

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL
OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

PAR
CINDY FORTIN

LE VÉCU PROFESSIONNEL DES INTERVENANTS DE LA RELATION D'AIDE :
LES FACTEURS D'INFLUENCE DE LA FATIGUE DE COMPASSION ET DU
TRAUMATISME VICARIANT

MARS 2014

Sommaire

Occuper une profession en relation d'aide signifie être fréquemment en contact avec des gens souffrants. Or, ces contacts peuvent entraîner des répercussions négatives auprès de ces professionnels. Cette étude s'est intéressée à deux de ces possibles répercussions, soit la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant. Ces deux concepts se caractérisent par des changements profonds subis par le travailleur qui établit des rapports d'empathie avec des personnes souffrantes ou victimes de traumatisme et qui est exposé à leurs expériences. La fatigue de compassion et le traumatisme vicariant peuvent se répercuter sur l'ensemble des facettes de la vie de la personne atteinte, tant au niveau personnel que professionnel. L'objectif visé par ce mémoire est d'identifier des facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant présents dans la réalité des professionnels de la relation d'aide.

Huit répondants occupant la profession de travailleur social ou de psychologue pratiquant dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont été questionnés, en s'appuyant sur l'approche bioécologique, sur leur vécu professionnel à partir d'une entrevue semi-dirigée et d'un court questionnaire. Les résultats présentent des facteurs d'influence individuels, soit ceux de la vie privée (le mode de vie et le réseau social) ainsi que des facteurs socioprofessionnels. Ces caractéristiques socioprofessionnelles concernent a) le soutien au travail (la supervision professionnelle, la ventilation et la formation continue), b) les contraintes personnelles au travail (les limites concernant la clientèle, l'organisation de l'horaire et des tâches, les vacances et les congés ainsi que l'absence de limite), c) les mécanismes d'adaptation utilisés par les répondants (la rationalisation et l'isolation de l'affect) et d) la perception de soi et de la profession (la perception de soi comme professionnel, la perception de la relation d'aide puis les perceptions et attentes de la population en général).

Des facteurs d'influence organisationnels ont aussi été identifiés. Ainsi parmi les caractéristiques du milieu de travail, on retrouve a) la mission et les valeurs institutionnelles, b) les conditions de travail (l'horaire et le salaire, la charge de travail

ainsi que les tâches et responsabilités) et c) l'environnement physique de travail. Certaines caractéristiques de la clientèle ont aussi été présentées comme ayant de l'influence, soit la présence d'agressivité, l'attitude non volontaire ou non motivée, le degré de souffrance et le vécu d'événements traumatisants ainsi que l'écart entre les objectifs du client et de l'intervenant. Les relations interpersonnelles au travail font également partie des éléments ressortis en tant que facteurs d'influence de la FC et du TV. Ces facteurs sont a) les relations avec les collègues et l'employeur (le type de relation entretenue, l'attitude et les perceptions de l'intervenant et de la clientèle puis le niveau de compétence de l'équipe de travail), b) l'absence d'équipe de travail (les avantages et inconvénients ainsi que les sentiments ressentis face au travail en solitaire), c) la collaboration (l'attitude des collaborateurs et la communication) et d) l'Ordre professionnel (la perception des professionnels envers les attentes de leur Ordre professionnel et le niveau de satisfaction des professionnels de leur Ordre professionnel).

La présente étude a aussi permis d'identifier des répercussions de la relation d'aide sur la vie des intervenants. En effet, plusieurs répercussions ont été vécues par les répondants, soit des changements de pensées et de perceptions, une modification de l'attitude et des comportements, la perturbation des sentiments et des émotions, l'altération de l'état de santé ainsi que des effets interpersonnels. Les connaissances des répondants sur la fatigue de compassion et sur le traumatisme vicariant ont aussi été questionnées. À ce sujet, cette étude démontre une méconnaissance des professionnels et de leurs milieux de travail sur les répercussions possibles de la relation d'aide. Étant donné l'ensemble des facteurs d'influence qui sont mis en évidence dans la présente étude, il est clair que des changements peuvent être apportés pour protéger les professionnels de la relation d'aide des répercussions de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant. Même si les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à l'ensemble des professionnels de la relation d'aide, ils permettent d'offrir une meilleure compréhension ainsi qu'un regard différent sur les deux concepts à l'étude.

Table des matières

SOMMAIRE	II
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES ANNEXES.....	X
REMERCIEMENTS	XI
INTRODUCTION	1
1. PROBLÉMATIQUE	4
1.1 La prévalence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant chez les intervenants de la relation d'aide.....	5
1.2 Le contexte de la relation d'aide.....	6
1.2.1 L'exposition à la souffrance et au matériel traumatique.....	6
1.2.2 L'empathie.....	7
1.2.3 La motivation à aider.....	7
2. RECENSION DES ÉCRITS	8
2.1 Définition des concepts à l'étude.....	9
2.1.1 Stress traumatique secondaire.....	9
2.1.2 Traumatisme vicariant (TV)	10
2.1.3 Fatigue de compassion (FC)	11
2.1.4 Épuisement professionnel.....	11
2.2 Les répercussions de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.....	12
2.2.1 Les répercussions au niveau personnel	12
2.2.1.1 Les répercussions cognitives.....	13
2.2.1.2 Les répercussions émotives.....	13
2.2.1.3 Les répercussions au plan des perceptions et de la spiritualité.....	14
2.2.1.4 Les répercussions comportementales.....	14
2.2.1.5 Les relations sociales.....	15
2.2.1.6 Les répercussions physiques	16
2.2.2 Les répercussions au niveau professionnel.....	18
2.2.2.1 L'exécution des tâches	18
2.2.2.2 La gestion émotive	19
2.2.2.3 Les comportements généraux et les relations interpersonnelles	19
2.2.2.4 Les conséquences sur l'intervention	20
2.3 Les symptômes et répercussions propres au traumatisme vicariant	22
2.4 Les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant	22

2.4.1	Les facteurs personnels.....	23
2.4.1.1	<i>Le mode de vie et le réseau social.....</i>	<i>23</i>
2.4.1.2	<i>L'histoire personnelle.....</i>	<i>24</i>
2.4.1.3	<i>Les émotions et les moyens d'adaptation.....</i>	<i>25</i>
2.4.1.4	<i>La perception du monde et la spiritualité.....</i>	<i>27</i>
2.4.2	Les facteurs organisationnels.....	28
2.4.2.1	<i>Le fonctionnement organisationnel.....</i>	<i>28</i>
2.4.2.2	<i>La nature et la charge de travail.....</i>	<i>29</i>
2.4.2.3	<i>Le soutien professionnel.....</i>	<i>30</i>
2.4.2.4	<i>Le type de service et le profil de la clientèle.....</i>	<i>34</i>
2.4.2.5	<i>La relation intervenant-client.....</i>	<i>35</i>
2.4.2.6	<i>L'environnement de travail.....</i>	<i>36</i>
2.5	Limites des recherches actuelles.....	39
3.	CADRE CONCEPTUEL	40
4.	MÉTHODOLOGIE.....	46
4.1	Le type de recherche.....	47
4.2	Les objectifs de recherche	47
4.3	La population à l'étude	48
4.4	L'échantillon et méthode d'échantillonnage	48
4.5	La méthode de collecte de données	49
4.5.1	La stratégie de collecte pour la sélection des participants	50
4.5.2	Les stratégies de collecte auprès des intervenants retenus dans l'étude	51
4.5.2.1	<i>L'entrevue semi-dirigée</i>	<i>51</i>
4.5.2.2	<i>Le questionnaire manuscrit.....</i>	<i>53</i>
4.6	L'analyse des données	54
4.6.1	La préparation des données	55
4.6.2	La préanalyse des données	55
4.6.3	Le codage des données	55
4.6.4	L'interprétation des données.....	55
4.7	Les considérations éthiques	56
4.8	La pertinence de la recherche	57
5.	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	58
5.1	Le profil général des répondants.....	59
5.1.1	Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants.....	59
5.1.2	Le parcours professionnel.....	62
5.1.3	Le type de clientèle rencontrée.....	63
5.1.4	Le risque de fatigue de compassion et de traumatisme vicariant.....	64
5.1.4.1	<i>Les résultats des participants au Compassion Fatigue Self-Test for Helpers.....</i>	<i>65</i>
5.1.4.2	<i>Les résultats des répondants à l'Impact of Event Scale.....</i>	<i>66</i>

5.2	Les facteurs d'influence individuels	67
5.2.1	Les facteurs d'influence socioprofessionnels	68
5.2.1.1	Le soutien au travail	68
5.2.1.2	Les contraintes personnelles au travail	77
5.2.1.3	Les mécanismes d'adaptation	86
5.2.1.4	La perception de soi et de la profession	89
5.2.2	Les facteurs d'influence individuels dans la vie privée	101
5.2.2.1	Le mode de vie	101
5.2.2.2	Le réseau social	103
5.3	Les facteurs d'influence organisationnels	104
5.3.1	Les caractéristiques du milieu de travail	105
5.3.1.1	La mission et les valeurs institutionnelles	105
5.3.1.2	Les conditions de travail	108
5.3.1.3	L'environnement physique de travail	115
5.3.2	Les caractéristiques de la clientèle	116
5.3.2.1	La présence d'agressivité	116
5.3.2.2	L'attitude non volontaire ou non motivée	118
5.3.2.3	Le degré de souffrance et le vécu d'événements traumatisants	121
5.3.2.4	L'écart entre les objectifs du client et du thérapeute	123
5.3.3	Les relations professionnelles	125
5.3.3.1	Les relations avec les collègues et l'employeur	125
5.3.3.2	L'absence d'équipe de travail	129
5.3.3.3	La collaboration	132
5.3.3.4	L'Ordre professionnel	136
5.4	Les répercussions de la relation d'aide	144
5.4.1	Les connaissances générales sur la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant	144
5.4.2	Les répercussions vécues	146
5.4.2.1	Les changements de pensées et de perceptions	146
5.4.2.2	La modification de l'attitude et des comportements	148
5.4.2.3	La perturbation des sentiments et émotions	149
5.4.2.4	L'altération de l'état de santé	150
5.4.2.5	Les effets interpersonnels	151
5.4.3	Les répercussions possibles de la relation d'aide	152
6.	DISCUSSION	154
6.1	Le vécu professionnel des intervenants en relation d'aide : les facteurs d'influence	156
6.1.1	Le soutien professionnel	156
6.1.2	La perception du rôle du travailleur social et du psychologue	159
6.1.2.1	La concordance entre les perceptions et la réalité	159
6.1.2.2	Adapter les perceptions à la réalité	162
6.1.3	L'importance de la valorisation	164

