait qu'ils ont des moyens d'adaptation au stress et de protection plus restreints comparativement aux travailleurs expérimentés (Cunningham, 2003; Lerias et Byrne, 2003; Pearlman et Maccan, 1995; Newell et Macneil, 2010). L'étude de Sprang et coll. (2007), quant à elle, établit des corrélations positives entre le jeune âge du travailleur, un niveau académique plus élevé ainsi que le faible niveau d'expérience professionnelle avec le risque de développer ces problématiques. Cela concorde fort bien avec une étude, menée par Baird et Jenkins (2003), effectuée auprès de 101 cliniciens américains œuvrant auprès de victimes de violence domestique et sexuelle, qui détermine que les travailleurs plus âgés avec plusieurs années d'expérience et un degré de scolarité plus élevé souffrent moins de FC.

Hygiène de vie :

En ce qui concerne le mode de vie de l'intervenant, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le fait d'avoir une bonne hygiène de vie constituera un facteur de protection quant au TV et à la FC. Il est donc question d'avoir une alimentation régulière et équilibrée, un bon sommeil, de prendre part à une activité sportive régulière, à des activités extraprofessionnelles ainsi que de pouvoir bénéficier de périodes de détente (Dane, 2002 ; Figley, 2002; Newell et Macneil, 2010; Perreault, 2004; Dunkley et Whelan, 2006a). Le contraire représente donc un facteur de risque.

Dans le même ordre d'idées, le fait d'avoir un réseau social soutenant qui permet d'éviter l'isolement et/ou de le briser permet de protéger le travailleur. Auprès de ce réseau,

il pourra exprimer librement ses émotions et bénéficier d'un soutien affectif significatif (Dane, 2002; Figley, 1995; Dunkley et Whelan, 2006 a,b). Cependant, il faut bien que celui-ci présente des capacités personnelles à recevoir et à accepter le soutien (Figley, 1995). À l'opposé, un faible réseau social constitue un facteur d'influence négative (Killian, 2008).

En ce qui a trait au mode de vie du travailleur, d'autres facteurs de stress doivent être pris en compte afin de comprendre et de prédire l'apparition des phénomènes étudiés. C'est en effet le cas pour les perturbations de la vie personnelle, telles que les difficultés financières, les deuils, les divorces ainsi que les autres demandes de la vie quotidienne (responsabilités en versus des ressources disponibles) (Figley, 2002; Mangoulia et coll., 2015). Force est de constater que les capacités d'adaptation que possède la personne face à ces éléments stressants auront également une influence sur l'impact que ceux-ci auront sur sa santé mentale (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Newell et Macneil, 2010).

Antécédents personnels :

Dans plusieurs études, il est considéré que le fait d'avoir subi des traumatismes par le passé prédispose le travailleur face au TV et à la FC. Les souvenirs traumatiques et les troubles psychologiques antérieurs constituent des facteurs non négligeables (Figley, 2002; Newell et Macneil, 2010; Killian, 2008; Sodeke-Gregson et coll., 2013; Pearlman et Maccan, 1995 ; Baird et Kracen, 2006; Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Dunkley et Whelan, 2006a). Un sondage mené auprès de près de 600 professionnels thérapeutes ou issus du domaine judiciaire montre que 29,8 % des thérapeutes et 19,6 % des travailleurs sociaux ont vécu une infraction à caractère sexuel dans leur enfance (Folette et coll., 1994). Considérant le fait qu'intervenir auprès d'une clientèle traumatisée sexuellement prédispose davantage au développement d'une telle problématique, il est possible de comprendre que le danger augmente si l'intervenant a un vécu semblable (Pearlman, 1999).

Les antécédents psychiatriques de l'intervenant, tels que des symptômes dépressifs et des troubles anxieux, ont également une influence négative (Sodeke-Gregson et coll., 2013).

Il appert que tous les auteurs ne s'entendent pas à ce sujet. Pour Richardson, les intervenants victimes d'agression sexuelle dans le passé subissent moins de symptômes à long terme du contact avec les personnes traumatisées (Richardson, 2001). Folette et coll., (1994), précédemment cités, abondent dans le même sens alors qu'ils ne constatent aucune différence significative entre les symptômes affectant les intervenants ayant vécu des traumatismes de ceux dont ce n'est pas le cas.

Traits de personnalité et stratégies d'adaptation au stress :

De par l'écoute de discours horribles, l'intervenant vit certainement des émotions dont l'ampleur et l'impact dépendent des traits de personnalité, des stratégies de gestion des émotions et d'adaptation au stress. Plusieurs auteurs décrivent ces émotions prédominantes que sont le sentiment d'insécurité, le sentiment de ne pas avoir le contrôle, la colère, la tristesse, le sentiment d'inefficacité, le découragement ainsi que l'impuissance (Injeyan et coll., 2011; Newell et Macneil, 2010; Perreault, 2004; Killian, 2008 ; Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Schwarz, 2002). Or, il s'agit plutôt de l'appréciation subjective de ces émotions vécues ainsi que les stratégies employées qui ont une influence sur le développement de symptômes (Kanter, 2007).

En ce qui a trait aux facteurs en lien avec les traits de personnalité, plusieurs auteurs s'entendent sur le fait qu'évaluer sa valeur personnelle en fonction de sa capacité d'aider et se surestimer a une influence négative sur la symptomatologie (Figley, 1995; Shalvi et coll., 2011; Kanter, 2007). Il est possible d'abonder dans le même sens alors que le fait d'avoir des exigences irréalistes envers soi-même et les autres, avoir des traits perfectionnistes, de plus que de se surinvestir au détriment de sa vie personnelle ont le même effet (Figley, 1995; Figley, 2002b; Newell et Macneil 2010; Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007 ; Stamm, 1996, Richardson, 2001).

Le sentiment d'auto-efficacité au travail est également un enjeu sur lequel se posent plusieurs auteurs. En effet, Albert Bandura, auteur de nombreuses recherches relatives à l'impact du sentiment d'efficacité personnelle sur la vie des individus, avance que : « La

perception de l'auto-efficacité d'un individu est composée des croyances que cette personne détient envers ses capacités à organiser et mener à bien requises pour atteindre des réalisations déjà définies » (Bandura, 2007, p. 3). Ainsi, le travailleur qui se sent efficace, en contrôle et qui évalue adéquatement ses capacités pourra aller « plus loin » et faire face aux situations stressantes et difficiles (Bandura, 2007). Leur capacité à être résilient et de gérer leur stress leur permettra d'approcher « les menaces et agents stressants potentiels avec la confiance qu'ils peuvent exercer un certain contrôle sur eux. Une telle efficacité surpasse l'amélioration de la performance, réduit le stress et diminue la vulnérabilité à la dépression » (Bandura, 2007, p. 39). D'autres auteurs appuient ces dires basés sur la théorie sociale cognitive alors que Dane (2002) et Killian (2008) reconnaissent que les sentiments de contrôle et d'efficacité au travail ont une influence sur le développement du TV et de la FC et que Dane (2002) et Perreault (2004) avancent qu'une perception claire et positive de soi agit comme facteur de protection.

Face à toutes ces émotions et ces sentiments, il est également question de stratégies d'adaptation. En ce sens, une gestion inadéquate de ces émotions faite au moyen de projection, de déni ou bien de dépendance à des substances augmente le risque de développement du TV et de la FC (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Dunkley et Whelan, 2006a,b; Killian, 2008; Newell et Macneil, 2010).

Tel que mentionné antérieurement, il serait bien difficile d'œuvrer dans le domaine de la relation d'aide sans n'éprouver d'empathie. Cependant, selon plusieurs auteurs, pour bien gérer ces émotions, il est important d'avoir une capacité à maintenir une forme de distance avec la clientèle, en plus d'être en mesure d'établir des limites claires et réalistes par rapport à nous-mêmes et envers les patients (Canfield, 2005; El-bal et coll., 2013; Dane, 2002; Killian, 2008; Perreault, 2004; Richardson, 2001). À l'opposé, cela constitue un facteur de risque important (Perreault, 2004), d'autant plus si le mode relationnel avec la clientèle est inadéquat. Il est donc question de satisfaction de nos besoins par notre aide apportée à la personne traumatisée ou bien d'une relation transgressant l'empathie (Brillon, 2013). En ce sens, Perreault (2004) avance que certains travailleurs ont une plus grande facilité à déceler

les besoins des personnes aidées et à connecter avec celles-ci, mais que ceux-ci ont cependant plus de difficulté à établir des limites claires et à les respecter. Selon Newell et Macneil (2010), il n'est pas mieux de ressentir peu d'empathie envers une situation, alors que cela représente un facteur de risque.

Bien heureusement, un autre type d'émotion agit comme facteur de protection face au TV et à la FC et interviendra comme modérateur : la satisfaction de compassion. Ce concept, qui est l'antonyme de la FC, fût développé par Stamm (2002) qui trouva qu'une attention insuffisante était accordée aux retombées positives de l'intervention. Le *payment of caring*, expression utilisée par son auteur, fait référence à la satisfaction que l'intervenant peut ressentir lorsqu'elle vient en aide à un individu (Stamm, 1995; Stamm, 1998; Stamm, 2002; Negash et Sahin, 2011). Sans agir sur un continuum, la satisfaction de compassion est reconnue comme étant un facteur de protection face aux effets négatifs du travail qui fragilisent la santé mentale des intervenants (Stamm, 2002). Également, il est possible que l'intervenant subisse des modifications cognitives et émotionnelles positives par son travail. La croissance post-traumatique vicariante s'inscrit dans un processus où la personne, parallèlement à la croissance post-traumatique de son client, voit certains changements dans les domaines, tels que la force, la spiritualité, les relations interpersonnelles, l'appréciation de la vie ainsi que la perception de nouvelles opportunités. Ces éléments lui permettent de trouver un sens ainsi que de croître personnellement (Tedeschi et Calhoun, 1995). Ce sentiment positif constitue donc un facteur de protection face aux problématiques nommées.

Croyances fondamentales et spiritualité :

Comme mentionné antérieurement, la perception qu'a le travailleur de lui-même et du monde qui l'entoure influence le développement de la FC et du TV. D'abord, une spiritualité personnelle claire dans laquelle la personne, qui a une perception optimiste du monde et qui a l'impression d'avoir du contrôle sur les événements qui se présentent dans les diverses sphères de sa vie, se voit protégée (Newell et Macneil, 2010; Perreault, 2004; Killian, 2008). Cependant, il apparaît pertinent de considérer que le bouleversement de ces idéologies peut être vu comme étant un facteur de risque, surtout chez les personnes qui accordent une très

grande importance à celles-ci (Richardson, 2001). Leur cadre de référence pourrait donc être affecté et elles pourraient également subir des perturbations dans leur sentiment d'identité et de sécurité par l'atteinte de trois croyances fondamentales : la croyance en son invulnérabilité, la croyance que l'autre est bienveillant et la croyance que le monde est ordonné et sensé (Janoff-Bulman, 1985; Pearlman et Saakvine, 1995).

2.4.1.2 Les facteurs organisationnels

Une étude menée par Regehr et coll., en 2004, permet d'établir que les facteurs organisationnels sont ce qui influence le plus la FC ainsi que le TV. Plusieurs facteurs qui touchent différents aspects de l'organisation doivent donc être étayés, tels que la nature et la charge de travail, la structure organisationnelle, les valeurs et attitudes du milieu de travail, le soutien et les relations avec les pairs, la supervision et la formation, de plus que l'environnement même.

Nature et charge du travail :

Afin d'éviter les redondances, il ne sera pas question d'expliquer de façon exhaustive pourquoi le seul fait de travailler au CAVAC représente un facteur de risque considérable, puisque le sujet a été abordé dès la problématique. Cependant, certains éléments particuliers influenceront l'ajout ou non de facteurs de risque supplémentaires. En plus de la nature même du travail, les auteurs s'entendent pour dire que l'exposition prolongée à la souffrance d'autrui constitue un facteur de risque. Ainsi, plus le travailleur intervient auprès d'une victime d'un traumatisme, plus il a de chances de voir augmenter ses symptômes de stress traumatique secondaire, augmentant également le risque de développer la FC ou le TV (Figley, 2002b; Baird et Kracen, 2006; Bell et coll., 2003; Pearlman et Mccan, 1995; Perreault, 2004). De surcroît, la nature du traumatisme vécu par la victime aurait également une influence sur l'apparition de symptômes relatifs à ces problématiques. En effet, les intervenants œuvrant auprès de victimes dont le traumatisme a été causé par la main de l'homme présentent plus de symptômes vicariants que ceux qui travaillent auprès de victimes de traumatismes qui relèvent de causes naturelles, telles qu'une maladie ou un accident

(Cunningham, 2003). Il est possible d'appuyer cette affirmation en nous référant à l'étude menée par Cunningham auprès de 182 travailleurs sociaux américains qui travaillaient, d'une part, dans l'étude et le traitement de stress traumatique (International Society for Traumatic Stress Studies) et d'autre part, en oncologie (Association of Oncology Social Workers). L'analyse des résultats a permis de conclure que les travailleurs sociaux intervenant auprès de victimes traumatisées sexuellement étaient davantage aux prises avec le TV que ceux intervenant en oncologie (Cunningham, 2003).

Selon les études consultées, la complexité de la clientèle a également une influence sur la symptomatologie expérimentée. La clientèle qui est soit, non volontaire, agressive (verbalement et physiquement), en situation de crise ou d'urgence ou très souffrante constituera un facteur de risque significatif (Newell et Macneil, 2010; Pearlmann et McCan, 1995; Bell et coll., 2003; Brillon, 2013). Également, le partage de descriptions détaillées horribles a un impact sur l'intervenant (Brillon, 2013). Il est à noter que plusieurs de ces caractéristiques peuvent se trouver en comorbidité et s'accumuler. Plusieurs auteurs s'entendent donc pour dire qu'une trop faible diversification de la clientèle et des tâches, en plus d'une charge de travail inadaptée (trop ou pas assez importante) augmentent le risque de souffrir de TV ou de FC (Baird et Kracen, 2006; Lérias et Byrne, 2003; Newell et Macneil, 2010; Killian, 2008). Le type de services peut également prédisposer le clinicien, alors que le fait de ne connaître les retombées à court, moyen et long terme des interventions, tel qu'il peut être le cas notamment dans les centres d'appel, les centres de crise et des centres d'hébergement à court terme, constitue un facteur de risque (Richardson, 2001; Stamm, 1997).

Certains facteurs de protection peuvent cependant jouer dans la balance et agir du côté adverse face au TV et à la FC. À cet égard, le fait d'employer des moyens permettant au travailleur de trouver et de garder une satisfaction personnelle au travail, d'apprécier la complexité des problématiques rencontrées et de se remémorer le sens de la profession lui permettra d'agir en ce sens (Dane, 2002; Killian, 2008; Richardson, 2001).

Structure organisationnelle :

La structure organisationnelle établie par la hiérarchie ou les prédécesseurs a également une influence sur l'état de santé mentale des intervenants. Effectivement, il est reconnu dans la littérature que des politiques et des procédures qui sont soit absentes ou en contradiction entre elles représentent un facteur de risque. Cela agit de la même façon si celles-ci sont restrictives sur les employés et qu'en plus, elles leur causent un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle (Centre de ressources Meilleur départ, 2012; Leryas et Byrne, 2003; Newell et Macneil, 2010; Bell et coll., 2003; Richardson, 2001). Au contraire, pour se protéger des problématiques décrites, il faut que les structures et les normes du milieu soient cohérentes et qu'elles permettent la participation des membres dans la prise de décisions ou, du moins, qu'elles offrent l'accès aux informations relatives aux décisions, et ce, de façon transparente (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Richardson, 2001; Dane 2002; Killian, 2008). Bloom (2003) suggère donc qu'il est pertinent d'opter pour la démocratie lorsqu'il est possible, afin de prendre des décisions concertées et résoudre des conflits. De ce fait, on parle de latitude décisionnelle, qui se définit comme étant la « possibilité d'exercer un certain contrôle sur son travail, à celle d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles. En pratique [...il s'agit] d'avoir la possibilité de prendre des décisions concernant son travail [...], pouvoir faire preuve d'initiative ainsi que d'user de sa créativité [...] » (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, 2021).