6.1.3.1 Les caractéristiques de la clientèle	165
6.1.3.2 Les relations avec le supérieur hiérarchique	167
6.1.3.3 La réputation de la profession	168
6.1.4 Le désir et la valorisation à aider : éléments centraux?	169
6.2 Les forces et les limites de la recherche	170
6.3 La contribution de la recherche et les perspectives futures	172
CONCLUSION	174
RÉFÉRENCES	178
ANNEXES	190

Liste des tableaux

Tableau 1 - Les répercussions de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant au niveau personnel.....	17
Tableau 2 - Les répercussions de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant au niveau professionnel.....	21
Tableau 3 - Les facteurs de risque de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.....	37
Tableau 4 - Les facteurs de protection de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.....	38
Tableau 5 - Les thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue.....	52
Tableau 6 - Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants	61
Tableau 7 - Les facteurs d'influence saillants identifiés par les répondants.....	142

Liste des figures

Figure 1 - Le processus de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant	45
Figure 2 - Le risque de fatigue de compassion	65
Figure 3 - Le potentiel de satisfaction de compassion	66
Figure 4 - Le risque de traumatisme vicariant	67

Liste des annexes

Annexe 1 - Lettre de sollicitation.....	191
Annexe 2 - Test d'Usure de Compassion.....	194
Annexe 3 - Guide d'entrevue	197
Annexe 4 - Questionnaire manuscrit.....	211
Annexe 5 - Certificat éthique	220
Annexe 6 - Formulaire d'informations et de consentement.....	222

Remerciements

Tout le processus menant au dépôt de mon mémoire a été, sans surprise, un parcours empreint de différentes émotions. Joie, satisfaction, réalisation, inquiétude, déception, frustration et solitude m'ont accompagnée durant cette dernière année. Solitude? Oui et non. Bien que je me sois parfois sentie seule devant mon écran, des personnes ont été présentes et m'ont soutenue durant ce parcours, le rendant beaucoup plus facile et agréable. Je tiens donc à les remercier.

Merci à mes deux directrices, Danielle Maltais et Christiane Bergeron-Leclerc, qui m'ont orientée et éclairée du début à la fin de ce travail. Grâce à vos judicieux conseils, à votre disponibilité et à votre ouverture, j'ai pu mener à terme ce fastidieux travail.

Je remercie aussi mes parents, Annye et Sylvain, ainsi que mon frère, Jimmy, pour leur soutien en général. Vous avez toujours eu confiance en ma capacité de jugement et de réalisation. Cette confiance a été une source de soutien durant toutes les étapes de ce travail et me soutiendra certainement pour toutes les étapes de ma vie.

Merci à mon conjoint, Jérôme, pour son support au quotidien. Avec ton éternelle patience, tu m'as écoutée dans mes joies et frustrations, aussi redondantes puissent-elles être. Ta compréhension m'a soutenue dans les bonnes journées comme dans les mauvaises.

Merci à ma collègue de bureau et amie Catherine avec qui j'ai pu partager et rationaliser les différentes émotions et exigences entourant ce mémoire. Sérieux et frivolité ont su se mélanger pour créer un contexte parfait pour mener à terme un tel projet.

Je remercie aussi les participants de cette étude. Sans votre contribution, ce mémoire ne pourrait exister. Grâce à votre ouverture sur votre vie et votre sincérité, il m'est possible de fournir de l'information que je juge intéressante. Merci et prenez bien soin de vous.

INTRODUCTION

Tout le monde risque de vivre, au cours de sa vie, des situations souffrantes ou traumatisantes. Pour surmonter ces différentes problématiques, il est possible de se tourner vers un professionnel de la relation d'aide. Stress, dépendance, décrochage scolaire, problèmes de comportement, traumatismes, abus et violence sont donc, entre autres, différents sujets régulièrement abordés dans la vie professionnelle d'un intervenant en relation d'aide. Plusieurs études se sont arrêtées sur ces diverses problématiques dans le but d'aider les personnes et les intervenants à les comprendre, les prévenir et mieux intervenir. Or, l'effet que le contact fréquent avec un discours souffrant ou traumatisant pourrait avoir sur ces professionnels s'avère moins documenté. Dans le but d'offrir aux professionnels de la relation d'aide et leur entourage professionnel de l'information pour qu'ils puissent se protéger adéquatement, cette étude se concentre sur deux de ces possibles conséquences, soit la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant.

Ces deux troubles se manifestent sous plusieurs symptômes influençant négativement la vie personnelle, sociale et professionnelle des personnes qui en souffrent (Action ontarienne contre la violence faite aux femmes [AOcVF], 2007; Richardson, 2001). D'ailleurs, les membres de l'entourage, comme la famille, les amis et les collègues, ainsi que l'organisation dans le milieu de travail peuvent aussi être affectés négativement par la présence de la fatigue de compassion (FC) ou du traumatisme vicariant (TV) chez un intervenant (AOcVF, 2007; Kahn, 2003; Perreault, 2004; Richardson, 2001; Tabor, 2011). Ne serait-ce que pour l'ensemble des répercussions possibles que la FC et le TV peuvent avoir auprès d'une personne et son entourage, il importe d'obtenir des informations sur leurs facteurs d'influence pour mieux s'en protéger. C'est d'ailleurs l'objectif général de cette étude. Plus précisément, elle tente de répondre à la question suivante : Quels sont les facteurs de risque et les facteurs de protection influençant la FC et le TV chez les professionnels de la relation d'aide?

Cette question sera abordée au travers six différents chapitres, soit la problématique, la recension des écrits, le cadre conceptuel, la méthodologie, les résultats et la discussion. Plus précisément, le premier chapitre présente un portrait de la problématique de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant. La prévalence de ces problèmes et le contexte de la relation d'aide permettent de prendre conscience du risque que représente une profession axée sur l'aide apportée aux gens dans le besoin. Le second chapitre décrit les informations sur la fatigue de compassion et sur le traumatisme vicariant mises de l'avant dans les écrits scientifiques existants. Plus précisément, la définition des concepts à l'étude, les répercussions, les facteurs d'influence et les limites des écrits recensés y sont présentés. Le troisième chapitre permet de mieux comprendre le processus de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant au travers un cadre conceptuel centré sur l'approche bioécologique. La méthodologie de cette recherche, soit les objectifs visés ainsi que la méthode et l'analyse des données, prend place au quatrième chapitre. Ensuite, le cinquième chapitre expose les principaux résultats obtenus dans le cadre de cette étude, soit les facteurs d'influence individuels et organisationnels ainsi que les répercussions associées à la relation d'aide. Les facteurs d'influence individuels font référence aux facteurs socioprofessionnels (soutien au travail, contraintes personnelles au travail, mécanismes d'adaptation, perception de soi et de la profession) puis aux facteurs individuels de la vie privée. Pour ce qui est des facteurs organisationnels, les caractéristiques du milieu de travail et de la clientèle de même que les relations professionnelles sont abordées. Finalement, le sixième chapitre discute les résultats obtenus à la lumière des écrits existants. De plus, ce dernier chapitre présente les forces et les limites de la présente étude, ses retombées sur l'intervention sociale ainsi que des suggestions de pistes de recherches futures.

1. PROBLÉMATIQUE

Afin de comprendre davantage le fonctionnement et l'étendue de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant, il importe de s'attarder sur la prévalence de ces deux manifestations chez les intervenants ainsi que sur les différents éléments du contexte de la relation d'aide.

1.1 La prévalence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant chez les intervenants de la relation d'aide

Bien que les statistiques sur la fatigue de compassion et sur le traumatisme vicariant soient peu nombreuses, des résultats de recherches sur la santé mentale des intervenants permettent de mettre en lumière les risques associés aux professions d'aide. Une recension des écrits réalisée par Bell, Kulkarni et Dalton (2003) démontre que les travailleurs de différents milieux peuvent développer des symptômes de FC ou de TV tels que : a) les travailleurs aux urgences (Leseca, 1996), b) les infirmiers (Joinson, 1992), c) les policiers (Follette, Polusny & Milbeck, 1994), d) les personnes qui interviennent auprès des victimes d'agression sexuelle (Brady, Guy, Poelstra & Brokaw, 1999; Cunningham, 2003; Johnson & Hunter, 1997; Regehr & Cadell, 1999; Schauben & Frazier, 1995), e) les travailleurs des services de protection de la jeunesse (Allen, 2010; Bride, Jones & MacMaster, 2007; Cornille & Meyers, 1999), f) les intervenants de centre d'appels téléphoniques (Dunkley & Whelan, 2006a) et g) les thérapeutes travaillant avec les personnes victimes de traumatismes (Bourassa, 2009; Chrestman, 1995; Craig & Sprang, 2009; Doman, 2010; Follette et al., 1994; Gentry, 2002; Kassam-Adams, 1995; Pearlman & Mac Ian, 1995; Shalvi, Shenkman, Handgraaf & Dreu, 2011). Toutefois, l'étude de Schauben et Frazier (1995) réalisée auprès de 148 intervenants ainsi qu'une étude similaire de Johnson et Hunter (1997) démontrent que les travailleurs interagissant le plus souvent avec des victimes de violence sexuelle présenteraient plus de symptômes de TV. D'ailleurs, une étude australienne réalisée auprès de 300 professionnels œuvrant en santé mentale souligne que 27 % d'entre eux éprouvent une détresse extrême due au travail et que 18 % sont atteints de FC (Meldrum, King &

Spooner, 2002). Selon Figley (1995), la majorité des intervenants en relation d'aide se situent à un niveau de risque modéré (23,5 %), élevé (29,4 %) ou extrêmement élevé (20,6 %) de développer la FC. De plus, Cornille et Meyers (1999) stipulent que le stress traumatique secondaire, qui fait partie du processus menant à la fatigue de compassion et au traumatisme vicariant, affecte 37 % des travailleurs sociaux de la protection de la jeunesse. Pour sa part, Dalton (2001) obtient des résultats similaires en statuant que 38 % des 210 travailleurs sociaux de divers milieux de travail ayant participé à son étude sont également touchés par le stress traumatique secondaire à un niveau modéré ou élevé.

1.2 Le contexte de la relation d'aide

Selon le «*Compassion Fatigue Process*» (Figley, 2002a) et le «*Concept Map of Vicarious Victimization*» (Tabor, 2011), le développement de la FC et du TV résulterait de l'interaction entre trois éléments : a) l'exposition à la souffrance ou à du matériel traumatique, b) l'empathie et c) la motivation à aider. Par le contexte qu'impose la relation d'aide, les professionnels sont invariablement en contact avec ces trois éléments de base.

1.2.1 L'exposition à la souffrance et au matériel traumatique

Selon Breslau et al. (1998) 90 % des gens de la population générale vivront un événement profondément bouleversant ou traumatisant au cours de leur vie. Davidson et Smith (1990) ajoutent que de 84 % à 94 % des personnes rencontrées par les professionnels de la santé mentale font référence à des événements passés traumatisants comme des abus sexuels, de la violence conjugale, l'exposition à des situations de guerres, etc. Lors de leurs rencontres avec leurs clients, les intervenants doivent connaître la situation et les événements amenant un client à consulter. Pour atteindre cet objectif, le récit détaillé de ces événements par le client est habituellement utilisé. Cette reconstruction d'événements difficiles amène inévitablement les intervenants à être

exposés à une réalité de souffrance et de traumatismes ainsi qu'aux répercussions que ces événements ont sur leur clientèle.

1.2.2 L'empathie

L'empathie se définit par la capacité de se mettre à la place d'une autre personne afin de comprendre sa situation, sa perception et ses émotions tout en restant soi-même (Decety, 2002). Selon Rogers (1957, dans Zech, 2008) six conditions sont nécessaires pour obtenir un changement thérapeutique auprès d'un client, dont la présence d'empathie chez le thérapeute. En effet, l'empathie du professionnel est considérée comme un ingrédient clé pour la réussite du processus thérapeutique (Dane, 2002; Decety, 2002). Cet élément se doit donc d'être présent chez les intervenants afin de favoriser l'obtention de résultats positifs en intervention.

1.2.3 La motivation à aider

Les professions axées sur la relation d'aide visent, à la base, une amélioration de la situation des individus. Pour occuper ce type d'emploi, il est nécessaire d'avoir un désir d'aider les gens qui demandent ce genre de services. Les intervenants en relation d'aide doivent donc invariablement se préoccuper du bien-être des clients qu'ils rencontrent. La motivation à aider un individu complète ainsi les trois éléments à la base du processus pouvant mener à la FC et du TV. En plus du contexte de la relation d'aide, différents facteurs individuels, sociaux et organisationnels peuvent avoir une influence sur leur santé psychologique. Ainsi, bien que le stress traumatique qui découle de l'interaction des trois éléments de base à la relation d'aide soit une réaction normale pour ces travailleurs (Bell et al., 2003; Perreault, 2004), une grande partie de ceux-ci ne présentent aucun symptôme relié au TV ou à la FC. Des facteurs de risque et des facteurs de protection s'ajoutent donc au processus. Ainsi, c'est la présence ou l'absence de certains facteurs qui ferait toute la différence pour ces travailleurs. Ce qui nous amène à la question suivante : Quels sont les facteurs de risque et les facteurs de protection influençant la FC et le TV chez les professionnels de la relation d'aide? Cette étude vise l'obtention de réponses à cette question.

2. RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre fait un survol des connaissances actuelles concernant le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion. En effet, une recension des écrits a permis de prendre conscience des résultats de recherche de plusieurs auteurs sur le sujet, permettant ainsi d'en obtenir une vue d'ensemble. Ce portrait de la situation rassemble la définition des concepts à l'étude, les répercussions ainsi que les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.

2.1 Définition des concepts à l'étude

Cette section permet de définir quatre principaux concepts : a) le stress traumatique secondaire b) le traumatisme vicariant (TV), c) la fatigue de compassion (FC) et d) l'épuisement professionnel. Le stress traumatique secondaire se doit d'être présenté puisque sa présence est nécessaire aux phénomènes que sont la FC et le TV. D'ailleurs, ce processus sera plus amplement expliqué dans le prochain chapitre portant sur le cadre conceptuel. Par la suite, les concepts de traumatisme vicariant et de fatigue de compassion seront définis. Le concept d'épuisement professionnel, s'il n'est pas au cœur de cette étude, sera également explicité puisqu'il est souvent confondu avec la FC et le TV dans certains des écrits recensés. C'est donc dans l'optique de le distinguer des trois autres concepts que ce dernier sera abordé.

2.1.1 Stress traumatique secondaire

Le stress traumatique secondaire se définit comme étant les émotions et les comportements normaux découlant du fait de savoir qu'une personne significative a vécu un événement difficile ou traumatisant. Ce stress résulte du fait d'aider ou de vouloir aider cette personne (Figley, 1999). Figley (1999) précise que ce stress n'affecte pas uniquement les membres de la famille et les amis de la personne souffrante ou ayant vécu une expérience traumatique. En effet, les professionnels de la relation d'aide en contact avec un tel individu sont également vulnérables. Le traumatisme vicariant, la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel sont les trois réactions au stress traumatique secondaire (Newell & MacNeil, 2010; Williams et Sommer, 1999).

2.1.2 Traumatisme vicariant (TV)

Le terme «traumatisme vicariant» aurait été utilisé pour la première fois en 1990 par McCann et Pearlman pour définir la réaction des thérapeutes aux événements traumatiques rapportés par leurs clients. Les écrits scientifiques portant sur ce sujet définissent le traumatisme vicariant comme étant un processus par lequel l'expérience intérieure d'une personne est modifiée de façon négative suite à un engagement empathique avec un individu présentant un traumatisme, soit par le transfert du traumatisme du client à l'intervenant (Cunningham, 1999; Dane, 2002; Figley, 2002b; McCann & Pearlman, 1990; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Pearlman & MacLan, 1995; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Les symptômes associés au TV sont similaires à ceux du trouble de stress post-traumatique (TSPT), soit des symptômes neurovégétatifs ou encore d'intrusion et d'évitement (Bell et al., 2003; Brady, Poelstra & Brokaw, 1999; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Hernandez, Gangsei & Engstrom, 2007; Killian, 2008; McSwain, Robinson & Panteluk, 1998; Moulden & Firestone, 2007; Salston & Figley, 2003; Tabor, 2011; VanDeusen & Way, 2006). Selon Richardson (2001), l'on peut parler de traumatisme vicariant lorsque l'intervenant n'a pas vécu le traumatisme, mais qu'il en ressent les séquelles suite aux récits traumatisants qui lui sont racontés. Autrement dit, le premier critère diagnostique du DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) nécessaire pour être atteint du TSPT n'est pas présent pour le traumatisme vicariant, soit d'être exposé concrètement à un événement traumatique. Donc, même si les symptômes sont similaires, il s'agit de deux problématiques différentes. Les expressions «traumatisme secondaire», «traumatisme indirect», «traumatisme par ricochet» et «traumatisme par personne interposée» peuvent également être utilisés comme synonyme au terme «traumatisme vicariant» (AOcVF, 2007). Puisque le terme «*vicarious trauma*» est le plus souvent utilisé dans les écrits anglophones recensés et que peu de textes francophones sur le sujet ont été répertoriés, l'appellation «traumatisme vicariant» sera utilisée dans le cadre de cette étude. Le traumatisme vicariant est un processus pouvant conduire à la fatigue de compassion (Perreault, 2004).

2.1.3 Fatigue de compassion (FC)

L'expression anglaise «compassion fatigue» est mentionnée pour la première fois par Joinson (1992) afin de définir un type de dépression particulièrement observé chez des infirmières travaillant dans les urgences des hôpitaux. Figley (1995) aurait ensuite repris et officialisé ce terme. La fatigue de compassion se caractérise par des changements profonds subis par le travailleur qui établit des rapports d'empathie avec des personnes souffrantes et qui est exposé à leurs expériences (Tabor, 2011; Bell et al., 2003; VanDeusen & Way, 2006; Pearlman & MacIain, 1995; McCann & Pearlman, 1990). La FC se définit donc par un profond désir d'alléger la souffrance d'une personne au point d'en être épuisé (Tabor, 2011). Figley (1995) définit ce terme comme étant le coût de prendre soin (*cost of caring*). Les termes «fatigue compassionnelle» et «usure de compassion» sont utilisés comme synonymes au terme «fatigue de compassion» (AOcVF, 2007). Puisque la majorité des textes anglais et français répertoriés utilisent le terme «fatigue de compassion» ou «*compassion fatigue*», c'est ce dernier qui sera utilisé dans cette étude.

2.1.4 Épuisement professionnel

L'épuisement professionnel, également connu sous le terme de «burnout», «désigne un ensemble de réactions émotionnelles, motivationnelles, comportementales et physiologiques dysfonctionnelles qui se développe face à certaines caractéristiques stressantes et chroniques du contexte professionnel.» (Rasclé & Bruchon-Schweitzer, 2006 : 290). L'épuisement professionnel provient donc du stress relié aux demandes professionnelles comme le surinvestissement et la surcharge de travail. Autrement dit, l'épuisement professionnel n'est pas causé par la présence de matériel traumatique ou par l'exposition à la souffrance contrairement à la FC et au TV. Les causes étant différentes, le traitement n'est également pas le même (Figley, 2002b). De plus, les symptômes de l'épuisement professionnel ne sont pas nécessairement présents chez les professionnels souffrant de l'une ou l'autre de ces deux problématiques. L'inverse est également vrai puisque certains symptômes de la FC et du TV ne sont pas reliés à l'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel est donc un phénomène

différent de celui de la fatigue de compassion (Conrad et Kellar-Guenther, 2006; Dane, 2002; Figley, 1995; Figley, 2002b; Figley et Stamm, 1996; Injeyan et al., 2011; Killian, 2008, Perreault, 2004) et du traumatisme vicariant (Dane, 2002; Hesse, 2002; Killian, 2008; McLean, Wade & Encel, 2003; Pearlman & Saakvitne, 1995; Shauben & Frazier, 1995). Toutefois, la FC et le TV peuvent, s'ils ne sont pas traités à temps, évoluer vers un épuisement professionnel (Bell et al., 2003).

2.2 Les répercussions de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant

La FC et le TV peuvent se répercuter sur l'ensemble des facettes de la vie de la personne atteinte. Au sein des écrits scientifiques consultés, il est possible de constater que les symptômes et les répercussions de la FC et du TV sont sensiblement les mêmes. D'ailleurs, ces deux termes sont souvent confondus dans les écrits scientifiques (Berzoff & Kita, 2010). Afin de dresser un portrait général, les répercussions répertoriées dans la littérature sur la FC et le TV seront présentées simultanément selon qu'elles appartiennent au niveau personnel ou professionnel. La section 2.3, quant à elle, s'attardera sur les répercussions qui sont spécifiques au TV.