D'autre part, bien que cela soit malheureux, il est important de considérer que certaines organisations disposent de plus de ressources ou sont mieux dirigées que d'autres. À cet effet, une organisation qui manque de constance et de cohérence et qui adopte des comportements, tels que d'appliquer des règles différentes selon le travailleur ainsi que d'avoir de la difficulté à prendre des décisions et/ou à corriger ses erreurs, prédispose particulièrement ses employés (Centre de ressources Meilleur départ, 2012). Le travailleur ressent donc une injustice concernant le fonctionnement général du milieu (Newell et Macneil, 2010). Il est aussi possible de considérer le manque de ressources nécessaires pour répondre aux besoins et aux

attentes des membres comme étant un facteur prédictif (Centre de ressources Meilleur départ, 2012).

Soutien organisationnel :

Afin d'aborder la thématique du soutien organisationnel, il est possible de se baser sur le concept de soutien organisationnel perçu (SOP) qui a déjà une place prépondérante dans les recherches actuelles. Le SOP se définit comme étant la perception qu'a le travailleur quant aux moyens pris par l'organisation pour prendre soin d'eux et se préoccuper de leur bien-être. À cet égard, une étude de Armstrong-Stassen, en 2004, montre que les travailleurs faisant partie du secteur de la santé s'engagent davantage et vivent mieux les différents symptômes psychologiques reliés au milieu de travail lorsqu'ils se sentent reconnus, valorisés et qu'ils ont l'impression qu'on se préoccupe de leur bien-être (Armstrong-Stassen, 2004). Bien entendu, il s'agit d'un concept abordé sous plusieurs aspects. Ainsi, le soutien organisationnel sera abordé selon les valeurs et les comportements organisationnels, les relations interpersonnelles et le soutien accessible des pairs, la formation continue, la supervision clinique ainsi que l'environnement de travail.

Valeurs et comportements organisationnels :

Dans le milieu de travail, il convient de constater que la culture organisationnelle est bien importante pour le travailleur alors qu'elle se doit d'être cohérente avec ses valeurs et ses principes. De ce fait, il importe que l'organisation s'y connaisse en matière de réalité professionnelle et que le mandat soit en cohérence avec le travail effectué et, par le fait même, avec les besoins du client (Richardson, 2001; Dane, 2002; Schwarz, 2002). Il est donc important pour protéger le clinicien que l'organisation adopte une attitude respectueuse envers celui-ci et offre un environnement social soutenant (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Dane, 2002; Pearlmann et Saakvitne, 1995; Bell et coll., 2003). En effet, un milieu qui comprend et qui normalise les effets de ce type de travail sur la clientèle, qui permet de varier les activités professionnelles, qui offre des journées de ressourcement, des congés maladie ainsi que des vacances protégera son personnel (Brady et

coll., 1999; Perreault, 2004; Bell et coll., 2003; Killian, 2008; Pearlmann et Maccan, 1995). Également, la mise en place d'un comité de santé et de sécurité au travail au sein de l'organisation pourrait agir positivement sur la santé mentale des membres (Brady et coll., 1999; Perreault, 2004). L'obtention de l'équité salariale serait également significativement importante (Richardson, 2001). De surcroît, les auteurs dénotent l'importance de l'adoption de mesures permettant d'augmenter le sentiment d'appartenance envers le lieu de travail ainsi que de consolider la culture organisationnelle, telles que les activités pour les anniversaires, les départs et les retraites (Richardson, 2001; Bell et coll., 2003).

D'autre part, selon une étude menée par Regehr et coll. (2004), certains travailleurs prenant part à l'étude menée avaient l'impression que l'entreprise plaçait le soin du client en priorité au détriment du leur, faisant en sorte qu'ils avaient de la difficulté à mettre leurs limites ainsi qu'à adopter des moyens pour prendre soin d'eux-mêmes.

Une bonne communication au sein de l'organisation ainsi qu'un sentiment d'attitude de non-jugement sont considérés, par des auteurs, comme étant protecteurs face à la FC et au TV (Figley, 1995; Centre de services Meilleur départ, 2012). Un souci face à l'abolition de sous-cultures de violence fait également partie des ingrédients d'une recette gagnante dans le combat quant à ces problématiques (Bloom, 2003).

À l'opposé, le fait d'avoir le sentiment d'évoluer dans une atmosphère secrète, où les communications sont limitées et où une pratique de réflexion n'est pas encouragée, place le travailleur devant un risque (Centre de services Meilleur départ, 2012). Comme mentionné antérieurement, un manque de valorisation et de reconnaissance de l'organisation et un écart marqué entre les valeurs du travailleur ainsi que celles du milieu prédisposeront le travailleur à développer la FC et le TV (Brillon, 2013; Richardson, 2001)

En bref, le type de leadership pour lequel opte l'organisation peut également avoir une incidence sur l'état de santé mentale des travailleurs alors qu'il agit directement sur le soutien organisationnel perçu. Par exemple, le leadership transformationnel constitue un facteur de

protection alors qu'il s'oriente sur les besoins des employés, le souci de la motivation et de l'implication, ainsi que sur l'importance individuelle (Kurtessis et coll., 2015).

Relations professionnelles et accessibilité du soutien des pairs :

Au-delà d'un soutien de la part de la hiérarchie, les relations avec les pairs sont également significatives. Ainsi, un milieu dans lequel il y a une mauvaise entente avec les collègues, un manque de valorisation et de reconnaissance de leur part ainsi qu'un sentiment de jugement faisant en sorte de craindre ses collègues met davantage à risque le professionnel (Newell et Macneil, 2010; Dunkley et Whelan, 2006a); Brillon, 2013; Figley, 1995).

Des auteurs s'entendent également pour considérer les relations avec les collaborateurs comme étant importantes pour la santé mentale des cliniciens. Conséquemment, une absence ou un manque de collaboration avec ceux-ci peut ajouter de la pression ou une charge de travail supplémentaire. Le risque peut être augmenté surtout si le travail fait ailleurs est improductif (Pearlmann et Mccan, 1995; Killian, 2008).

En contrepartie, un environnement de travail dans lequel est possible l'expression libre et la ventilation auprès des collègues a une influence positive sur le clinicien (Dane, 2002; Figley, 1995; Dunkley et Whelan, 2006a)b)). Le soutien général reçu est donc important, de même que les encouragements, la possibilité de s'entraider au niveau professionnel et de partager, soit par le biais de débriefing ou d'autres activités cliniques (Bell et alk., 2003; Bourassa, 2009; Newell et Macneil, 2010; Dane, 2002; Killian, 2008).

Supervision clinique et formation continue :

Au-delà du soutien général des pairs, il est aussi important de considérer le soutien de la hiérarchie et leur souci de développement professionnel. À cet égard, selon les auteurs, il est indispensable pour comprendre, expliquer et prévenir les problématiques étudiées, que les travailleurs soient informés des effets du travail avec une clientèle victime, soit lors du parcours académique ou bien lors d'exercices de formations professionnelles (Bell et coll., 2003; Bourassa, 2009; Cunningham, 2003; Dane, 2002; Perreault, 2004). Cela permet, par

exemple, de s'auto sensibiliser, de prendre conscience de son état, de ses symptômes et d'agir concrètement en prévention de l'apparition de problématiques, telles que le TV et la FC (Perreault, 2004; Newell et Macneil, 2010). Sous ce rapport, les auteurs dénotent l'importance du temps de recherche et de formation professionnelle dans le milieu de travail ainsi que la présence d'une supervision clinique de bonne qualité (Dunkley et Whelan, 2006; Killian, 2008; Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Bell et coll., 2003; Dane, 2002). De là, un espace pour l'expression et le débriefing, faits dans un contexte ouvert, respectueux et sans jugement, s'inscrivent dans cette supervision et dans les activités auprès des pairs (Bell et coll., 2003; Bourassa, 2009; Dane, 2002; Killian, 2008). Ces éléments agissent en tant que facteurs de protection de la FC et du TV.

En surplus, la formation continue sur les problématiques touchant la clientèle rencontrée dans le cadre du travail ainsi que sur des moyens concrets d'intervenir auprès de celle-ci permet d'agir comme un facteur de protection, notamment en permettant d'augmenter, par exemple, le sentiment d'auto-efficacité de l'intervenant (Bell et coll., 2003; Killian, 2008; Perreault, 2004; Richardson, 2001)

En revanche, une supervision ou des activités de formation et de ressourcement absentes ou lacunaires dans un milieu où la personne évolue professionnellement à temps plein sont des éléments augmentant le risque de FC et de TV (Leryas et Byrne, 2003; Newell et Macneil, 2010; Tehrani, 2010).

Environnement de travail :

En ce qui a trait à l'environnement de travail, il est primordial d'avoir un espace sécurisant et confortable pour effectuer ses tâches (Perreault, 2004; Richardson, 2001). Dans ces lieux, avoir des objets personnels à la portée, qui ont une signification positive, de même que d'avoir une salle de détente pour les pauses, permet de protéger le travailleur face à la FC et au TV (Perreault, 2004; Richardson, 2001; Pearlman et Saakvitne, 1995). À l'opposé, le fait d'évoluer dans un milieu professionnel insécurisant, inadéquat et inconfortable à la

pratique expose le travailleur psychosocial à un risque supplémentaire (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Killian, 2008; Dane, 2002).

2.5 OBJET DE LA RECHERCHE

2.5.1 Question de recherche

Or, plusieurs des recherches existantes qui font un lien entre la profession d'intervenant et des troubles psychologiques spécifiques, tel que la FC, sont encore à un stade embryonnaire. Mais qu'en est-il encore plus spécifiquement des professionnels intervenant directement auprès des clientèles traumatisées ? Quels sont les facteurs de risque et de protection propres à ceux-ci permettant d'anticiper le plus possible ces dangers insidieux encore peu connus ? Conséquemment, se pencher sur cette question nous semble primordial afin d'assurer le bien-être non seulement de la clientèle rencontrée, mais également pour tous les membres faisant partie de près ou de loin de leur système, de notre société. L'objectif de la présente recherche est de documenter les facteurs d'influence de la FC chez les professionnels, qui par le fait d'œuvrer pour les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) s'exposent particulièrement à cette problématique récente et peu étudiée.

2.5.2 Hypothèses de recherche

À la lumière de la littérature antérieure, il est possible d'envisager quatre hypothèses de recherche qui touchent la FC.

- Hypothèse 1 : Des relations interpersonnelles de qualité avec les collègues au sein du milieu professionnel représentent un facteur organisationnel de protection face à la FC chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des CAVAC québécois.

- Hypothèse 2 : Des relations interpersonnelles de qualité avec les supérieurs hiérarchiques au sein du milieu professionnel représentent un facteur organisationnel de protection face à la FC chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des CAVAC québécois.
- Hypothèse 3 : Une charge de travail trop élevée au sein du milieu professionnel représente un facteur organisationnel de risque face à la FC chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des CAVAC québécois.
- Hypothèse 4 : Une latitude décisionnelle au sein du milieu professionnel représente un facteur organisationnel de protection face au développement de la FC chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des CAVAC québécois.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Lors de ce chapitre, six parties serviront à décrire la méthodologie utilisée dans le cadre de cette recherche. De ce fait, le devis de recherche, la présentation des participants à l'étude (échantillonnage), les instruments de mesure utilisés, le déroulement de l'étude, le plan d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques permettront de détailler davantage le fil conducteur qui mène à la vérification des hypothèses et de la question de recherche précédemment mentionnées.

3.1 DEVIS DE RECHERCHE

L'épidémiologie post-positiviste est privilégiée pour le présent projet. Plus précisément, une posture hypothético-déductive qualifie la nature de la recherche. Bien que les prémisses du post-positivisme se basent sur celles du positivisme, il appert que ses finalités diffèrent de façon significative alors que selon elles, en raison de la complexité des phénomènes sociaux, il est impossible de trouver la vérité, d'établir une loi, mais seulement que de s'en rapprocher dans un contexte donné (Pesqueux, 2020). Le devis corrélationnel prédictif permet d'établir des liens entre différentes variables entourant le fait d'être un intervenant psycho-socio-judiciaire au sein du Réseau des CAVAC et la FC.

3.2 ÉCHANTILLONNAGE

Au total, 70 intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des CAVAC ont participé à cette recherche. Parmi ceux-ci, 64 étaient des femmes, représentant 92,9 % de l'échantillon, 4 étaient des hommes, pour une représentation de 5,7 % des répondants et une personne a omis de répondre à la question. En ce qui a trait à l'âge des participants, 7,1 % sont âgées entre 18 et 24 ans, 32,9 % entre 25 et 34 ans, 35,7 % entre 35 et 44 ans, 18,6 % entre 45 et

54 ans et 4,3 % sont âgés de plus de 55 ans. De plus, 1,4 %, soit un participant, a omis de répondre.

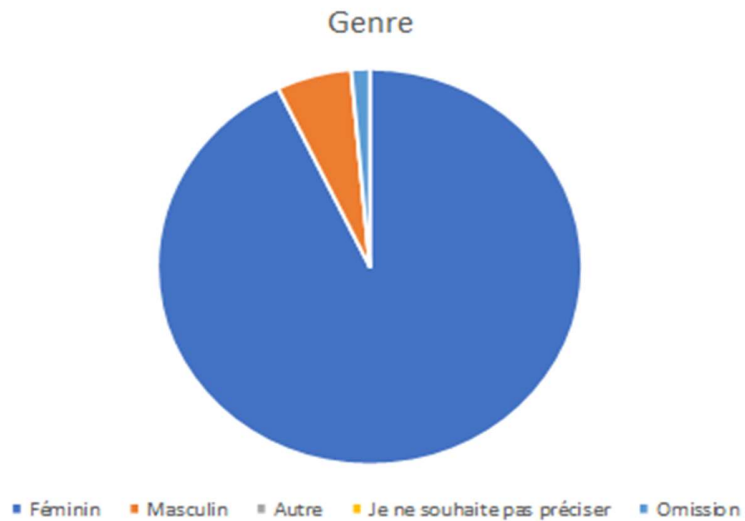


Figure 4. Genre des participants

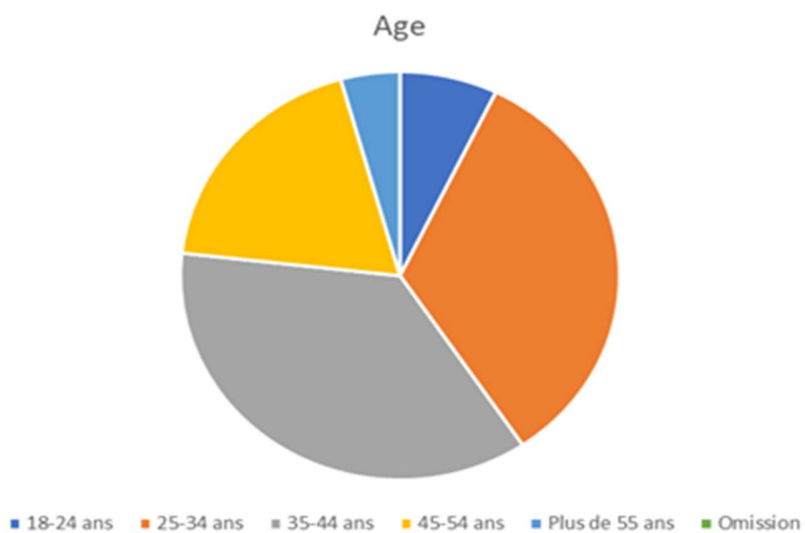


Figure 5. Âge des participants

De surcroît, à la question concernant leur état civil, 27,1 % ont déclaré être célibataires, 52,9 % sont conjoints de fait, 15,7 % sont mariés, 2,9 % sont divorcés et 1,4 % est séparé. Quant à leur situation familiale, 32,9 % ont un ou plusieurs enfant(s) et un conjoint, 35,7 % ont un conjoint sans enfant, 7,1 % n'ont pas de conjoint mais ont un ou plusieurs enfant(s) et 21,4 % n'ont ni conjoint, ni enfant. Deux participants, soit 2,9 %, ont omis de répondre.

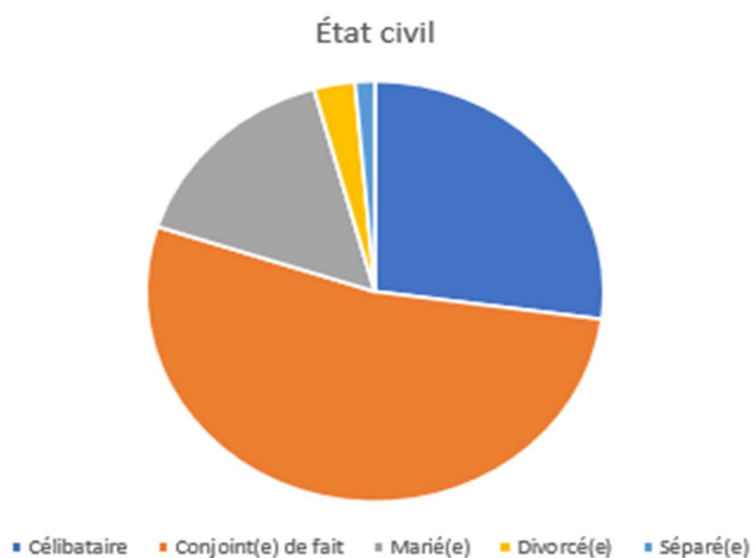


Figure 6. État civil

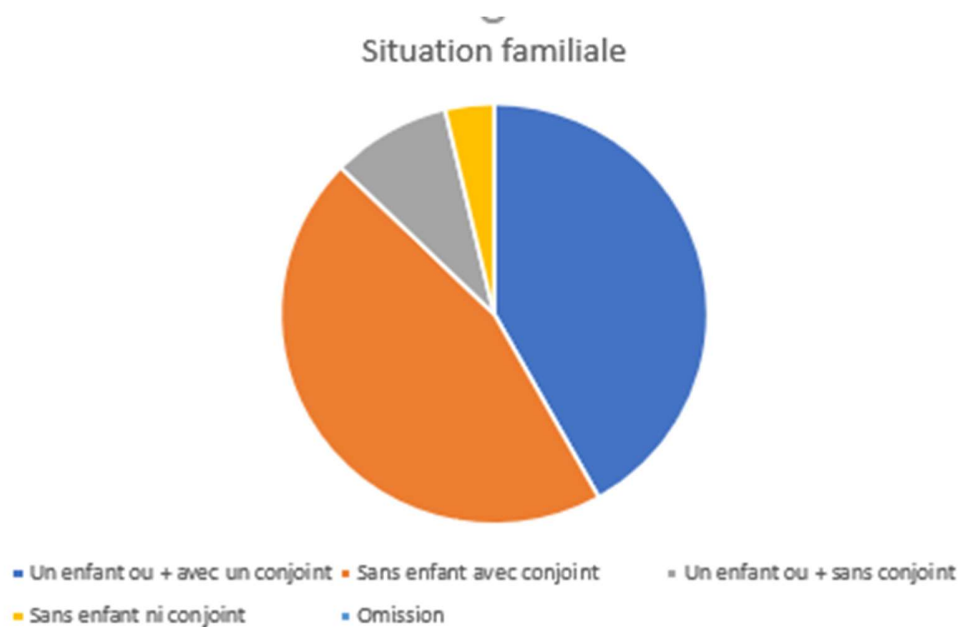


Figure 7. Situation familiale

Parmi les répondants, 40 % possèdent le titre de criminologue, 27,1 % de travailleur(se) social(e), 4,3 % de sexologue et 28,6 % font partie du registre des droits acquis d'une de ces professions. Également, 10 % possèdent un diplôme d'études collégiales, 81,4 % détiennent un diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat) et 8,6 % sont diplômés dans le cadre d'un deuxième cycle universitaire (maîtrise).

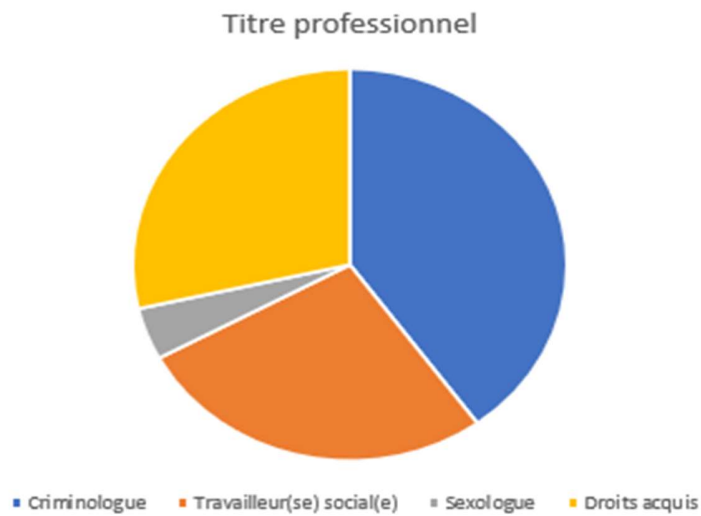


Figure 8. Titre professionnel

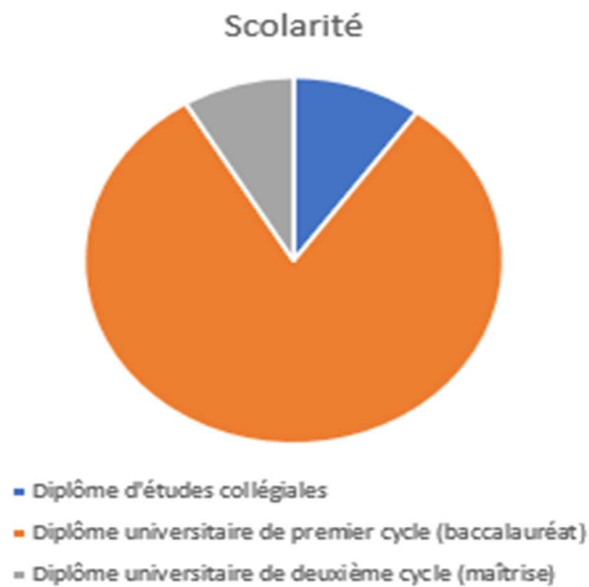


Figure 9. Scolarité

En ce qui concerne l'ancienneté des intervenants au CAVAC, 27,1 % font partie de l'organisation depuis un à deux ans, 12,9 % depuis trois à cinq ans, 15,7 % depuis six à dix ans, 21,4 % depuis 11 à 15 ans, 15,7 % de 16 à 20 ans, 5,7 % de 21 à 25 ans et 1,4 %, soit un

répondant depuis plus de 26 ans. Aussi, 11,4 % exercent la relation d'aide depuis 1 à 2 ans, 30 % depuis 3 à 5 ans, 24,3 % depuis 6 à 10 ans, 11,4 % depuis 11 à 15 ans, 11,4 % depuis 16 à 20 ans, 5,7 % depuis 21 à 25 ans et 5,7 % depuis plus de 26 ans.

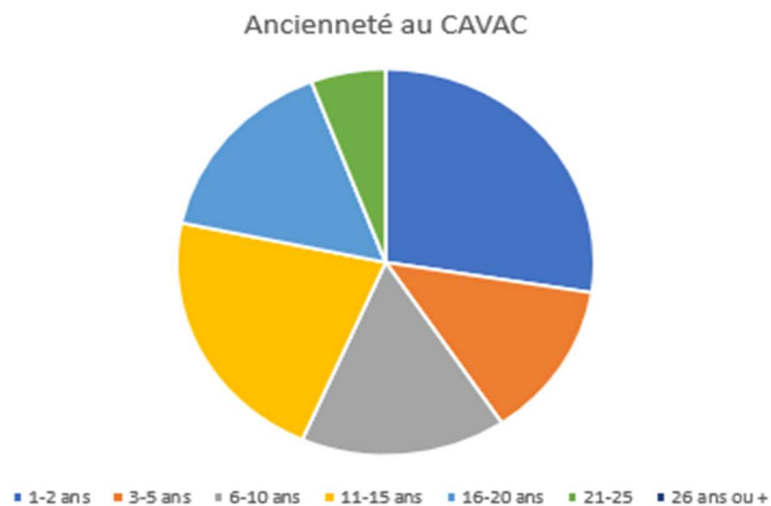


Figure 10. Années d'ancienneté au CAVAC

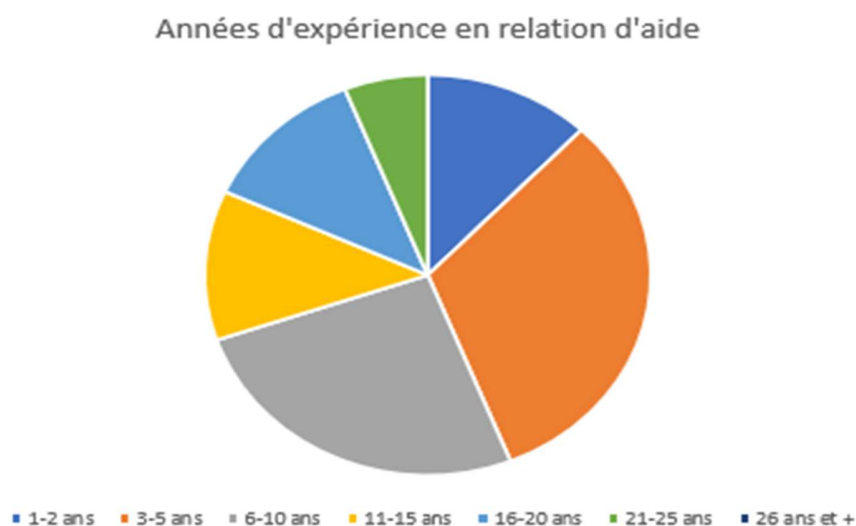


Figure 11. Années d'ancienneté dans le domaine de la relation d'aide

Pour ce qui en est des régions dans lesquelles habitent les participants, 14,4 % se trouvent au Bas-Saint-Laurent, 10 % au Centre-du-Québec, 7,1 % à la Côte-Nord, 12,9 % en

Estrie, 5,7 % en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 8,6 % à Lanaudière, 28,6 % en Montérégie, 1,4 % à Montréal, 8,6 % en Outaouais et 2,9 % au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

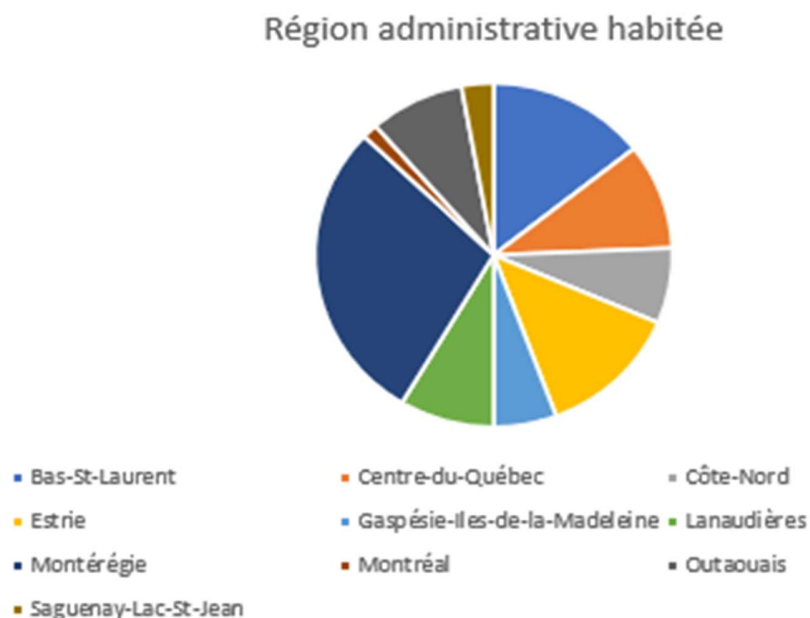


Figure 12. Région administrative des participants

En outre, 20 % sont seuls en tant qu'intervenant psycho-socio-judiciaire au sein de leur point de service, 17,1 % sont deux, 5,7 % sont trois, 7,1 % sont quatre, 57 % sont cinq, 7,1 % sont six, 1,4 % sont sept, 1,4 % sont huit et 34,3 % sont dix et plus.

Nombre d'intervenant(e)s présent(e)s au sein du point de service

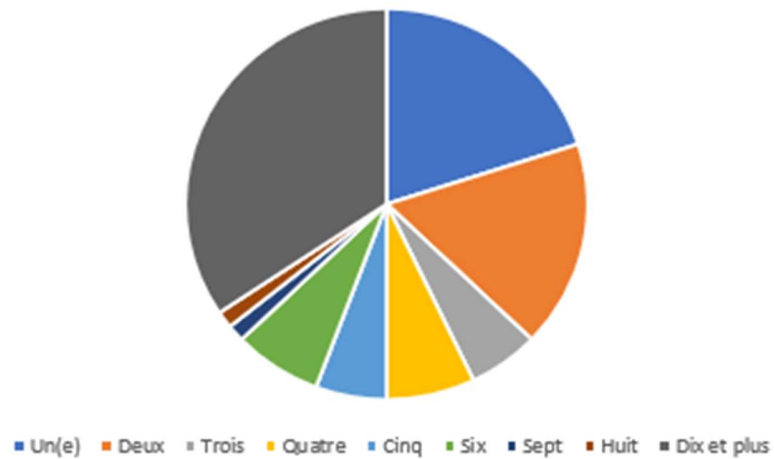


Figure 13. Nombre d'intervenants au sein du point de service

De plus, 5,7 % travaillent entre 21 et 30 heures tandis que 94,3 % travaillent entre 31 et 40 heures. Selon les répondants, la moitié (50 %) considère que leurs heures supplémentaires sont quasi-inexistantes, mais l'autre moitié (50 %) travaille en moyenne une à cinq heures supplémentaires par semaine.

Nombre d'heures travaillées hebdomadairement

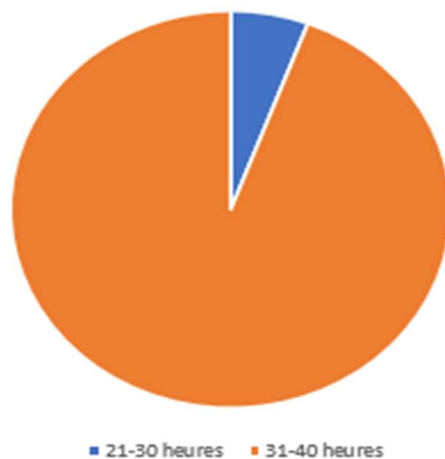


Figure 14. Nombre d'heures travaillées hebdomadairement

Nombre d'heures supplémentaires hebdomadaires



Figure 15. Nombre d'heures supplémentaires travaillées hebdomadairement

D'ailleurs, en ce qui concerne les heures travaillées en présence physique de la clientèle, 14,3 % considèrent qu'elles sont quasi-inexistantes, 18,6 % qu'elles occupent entre

une à cinq heures de leur temps par semaine, 34,3 % entre six à dix heures, 24,3 % entre 11 à 15 heures, 7,1 % entre 16 à 20 heures et 1,4 % plus de 20 heures. D'autre part, 15,7 % des participant(e)s estiment avoir des contacts téléphoniques avec la clientèle pour une durée entre une à cinq heures par semaine, 37,1 % entre six à dix heures, 24,3 % entre 11 à 15 heures, 12,9 % entre 16 à 20 heures et 10 % plus de 20 heures.