2.2.1 Les répercussions au niveau personnel

Les intervenants éprouvant de la FC ou un TV peuvent avoir des réactions qui produisent des changements dans plusieurs aspects de leur vie. En effet, ces troubles peuvent avoir un impact temporaire ou de longue durée sur l'équilibre de l'intervenant (AOcVF, 2007). Les réactions qui provoquent des changements chez l'intervenant peuvent se situer tant au niveau cognitif, émotionnel, comportemental, relationnel, spirituel et physique. En plus de s'étendre à toutes les sphères de la vie, les effets sont cumulatifs, insidieux, envahissants et individuels (McSwain et al., 1998; Pearlman & Saakvitne, 1996; Sommer, 2011; Tabor, 2011). Autrement dit, les effets ne sont pas

instantanés; ils s'accumulent dans le temps de façon subtile et peuvent se répercuter de manière différente pour chaque individu.

2.2.1.1 Les répercussions cognitives

Des modifications affectant les pensées peuvent survenir comme répercussions causées par la FC et le TV. Tout d'abord, le fonctionnement même des pensées peut s'altérer au travers de la confusion, de la désorientation ou des difficultés à se concentrer. Dans le même ordre d'idée, la manière de raisonner peut aussi être modifiée. Par exemple, les professionnels peuvent devenir plus détachés, plus apathiques ou même se trouver dans un état de torpeur. Les intervenants atteints de FC ou de TV peuvent aussi avoir une pensée plus rigide, minimiser les situations ou, à l'inverse, avoir une hyperactivité mentale. De plus, la perte du sens du plaisir et de l'humour s'ajoute aux répercussions possibles de la FC et du TV. Les pensées elles-mêmes peuvent aussi être affectées. En effet, des pensées destructrices dirigées contre soi ou contre les autres peuvent apparaître chez la personne. De plus, les perceptions de la personne, dont il sera question à la section 2.2.1.3, peuvent également changer (AOcVF, 2007; Dane, 2002; Harr & Moore, 2011; Injeyan et al., 2011; McSwain et al., 1998; Perreault, 2004; Richardson, 2001; Stamm, Verra, Pearlman & Giller, 2002).

2.2.1.2 Les répercussions émotives

Plusieurs affects peuvent prendre place en tant que répercussions de la FC et du TV chez les professionnels de la relation d'aide. Tout d'abord, une perturbation générale des émotions peut apparaître, soit par l'alternance des humeurs ou l'absence d'émotions (sentiment de vide, apathie). Les professionnels peuvent aussi devenir plus sensibles à certains contextes ou sur certains sujets comme la violence (AOcVF, 2007; Dane, 2002; Harr & Moore, 2011; Perreault, 2004; Richardson, 2001; Pearlman & Saakvitne, 1996). Parmi les émotions pouvant être ressenties, les écrits recensés énumèrent des émotions reliées : a) à la tristesse (renfermement, dépression), b) à la dévalorisation (sentiment d'impuissance), c) à l'hostilité (colère, rage), d) à la culpabilité et e) à l'anxiété (peur, stress, anxiété) (Dane, 2002; Gentry, 2002; Harr & Moore, 2011; Injeyan et al., 2011;

McSwain et al., 1998; Perreault, 2004; Pearlman & Saakvitne, 1996; Stamm et al., 2002).

2.2.1.3 Les répercussions au plan des perceptions et de la spiritualité

Tel que spécifié à la section 2.2.1.1 (les répercussions cognitives), les perceptions que la personne peut avoir d'elle-même et des autres peuvent être affectées par la FC et le TV. Tout d'abord, la recension des écrits démontre que la perception de soi risque d'être négativement affectée. Autrement dit, de par la diminution de l'estime personnelle et de la confiance en soi, les professionnels peuvent douter d'eux-mêmes et être empreints d'un sentiment d'inaptitude (AOcVF, 2007; Gentry, 2002; Harr & Moore, 2011; Injeyan et al., 2011; McSwain et al., 1998; Perreault, 2004; Richardson, 2001; Pearlman & Saakvitne, 1996). Pour ce qui est de la perception des autres, la vision globale du monde peut être altérée. Cette répercussion se manifeste par la perte de sens ou le questionnement sur le sens de la vie ainsi que par des changements de croyances envers les autres. Ce changement de croyance touchant la perception des autres prend forme surtout dans la perte de la croyance en la bonté des autres, la croyance de l'absence de justice et le changement dans la perception de la sécurité (AOcVF, 2007; Cunningham, 2003; Injeyan et al., 2011; McSwain et al., 1998; Pearlman & Saakvitne, 1995; Perreault, 2004; Shauben & Frazier, 1995; Tabor, 2011; Tehrani, 2010).

En plus des changements concernant la perception de soi et du monde, des répercussions peuvent aussi toucher les croyances spirituelles et religieuses (AOcVF, 2007; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001; Tabor, 2011). En effet, les intervenants affectés par la FC et le TV peuvent éprouver des émotions de colère et de frustration contre Dieu. Cela peut notamment amener l'intervenant à remettre en question ses croyances spirituelles et religieuses (AOcVF, 2007; Richardson, 2001).

2.2.1.4 Les répercussions comportementales

La FC et le TV risquent également d'avoir des répercussions négatives affectant les comportements. De plus, il est possible de souligner que l'ensemble des

répercussions affectant, par exemple, les cognitions, les émotions et les perceptions risquent, elles aussi, d'avoir une influence négative sur les comportements des intervenants. Par exemple, les intervenants atteints peuvent avoir des réactions exagérées pour les circonstances ou être impatients. Des problèmes généraux du fonctionnement comme les troubles du sommeil et de l'appétit peuvent aussi prendre place chez une personne touchée par la FC et le TV (AOcVF, 2007; Gentry, 2002; Harr & Moore, 2011; Richardson, 2001).

En réaction au stress et aux différentes problématiques, les individus utilisent habituellement plusieurs stratégies d'adaptation. Or, la FC et le TV risquent d'amener un intervenant à utiliser des techniques d'adaptation négative ou inappropriée. Parmi celles-ci, certains auteurs mentionnent la dépendance et l'abus de substances, la régression et les comportements autodestructeurs (AOcVF, 2007; Gentry, 2002; Richardson, 2001; Stamm et al., 2002).

2.2.1.5 Les relations sociales

Pour leur part, les effets interpersonnels se manifestent au travers les perceptions de l'individu ainsi que dans son comportement. Comme il a été précisé précédemment, le discours véhiculé par la clientèle peut créer des émotions ou des pensées qui demeurent présentes dans l'esprit des intervenants; ce qui peut les amener à réagir différemment avec les gens de leur entourage. Autrement dit, un désintérêt pour la vie sociale peut prendre place tel que la diminution de l'intérêt pour les relations intimes ou un sentiment de déconnexion face aux personnes significatives (Dane, 2002; Gentry, 2002; Harr & Moore, 2011; Killian, 2008; McSwain et al., 1998; Pearlman & Saakvitne, 1995; Stamm et al., 2002). Les perceptions et les émotions vis-à-vis les gens peuvent aussi tendre vers la méfiance et l'intolérance. Bien entendu, le comportement risque, lui aussi, de changer. Par exemple, de l'isolement (repli social, solitude) peut être perçu, ainsi que la projection de la colère ou du blâme (AOcVF, 2007; Dane, 2002; Harr & Moore, 2011; McSwain et al., 1998; Pearlman & Saakvitne, 1996; Perreault, 2004; Richardson, 2001). L'ensemble de ces changements risque d'affecter négativement

l'accomplissement des différents rôles sociaux de la personne, notamment le rôle parental. En effet, les parents atteints peuvent craindre, sans raison, les agressions et adopter une attitude trop protectrice envers leurs enfants (AOcVF, 2007; McSwain et al., 1998; Richardson, 2001).

2.2.1.6 Les répercussions physiques

En plus des répercussions affectant les différents aspects psychologiques et sociaux de la personne, l'état de santé physique risque, lui aussi, d'être affecté par la FC et le TV. En effet, l'état de stress général ressenti par la personne peut se traduire par diverses manifestations telles que la transpiration, l'accélération du rythme cardiaque et la difficulté à respirer. De plus, l'intervenant peut se retrouver temporairement en état de choc. En réaction à ces répercussions psychologiques, une réaction somatique peut également être présente comme symptômes de la FC et du TV. Cette somatisation peut se percevoir par la présence de douleur physique ou d'étourdissement. Finalement, l'ensemble de ces répercussions et du stress qui en découle peuvent aussi affaiblir le système immunitaire de l'intervenant, ce qui le prédispose à développer des problèmes de santé physique (AOcVF, 2007; Gentry, 2002; Richardson, 2001; Pearlman & Saakvitne, 1996). Le Tableau 1 présente les différentes répercussions recensées de la FC et du TV en fonction des dimensions cognitive, émotionnelle, perceptuelle, comportementale, interpersonnelle et physique.

Tableau 1 - Les répercussions de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant au niveau personnel

Dimensions					
Cognitive	Émotionnelle	Perceptuelle	Comportementale	Interpersonnelle	Physique
<ul style="list-style-type: none"> • Confusion • Désorientation • Difficulté à se concentrer • Détachement • Apathie • Hébétude • Rigidité • Minimisation • Hyperactivité mentale • Altération de la vision de soi et du monde • Pensées destructrices 	<ul style="list-style-type: none"> • Alternance des humeurs • Sentiment de vide • Apathie • Hypersensibilité • Tristesse • Renfermement • Dépression • Dévalorisation • Sentiment d'impuissance • Hostilité • Colère • Rage • Culpabilité • Angoisse • Peur • Stress • Anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'estime et de la confiance en soi • Doute envers soi-même • Altération de la vision du monde • Perte de sens • Perte de la croyance en la bonté • Croyance en l'absence de justice • Insécurité • Remise en question des croyances spirituelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction exagérée • Trouble du sommeil • Trouble de l'appétit • Dépendance • Abus de substance • Régression • Comportements autodestructeurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Désintérêt pour la vie sociale • Méfiance • Intolérance • Isolement social • Repli social • Solitude • Projection de la colère ou du blâme • Changement d'attitude dans les rôles sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Transpiration • Accélération du rythme cardiaque • Difficulté à respirer • État de choc • Réaction somatique • Maux et douleurs • Étourdissement • Affaiblissement du système immunitaire

2.2.2 Les répercussions au niveau professionnel

En plus des répercussions sur la vie personnelle des intervenants, la vie professionnelle risque également d'être négativement affectée par la FC ou le TV (Harrison & Westwood, 2009; Adams, Boscarino & Figley, 2006; Hesse, 2002; Richardson, 2001). D'ailleurs, puisque le principal outil de travail d'un professionnel de la relation d'aide est lui-même, il est logique que les répercussions personnelles énumérées précédemment aient aussi un impact direct sur la vie professionnelle. De plus, l'ensemble des impacts professionnels affecte le travailleur, mais se répercute également sur ses interventions et sur son milieu de travail dans son ensemble. Plus précisément, les intervenants qui souffrent de la FC ou du TV sont susceptibles de vivre des difficultés professionnelles dans quatre sphères : a) l'exécution de leurs tâches, b) la gestion émotive, c) la gestion comportementale et d) les relations interpersonnelles.