Heures travaillées en présence physique de la clientèle

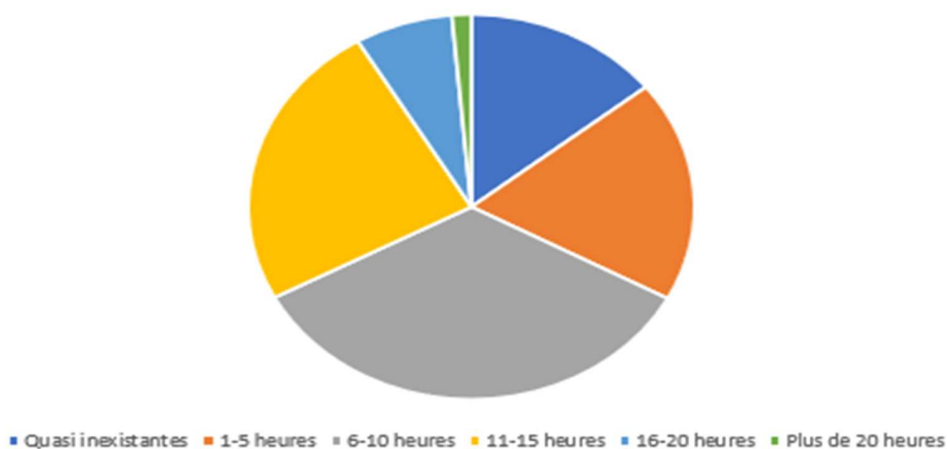


Figure 16. Nombre d'heures travaillées en présence physique de la clientèle

Heures travaillées dans le cadre de contacts téléphoniques avec la clientèle

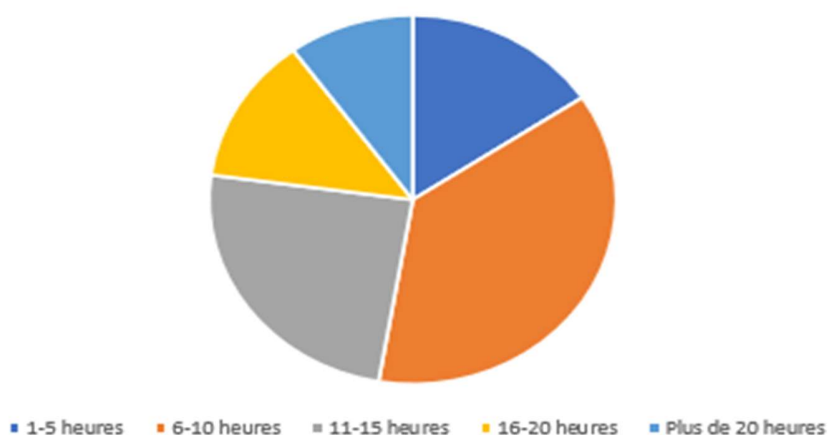


Figure 17. Nombre d'heures travaillées lors de contacts téléphoniques avec la clientèle

3.3 INSTRUMENTS DE MESURE

Fatigue de compassion (FC) :

Afin de mesurer la variable dépendante, soit la FC, le questionnaire « Compassion fatigue test », de Figley (1995) a été utilisé. Initialement, le questionnaire mesure 66 items en utilisant une échelle de type Likert allant de (0=jamais, 1=rarement, 2=parfois ou à l'occasion, 3=assez souvent, 4=souvent, 5=très souvent). Le résultat de FC est la somme des résultats obtenus aux 23 items suivants : 4,6,7,8,12,13,15,16,18,20-22,28,29,31-34,36,38-40 et 44. Si le résultat du calcul est inférieur ou égal à 26, le risque de développer de la FC est extrêmement faible. Quand le résultat se situe entre 27 et 30, le risque est faible. Un résultat entre 31 et 35 indique un risque modéré. Un résultat entre 36 et 40 est considéré comme un risque élevé de développer ce trouble. Un résultat supérieur ou égal à 41 indique un risque très élevé de FC. Les autres items du test permettent de mesurer le risque d'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion. Puisque l'intervenant est confronté à plusieurs problématiques sociales complexes et qu'il est à risque de développer certains maux liés à son exposition, il s'agit donc d'inscrire le numéro qui correspond le plus fidèlement possible à la fréquence du phénomène (relié à la question) au courant de la dernière semaine. Par exemple, la question 7 se lit comme suit « J'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante » et tend à déterminer le niveau de risque qu'a l'intervenant à développer de la FC. La cohérence interne du questionnaire est de 0,87.

Demande psychologique et latitude décisionnelle :

Par la suite, afin de faire l'analyse de la demande psychologique ainsi que de la latitude décisionnelle, qui constituent deux facteurs prédictifs de la FC, la version française du 18 items *Karasek job content questionnaire* (Brisson et coll., 1998), se basant sur le modèle de Karasek (1978), a été utilisée. D'abord, la demande psychologique contient trois sous-sections, dont la quantité-rapidité (trois items), la complexité-intensité (trois items) et le morcellement-prévisibilité (trois items). Ensuite, la latitude décisionnelle regroupe la latitude ou les marges de manœuvre (trois items), l'utilisation actuelle des compétences (trois items)

ainsi que le développement des compétences (trois items). L'alpha de Cronbach de la dimension de la demande psychologique est de 0,73, tandis que celui de la latitude décisionnelle est de 0,71.

Qualité des relations interpersonnelles :

L'Échelle de la Qualité des Relations interpersonnelles (ÉQRI) de Senécal, Vallerand et Vallières (1992) a été utilisée pour mesurer la qualité des relations interpersonnelles au travail. Elle vise spécifiquement l'analyse des relations avec les collègues ainsi que les relations avec les supérieurs. D'abord, il a été question de mesurer la qualité des relations avec les collègues dans le cadre de quatre énoncés mesurés sur une échelle de zéro à quatre points, soit les relations sont harmonieuses, valorisantes, satisfaisantes et amènent à faire confiance. L'analyse de fiabilité de cette dimension permet de constater un alpha de Cronbach de 0,94. En ce qui concerne l'aspect des relations avec les supérieurs, qui fût mesuré par les mêmes items, on note un alpha de Cronbach de 0,96.

3.4 DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES

Avant même de débiter la collecte de données auprès des participants, des démarches ont été faites afin d'obtenir un certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CER) de l'UQAR, qui a été approuvé et dont la période de validité est du 9 décembre 2020 au 8 décembre 2021. Des questionnaires ont ensuite été créés et sécurisés sur la plateforme LimeSurvey, hébergée par le serveur de l'UQAR. La première page de ceux-ci était destinée à expliquer le projet en détail et à recueillir le consentement du participant. Seulement la section sur les renseignements généraux a été pensée et construite par les chercheuses; alors que les autres éléments des différents questionnaires ont été reconnus et validés scientifiquement. Par la suite, cinq personnes faisant partie de l'entourage des chercheuses ont pu remplir le questionnaire test afin de valider la clarté et la précision de celui-ci. Une copie a également été remise à l'équipe de direction du CAVAC Bas-Saint-Laurent afin d'effectuer le même exercice. Lorsque cette étape a été terminée, la directrice générale de l'organisation bas-laurentienne a fait parvenir à toutes les directions du Réseau

des CAVAC une lettre expliquant le projet de recherche. Ceux-ci, après avoir pris connaissance de l'étude sous tous ses enjeux, ont envoyé le questionnaire à leur équipe de travail auquel était jointe une lettre explicative également. Il a été estimé par la direction générale que le nombre de répondants potentiels était d'environ 350, mais seulement 70 répondants ont pris part à l'étude. La collecte de données s'est déployée le 26 janvier 2021 et était prévue pour une période de deux semaines. En date du 8 février 2021, 38 professionnels avaient répondu au questionnaire. Les directions générales ont été relancées afin d'effectuer un rappel aux répondants potentiels, permettant d'avoir 70 répondants en date du 23 février 2021.

3.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Afin de mener cette recherche dans le respect et la protection des droits humains des participants, l'étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAR (CER). Cette certification agit conformément à l'*Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* (2010) sous le postulat que le chercheur s'assure « que les participants à la recherche soient protégés par une reconnaissance de leurs droits et de la primauté accordée à la dignité humaine qui s'exprime dans le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice ». Dans cette optique, une description claire du projet ainsi que tous les enjeux qui y sont liés ont été communiqués préalablement aux directions générales des points de services du Réseau des CAVAC.

Les mêmes informations ont également été, par la suite, transmises aux participants potentiels afin qu'ils puissent prendre une décision libre et éclairée concernant leur participation. Il était bien spécifié que ceux-ci n'étaient pas dans l'obligation de participer au projet et qu'ils pouvaient se retirer à n'importe quel moment, et ce, sans questionnements, jugements et/ou contraintes. De surcroît, il était important de mentionner l'anonymat des réponses fournies, de la confidentialité des données qui ne seraient pas individualisées, ni

transmises aux directions ainsi que du fait que seules les chercheuses auraient accès aux données, qui seraient détruites après cinq ans dans les archives.

Avant que le participant puisse répondre au questionnaire, une liste exhaustive de ressources d'aide lui était fournie au besoin si, par exemple, des conséquences indésirables découlaient de l'exploration du niveau de FC en relation avec les autres variables à l'étude. Les coordonnées des chercheuses étaient également fournies, en cas de questionnements et/ou commentaires supplémentaires.

3.6 ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques, qui ont été faites au moyen du logiciel *Statistical package for the social sciences* (SPSS) version 27, sont exposées dans cette section. Or, étant donné que cette recherche a pour objectif d'établir les liens existants entre les variables à l'étude, soit la FC (variable dépendante) et la demande de travail, la latitude décisionnelle ainsi que les qualités des relations interpersonnelles (variables indépendantes), des coefficients de corrélations de Pearson et des régressions linéaires multiples ont été menées.

À cet effet, « le coefficient de corrélations de Pearson est un test paramétrique qui permet de déterminer s'il existe une association entre deux variables continues (échelles d'intervalle ou ratio) » (Fortin et Gagnon, 2016). L'équation permettant de le calculer et d'ainsi permettre le calcul de la covariance entre les variables (COV) s'inscrit comme suit :

$$r = \frac{COV(x, y)}{S_x S_y}$$

Les tests du coefficient de corrélations de Pearson permettent ainsi de « décrire la force relative d'une relation entre deux variables » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 425). Dans le cadre de cette recherche, cette analyse appert pertinente puisqu'elle permettra de déceler l'intensité

entre les variables étudiées. Par exemple, elle aidera à valider les hypothèses en émettant des données sur la force entre un niveau de demande de travail et la fatigue de compassion. Pour les régressions linéaires, il est plutôt question de prédire en se basant sur une corrélation (Fortin et Gagnon, 2016). Pour Fortin et Gagnon (2016, p. 425), « [l]e but de l'analyse d'une régression consiste à déterminer quel(s) facteur(s) prédisent ou expliquent la valeur d'une variable dépendante (valeur prédite) en se fondant sur celle d'une variable indépendante (valeur explicative) ». À cet égard, la régression linéaire multiple a pour objectif de prédire, en dressant une droite, « la valeur d'une variable dépendante d'après les valeurs de plusieurs variables indépendantes », mais ne détermine pas l'intensité du lien (Fortin et Gagnon, 2016, p. 425; Huard, 2020). La représentation graphique se fait comme suit :

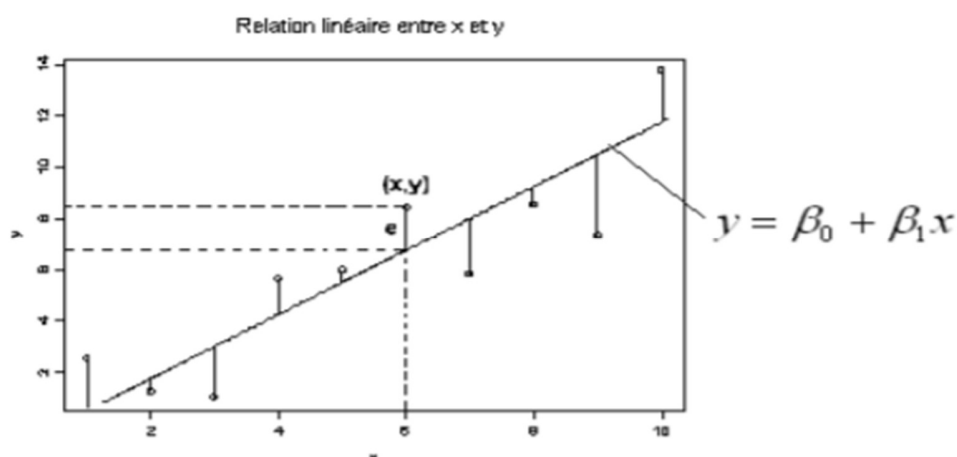


Figure 18. Représentation graphique de la régression linéaire (Houde, 2014)

Ces deux types d'analyse utilisés dans le cadre de ce mémoire agissent donc en complémentarité afin d'optimiser les chances de déceler des liens statistiques significatifs.

CHAPITRE 4

ANALYSE DES RÉSULTATS

Le chapitre 4 présente les résultats de l'étude. Les analyses descriptives y sont présentées et les analyses corrélationnelles et prédictives complètent le chapitre.

4.1 ANALYSES DESCRIPTIVES

À la suite de l'administration des questionnaires, des analyses descriptives ont été réalisées. Le tableau 1 présente les moyennes et les écarts-types des différentes variables mesurées.

Tableau 1
Statistiques descriptives des variables à l'étude (N = 70)

	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Fatigue de compassion	2,09/5,00	0,54
Latitude décisionnelle	3,10/4,00	0,34
Demande de travail	2,67/4,00	0,38
Relations avec les collègues	4,05/5,00	0,67
Relations avec les supérieurs	3,76/5,00	0,54

4.2 ANALYSES CORRÉLATIONNELLES

Le tableau 2 présente les résultats obtenus à l'aide des corrélations de Pearson. Ces statistiques corrélationnelles nous permettent d'évaluer la force du lien existant entre les variables. Pour ce qui est des résultats plus élevés, il existe une corrélation positive entre la demande de travail et le niveau total de FC ($r = ,31$). De plus, il existe une corrélation négative entre le niveau de FC ainsi que les relations avec les collègues ($r = -,27$). Cependant, il ne semble pas y avoir de lien significatif entre la FC et la latitude décisionnelle ($r = -,10$), ainsi qu'entre la FC et les relations avec les supérieurs ($r = ,14$).

Tableau 2
Analyses corrélationnelles des variables à l'étude ($N = 70$)

	1	2	3	4	5
1. Fatigue de compassion	1	-,10	,31*	-,27*	,14
2. Latitude décisionnelle		1	-,10	,49**	,51**
3. Demande de travail			1	-,22	-,12
4. Relations avec les collègues				1	,50
5. Relations avec les supérieurs					1

**La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

4.3 ANALYSE DE RÉGRESSIONS LINÉAIRES

Le tableau 3 montre les données obtenues à l'aide de l'analyse de régressions linéaires de type pas à pas. En d'autres mots, l'analyse permet de choisir parmi les variables indépendantes, celles qui expliquent le mieux la variation de la variable dépendante. Le processus cesse lorsqu'il ne reste aucune suppression ou introduction de modalités possibles. De ce fait, par la production d'hypothèses, cette méthode de régression nous permet de conserver les variables qui sont considérées comme étant les meilleurs prédicteurs dans le modèle, et ce, même si le sujet de recherche est peu étudié et exploré (Desjardins, 2005).

Tableau 3
Analyse de régressions linéaires des variables à l'étude

Variables incluses	Variables exclues	β
Demande au travail		,44
	Latitude décisionnelle	-,07
	Relations avec les collègues	-,21
	Relations avec les supérieurs	,05

Ces données nous permettent de valider l'influence de la demande de travail sur le développement de la FC.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

5.1 RAPPEL DE L'OBJECTIF

L'objectif de la présente recherche est de documenter les facteurs d'influence de la FC chez les professionnels, qui par le fait d'œuvrer pour les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) s'exposent particulièrement à cette problématique récente et peu étudiée. Ces informations permettent alors de diriger des interventions adaptées pour diminuer le risque d'apparition de symptômes propres à celle-ci.

En ce sens, les hypothèses de recherche ciblées comptent des variables jugées significatives par la littérature quant au développement de la FC. La première vise à valider le lien entre les relations interpersonnelles avec les collègues au sein du milieu professionnel et cette problématique. En ce qui a trait à la deuxième, elle cible plutôt les relations interpersonnelles avec les supérieurs hiérarchiques. La troisième met l'accent sur l'influence de la charge de travail au sein du milieu professionnel, tandis que la quatrième et dernière tend à faire l'analyse d'un lien entre la latitude décisionnelle au sein du milieu professionnel et la FC.