2.2.2.1 L'exécution des tâches

Tout d'abord, la FC et le TV peuvent perturber la capacité de l'intervenant à exécuter adéquatement son travail, et ce, en diminuant la qualité et la quantité des tâches accomplies (Figley, 2002; Harr & Moore, 2011; Hesse, 2002; Injeyan et al., 2011). De plus, en raison de l'accumulation de stress traumatique secondaire au travail, les intervenants peuvent être physiquement, psychologiquement et émotionnellement épuisés (Killian, 2008; Negash & Sahin, 2011). Ce manque d'énergie, ajouté à l'ensemble des répercussions de la FC et du TV, risque de diminuer la motivation au travail du professionnel ce qui, par ricochet, favorise les erreurs professionnelles (AOcVF, 2007; Perreault, 2004; Richardson, 2001). Un intervenant peut également éviter certaines tâches, personnes ou lieux associés au discours d'un client afin d'éviter des émotions ou pensées négatives, ce qui risque fortement d'interférer négativement dans sa capacité d'exécuter des tâches (AOcVF, 2007; Bride, 2007; Harr & Moore, 2011; Killian, 2008; Perreault, 2004; Richardson, 2001). De plus, en réaction aux sentiments de culpabilité et d'inaptitude, une personne atteinte peut devenir perfectionniste et obsédée par les détails (AOcVF, 2007; Perreault, 2004; Richardson, 2001). Ainsi, ces différentes répercussions risquent d'affecter négativement la qualité

d'analyse de l'intervenant (Killian, 2008; Negash & Sahin, 2011; Perreault, 2004; Schauben & Frazier, 1995) et contribuer à l'apparition ou à l'augmentation d'erreurs de jugement (AOcVF, 2007; Perreault, 2004; Richardson, 2001).

2.2.2.2 La gestion émotionnelle

Au niveau des manifestations émotionnelles, des recherches ont démontré que la FC et le TV sont liés à une perturbation de l'humeur. En effet, des émotions comme la frustration, la colère, la peur, l'insatisfaction, la démoralisation, la dévalorisation et l'incomplétude peuvent prendre place au contact de la souffrance ou des traumatismes des clients (Tabor, 2011). De plus, un détachement émotionnel (apathie, diminution de l'intérêt professionnel, durcissement émotionnel) et de l'intolérance (perte du sens de l'humour, de la patience et de la compassion) peuvent se révéler comme étant des symptômes de la FC et du TV (AOcVF, 2007; Killian, 2008; Negash & Sahin, 2011; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001; Robinson, Clements & Land, 2003; RPMHTFVVC, 2005; Schauben & Frazier, 1995). Les émotions rattachées à la FC et au TV se perçoivent au travers de la perception (perte d'espoir dans le changement, négativité au travail) et des comportements des intervenants (omnipotence, irritabilité) (McSwain et al., 1998; Perreault, 2004). Dans un rôle de professionnel de la relation d'aide, il est clair que ces différentes perturbations de l'humeur risquent d'affecter directement et négativement le travail des intervenants. D'ailleurs, il est pertinent de rappeler que l'empathie est nécessaire à toute relation thérapeutique (Rogers, 1957 dans Zech, 2008). En ce sens, il est difficile pour les intervenants de demeurer empathique et neutre dans un contexte où leurs humeurs sont perturbées.

2.2.2.3 Les comportements généraux et les relations interpersonnelles

Différents types de comportements spécifiques ont été jusqu'à maintenant présentés comme des réactions aux répercussions cognitives ou émotionnelles. À cela s'ajoutent des manifestations comportementales plus générales présentes au sein des obligations professionnelles telles que l'absentéisme, le manque de ponctualité et les changements d'emploi fréquents. À l'inverse de ces comportements d'évitement du

travail, le professionnel peut aussi se surmener dans ses tâches professionnelles. Dans les deux cas, l'intervenant atteint de FC ou de TV risque de ressentir de l'épuisement au travail qui se répercute dans sa manière d'être et d'agir (AOcVF, 2007; Perreault, 2004; Richardson, 2001).

Les répercussions présentes dans les comportements peuvent également transparaître dans les relations interpersonnelles dans le milieu de travail. En effet, la qualité des relations entretenues tend à diminuer chez un individu ayant une problématique de FC ou de TV. Plus précisément, le professionnel peut perdre confiance en son entourage et même éviter certains collègues. Les professionnels peuvent aussi avoir de la difficulté à communiquer adéquatement et sont susceptibles de mettre davantage de côté leurs besoins personnels. Ainsi, l'ensemble de ces répercussions risque de causer des conflits au travail (AOcVF, 2007; Richardson, 2001).

2.2.2.4 Les conséquences sur l'intervention

Comme les répercussions précédemment énoncées le laissent sous-entendre, la FC et le TV peuvent affecter défavorablement la qualité des interventions réalisées (Perreault, 2004). En effet, en réaction à l'altération de la perception de soi et des autres ainsi que les différentes émotions vécues, certains comportements inadéquats peuvent prendre place dans l'intervention. Plusieurs répercussions affectant directement l'intervention peuvent donc en découler. Les risques sont les suivants : a) traumatiser à nouveau les clients, b) rechercher des compliments chez les clients (Negash & Sahin, 2011), c) prétendre connaître la situation que vivent les personnes alors que ce n'est pas le cas, d) blâmer les personnes pour leur traumatisme, e) empêcher les personnes de s'exprimer comme elles le désirent (Gentry, 2002), f) décourager les clients de parler de leurs problèmes à d'autres personnes et g) fournir des suggestions ou des commentaires inappropriés (Hesse, 2002). De plus, l'identification du professionnel aux victimes est considérée comme un facteur de risque pouvant mener à la FC et au TV, mais elle peut aussi prendre place à titre de répercussion (McSwain et al., 1998). Le tableau 2 résume l'ensemble des répercussions professionnelles de la FC et du TV qui ont été énumérées.

Tableau 2 - Les répercussions de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant au niveau professionnel

Sur le travailleur				Sur l'intervention
Exécution des tâches	Gestion émotionnelle	Comportements	Relations interpersonnelles	
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la quantité et la qualité du travail • Faible motivation • Évitement de certaines tâches, personnes et lieux • Perfectionnisme • Obsession pour les détails • Diminution de la qualité d'analyse • Erreur de jugement 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbation de l'humeur • Détachement émotionnel • Intolérance • Perte d'espoir dans le changement • Négativité • Irritabilité • Perte ou diminution de l'empathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Omnipotence • Absentéisme • Manque de ponctualité • Changement d'emploi fréquent • Surmenage • Épuisement 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la qualité des relations interpersonnelles • Perte de confiance • Évitement de certains collègues • Difficulté à communiquer adéquatement • Conflits au travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la qualité des interventions • Traumatisme à nouveau un client • Rechercher des compliments • Prétendre avoir des connaissances • Blâmer les clients • Empêcher les clients de s'exprimer librement • Décourager les clients à se confier à d'autres • Faire des commentaires inappropriés • Identification aux clients

2.3 Les symptômes et répercussions propres au traumatisme vicariant

En plus de l'ensemble des symptômes cités précédemment, certaines répercussions sont liées uniquement au traumatisme vicariant et ne se retrouvent pas chez les personnes atteintes de FC. Ces symptômes spécifiques s'apparentent à des manifestations du trouble de stress post-traumatique (Bell et al., 2003; Brady et al., 1999; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Hernandez et al., 2007; Killian, 2008; McSwain et al., 1998; Pearlman & Saakvitne, 1995; Salston & Figley, 2003; Shauben & Frazier, 1995, Sommer, 2008; Tabor, 2011; Vandeusen & Way, 2006). Tout d'abord, il s'agit de symptômes d'intrusion, comme des pensées, des rêves et des hallucinations. Ensuite, des symptômes d'évitement peuvent aussi être présents, comme la restriction des affects et la réduction de l'intérêt ou l'évitement d'endroit, de situations et de personnes. Finalement, comme pour le stress post-traumatique, le TV peut amener des symptômes neurovégétatifs comme la difficulté à s'endormir, l'hypervigilance et l'irritabilité (American Psychiatric Association, 1996; AOcVF, 2007; Cerney, 1995; Stamm et al., 2002).

2.4 Les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant

Dans l'ensemble des écrits répertoriés dans le cadre de cette étude, plusieurs éléments, de par leur présence ou leur absence, peuvent avoir une influence sur la FC et le TV pour les professionnels de la relation d'aide. D'ailleurs, comme il a été mentionné précédemment, les travailleurs pratiquant la relation d'aide avec des personnes souffrantes ou victimes d'un traumatisme peuvent difficilement éviter les trois éléments à la base du processus de la FC et du TV. Ainsi, après avoir pris conscience de l'ensemble des répercussions possibles de la FC et du TV, la pertinence de s'attarder à ces facteurs d'influence (facteurs de protection et facteur de risque) est manifeste. Cette section présente les facteurs d'influence positive et négative mis de l'avant par les différentes études consultées. Ces facteurs d'influence peuvent se regrouper en deux

grandes catégories, soit les facteurs personnels et les facteurs organisationnels. Bien entendu, éviter un facteur de risque ou faire son contraire est souvent considéré comme un facteur de protection et vice-versa. Afin d'éviter les redondances, ces facteurs ne seront abordés qu'une seule fois, soit en tant que facteurs de protection ou comme facteurs de risque.

2.4.1 Les facteurs personnels

Tout d'abord, le travailleur peut présenter certaines caractéristiques individuelles pouvant avoir une influence positive ou négative sur la FC et sur le TV. Pour ce qui est des facteurs personnels recensés dans la littérature, il est possible d'identifier le mode de vie, le réseau social, l'histoire personnelle, les émotions, les moyens d'adaptations, la perception du monde puis la spiritualité.

2.4.1.1 Le mode de vie et le réseau social

Les caractéristiques internes de l'individu, ainsi que son mode de vie peuvent être des facteurs d'influence. Le perfectionnisme du travailleur est l'une d'entre elles puisqu'il l'encourage à se fixer des objectifs irréalistes (AOcVF, 2007; Canfield, 2005; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Newell & MacNeil, 2010). Ensuite, une personne prenant généralement soin d'elle-même sera davantage protégée contre les répercussions néfastes du travail en relation d'aide. Autrement dit, les différents éléments constituant un mode de vie sain, soit l'exercice physique, les activités extérieures, les activités sociales, les périodes de détente, un sommeil et du repos adéquat ainsi qu'une saine alimentation, sont soulignés par plusieurs auteurs comme étant des facteurs de protection (Brady et al., 1999; Doman, 2010; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Figley, 2002b; Gentry, 2002; Hesse, 2002; Negash & Sahin, 2011; Newell & MacNeil, 2010; O'Halloran & O'Halloran, 2001; Pearlman, 1999; Perreault, 2004; Stamm, 1998; Zimering, Munroe & Gulliver, 2003).

Puisque les activités sociales constituent une influence positive contre la FC et le TV, avoir un faible réseau social représente, à l'inverse, un facteur de risque (Killian,

2008; RPMHTFVVC¹, 2005; Richardson, 2001; Stamm, 1997). En plus de la présence d'un réseau social permettant au travailleur d'éviter ou de briser l'isolement social, l'accès à une forme de soutien affectif ou instrumental par les gens de son entourage s'ajoute aux facteurs d'influence positive (Brady et al., 1999; Collins & Long, 2003b; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Figley, 2002b; Figley & Barnes, 2005; Galek, Flannelly, Greene & Kudler, 2011; Harrison & Westwood, 2009; Killian, 2008; Newell & MacNeil, 2010; Phipps & Byrne, 2003; Shauben & Frazier, 1995; Stamm, 1998; Tehrani, 2010).

2.4.1.2 L'histoire personnelle

Des événements passés peuvent aussi avoir une influence sur la FC et le TV. En ce sens, avoir vécu, par le passé, un épuisement professionnel est considéré comme un facteur de risque pour la FC et le TV (AOcVF, 2007; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Newell & MacNeil, 2010; RPMHTFVVC, 2005; Richardson, 2001; Stamm, 1997). L'influence d'un traumatisme passé est également un sujet discuté par plusieurs auteurs. Ainsi, Killian (2008) a démontré que les intervenants ayant personnellement vécu des expériences traumatiques seraient plus à risque de développer de la FC et le TV. Dans le même ordre d'idée, Pearlman et Mac Ian (1995), dans une étude auprès de 188 professionnels travaillant avec des individus victimes de traumatismes, confirment que les répondants ayant un passé traumatique sont davantage atteints de symptômes de TV. D'autres auteurs considèrent aussi que les incidents critiques ou les traumatiques vécus par les intervenants sont des facteurs non négligeables favorisant le TV et la FC (AOcVF, 2007; Baird & Kracen, 2006; Bride et al., 2007; Collins & Long, 2003b; Cunningham, 2003; Dunkley & Whelan, 2006b; Ga-Young, 2011; Lérias & Byrne, 2003; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Newell & MacNeil, 2010; Pearlman & MacIan, 1995; Trippany, Wilcoxon & Satcher, 2003; VanDeusen & Way, 2006; Way, VanDeusen & Cottrell, 2007). Toutefois, certaines études soulignent plutôt l'absence de

¹ Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale.

différence significative entre les symptômes des intervenants victimes de traumatismes et ceux n'en ayant pas vécu (Bober & Regehr, 2006; Folette, Polusny & Milbeck, 1994; Shauben & Frazier, 1995). Richardson (2001) appuie ces trois dernières recherches en affirmant que, sur une longue période, les intervenants victimes d'agression sexuelle subissent moins d'effets négatifs du contact régulier avec les clients traumatisés. Les effets du vécu traumatique personnel de l'intervenant sur le TV et sur la FC ne font donc pas l'unanimité au sein des écrits scientifiques recensés (Bell et al., 2003; Richardson, 2001). L'hypothèse du recours à une thérapie personnelle, qui est plutôt un facteur de protection, est mise de l'avant pour expliquer cette différence de résultats (Bober & Regehr, 2006; Folette et al., 1994; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Hesse, 2002; Newell & MacNeil, 2010).

2.4.1.3 Les émotions et les moyens d'adaptation

De par l'écoute de la souffrance des clients ou en réaction à des contextes organisationnels, les professionnels peuvent ressentir diverses émotions. Or, il est considéré que certaines d'entre elles ont une influence négative favorisant la FC et le TV. Les principales émotions présentées par les auteurs à ce sujet sont le découragement, l'impuissance, la tristesse, la peur, l'insécurité et le sentiment d'inefficacité au travail (AOcVF, 2007; Injeyan et al., 2011; McSwain et al., 1998; Perreault, 2004; Richardson, 2001; Shauben & Frazier, 1995; Stamm et al., 2002; Tabor, 2011; Tehrani, 2010). De plus, la manière dont les professionnels gèrent ces émotions détermine si elles auront une influence négative ou non. Tout d'abord, une bonne capacité d'adaptation générale de l'intervenant (AOcVF, 2007; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Newell & MacNeil, 2010) ainsi qu'une gestion adéquate du stress et de l'anxiété (Hayes, 2004; Newell & MacNeil, 2010) sont des facteurs de protection considérables. Il est aussi possible de mentionner l'impact positif que l'expression des émotions et de certaines pensées, négatives et positives, auprès des collègues, des membres de la famille et des amis peut avoir auprès de l'intervenant (Collins & Long, 2003a; Figley, 1995, 2002b; Dunkley & Whelan, 2006a, b). En contrepartie, parmi la gestion inadéquate des émotions négatives et de la souffrance, se trouvent les stratégies

d'adaptation d'évitement pouvant se concrétiser par le déni, la projection ou la dépendance à une substance comme la drogue ou l'alcool (AOcVF, 2007; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Killian, 2008; Newell & MacNeil, 2010; Schauben & Frazier, 1995).

D'un autre côté, un type d'émotion s'avère protecteur pour les professionnels, soit la satisfaction de compassion. Ce terme fait référence à la satisfaction qu'une personne éprouve lorsqu'elle vient en aide à un individu dans le besoin. Stamm (2002) présente cette émotion comme la gratification des professionnels pour le travail de relation d'aide effectué ainsi qu'une forme de motivation à occuper ce type de profession. De par sa définition, il est possible de constater que la satisfaction de compassion, sans être sur un continuum, est à l'opposé de la fatigue de compassion. Ainsi, un potentiel élevé de satisfaction de compassion chez un professionnel est considéré comme un facteur de protection de la FC et du TV (Collins & Long, 2003a, b; Harr & Moore, 2011; Negash & Sahin, 2011; Stamm, 1995, 1998, 2002).

Ensuite, pour prévenir ou mettre fin, entre autres, à certaines émotions négatives ou répercussions de la FC et du TV, les professionnels peuvent mettre en place des moyens d'adaptation adéquats. Tout d'abord, avoir la capacité de maintenir une forme de distance ou de séparation émotive permet au travailleur de se protéger de la FC et du TV (Badger, Royse & Craig, 2008; Canfield, 2005). Ensuite, un autre moyen d'adaptation efficace est d'établir et de respecter des limites claires (Dane, 2002; Harrison & Westwood, 2009; Schauben & Frazier, 1995; Killian, 2008; Richardson, 2001). Autrement dit, il s'agit de contraintes que le professionnel s'impose à lui-même pour prévenir, diminuer ou mettre fin à des répercussions négatives. Ces limites peuvent être instaurées sur différents aspects du travail comme la clientèle et le milieu de travail. D'ailleurs, la difficulté ou l'incapacité d'établir des limites personnelles claires et réalistes par rapport aux clients constitue un facteur de risque (Harrison & Westwood, 2009; Perreault, 2004). Plus précisément, la réalité professionnelle risque d'affecter plus négativement les intervenants qui se fixent des objectifs irréalistes (Figley, 2002b;

Kanter, 2007; Newell & MacNeil, 2010; Stamm, 1998), qui sont déterminés à sauver leurs clients ou à obtenir justice, qui investissent trop de temps et d'énergie pour satisfaire les besoins de leur clientèle (Richardson, 2001) ou encore qui surestiment leur capacité d'aider leur clientèle (Shalvi et al., 2011).

Concernant le milieu de travail, instaurer et respecter certaines limites personnelles comme, par exemple, établir un nombre maximal de clients par jour, prendre des pauses ou organiser l'horaire de travail selon ses propres limites sont aussi des éléments positifs ayant une grande importance pour prévenir la FC et le TV (Figley, 2002b; Kanter, 2007; Perreault, 2004; Richardson, 2001).

Certaines caractéristiques de la personne entrent aussi en ligne de compte dans les stratégies d'adaptation utilisées. Tout d'abord, les jeunes travailleurs (Bell et al., 2003; VanDeusen & Way, 2006) et les intervenants inexpérimentés sont plus à risque de développer des problématiques comme la FC et le TV puisque leurs moyens d'adaptation et de protection reliés à la profession sont peu établis (Chrestman, 1995; Cunningham, 2003, 2004; Lerias & Byrne, 2003; McLean et al., 2003; Neuman & Gamble, 1995, Pearlman & Mac Ian, 1995; Newell & MacNeil, 2010; Way et al., 2007). Ensuite, les travailleurs ayant une grande habileté à voir les besoins de chacun ont plus de facilité à entrer en connexion émotionnelle et à exprimer leur empathie, mais ces derniers démontrent également plus de difficulté à respecter leurs limites (Perreault, 2004).

2.4.1.4 La perception du monde et la spiritualité

Certaines réalités personnelles et professionnelles ne peuvent pas être influencées directement par le professionnel, mais la manière dont celui-ci les perçoit détermine en partie leurs influences (McLean et al., 2003; Negash & Sahin, 2011). Tout d'abord, de façon générale, maintenir une bonne connaissance de soi (Perreault, 2004) et avoir une vision généralement optimiste constituent des facteurs de protection (Dane, 2002; Harrison & Westwood, 2009; Perreault, 2004; Shauben & Frazier, 1995; Killian, 2008; Richardson, 2001). Par rapport aux perceptions ayant trait au travail, les professionnels qui se remémorent le sens de la profession et des situations (Dane, 2002; Harrison &

Westwood, 2009), qui ont un sentiment de contrôle et d'efficacité au travail (Killian, 2008), qui apprécient la complexité des problématiques du client et qui développent leur propre satisfaction personnelle de leur travail se protègent contre la FC et le TV (Dane, 2002; Harrison & Westwood, 2009; Shauben & Frazier, 1995; Killian, 2008; Richardson, 2001).