Afin de répondre à la question de recherche précédemment énoncée, la problématique de recherche est d'abord exposée dans le cadre du premier chapitre. Ensuite, le second chapitre vise à décrire la variable étudiée, soit la FC, en distinction avec une autre problématique souvent employée de façon interchangeable, le TV, passant de l'historique aux connaissances actuelles de chacune. Ces informations permettent ensuite de mener à la construction de la question de recherche et de ses hypothèses, décrites lors du deuxième chapitre. La méthodologie de la recherche est ensuite expliquée dans le troisième chapitre et

les résultats analysés dans le quatrième. Finalement, dans le présent chapitre qu'est la discussion, les résultats sont interprétés et présentés.

5.2 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Pour débiter, il semble important de mentionner que le niveau de FC décrit par l'échantillon visé peut être considéré comme étant relativement bas, alors qu'il est de 2,09/5,00. Cette information, bien que rendue par un nombre limité de participants, constitue une nouvelle positive sur l'état de l'équipe faisant partie du Réseau des CAVAC du Québec.

En ce qui concerne la première hypothèse, il est possible de dire qu'elle est confirmée en ce qui a trait à la variable qu'est la FC. De ce fait, il nous est possible d'obtenir, par des analyses corrélationnelles, l'existence d'un lien négatif entre la qualité des relations interpersonnelles avec les collègues au sein du milieu professionnel ainsi que le niveau de FC chez les intervenants du Réseau des CAVAC. Il résulte donc que meilleures sont les relations avec les collègues, moins l'intervenant sera à risque quant à cette problématique. Ce résultat est donc en accord avec la littérature recensée, qui nous apprend qu'un professionnel sera mis à risque dans un milieu où l'entente avec les collègues est mauvaise et où il y a un manque de valorisation et de reconnaissance de leur part ainsi qu'un sentiment de jugement (Newell et Macneil, 2010; Dunkley et Whelan, 2006a), Brillon, 2013; Figley, 1995).

Outre la qualité des relations interpersonnelles avec les collègues, la littérature avance l'idée que les relations dans le milieu ont un effet positif sur le travailleur, tandis que l'absence de celles-ci ou des conflits peuvent avoir un effet dévastateur et le mettre à risque d'un épuisement professionnel ou d'une autre problématique connexe (Karasek et Theorell, 1990). À cette fin, il est intéressant de mettre en relation le niveau de FC présent chez les professionnels du Réseau des CAVAC ainsi que la qualité de leurs relations avec les collègues, notamment considérant le fait que 80 % des participants à l'étude sont supportés

par au moins un autre collègue dans leur point de service et que 34,3 % de l'échantillon total sont 10 intervenants et plus.

Par rapport à la deuxième hypothèse de l'étude qui touche la qualité des relations avec les supérieurs, celle-ci est infirmée. Les résultats vont à l'encontre de la littérature répertoriée à ce sujet. Effectivement, Armstrong-Stassen, en 2004, montre que les travailleurs faisant partie du secteur de la santé s'engagent davantage et vivent mieux les différents symptômes psychologiques reliés au milieu de travail lorsqu'ils se sentent reconnus, valorisés et qu'ils ont l'impression qu'on se préoccupe de leur bien-être (Armstrong-Stassen, 2004). Il est possible d'y comprendre qu'une organisation qui adopte une attitude respectueuse envers ceux-ci, qui offre un environnement social soutenant, comprend et normalise les effets de ce type de travail sur la clientèle, permet de varier les activités professionnelles, offre des journées de ressourcement, des congés maladie et des vacances, protège son personnel (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Bell et coll., 2003; Brady et coll., 1999; Dane, 2002; Killian, 2008; Pearlmann et Maccan, 1995; Pearlmann et Saakvitne, 1995; Perreault, 2004). Somme toute, bien que notre étude démontre un faible taux de FC (2,09/5,00) ainsi qu'un niveau relativement élevé en ce qui concerne la qualité des relations avec les supérieurs hiérarchiques (3.76/5.00), les analyses ne démontrent pas de lien existant permettant d'appuyer les auteurs précédemment nommés. Il importe cependant de spécifier que les données recensées par ceux-ci touchent plusieurs autres facteurs organisationnels prédictifs non étudiés dans la présente étude.

Également, les analyses corrélationnelles ainsi que de régressions linéaires nous permettent de confirmer la troisième hypothèse en lien avec la FC. Celle-ci stipule qu'une charge de travail trop élevée au sein du milieu professionnel représente un facteur organisationnel de risque quant au développement de cette problématique chez la population donnée.

Concernant cette dimension, les auteurs s'entendent pour dire que l'exposition prolongée à la souffrance d'autrui constitue un facteur de risque en soi, par la charge mentale associée au travail effectué. De surcroît, plusieurs s'entendent pour dire qu'une trop faible

diversification des clients rencontrés et des tâches ainsi qu'une charge de travail inadaptée augmentent le risque également (Baird et Kracen, 2006; Lérias et Byrne, 2003; Newell et Macneil, 2010; Killian, 2008). Dans le même ordre d'idées, les analyses corrélationnelles et de régressions linéaires nous montrent le lien significatif existant entre la FC et la demande de travail chez les intervenants du CAVAC. Ces informations recueillies sont plausibles alors que bien que les membres faisant partie de la clientèle rencontrée soient tous uniques, il appert que ceux-ci nécessitent tous une intervention en lien avec un traumatisme vécu, rendant le travailleur davantage vulnérable. De plus, comme mentionné dans la littérature, il est possible de faire un lien entre nos résultats ainsi que le fait que selon Cunningham (2003), les intervenants qui œuvrent auprès de victimes dont le traumatisme a été causé par la main de l'homme présentent plus de symptômes secondaires que ceux qui travaillent auprès de victimes de traumatismes qui relèvent de causes naturelles puisqu'en 2016, 89 % des victimes immédiates rencontrées par les services d'aide au Canada ont subi une infraction de nature violente (Allen, 2016). Plus précisément, au CAVAC du Bas-Saint-Laurent, en 2020, 71 % des 5 890 personnes ayant reçu des services ont été victimes de crimes contre la personne. Il est à noter que d'autres crimes contre la propriété ayant été commis par la main de l'homme ne font pas partie de ce pourcentage. Parmi les gens rencontrés, 22 % ont été victime de voies de fait, 18 % de crimes à caractère sexuel, 9 % de menaces, 6 % de harcèlement criminel, 3 % de voies de fait avec une arme à feu et 2 % de voies de fait avec lésions. Plusieurs autres ont été rencontrés pour de la conduite dangereuse, des voies de fait graves, des incendies criminels, de l'intimidation, des tentatives de meurtre, des homicides, des enlèvements et séquestrations, de la négligence criminelle causant des lésions ou la mort, etc. Ces informations mènent à des questionnements sérieux quant à non seulement la charge de travail, mais également quant à l'effet sans équivoque de la charge mentale qu'à la nature même du travail sur l'intervenant. De ce fait, il semble raisonnable de dire qu'il serait irréaliste de penser que l'état de santé mentale de l'intervenant ne sera déterminé en partie que par le nombre de « dossiers » attribués dans sa charge de cas, mais également fortement par le matériel traumatique parfois troublant porté par chaque client.

Ensuite, la quatrième hypothèse est considérée comme étant infirmée puisque les analyses ne permettent pas de valider un lien entre la latitude décisionnelle et la FC. Dans la littérature, on parle de l'importance de la cohérence des structures et des normes du milieu ainsi que la participation des membres dans la prise de décisions ou, du moins, qu'elles offrent l'accès aux informations relatives aux décisions, et de façon transparente afin de se protéger des problématiques décrites (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Richardson, 2001; Dane 2002; Killian, 2008). Toutefois, malgré l'inexistence de liens corrélationnels déterminés par nos analyses, il est possible de considérer que l'échantillon étudié estime avoir un niveau assez élevé de latitude décisionnelle au sein de son milieu (3,10/4,00).

5.3 APPORTS THÉORIQUES ET PRATIQUES

En ce qui a trait aux apports théoriques de cette recherche, il semble que comme mentionné antérieurement, les recherches existantes sur les problématiques étudiées sont encore à un stade pouvant être qualifié d'embryonnaire. En effet, il aura fallu attendre au milieu des années 1990, il y a à peine 26 ans, avant de reconnaître que le stress traumatique secondaire pouvait également avoir un effet sur les professionnels de la relation d'aide (Figley, 1995). Force est de constater que cette recherche, menée en français, aura notamment des effets significatifs sur la suite scientifique, puisque la majeure partie des études concernant les sujets ont été menées, jusqu'à maintenant, en anglais. Plusieurs des concepts étudiés dans la langue universelle ont été utilisés de façon interchangeable par plusieurs auteurs, tels que le TV et la FC, faisant en sorte qu'il peut être difficile pour une personne francophone de s'y retrouver. Certes, la vulgarisation de plusieurs concepts théoriques complexes contribuera aussi à l'augmentation de la compréhension de la problématique par la population générale, agissant, par le fait même, comme facteur de prévention.

Or, le peu de recherches existantes qui font un lien entre la profession d'intervenant et des troubles psychologiques spécifiques, tels que la FC, ne touchent pas la population ciblée

dans la présente recherche. Effectivement, même les études menées par le grand chercheur qu'est Figley touchaient principalement les infirmier(e)s. Cela étant dit, il semble important pour l'univers des chercheurs d'en savoir davantage sur les effets de ce traumatisme secondaire chez les intervenants directement exposés aux traumatismes les plus horribles pouvant être vécus par l'espèce humaine et qui sont, de ce fait, prédisposés à des symptômes intrusifs et dévastateurs (Figley, 1995).

Pour ce qui est des apports pratiques, il a été très intéressant de mener ce projet à titre d'actrice engagée directement dans le milieu en y étant employée. Être témoin de la réalité des professionnels s'y trouvant a permis de transférer nos savoirs à l'état pratique, afin de déterminer des stratégies pour prévenir les maux étudiés. Par ailleurs, cette recherche permet de fournir des renseignements sur les facteurs d'influence de la FC chez les professionnels du milieu permettant la conscientisation des participants et des gestionnaires à ce mal intrusif, de sorte qu'ils puissent se mobiliser quant aux éléments sur lesquels ils peuvent agir directement. À cet égard, les intervenants qui sont conscients et qui peuvent reconnaître la symptomatologie les touchant singulièrement, pourront certes prévenir le développement de la FC. Pour toute l'organisation, ce travail de recherche permettra également d'apposer un vocabulaire théorique sur le phénomène ciblé et non seulement, par manque de connaissances, tout attribuer à l'épuisement professionnel. Le fait d'observer la FC au sein des milieux de travail, en étant armé de cette théorie, pourrait aider à la mise en place d'une aide spécialisée et de stratégies adaptées à ses enjeux. Qui sait ? Cette recherche pourrait éventuellement contribuer au déblocage de fonds supplémentaires pour venir en aide aux intervenants sociaux trop souvent dépassés et en congé de maladie.

Concrètement, il est primordial de veiller à la prévention de la FC chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des CAVAC, alors qu'elle peut sérieusement mettre la clientèle ainsi qu'eux-mêmes en danger. Dans cet ordre d'idées, le stress de compassion est « une érosion graduelle de l'empathie, de l'espoir et de la compassion chez les professionnels de la santé non seulement pour les patients, mais aussi envers eux-mêmes » (Figley, 1995 dans Fortier, 2013). De ce fait, cet « état de dysfonctionnement et d'épuisement biologique,

psychologique et social résultant de l'exposition prolongée au stress de compassion » (Figley, 1998) peut affecter n'importe quel professionnel de la relation d'aide et plus spécifiquement les intervenants œuvrant auprès des victimes qui désirent sincèrement faire tout ce qui est possible afin d'alléger les souffrances intenses des autres individus (Rinpoche, 1994, p. 346).

Bien que les résultats de cette recherche montrent une organisation qui fonctionne sommairement bien et dans laquelle le niveau de FC semble assez bas, il appert important de garder à l'esprit que la situation peut être affectée rapidement. Effectivement, il y a existence de nombreux facteurs prédictifs, dont certains qui ne sont même pas encore connus actuellement. Considérant le fait que les équipes du milieu semblent assez stables, il est intéressant et pertinent d'en savoir davantage sur leur réalité, notamment concernant l'influence de la demande de travail et de la qualité des relations interpersonnelles avec leurs collègues sur leur état de santé mentale. Ces informations démontrent qu'il est prioritaire pour les professionnels touchés ainsi que pour les supérieurs hiérarchiques de prendre conscience de leur responsabilité individuelle et collective ainsi que de leur pouvoir d'agir sur la prévention et la gestion des problématiques citées.

5.4 LIMITES DE L'ÉTUDE

Bien qu'il fût possible de dénoter plusieurs apports théoriques et pratiques découlant de cette recherche, nous constatons certaines limites quant à celle-ci. D'abord, en ce qui concerne le contrôle des variables parasites, qui pourraient mener vers des biais dans les résultats, on pourrait penser au fait que les intervenants du CAVAC sont continuellement débordés et sollicités et qu'ils pourraient ne pas avoir le temps de répondre au questionnaire, ou bien d'y répondre convenablement. Également, il est possible de penser à un biais de sélection, alors que les personnes sondées et qui composent notre échantillon ne sont pas représentatives de la population. De ce fait, plusieurs régions administratives du Réseau des CAVAC ne sont pas représentées, telles que le Nunavik, la Mauricie, Laval, les Laurentides, le CAVAC CRI, la Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches et l'Abitibi-Témiscamingue.

Il est également possible que le fait de mener la recherche dans la langue française ait restreint certains participants anglophones. Aussi, une limite apparente de la présente étude est le faible taux de participation, qui a donné un échantillon restreint (n =70). De ce fait, une relance a dû être faite alors qu'après le premier envoi, les participants étaient encore moins nombreux.

Ensuite, comme Drapeau (2008) le souligne, l'humain voit ses comportements être l'adaptation progressive et mutuelle des échanges avec son environnement. De ce fait, il apparaît pertinent de voir l'étude des phénomènes humains comme difficilement objective, difficilement transposable aux réalités des autres qui pourraient se trouver au même endroit quelque temps plus tard. L'être humain évolue à travers divers contextes rencontrés et est exposé à divers environnements touchant sa vie personnelle et professionnelle. La recherche doit donc tenir compte de multiples dimensions de l'humain en interrelations et pourrait être menée sous des analyses longitudinales, alors que dans le cas actuel, en raison de limites temporelles pour les personnes impliquées, il a été question de restreindre l'étude au moment et selon les dimensions ciblées.

Dans ce même ordre d'idées, tout au long de cette étude, il a été question de l'importance des rapports avec les collègues au sein du milieu de travail ainsi que de la charge de travail rencontrée sur la santé psychologique des professionnels. Or, lors de l'administration des questionnaires durant la pandémie, plusieurs intervenants étaient en télétravail et avaient peu de contacts avec la clientèle ainsi que leurs collègues, ce qui pourrait possiblement engendrer un biais dans les résultats qui émanent d'une situation bien particulière.

5.5 PISTES DE RECHERCHE FUTURES

Bien que des résultats intéressants concernant les facteurs organisationnels aient émané des analyses effectuées, il serait pertinent de faire l'étude des facteurs personnels qui ne sont

pas à négliger dans l'apparition de la FC et également du TV. De ce fait, plusieurs autres dimensions seraient à approfondir, telles que les facteurs biographiques, l'hygiène de vie, les antécédents personnels, les traits de personnalité, les stratégies d'adaptation au stress, les croyances fondamentales, de plus que la spiritualité. Effectivement, par exemple, le seul fait d'être une femme, selon plusieurs auteurs, augmente le risque de FC (Lerias et Byrne, 2003; Mangoulia et coll., 2015). Or, il apparaît pertinent de considérer que dans l'échantillon recensé, 92,9 % étaient des femmes, ce qui a du sens avec la réalité de la prédominance des femmes au sein du milieu. Aussi, à titre indicatif, au niveau personnel, d'autres facteurs de stress peuvent être pris en compte afin de comprendre et de prédire l'apparition des phénomènes étudiés, comme il est le cas pour les perturbations de la vie personnelle, telles que les difficultés financières, les deuils, les divorces, ainsi que les autres demandes de la vie quotidienne (responsabilités en versus des ressources disponibles) (Figley, 2002; Mangoulia et coll., 2015). Finalement, à titre d'exemple figurent les traumatismes vécus par le travailleur dans le passé alors que les souvenirs traumatiques et les troubles psychologiques antérieurs constituent des facteurs de risque quant aux problématiques précédemment citées (Figley, 2002; Newell et Macneil, 2010; Killian, 2008; Sodeke-Gregson, Holtumm et coll., 2013; Pearlman et Maccan, 195; Baird et Kracen, 2006; Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2007; Dunkley et Whelan, 2006a). Ces exemples ne font que s'ajouter à tant d'autres dimensions qui seraient éventuellement à explorer.