Pour prévenir les risques, il est également aidant de garder une perception claire et positive de soi et du monde qui peut se développer au travers une forme de spiritualité personnelle (Brady et al., 1999; Killian, 2008). D'ailleurs, plusieurs auteurs considèrent que la présence d'une forme de spiritualité personnelle est un élément protecteur contre la FC et le TV (Brady et al., 1999; Figley, 2002b; Gentry, 2002; Killian, 2008; Negash & Sahin, 2011; Stamm, 1998). Toutefois, le bouleversement des croyances spirituelles ou religieuses s'avère être un symptôme, mais également un facteur de risque, tout particulièrement chez les individus accordant une grande importance à leurs valeurs spirituelles (Richardson, 2001). Dans le même ordre d'idées, ceux qui ont une perception généralement pessimiste et qui ont l'impression de ne pas avoir le contrôle ou une influence sur les événements sont à risque de développer des symptômes de FC et de TV (Newell & MacNeil, 2010; Perreault, 2004; Killian, 2008).

2.4.2 Les facteurs organisationnels

Les auteurs identifient plusieurs facteurs d'influence étant associés au milieu de travail des professionnels. Ceux-ci sont organisés autour de six thèmes : le fonctionnement organisationnel et le type de service, la nature et la charge de travail, les conditions de travail, le soutien organisationnel, le profil de la clientèle puis la relation intervenant-client.

2.4.2.1 Le fonctionnement organisationnel

Tout d'abord, la manière dont fonctionne le milieu de travail peut avoir une influence sur les professionnels qui y œuvrent. Entre autres, les travailleurs doivent percevoir que la structure et les normes disciplinaires sont cohérentes. D'ailleurs, le sentiment d'injustice ressenti par les employés concernant le fonctionnement général du

milieu de travail serait un facteur d'influence négative (Newell & MacNeil, 2010). Les différentes restrictions bureaucratiques, sont considérées comme des facteurs de risque (Newell & MacNeil, 2010), spécialement si celles-ci créent une pression supplémentaire sur les travailleurs (Bell et al., 2003) ou qu'elles contribuent à ce que les professionnels aient une impression d'impuissance ou de perte de contrôle sur leurs interventions (Richardson, 2001). En ce sens, la présence de stress organisationnel est aussi considérée par certains auteurs comme un facteur de risque (Badger et al., 2008; Regehr, Hemsworth, Leslie, Howe & Chau, 2004). Ensuite, la participation ou l'influence des intervenants dans les prises de décision organisationnelle concernant leur travail s'ajoute aux éléments diminuant le risque de développer de la FC ou le TV. Or, même si les intervenants ne peuvent y participer, la transparence de l'information disponible et des décisions prises sont aussi des éléments considérables pour la protection des travailleurs (AOcVF, 2007; Ga-Young, 2011; Richardson, 2001).

2.4.2.2 La nature et la charge de travail

Précédemment, il a été mentionné que la FC et le TV débutent par la présence de stress traumatique secondaire et que ce dernier apparaît par le contact avec une clientèle souffrante ou victime de traumatisme. Ainsi, la nature même du travail en relation d'aide constitue l'élément initial, mais aussi un facteur de risque pour la FC et le TV. En ce sens, plus un intervenant passe du temps avec des clients souffrants et victimes de traumatismes, plus le risque de développer du stress traumatique secondaire augmente, favorisant ainsi la FC et le TV (Baird & Kracen, 2006; Brady et al., 1999; Bober & Regehr, 2006; Brady et al., 1999; Bell et al., 2003; Craig & Sprang, 2009; Cunningham, 2003; Figley, 2002b; Galek et al., 2011; Pearlman & Mac Ian, 1995; Perreault, 2004, Shalvi et al., 2011; Sprang, Clark & Whitt-Woosley, 2007; VanDeusen & Way, 2006). C'est également le cas pour les professionnels ayant une charge de travail souvent constituée d'une clientèle complexe, non volontaire ou agressive (Lerias & Byrne, 2003; Newell & MacNeil, 2010; Pearlman & MacIan, 1995). Par ailleurs, selon une étude de Cunningham (2003), le discours traumatique d'un client a plus d'impact sur le développement de la FC et du TV si le traumatisme est induit par l'homme, comme les

agressions sexuelles, que si l'événement est survenu de cause naturelle comme le cancer. Ainsi, les intervenants ayant la possibilité de diversifier leur quotidien au travail par l'alternance de différents styles de thérapie, de responsabilités ou de clientèle se protègent contre les répercussions possibles de la FC et du TV (Perreault, 2004).

Une charge de travail trop élevée (Brady et al., 1999; Bride et al., 2007; Killian, 2008; Newell & MacNeil, 2010; Shauben & Frazier, 1995), peu diversifiée ou distribuée sans tenir compte des compétences des travailleurs (Bell et al., 2003) constitue également un facteur de risque ayant une influence considérable sur la FC et le TV. De plus, l'impression des intervenants d'être seuls face à la situation d'un client dû, par exemple, à une charge précise de travail ou l'absence de collaboration avec des ressources externes complémentaires, ajoute une pression supplémentaire et les rend plus vulnérables (Pearlman & MacIlan, 1995). Cette pression risque également d'être présente si le professionnel considère que d'autres ressources utilisées par le client sont inefficaces (Killian, 2008; Shauben & Frazier, 1995).

2.4.2.3 Le soutien professionnel

Le soutien dans le milieu de travail peut prendre plusieurs formes qui auront un impact positif sur l'intervenant. Selon le contexte, ce support peut être déterminé par le professionnel lui-même ou par le milieu organisationnel. L'absence de ce type de soutien peut être neutre, mais peut également être un facteur de risque pour la FC et le TV (Allen, 2010). Quatre grands types de soutien professionnel sont mis de l'avant par les écrits, soit les valeurs et l'attitude du milieu de travail, le soutien des pairs, la supervision et la formation.

2.4.2.3.1 Les valeurs et l'attitude du milieu de travail

Les valeurs et l'attitude du milieu de travail perceptibles par les professionnels peuvent avoir une influence sur la FC et le TV. Tout d'abord, le soutien débute par les connaissances organisationnelles concernant la réalité de la profession en relation d'aide. Plus précisément, lorsqu'un travailleur expérimente un contact avec des personnes souffrantes ou victimes de traumatismes, il est important que l'organisation soit

consciente des répercussions potentielles qu'engendre ce type de relation pour mettre en place des facteurs de protection adéquatement (Bell et al., 2003; Dane, 2002; Rudolph, Stamm, & Stamm, 1997; Stamm et al., 2002). De plus, la normalisation des effets de ce type de travail contribue à rendre ces facteurs de protection efficaces (Brady et al., 1999; Dane, 2002; Perreault, 2004).

Ensuite, une attitude respectueuse du milieu de travail envers les travailleurs et leur clientèle représente un facteur ayant une influence positive contre la FC et le TV (AOcVF, 2007; Dane, 2002; Bell et al., 2003; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001). Plus précisément, le milieu de travail peut permettre et encourager les travailleurs, de par une attitude positive, à utiliser des facteurs de protection personnels et organisationnels comme, par exemple, en fournissant un environnement social supportant, en créant des opportunités aux travailleurs de varier les charges de travail et le type d'activités ainsi que de donner le temps de s'occuper de soi (Bell et al., 2003; Collins & Long, 2003b; Killian, 2008; McLean et al., 2003; Pearlman & Mac Ian, 1995; Trippany, White & Wilcoxon, 2004).

Le milieu de travail encadre les travailleurs à l'intérieur de certaines valeurs ou convictions sur les différentes facettes de l'emploi. Or, un écart important entre les valeurs personnelles de l'intervenant et les valeurs organisationnelles constitue un facteur contribuant à l'apparition de symptômes de FC et de TV (Catherall, 1995b). C'est le cas, par exemple, pour tous les types de préjugés heurtant les valeurs personnelles d'un individu (Richardson, 2001).

Un milieu de travail favorable à la protection de ses intervenants se caractérise notamment par l'adaptation des conditions de travail. Parmi les facteurs de prévention, l'on retrouve des périodes prévues de vacances (Bell et al., 2003), la prévision de journées de ressourcement, la mise en place d'un régime d'assurance-maladie et la présence d'un comité de santé et sécurité au travail (Brady et al., 1999; Perreault, 2004). Il est également souhaitable de rendre disponible des consultations cliniques (Killian,

2008), d'obtenir ou de maintenir l'équité salariale (Richardson, 2001) et d'offrir aux employés la possibilité de bénéficier de congés de maladie payés (AOcVF, 2007).

2.4.2.3.2 Le soutien des pairs

Précédemment, il a été présenté que le soutien social et instrumental du réseau social avait une influence bénéfique contre la FC et le TV. Sur ce point, il est possible de préciser que le soutien des pairs est aidant, mais qu'il est aussi plus efficace que le soutien social provenant de la famille et des amis (Tehrani, 2010). Dans le même ordre d'idée, de mauvaises relations professionnelles avec les membres de l'équipe de travail (Newell & MacNeil, 2010) et un faible soutien professionnel des collègues et des supérieurs sont, à l'inverse, reconnus comme des facteurs de risque (Catherall, 1995a, 1995b; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Newell & MacNeil, 2010; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Le soutien général entre pairs comme les encouragements, le partage sur la réalité de la pratique professionnelle et l'aide pour la réalisation des tâches professionnelles représente aussi un facteur de protection (Bell et al., 2003; Bourassa, 2009; Bride et al., 2007; Clemans, 2005; Collins & Long, 2003b; Galek et al., 2011; Ga-Young, 2011; Gentry, 2002; Newell & MacNeil, 2010; Violet, 2010). En soulignant des événements particuliers comme les anniversaires et les départs pour la retraite, le milieu de travail peut aussi augmenter la cohésion de groupe et le sentiment d'appartenance, ce qui est considéré comme des facteurs de protection (Bell et al., 2003; Richardson, 2001). Des rencontres de ventilation ou des séances de «débriefing» entre collègues sont aussi un soutien des pairs aidant pour protéger les travailleurs de la FC et du TV (Bell et al., 2003; Bourassa, 2009; Dane, 2002; Killian, 2008; Perreault, 2004).