De plus, il ressort de cela qu'il serait important de faire l'étude des facteurs de protection et de risque du développement du TV. Le nombre exponentiel de dimensions à explorer pour les deux problématiques d'abord ciblées ainsi que la difficulté à trouver un instrument de mesure permettant de développer nos connaissances au sujet du TV ont été freinant, de sorte que l'étude de cette variable a été mise de côté pour le présent mémoire.

En somme, il serait pertinent d'éventuellement mener une semblable recherche dans un contexte sanitaire différent. Effectivement, il est non-négligeable de considérer l'effet de la pandémie sociale sur la population mondiale et plus particulièrement chez les intervenants du Réseau des CAVAC. À cet effet, un contexte différent pourrait apporter des résultats

différents en raison d'un état de santé mentale autre, une relation distincte avec la clientèle et les collègues, une disponibilité changée pour participer à l'étude, etc. À ce moment, il serait intéressant pour les chercheurs de mener un projet auprès d'un échantillon plus significatif.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Lorsqu'on parle d'intervenants sociaux œuvrant auprès des victimes, il est facilement possible de penser à des professionnels qui côtoient quotidiennement des personnes auprès de qui ils sont exposés à des récits horrifiants et souffrants et pour qui ils se doivent de s'impliquer émotionnellement dans le but de les conduire vers la guérison (Figley, 1995). En plus d'exercer depuis longtemps une profession particulièrement à risque, il ne faut pas se leurrer, l'actuelle pandémie du coronavirus et l'urgence sanitaire associée n'auront pas été sans défi sur la santé psychologique de ces intervenants. Effectivement, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) soutient que le personnel soignant, le personnel de soutien et les intervenants psychosociaux sont les groupes faisant face au plus grand risque de vivre des fragilités au niveau de leur santé mentale après la pandémie, et ce, pour plusieurs raisons. Il est notamment question du « sentiment d'urgence, l'imprévisibilité de la situation, la lourdeur des procédures pour éviter la contagion, le manque appréhendé d'équipement de protection individuelle, la peur d'être contaminé et de contaminer ses proches, le manque de personnel et la fatigue qui s'accumule exposent le personnel du RSSS à des éléments stressants et potentiellement traumatiques sur lesquels ils n'ont que très peu de contrôle » (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020).

Dans le cadre de ce mémoire, il était très pertinent de s'intéresser à ce groupe de travailleurs qui fait régulièrement face à des situations constituant des écarts marqués par rapport aux normes sociales, notamment celles en lien au respect de l'intégrité des personnes. On reconnaît que le rôle des entreprises dans ces contextes réside notamment dans le volet de prévention et de soutien lorsqu'une personne est atteinte d'un trouble de santé mentale. Seulement, en raison de nombreux coûts financiers et humains associés à ces maux, il

apparaît que la prévention en milieu de travail reste un des meilleurs moyens de défense contre ceux-ci.

Dans cette optique, cette présente recherche se concentrait sur la documentation des facteurs d'influence de la FC chez les professionnels du Réseau des CAVAC. Celle-ci devait être faite dans le but de déceler le niveau de ces problématiques au sein des équipes et de le mettre en relation avec des facteurs organisationnels significatifs prédictifs afin de diriger les gestionnaires présents au sein de ces équipes.

Pour plusieurs motifs énoncés précédemment, il est à noter qu'il a été impossible d'approfondir et de documenter la variable qu'est le TV. L'analyse de la FC fût toutefois révélatrice et aura permis de pallier un manque important au niveau de l'insuffisance des recherches existantes en lien avec cette problématique insidieuse, qui est constituée de la traumatisation secondaire et de l'épuisement professionnel (Adams et coll., 2006).

En ce qui a trait au niveau de FC au sein du Réseau des CAVAC, il est positif de voir qu'il est actuellement bas (2,09/5,00). Cependant, il est pertinent de savoir qu'il pourrait contenir un biais en raison du taux de participation peu élevé. Les analyses corrélationnelles ont aussi permis de voir la qualité des relations interpersonnelles comme étant un facteur de protection sur le développement de la FC ainsi que la demande de travail comme un facteur de risque, ce qui concorde fortement avec les écrits recensés. Certains liens non statistiques peuvent tout de même déceler la logique derrière le fait que la plupart des points de service peuvent compter sur au moins un collègue et que peu d'intervenants effectuent du temps supplémentaire.

Bien que peu de résultats significatifs découlent de cette recherche, ceux-ci pourront certainement servir d'appui au peu de recherches effectuées dans ce domaine et encore plus particulièrement dans la langue francophone. Cela étant dit, il est important d'en savoir davantage sur les effets de la FC chez les professionnels étant directement exposés aux traumatismes vécus par l'humain. Également, au-delà des résultats ayant découlé de l'étude, la recension des écrits aura permis le débroussaillage de la littérature anglophone qui utilise

régulièrement les problématiques de TV et de la FC de façon interchangeable alors qu'elles présentent des particularités distinctes.

Il est certain que dans le futur, certaines recherches pourraient être effectuées de façon complémentaire afin de faire un autre pas vers la connaissance des problématiques recensées. En effet, plusieurs limites ressortent de l'étude actuelle. Il est notamment possible de parler du faible taux de participation, de la non-représentation ou la surreprésentation de certaines régions, le ciblage de participants francophones, l'impossibilité de mesurer le TV l'absence d'une étude longitudinale face à des problématiques évolutives et la situation sanitaire actuelle (COVID-19). Également, il serait pertinent de faire l'étude des facteurs personnels, tels que les facteurs biographiques, l'hygiène de vie, les antécédents personnels, les traits de personnalité et les stratégies d'adaptation au stress, les croyances fondamentales, de plus que la spiritualité. Une recherche semblable pourrait être effectuée auprès d'un échantillon plus significatif dans un contexte sanitaire différent et plus « normal » et le concept du TV pourrait être approfondi.

La démonstration d'une organisation qui peut compter sur des intervenants présentant actuellement un faible taux de FC ne doit pas faire en sorte que ceux-ci et leurs gestionnaires se reposent sur leurs lauriers. Au contraire, face à ce mal insidieux, ces résultats encourageants devraient représenter une longueur d'avance leur permettant d'être conscients et un peu plus préparés pour le prévenir, diminuer les risques d'en être atteint et augmenter leurs capacités et compétences à combattre ce monstre invisible.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Action ontarienne contre la violence faite aux femmes, (2007), *Formation en matière de violence faite aux femmes : Traumatisme secondaire*. Document consulté sur le <http://ressources-violence.org/formation/index>
- 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(1), 103-108.
- Allen, S. M. (2010), *The relationship between perceived levels of organizational support, and levels of compassion fatigue and compassion satisfaction among child welfare workers* [Thèse de doctorat, Capella University] UMI.
- Allen, M. (2016). Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2015. *Juristat*, 36(1).
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*.
- Armstrong-Stassen, M. (2004). The influence of prior commitment on the reactions of layoff survivors to organizational downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 46-60. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.9.1.46>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail. (2021). *Autonomie décisionnelle au travail*. APSAM. <https://www.apsam.com/theme/santepsychologique/autonomie-decisionnelleautravail#:~:text=L'autonomie%20d%C3%A9cisionnelle%2C%20aussi%20appel%C3%A9,d'en%20d%C3%A9velopper%20de%20nouvelles.ettext=Ce%20risque%20est%20%C3%A9galement%20accru,le%20soutien%20social%20est%20faible>.
- Attigui, P. (2019). *Les paradoxes de l'empathie: Philosophie, psychanalyse, sciences sociales*. CNRS Éditions via OpenEdition.
- Baird, K., et Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis*. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>

- Bandura, A. (2007). *L'auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Supérieur.
- Bell, H., Kulkarni, S., et Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 84(4), 463-470. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.131>
- Bloom, S. (2003). *Caring for the Caregiver: Avoiding and Treating Vicarious Trauma* (pp. 459-470).
- Bourassa, D. B. (2009). Compassion fatigue and the adult protective services social worker. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(3), 215-229. <https://doi.org/10.1080/01634370802609296>
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., et Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 386-393. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.386>
- 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
- Brillon, P. (2004). *Se relever d'un traumatisme*. Éditions Québecor.
- Brillon, P. (2010). *Comment aider Les victimes Souffrant de stress post-traumatique: Guide à l'intention des thérapeute* (4e éd.). Éditions Québecor.
- Brillon, P. (2013). Fatigue de compassion et trauma vicariant: quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. *Psychologie Québec*, 30(3), 30-35.
- Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique: guide à l'intention des thérapeutes*. Québec-Livres.
- Brisson, C., Blanchette, C., Guimont, C., Dion, G., Moisan, J., Vézina, M., Dagenais, G. R., et Masse, L. (1998). Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek job content questionnaire. *Work et Stress*, 12(4), 322-336. <https://doi.org/10.1080/02678379808256870>
- Cambridge, M. A., Murray, C.J.L., et Lopez, A.D. . (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale, Harvard University Press.
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81-101. https://doi.org/10.1300/j497v75n02_06
- Carrier, I. V. E., et Gersons, B. P. R. (1994). Trauma at work: Posttraumatic stress disorder; an occupational health hazard. *Journal of Occupational Health and Safety—Australia and New Zealand*, 19, 254-266.

- Centre de ressources Meilleur départ. (2012). *Lorsque compassion rime avec souffrance : l'épuisement professionnel, le stress vicariant et la traumatisation secondaire chez les fournisseurs de services travaillant auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants*. https://www.meilleurdepart.org/ressources/howto/pdf/Compassion_FR_Final_2014.pdf
- Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (Région du Bas-St-Laurent). (2019). *Rapport annuel 2018-2019*. https://cavac.qc.ca/wp-content/uploads/2019/08/cavacbsl_rapport-annuel_2018-2019-vf.pdf
- Collins, S., et Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 17-27 <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00526.x>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Norme nationale*. Extrait de <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/norme-nationale>
- Cornille, T. A. et Meyers, T. (1999). Secondary Traumatic Stress Among Child Protective Service Workers: Prevalence, Severity and Predictive Factors. *Traumatology*, 5(1), 1-17. <https://doi.org/10.1177/153476569900500105>
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work*, 48(4), 451-459. <https://doi.org/10.1093/sw/48.4.451>
- Dalton, L. E. (2001). *Secondary traumatic stress and Texas social workers* [Thèse de doctorat, University of Texas at Arlington].
- Dane, B. (2002). Duty to inform. *Journal of Teaching in Social Work*, 22(3-4), 3-20. https://doi.org/10.1300/j067v22n03_02
- Deighton, R. M., Gurriss, N., et Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 63-75. <https://doi.org/10.1002/jts.20180>
- Delbrouck, M. (2008). *Le burn-out du soignant: le syndrome d'épuisement professionnel (2e éd.)*. De Boeck.
- Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 1(1), 35-41. doi:10.20982/tqmp.01.1.p035
- Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain. *Évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables*, 11-32. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph42k.5>
- Dunkley, J., et Whelan, T. A. (2006a). Vicarious traumatization in telephone counsellors: Internal and external influences. *British Journal of Guidance et Counselling*, 34(4), 451-469. <https://doi.org/10.1080/03069880600942574>

- Dunkley, J., et Whelan, T. A. (2006b). Vicarious traumatisation: Current status and future directions. *British Journal of Guidance et Counselling*, 34(1), 107-116. <https://doi.org/10.1080/03069880500483166>
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., et Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>
- El-Bar, N., Levy, A., Wald, H. S., et Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 31. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-2-31>
- Figley, C. R. (1978). Psychosocial adjustment among Vietnam veterans: An overview of the research. *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research and treatment*, 57-70.
- Figley, C. R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. *Trauma and its wake*, 1, 398-415.
- Figley, C. R. (1995a). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Psychology Press.
- Figley, C. R. (1995b). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). The Sidran Press.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In C. R. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic costs of caring* (pp. 15–28). CRC Press/Routledge/Taylor et Francis Group.
- Figley, C. R. (Ed.). (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge.
- Follette, V. M., Polusny, M. M., et Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 275-282. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.275>
- Fortier, A. (2013, avril). *Transformer la fatigue de compassion*. Communication présentée à la conférence de l'Association de soins palliatifs du Nouveau-Brunswick. https://www.nbhpcaspnbc.ca/education/conference_congres/congres_2013_conference/25_avril_2013-FR.pdf
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide: les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi]. Constellation. <https://constellation.uqac.ca/2771/1/030621766.pdf>
- Fortin, M. F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation,.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Gollac, M., et Volkoff, S. (1996). *Citius, altius, fortius. Actes de la recherche en sciences sociales*, 114(4), 54-67. <https://doi.org/10.3917/arss.p1996.114n1.0054>
- Huard, C. (2020). *Auto-efficacité émotionnelle et santé psychologique au travail des répartitrices et des répartiteurs d'urgence au Québec* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Rimouski]. http://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1858/1/Charlotte_Huard_mars2020.pdf
- Houde, L. (2014) Module 13 : régression [notes de cour] Département de mathématiques et d'informatique, Université du Québec à Trois-Rivières. <https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/Gscdepot/paf1010/19/M13.pdf>
- Injeyan, M. C., Shuman, C., Shugar, A., Chitayat, D., Atenafu, E. G., et Kaiser, A. (2011). Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: The roles of dispositional optimism and locus of control. *Journal of Genetic Counseling*, 20(5), 526-540. <https://doi.org/10.1007/s10897-011-9379-4>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie*. INESSS.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. *Trauma and its wake*, 1, 15-35.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121. <https://doi.org/10.1097/00152193-199204000-00035>
- Johnson, C. N., et Hunter, M. (1997). Vicarious traumatization in counsellors working in the New South Wales sexual assault service: An exploratory study. *Work et Stress*, 11(4), 319-328. <https://doi.org/10.1080/02678379708252995>
- Kanter, J. (2007). Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal*, 35(4), 289-293. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0125-1>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R., et Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic books.
- Kédia, M., et Sabouraud-Séguin, A. (2013). *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie: En 49 notions*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.segui.2013.01>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A., et Adis, C. S. (2015). Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*, 43(6), 1854-1884. <https://doi.org/10.1177/0149206315575554>

- Lejeune, J. (2013). L'épuisement personnel ou burn-out chez les quinquagénaires dans le monde de l'entreprise : analyse et gestion des risques psychosociaux. Dans : J.-É. Vanderheyden, *Le burn-out des quinquas* (pp. 227-237). De Boeck Supérieur.
- Lerias, D., et Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., et Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 333-338. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>
- Maslach, C., et Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- McCann, I. L., et Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/bf00975140>
- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., et Sira, N. (2009). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress. *Omega: Journal of Death et Dying*, 60(2), 103-128.
- Meldrum, L., King, R., et Spooner, D. (2002). Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 85-106). Brunner-Routledge.
- Minitab 18. (2019). *Méthodes et formules pour la fonction pas à pas dans Ajuster le modèle de régression*. <https://support.minitab.com/fr-fr/minitab/18/help-and-how-to/modeling-statistics/regression/how-to/fit-regression-model/methods-and-formulas/stepwise/>
- Murray, C. J., Lopez, A. D., et World Health Organization. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary*. World Health Organization.
- Negash, S., et Sahin, S. (2011). Compassion fatigue in marriage and family therapy: Implications for therapists and clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 1-13. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00147.x>
- Newell, J. M., et MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57-68.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66912>
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *10 faits sur la santé mentale* https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/

- Organisation mondiale de la Santé (2017). *La santé mentale : renforcer notre action*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Pearlman, L. A. (1999). *Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization*. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. (pp. 51-64). The Sidran Press.
- Pearlman, L. A., et Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pearlman, L. A. et Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors (Vol. 19)*. Norton et Co.
- Perreault, C. (2004). *Fatigue des intervenants-es : comment composer avec les effets de la violence*. Actes du 4e colloque de l'Association québécoise Plaidoyer-victimes. https://aqp.ca/wp-content/uploads/2004_m3.pdf
- Pesqueux, Y. (2020). *La question méthodologique en sciences de gestion : attitude constructiviste et attitude positiviste* [thèse de doctorat, Hessem Université]. HAL. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02532445/document>
- Piaget, J. (1923). *Le Langage et la pensée chez l'enfant./The Language and Thought of the Child*. Delachaux et Niestlé.
- Pines, A., et Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.
- Réseau des CAVAC. (2019). *Mémoire présenté à la Commission spéciale sur l'exploitation sexuelle des mineurs : L'intervention en contexte d'exploitation sexuelle auprès des adultes et des mineurs au sein du réseau des CAVAC*. https://cavac.qc.ca/wp-content/uploads/2021/01/assemble.mmoire_final_rdesc_commissionspecialeexpl.mineurs_rev12janv2021.pdf
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., et Chau, S. (2004). Predictors of post-traumatic distress in child welfare workers: A linear structural equation model. *Children and Youth Services Review*, 26(4), 331-346. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2004.02.003>
- Richardson, J. I. (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*. Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- Rinpoche, S. (1994). *Le livre tibétain de la vie et de la mort* (Ser. Les chemins de la sagesse). Table ronde.
- Rizzolatti, G., Folgassi, L., et Gallese, V. (2007). Les neurones miroirs. *Pour la Science*, 44-49.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 933-938. doi:10.1016/j.psychres.2012.07.029

- Schwarz, R. (2002). *Tools for transforming trauma*. Brunner-Routledge.
- Senécal, C. B., Vallerand, R. J., et Vallières, É. F. (1992). Construction et validation de l'Échelle de la Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI) [Construction and validation of a French scale "Qualité des Relations interpersonnelles" (EQRI)]. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 42(4), 315–324.
- Serniclaes, O. (2003). Le soutien psychologique aux intervenants : intervenants psychosociaux face aux victimes : processus psychodynamique de la traumatisation indirecte. *Le Journal international de victimologie* 1(2).
- Shalvi, S., Shenkman, G., Handgraaf, M. J., et De Dreu, C. K. (2011). The Danger of Unrealistic Optimism: Linking Caregivers' Perceived Ability to Help Victims of Terror With Their Own Secondary Traumatic Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(11), 2656-2672. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00844.x>
- Société canadienne de la sclérose latérale amyotrophique. (2017). *Fatigue compassionnelle : fiche de renseignements*. <https://www.als.ca/wp-content/uploads/2017/04/ALSCAN-Compassion-Fatigue-FR.pdf>
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., et Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 21869. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Sprang, G., Clark, J. J., et Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD research quarterly*, 8, 1-7.
- Stamm, B. (1998) Measuring compassion satisfaction as well as fatigue : developmental history of compassion fatigue and satisfaction test. Dans Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107–119). Brunner-Routledge.
- Statistique Canada. (2009). *Enquête sociale générale*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2010002/article/11340-fra.htm>
- Statistique Canada (2012). *Enquête sur les services aux victimes*. http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurveyetSDDS=5035etItem_Id=1439etlang=fr
- Statistique Canada (2012). *La violence familiale au Canada : Un profil statistique*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-224-x/2010000/aftertoc-aprestdm2-fra.htm>
- Tabor, P. D. (2011). Vicarious traumatization: Concept analysis. *Journal of Forensic Nursing*, 7(4), 203-208. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01115.x>

- Tedeschi, R. G., et Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. SAGE Publications.
- Tehrani, N. (2009). Compassion fatigue: Experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occupational Medicine*, 60(2), 133-138. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp174>
- Thomas, P., Barruche, G., et Hazif-Thomas, C. (2012). La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 19(187), 266-273.
- Violet, J. (2010). *La fatigue de compassion et les besoins en gestion des ressources humaines : les perceptions de quelques intervenants en soins du syndrome de stress post-traumatique* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/3536/1/M11512.pdf>
- Wee, D. F., et Myers, D. (2002). Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 57–83). Brunner-Routledge.
- Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G., et Roberts, R. D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress et Coping*, 26(6), 595-609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.777045>

ANNEXE I
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Documentation des facteurs d'influence de la fatigue de compassion chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC)

TITRE DE LA RECHERCHE : Documentation des facteurs d'influence de la fatigue de compassion chez les intervenants des CAVAC

CHERCHEUSE PRINCIPALE : Alyson Labrie, étudiante à la maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail à l'Université du Québec à Rimouski et travailleuse sociale au CAVAC Bas-Saint-Laurent

DIRECTION DE LA RECHERCHE : Andrée-Ann Deschênes, Ph.D, professeure en gestion des ressources humaines, psychologie du travail, UQAR

CONTEXTE DU PROJET : Peu de recherches s'intéressent présentement aux travailleurs de cette organisation qui, par plusieurs caractéristiques, sont particulièrement à risque de développer la fatigue de compassion. Dans ce contexte, il est question de faire le point sur les facteurs de protection et de risque qui influencent le plus le développement de la fatigue de compassion chez les intervenants psycho-socio-judiciaires du Réseau des CAVAC

Formulaire de consentement implicite et confidentiel

Avant d'accepter de participer à cette recherche, veuillez prendre le temps de lire attentivement ce document qui vous explique le but de notre projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients.

Objectifs de l'étude

L'objectif de la présente recherche est de documenter les facteurs d'influence de la fatigue de compassion chez les professionnels, qui par le fait d'œuvrer pour les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) s'exposent particulièrement à ces problématiques récentes et peu étudiées. Il sera donc question d'avoir un portrait global de ces problématiques dans notre organisation à l'échelle provinciale. Les données recueillies permettront de déceler le niveau de fatigue de compassion dans les milieux étudiés selon les réalités des répondants et de prévenir ces problématiques en dressant un inventaire des facteurs organisationnels les plus influents chez nos membres et sur lesquels il est important d'agir afin d'appuyer la pratique de l'intervention en relation d'aide ainsi que le bon fonctionnement des organisations.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consistera à remplir un questionnaire, d'une durée approximative de 30 minutes. Vos réponses seront ensuite analysées par le logiciel *Statistical package for the social sciences* (SPSS).

Avantages et risques liés à votre participation

En participant à cette recherche, vous apporterez une contribution significative aux préoccupations actuelles entourant la santé psychologique des intervenants du domaine social. Cela pourrait permettre aux différents gestionnaires du Réseau des CAVAC, selon leur réalité, d'opter pour des stratégies qui leur permettront d'agir sur les facteurs prédictifs les plus influents chez leur équipe. Cela peut également vous permettre d'en apprendre

davantage sur vous-même et d'avoir des bienfaits sur votre santé psychologique par le fait de prendre part à un processus d'introspection important.

Aucun risque connu n'est prévu dans la participation à cette étude. Toutefois, il est possible que le fait de répondre à des questions sur votre métier, qui sont plus spécifiques ou personnelles, puisse vous rendre inconfortable. Il est possible que certaines questions suscitent des réflexions ou des malaises causés par des souvenirs désagréables ou des prises de conscience. Dans ce cas, si vous ressentez le besoin d'obtenir du support psychologique ou vous vous questionnez sur les résultats obtenus, une personne-ressource à cet effet vous sera recommandée par l'équipe de recherche. Des ressources d'aide seront également fournies à la fin du questionnaire. À noter que les résultats sont anonymes.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous avez le droit de ne pas répondre à toutes les questions. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. À tout moment, vous avez la possibilité de vous retirer de la recherche. Toutes les données vous concernant seront alors entièrement détruites. Si vous souhaitez vous retirer de la recherche, vous pouvez vous adresser à la chercheuse principale, Alyson Labrie (alyson.labrie@uqar.ca).

Anonymat et confidentialité

Afin d'assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants, les mesures suivantes seront appliquées dans le cadre de la présente recherche. Aucune information vous concernant et permettant de vous identifier n'est demandée dans le questionnaire.

Lors de la diffusion des résultats :

- Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;

À la fin de la recherche, les données de l'étude seront détruites cinq ans après la fin de l'étude. Durant ce laps de temps, les données seront informatisées et conservées par la directrice de la recherche sur une clé USB sécurisée. Les données papier seront détruites après avoir été informatisées.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre d'atteindre les objectifs de cette recherche. Nous vous en remercions chaleureusement.

Attestation du consentement

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche et je consens à être enregistré. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CERUQAR) **No d'approbation** : CÉR-114-878

Renseignements supplémentaires, plaintes ou critiques

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, n'hésitez pas à communiquer avec nous en tout temps à l'adresse suivante : andree-ann_deschenes@uqar.ca.

Ressources d'aide disponible

Ressource interne :

- Programme d'aide aux employés (PAE) disponible au sein de votre organisation.
Nous vous rappelons que les rencontres sont confidentielles.

Ressources externes :

- Association canadienne pour la santé mentale, le lien suivant vous permettra de trouver l'association la plus près de chez vous : <https://cmha.ca/fr/propos-de-l-acsm/communiquez-avec-nous> ou <https://cmha.ca/find-your-cmha>
- Réseau de la santé : la liste de tous les CLSC et hôpitaux au Québec vous est acheminée avec le lien suivant : <https://www.indexsante.ca/>
- Centres de crise du Québec, le numéro de téléphone accessible partout au Québec : 1 866 APPELLE (1 866 277- 3553). Vous pouvez aussi cliquer sur le lien suivant pour accéder à la liste de tous les centres au Québec: <https://www.centredecrise.ca/listecentres>
- Info santé, info sociale 811
- Ligne d'écoute Revivre spécialisée en santé mentale. Numéro de téléphone: 1 866 REVIVRE (1 866 738-4873). Vous pouvez aussi écrire à une intervenante ou à un intervenant à partir du forum www.revivre.org/forum
- Ordre des psychologues du Québec, le lien suivant vous permet de trouver l'aide nécessaire partout au Québec : <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/trouver-de-aide>
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, le lien vous donne accès aux services de référence en ligne pour trouver l'aide adéquate: <http://www.otstcfq.org:82>
- Association Québécoise de Prévention du Suicide (AQPS) joignable grâce au lien suivant : <https://www.aqps.info/besoin-aide-urgente/liste-centres-prevention-suicide.html>
- Centres de Prévention Suicide (CPS), accessible par : <https://www.cpsquebec.ca/>
- La Vigile : <https://lavigile.qc.ca/>

ANNEXE II
LETTRE DE PRÉSENTATION AUX GESTIONNAIRES DU CAVAC

Recherche sur les facteurs d'influence de la fatigue de compassion chez les intervenants du Réseau des CAVAC

Madame, Monsieur,

Nous menons présentement une recherche visant à documenter les facteurs d'influence de la fatigue de compassion dans vos équipes, et ce, à l'échelle provinciale. Ce projet est réalisé par Alyson Labrie, employée du CAVAC Bas-Saint-Laurent et étudiante-chercheuse à la maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail. Ce projet est sous la direction de Andrée-Ann Deschênes, Ph. D., professeure - secteur disciplinaire des sciences de la gestion.

Afin d'assurer le succès de cette recherche, nous avons grandement besoin de votre aide. Nous aimerions joindre les intervenants employés des CAVAC du Québec afin de dresser un portrait objectif, juste et complet de la situation. Si possible, il serait grandement apprécié que vous transmettiez le document joint au présent courriel, duquel je vous invite à prendre connaissance, à vos intervenants.

Cette recherche est approuvée par le Comité éthique de l'UQAR (no. CÉR-114-878). Soyez assuré(e) que les réponses recueillies demeureront strictement confidentielles et serviront aux seules fins de la présente recherche. Nous vous garantissons qu'aucune donnée ne permettra d'identifier les participants.

Enfin, en guise de remerciement pour votre participation, les résultats globaux de la recherche vous seront transmis à la fin de projet.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Nous désirons déjà vous remercier du temps et de l'énergie que vous consacrerez à notre recherche. Son succès dépend en très grande partie de votre collaboration.

Alyson Labrie, TS
Maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail
alyson.labrie@uqar.ca

Andrée-Ann Deschênes, Ph. D.
Directrice de recherche, professeure Université du Québec à Rimouski
andree-ann_deschenes@uqar.ca

ANNEXE III
LETTRE DE PRÉSENTATION AUX EMPLOYÉS DU CAVAC

Recherche sur les facteurs d'influence de la fatigue de compassion chez les intervenants du Réseau des CAVAC

Madame, Monsieur,

Nous menons présentement une recherche visant à documenter les facteurs d'influence de la fatigue de compassion dans vos équipes, et ce, à l'échelle provinciale. Ce projet est réalisé par Alyson Labrie, employée du CAVAC Bas-Saint-Laurent et étudiante-chercheuse à la maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail. Ce projet est sous la direction de la professeure Andrée-Ann Deschênes, Ph. D., secteur disciplinaire des sciences de la gestion.

Afin d'assurer le succès de cette recherche, nous avons grandement besoin de votre aide chers collègues afin de dresser un portrait de votre réalité dans vos milieux de travail respectifs. Nous aimerions rejoindre les intervenants employés des CAVAC du Québec afin de broser un portrait objectif, juste et complet de la situation. Nous sollicitons environ 30 minutes de votre temps pour répondre à un questionnaire concernant les facteurs prédictifs de la fatigue de compassion dans votre organisation et en connaître davantage sur vos besoins à cet égard.

Vous pouvez participer à l'étude si vous :

- Êtes employé du Réseau des CAVAC depuis un minimum d'un an.
- Travaillez au sein du CAVAC au minimum 30 heures par semaine.
- Faites partie d'un de ces ordres professionnels reconnus ou de leur registre des droits acquis : L'Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre professionnel des sexologues du Québec ou l'Ordre professionnel des criminologues du Québec.
- Avez été en contact avec la clientèle dans les 30 derniers jours par le biais d'interventions directes (interventions en présence physique et/ou interventions téléphoniques)

Vous êtes invité(e) à cliquer sur le lien suivant pour remplir le questionnaire : <https://sondage.uqar.ca/index.php/245768?lang=fr>

Cette recherche est approuvée par le Comité éthique de l'UQAR (no. CÉR-114-878). Soyez assuré(e) que les réponses recueillies demeureront strictement confidentielles et serviront aux seules fins de la présente recherche. Nous vous garantissons qu'aucune donnée ne permettra d'identifier les participants.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Nous désirons déjà vous remercier du temps et de l'énergie que vous consacrerez à notre recherche. Son succès dépend en très grande partie de votre collaboration.

Alyson Labrie, TS
Maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail
alyson.labrie@uqar.ca

Andrée-Ann Deschênes, Ph. D.
Directrice de recherche, professeure Université du Québec à Rimouski
andree-ann_deschenes@uqar.ca

ANNEXE IV
QUESTIONNAIRES

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX
--

1. Sexe

- Homme
- Femme
- Autre
- Je ne souhaite pas préciser

2. Âge

- 18-24 ans
- 25-34 ans
- 35-44 ans
- 45-54 ans
- 55 ans et plus

3. État civil

- Célibataire
- Conjoint de fait
- Marié
- Divorcé
- Séparé
- Veuf

4. Situation familiale

- Avec enfant (s) et conjoint (e)
- Avec conjoint (e) seul (e)
- Avec enfant (s)

5. Titre professionnel

- Criminologue
- Travailleur ou travailleuse sociale
- Sexologue
- Psychologue
- Je fais partie du registre des droits acquis d'une de ces professions

6. Le diplôme le plus élevé obtenu en lien avec votre profession

- Diplôme d'études collégiales
- Baccalauréat
- Diplôme d'études secondaires spécialisées
- Maîtrise
- Doctorat
- Post-doctorat

7. Années d'ancienneté au sein de l'organisation du CAVAC

- 1 à 2 ans
- 3 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 à 25 ans
- Plus de 25 ans

8. Années d'expérience en tant que professionnel de la relation d'aide inscrit à un ordre

- 1 à 2 ans
- 3 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 à 25 ans
- Plus de 25 ans

9. Région administrative dans laquelle vous exercez vos fonctions

- Abitibi-Témiscamingue
- Bas-St-Laurent
- Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches
- Centre-du-Québec
- Côte-Nord
- CAVAC CRI
- Estrie
- Gaspésie et Îles-de-la-madeleine
- Lanaudières
- Laurentides
- Laval
- Mauricie
- Montérégie
- Montréal
- Nunavik
- Outaouais
- Saguenay-Lac-St-Jean

10. Population (nombre d'habitants desservis par votre point de service)

- Jusqu'à 2000
- Entre 2001 et 5000
- Entre 5001 et 10 000
- Entre 10 001 et 25 000
- Entre 25 001 et 50 000
- Entre 50 001 et 100 000
- Entre 100 001 et 200 000
- Plus de 200 000

11. Nombre d'intervenants cliniciens dans votre point de service incluant vous-même

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Plus de 10

12. Nombre d'heures, à temps régulier, prévues dans le contrat de travail hebdomadaire

- 11 à 20 heures
- 21 à 30 heures
- 31 à 40 heures
- Plus de 40 heures

13. Heures supplémentaires travaillées en moyenne toutes les semaines

- Quasi inexistantes
- 1 à 5 heures
- 6 à 10 heures
- Plus de 10 heures

14. Nombre d'heures dédiées à l'intervention sociale en présence physique auprès de la clientèle en moyenne toutes les semaines

- Quasi inexistantes
- 1 à 5 heures
- 6 à 10 heures
- 11 à 15 heures
- 16 à 20 heures

Plus de 20 heures

15. Nombre d'heures dédiées aux contacts téléphoniques auprès de la clientèle en moyenne toutes les semaines

Quasi inexistantes

1 à 5 heures

6 à 10 heures

11 à 15 heures

16 à 20 heures

Plus de 20 heures

SECTION 2 : QUESTIONNAIRE SUR LA FATIGUE DE COMPASSION

Instrument de mesure : Inventaire / questionnaire

Format du test :

Ce questionnaire mesure 66 items en utilisant une échelle de type Likert allant de 0 à 5 (0=jamais, 1=rarement, 2=parfois ou à l'occasion, 3=assez souvent, 4=souvent, 5=très souvent). Le résultat de fatigue de compassion est la somme des résultats obtenus aux 23 items suivants: 4,6,7,8,12,13,15,16,18,20-22,28,29,31-34,36,38-40 et 44. Si le résultat du calcul est inférieur ou égal à 26, le risque de développer de la fatigue de compassion est extrêmement faible. Quand le résultat se situe entre 27 et 30, le risque est faible. Un résultat entre 31 et 35 indique un risque modéré. Un résultat entre 36 et 40 est considéré comme un risque élevé de développer ce trouble. Un résultat supérieur ou égal à 41 indique un risque très élevé de fatigue de compassion.

Source :

Reproduit avec l'autorisation de: Jarrad, Reem, Hammad, Sawsan, Tagreed, Mahmoud, Naser (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of General Psychiatry*, Vol 17, 0.

Autorisations :

Le contenu du test peut être reproduit et utilisé, pour des fins non commerciales, dans le cadre d'activités de recherche et d'éducation, et ce, sans nécessiter d'autorisations écrites. La distribution doit être contrôlée, c'est-à-dire uniquement les participants issus de la recherche ou inscrits à l'activité éducative. Tout autre type de reproduction ou de distribution du contenu du test n'est autorisé sans une autorisation écrite de la part de l'auteur et de l'éditeur. Toujours inclure une mention pour signifier la source et le droit d'auteur lors de la citation ou de l'utilisation du contenu de ce test.

Le travail en contexte de relation d'aide vous met en contact direct avec la vie des autres. Comme vous l'avez probablement expérimenté, la compassion éprouvée pour les autres présente à la fois des impacts positifs et négatifs. Ce questionnaire vous aidera à vous positionner en regard de votre compassion : à quel point vous êtes à risque de vivre un épuisement professionnel ou un état de fatigue de compassion ainsi que votre degré de satisfaction par rapport à l'aide apportée aux autres. Pour chacune des caractéristiques énumérées plus bas, il importe de considérer ce qui représente le mieux votre état et votre situation actuelle. Il s'agit donc d'inscrire le numéro qui correspond le plus fidèlement possible à la fréquence du phénomène au courant de la dernière semaine. Par la suite, suivez les instructions relatives à la compilation qui se trouvent à la fin du questionnaire.

0	1	2	3	4	5
Jamais	Rarement	Parfois ou à l'occasion	Assez souvent	Souvent	Très souvent

1.	Je suis heureux(se).	0	1	2	3	4	5
2.	J'ai des croyances et des convictions qui m'alimentent.	0	1	2	3	4	5
3.	Je me sens éloigné(e) des autres, isolé(e).	0	1	2	3	4	5
4.	Je sens que je peux apprendre de nouvelles choses des gens que j'aide.	0	1	2	3	4	5
5.	Je me force à éviter certaines pensées ou sentiments qui me rappellent une expérience effrayante	0	1	2	3	4	5
6.	J'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante.	0	1	2	3	4	5
7.	J'ai des trous de mémoire au sujet d'événements effrayants.	0	1	2	3	4	5
8.	Je me sens en relation avec les autres.	0	1	2	3	4	5
9.	Je me sens calme.	0	1	2	3	4	5
10.	Je crois avoir un bon équilibre entre mon travail et mon temps libre.	0	1	2	3	4	5
11.	J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi(e).	0	1	2	3	4	5
12.	J'ai des excès de colère ou d'irritabilité face à de légères provocations.	0	1	2	3	4	5
13.	Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.	0	1	2	3	4	5
14.	Je sursaute facilement.	0	1	2	3	4	5
15.	En travaillant avec une victime, j'ai eu des idées de violence envers son agresseur.	0	1	2	3	4	5
16.	Je suis une personne sensible.	0	1	2	3	4	5
17.	J'ai des reviviscences en lien avec ceux que j'aide.	0	1	2	3	4	5

18.	J'ai un bon soutien de mon entourage quand je dois surmonter des expériences stressantes.	0	1	2	3	4	5
19.	J'ai déjà eu des expériences directes avec des événements traumatiques dans ma vie adulte.	0	1	2	3	4	5
20.	J'ai eu des expériences directes avec des événements traumatiques dans ma jeunesse.	0	1	2	3	4	5
21.	J'ai déjà pensé que je devrais régler un traumatisme personnel.	0	1	2	3	4	5
22.	Je crois avoir besoin de plus d'amis proches.	0	1	2	3	4	5
23.	Je crois n'avoir personne avec qui discuter de mes expériences stressantes.	0	1	2	3	4	5
24.	Je viens à la conclusion que je travaille trop pour mon bien-être.	0	1	2	3	4	5
25.	Travailler en relation d'aide me procure beaucoup de satisfaction.	0	1	2	3	4	5
26.	Je me sens revigoré(e) après avoir aidé quelqu'un.	0	1	2	3	4	5
27.	J'éprouve de la peur face à des choses qu'une personne à laquelle je suis venu(e) en aide m'a dites ou faites.	0	1	2	3	4	5
28.	Je fais des rêves troublants semblables à ceux des personnes auxquelles je viens en aide.	0	1	2	3	4	5
29.	J'ai des pensées positives à propos de ceux que j'aide et des façons que je pourrais leur venir en aide.	0	1	2	3	4	5
30.	Il m'est arrivé(e) d'être dérangé(e) par le souvenir d'entretiens avec des clients particulièrement difficiles.	0	1	2	3	4	5
31.	J'ai soudainement et involontairement eu des souvenirs d'expériences effrayantes pendant que je travaillais avec une personne à qui je suis venu(e) en aide.	0	1	2	3	4	5
32.	Je suis préoccupé(e) par plus d'une personne à qui je suis venu(e) en aide.	0	1	2	3	4	5
33.	J'ai de la difficulté à dormir en raison de l'expérience traumatique d'une personne que j'ai aidée.	0	1	2	3	4	5
34.	Je vis des émotions joyeuses quant aux façons dont je peux aider les victimes avec lesquelles je travaille.	0	1	2	3	4	5

35.	Il m'arrive de penser que je suis "contaminé(e)" par le stress post-traumatique de mes clients.	0	1	2	3	4	5
36.	Je pense que j'ai peut-être été « inoculé(e) » positivement par le stress traumatique des gens que j'aide.	0	1	2	3	4	5
37.	Je me répète que je dois être moins préoccupé(e) par le bien-être des gens auxquels je viens en aide	0	1	2	3	4	5
38.	Je me suis déjà senti(e) prisonnier(e) de mon travail en tant qu'aidant(e).	0	1	2	3	4	5
39.	J'ai un sentiment de désespoir associé au fait de travailler avec les gens auxquels je viens en aide	0	1	2	3	4	5
40.	Je me suis senti(e) « à bout » à propos de plusieurs choses et j'attribue cela au fait de travailler avec certaines personnes auxquelles je viens en aide	0	1	2	3	4	5
41.	Je souhaiterais pouvoir éviter de travailler avec certaines personnes auxquelles je viens en aide.	0	1	2	3	4	5
42.	Il est particulièrement agréable de travailler avec certaines personnes auxquelles je viens en aide.	0	1	2	3	4	5
43.	Je me suis déjà senti(e) prisonnier(e) de mon travail en tant qu'aidant(e).	0	1	2	3	4	5
44.	Il m'est arrivé(e) de me sentir en danger dans le cadre de mes fonctions comme aidant(e).	0	1	2	3	4	5
45.	J'ai l'impression que certaines personnes que j'aide ne m'aiment pas personnellement.	0	1	2	3	4	5
46.	J'aime mon travail comme aidant(e).	0	1	2	3	4	5
47.	Je considère que j'ai les outils et les ressources dont j'ai besoin dans l'exercice de mes fonctions.	0	1	2	3	4	5
48.	Je me suis déjà senti(e) faible, fatigué(e) ou épuisé(e) en raison de mon travail en tant qu'aidant(e).	0	1	2	3	4	5
49.	Je me suis déjà senti(e) déprimé(e) en raison de mon travail en tant qu'aidant(e).	0	1	2	3	4	5
50.	Je me perçois comme un exemple de réussite dans mes fonctions de personne aidante.	0	1	2	3	4	5

51.	Je ne réussis pas bien à séparer mon travail d'aidant(e) de ma vie personnelle.	0	1	2	3	4	5
52.	J'apprécie mes collègues.	0	1	2	3	4	5
53.	Je peux compter sur mes collègues pour m'aider quand j'en ai besoin.	0	1	2	3	4	5
54.	Mes collègues peuvent compter sur moi pour les aider lorsqu'ils en ont besoin.	0	1	2	3	4	5
55.	J'ai confiance en mes collègues.	0	1	2	3	4	5
56.	Je ressens peu de compassion à l'égard de la plupart de mes collègues.	0	1	2	3	4	5
57.	Je suis satisfait(e) de ma capacité à demeurer à jour dans l'utilisation de la technologie dans le cadre de mes fonctions.	0	1	2	3	4	5
58.	Je sens que je travaille davantage pour le prestige et l'argent que pour l'accomplissement personnel.	0	1	2	3	4	5
59.	Même si je dois réaliser des tâches administratives que je n'aime pas, j'ai quand même le temps de travailler auprès des gens auxquels je viens en aide.	0	1	2	3	4	5
60.	Je trouve difficile de séparer ma vie personnelle de ma vie professionnelle.	0	1	2	3	4	5
61.	Je suis satisfait(e) de ma capacité à demeurer à jour avec les techniques et les protocoles d'aide dans mon travail.	0	1	2	3	4	5
62.	J'ai un sentiment d'inutilité, de désillusion et de ressentiment associé à mon travail d'aidant	0	1	2	3	4	5
63.	Je me perçois comme un exemple d'échec en tant que personne aidante.	0	1	2	3	4	5
64.	Je considère que je n'ai pas réussi à atteindre avec succès mes objectifs de vie.	0	1	2	3	4	5
65.	Je dois faire face à des tâches bureaucratiques sans importance dans mon travail d'aidant.	0	1	2	3	4	5
66.	Je prévois travailler dans le domaine de la relation d'aide pendant plusieurs années.	0	1	2	3	4	5

<p style="text-align: center;">SECTION 3 : TÂCHES LIÉES AU TRAVAIL D'INTERVENANT PSYCHO-SOCIO-JUDICIAIRE</p>

Format du test : Les facteurs psychosociaux au travail sont des facteurs de risque reconnus pour la santé. Conçu par le sociologue et psychologue américain Robert Karasek en 1979, le **modèle de Karasek** est devenu le principal outil de mesure du stress au travail.

Ce questionnaire évalue l'intensité de la demande psychologique à laquelle est soumis un salarié et la latitude décisionnelle qui lui est accordée.

Sources :

Brisson C., Blanchette C., Guimont C., Dion G., Moisan J., Vézina M., Dagenais, G. R., Masse L., (1998). *Reliability and Validity of the French Version of the 18-Item Karasek Job Content Questionnaire*, Work et Stress, Vol. 12, No.4, pp. 322-336.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B., (1998), *The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics*. Journal of Occupational Health Psychology, **3**(4): p. 322-355.

	1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 En accord	4 Fortement en accord
1.	J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.			1 2 3 4
2.	J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.			1 2 3 4
3.	Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.			1 2 3 4
4.	Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.			1 2 3 4
5.	Mon travail exige un niveau élevé de qualifications			1 2 3 4
6.	Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.			1 2 3 4
7.	Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.			1 2 3 4
8.	Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes.			1 2 3 4
9.	Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.			1 2 3 4
10.	Mon travail exige d'aller très vite.			1 2 3 4
11.	On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail.			1 2 3 4
12.	J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.			1 2 3 4
13.	Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres.			1 2 3 4
14.	Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes.			1 2 3 4
15.	Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard.			1 2 3 4
16.	Mon travail est très mouvementé.			1 2 3 4
17.	Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.			1 2 3 4
18.	Mon travail exige de travailler très fort.			1 2 3 4

<p style="text-align: center;">SECTION 4 : ÉCHELLE DE LA QUALITÉ DES RELATIONS INTERPERSONNELLES (EQRI)</p>
--

Auteur : Senécal, C.B., Vallerand, R.J., et Vallières, E.F. (1992). Construction et validation de l'Échelle de la Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI). *Revue européenne de psychologie appliquée*, 42(4), 315-322.

Théorie : Cette échelle mesure la qualité des relations interpersonnelles que les gens peuvent vivre dans différentes sphères de leur vie (famille, relations amoureuses, les amis, les confrères (consœurs) de classe, ainsi qu'avec les gens en général). Il est aussi possible d'utiliser cette échelle concernant une seule dimension, par exemple seulement la famille. Il y a quatre énoncés pour chacune des sphères des relations amoureuses. C'est-à-dire qu'on mesure à quel point, par exemple, les relations avec la famille sont harmonieuses, valorisantes, satisfaisantes et amènent la personne à leur faire confiance. Chaque énoncé est mesuré sur une échelle de 0 à 4 points.

Calculer :

- Les scores correspondant aux items (*par exemple, j'ai répondu 4 à l'item 1, je note 4*);
- Chaque dimension correspond à la moyenne de la somme des items :

$$\text{Score} = \text{Somme } (\Sigma) \text{ totale des items} / \text{Nombre } (N) \text{ total d'items} = \Sigma/N$$

Veillez indiquer la qualité de chacune des relations que vous avez PRÉSENTEMENT avec les personnes de votre entourage. Pour chacun des énoncés, cochez sur la feuille le chiffre (0 à 4) correspondant à votre niveau d'accord ou de désaccord, à l'aide de l'échelle suivante.

0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement

		0	1	2	3	4
A.	Présentement mes relations avec mes collègues...					
1.	...sont harmonieuses.					
2.	...sont valorisantes.					
3.	...sont satisfaisantes.					
4.	... m'amènent à leur faire confiance.					
B.	Présentement mes relations avec mon supérieur immédiat...					
1.	...sont harmonieuses.					
2.	...sont valorisantes.					
3.	...sont satisfaisantes.					
4.	... m'amènent à leur faire confiance.					