2.4.2.3.3 La supervision

La supervision, en quantité et en qualité suffisante, constitue également un facteur de protection (AOcVF, 2007; Bell et al., 2003; Brady et al., 1999; Canfield, 2005; Collins & Long, 2003b; Dane, 2002; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Ga-Young, 2011; Gentry, 2002; Killian, 2008; McLean et al., 2003; Perreault, 2004; Richardson, 2001). Toutefois, certaines mesures doivent être mises en place afin d'en favoriser les

retombées positives. Plus précisément, la supervision doit être respectueuse de l'intervenant et de ses clients, source d'appui et non accusatrice. De plus, le superviseur doit idéalement avoir conscience des différents liens existants entre le rendement au travail, le stress, le fonctionnement de l'organisation et les répercussions possibles d'une profession en relation d'aide comme la FC et le TV (Bell et al., 2003; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001; Sommer, 2008). En ce sens, les résultats de Dalton (2001) démontrent une relation positive entre un faible niveau de stress traumatique secondaire et le nombre de supervisions durant lesquelles l'intervenant ne s'est pas senti jugé. D'ailleurs, cette même étude démontre qu'un déficit dans le nombre ou la qualité des supervisions serait lié à un taux élevé de stress traumatique secondaire chez 9 % des répondants. Newell et MacNeil (2010) considèrent également que des supervisions inadéquates constituent un facteur de risque pour la FC et le TV.

2.4.2.3.4 La formation

Les professionnels de la relation d'aide peuvent retirer différents avantages à obtenir de la formation professionnelle, dont de se protéger contre la FC et le TV. Tout d'abord, fournir de l'information aux nouveaux employés des impacts potentiels du travail avec une clientèle souffrante ou victime de traumatisme les protège déjà contre la FC et le TV (Chrestman, 1995; Dane, 2002; Neuman & Gamble, 1995; Newell & MacNeil, 2010; Richardson, 2001). Dans le même ordre d'idées, de l'information sur les effets du travail avec une clientèle souffrante, présentée dans le cadre des études académiques ou d'une formation continue, constitue un facteur de protection considérable permettant à l'ensemble des professionnels de comprendre, d'exprimer et de prévenir ces effets (Bell et al., 2003; Bourassa, 2009; Brady et al., 1999; Catherall, 1995a; Clemans, 2005; Collins & Long, 2003b; Cunningham, 2003, 2004; Dane, 2002; Gentry, 2002; Harr & Moore, 2011; Hesse, 2002; Killian, 2008; Pearlman, 1999; Perreault, 2004; Richardson, 2001; Sommer, 2008; Sprang et al., 2007; Trippany et al., 2004). D'ailleurs, l'autosensibilisation consciente constitue aussi un facteur protégeant les intervenants de la FC et du TV (Figley, 2002b; Harrison & Westwood, 2009; Hayes, 2004; Perreault, 2004; Stamm et al., 2002; Trippany et al., 2004). Il s'agit pour

l'intervenant de s'informer sur le sujet, ainsi que de se questionner consciemment sur ses propres symptômes, facteurs de risque et facteurs de protection reliés à ces problématiques pour pouvoir apporter les changements jugés nécessaires. Or, ce questionnement sur soi n'est possible que si les travailleurs sont conscients que la relation d'aide peut avoir des répercussions sur eux-mêmes, d'où l'importance de la formation sur le sujet. D'ailleurs, l'utilisation d'outils de mesure validés mesurant les risques de développer une problématique reliée à la relation d'aide comme la FC, le TV ou même l'épuisement professionnel facilite ce questionnement et contribue à protéger les travailleurs (Bride, Radney & Figley, 2007; Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004; Newell & MacNeil, 2010). De plus, la formation professionnelle axée, par exemple, sur les différentes problématiques rencontrées ou sur les manières d'intervenir avec la clientèle, protège aussi les professionnels de la FC et du TV (Bell et al., 2003; Brady et al., 1999; Killian, 2008; McCann & Pearlman, 1990; Perreault, 2004; Richardson, 2001).

2.4.2.4 Le type de service et le profil de la clientèle

Tout d'abord, le type de service que les intervenants offrent peut représenter un facteur de risque. C'est le cas pour ceux n'ayant pas la possibilité de constater si leurs interventions ont eu un impact positif chez la personne et si la situation de celle-ci s'est améliorée à moyen et long terme (RPMHTFVVC, 2005; Richardson, 2001; Stamm, 1997). Souvent, c'est le cas des centres d'hébergement de courte durée, des centres de crise et des services d'aide et d'écoute téléphonique (RPMHTFVVC, 2005; Richardson, 2001; Stamm, 1997).

De plus, selon le type de services offerts, les professionnels peuvent rencontrer certaines problématiques ou un profil de clients particulier de façon récurrente. À ce sujet, la consultation des écrits recensés permet de constater que le type de clientèle est un élément supplémentaire pouvant contribuer à l'apparition de symptômes de FC ou de TV chez les intervenants (RPMHTFVVC, 2005; Richardson, 2001; Stamm, 1997). Plus précisément, une clientèle en crise ou en urgence (colère, panique, urgence suicidaire

élevée, etc.), complexe (présence de plusieurs problématiques, instabilité, etc.) et non-volontaire (ne réalise pas l'urgence ou la gravité de la situation, refuse l'aide offerte, méfiante face à la relation thérapeutique, etc.) apportent une pression et une difficulté supplémentaire au professionnel de la relation d'aide (Bell et al., 2003; Shauben & Frazier, 1995). Le risque augmente aussi pour les intervenants travaillant avec des problématiques de violence ou qui provoquent l'animosité de personnes potentiellement violentes. Ce type de problématique apporte la pression supplémentaire de veiller à sa propre sécurité ou à la sécurité de la clientèle. Cette insécurité favorise l'apparition de symptômes de FC ou de TV (Richardson, 2001). De plus, faire face à des insultes de la part d'un client ou des membres de leur famille est fortement corrélé avec la présence de symptôme de FC ou de TV (Bell et al., 2003). À ce sujet, une étude de Dalton (2001) réalisée auprès de 210 travailleurs sociaux démontre que 57,6 % d'entre eux ont été menacés et que 16,6 % ont été agressés physiquement ou sexuellement par les clients ou la famille d'un client.

2.4.2.5 La relation intervenant-client

La relation entretenue entre un client et son intervenant est un élément essentiel à toute intervention thérapeutique. Toutefois, pour des raisons personnelles ou organisationnelles, elle peut devenir malsaine et constituer un facteur nuisible pour l'intervenant et le client (AOcVF, 2007). Dans une relation de type analytique, comme la relation d'aide, le principe de transfert et de contre-transfert est souvent inévitable (Gabbard, 2001). Ce contre-transfert recèle de l'information pouvant être utile à la compréhension de la situation du client. Concrètement, toutefois, ce phénomène s'avère complexe (Brunschwig, 2001). En effet, l'ensemble du processus de transfert et de contre-transfert peut déconcerter l'intervenant, ce qui peut l'amener à intervenir de façon inadéquate avec le client (Tishby & Vered, 2012). À titre d'exemple, un contre-transfert non identifié ou mal interprété peut entraîner l'intervenant dans un rôle de sauveur ou dans une relation maternelle. Il peut également se sentir manipulé, épuisé et incompetent ou encore se laisser envahir par des émotions comme la colère. Ce type de situation risque d'amener l'intervenant à trop s'investir et à être particulièrement perturbé par les

émotions et le discours de son client. De plus, la simple incompréhension du phénomène peut amener l'intervenant dans une impasse thérapeutique. La situation est la même si, pour diverses raisons, l'intervenant s'identifie au client ou à sa situation ou qu'il tente de combler des besoins personnels à partir de sa relation avec un client (Figley, 1995). Autrement dit, la relation présente entre l'intervenant et le client peut rendre le professionnel plus sensible à la souffrance et au matériel traumatique ainsi que plus envahi par les émotions, ce qui le prédispose davantage à être atteint par la FC et le TV (AOcVF, 2007; Figley, 1995). De plus, les professionnels intervenant avec une clientèle envers laquelle ils ressentent peu d'empathie sont davantage à risque de développer la FC et le TV (Newell & MacNeil, 2010).

2.4.2.6 L'environnement de travail

Un espace de travail sécuritaire, confortable et privé est nécessaire pour le bon fonctionnement des travailleurs, ce qui les protège également contre les répercussions de la relation d'aide (AOcVF, 2007; Brady et al., 1999; Dane, 2002; Killian, 2008; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001; Yassen, 1995). En plus de la sécurité de base, avoir des objets personnels ayant une signification positive dans son espace de travail permet de rappeler aux professionnels qui ils sont et pour quelle raison ils occupent leur emploi (Pearlman & Saakvitne, 1995; Perreault, 2004). D'ailleurs, le rappel de la vie personnelle dans le milieu professionnel en le décorant avec des objets inspirants, comme des images de paysage positif, est un facteur de protection de la FC et du TV (Bell et al., 2003). Une aire de repos réservée aux employés, aménagée dans le milieu de travail, est également un facteur positif (Perreault, 2004; Richardson, 2001; Yassen, 1995). L'ensemble des facteurs d'influence, soit les facteurs de risque (Tableau 3) et les facteurs de protection (Tableau 4), personnels et organisationnels de la FC et du TV sont résumés dans les deux tableaux qui suivent.

Tableau 3 - Les facteurs de risque de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant

Personnel	Organisationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas d'expérience • Faible conscience de soi • Mauvaises stratégies d'adaptation • Perception inadéquate de ses responsabilités • Objectifs irréalistes • Obsession pour sauver ou venger la victime • Investissement de beaucoup de temps et d'énergie pour combler les besoins des clients • Vulnérabilité personnelle • Habileté de voir et reconnaître les besoins des autres • Faible réseau de soutien • Isolement social • Épuisement professionnel antérieur • Limites personnelles non établies ou irréalistes • Perfectionnisme • Recherche d'une satisfaction personnelle à partir de la relation avec un client • Antécédents personnels de traumatismes • Sentiment d'insécurité • Pessimisme • Impression de ne pas avoir le contrôle sur la situation • Gestion inadéquate de la colère et de la tristesse • Techniques d'adaptation inadéquate • Sentiment d'injustice • Incompréhension de la présence d'un contre-transfert • Identification trop grande au client 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible soutien immédiat et organisationnel • Milieu physique inadéquat • Qualité et quantité des supervisions • Milieu de travail sans suivi • Présence de restrictions administratives impactant l'intervention • Présence de stress organisationnel • Politique et valeurs du milieu de travail en discordance avec la perspective du travailleur • Charge de travail élevée, peu diversifiée et non représentative des compétences de l'intervenant • Absence de collaboration avec des ressources complémentaires • Restrictions institutionnelles ayant un impact sur l'intervention • Constater le manque d'efficacité des autres milieux d'intervention • Écoute d'événement traumatique • Type de client (en crise ou en urgence, complexe, non-volontaire, agressive) • Problématiques provoquant l'animosité

Tableau 4 - Les facteurs de protection de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant

Personnel		Organisationnel			
Général	Individuel au travail	Conditions de travail	Soutien organisationnel et supervision	Formation	Environnement de travail et fonctionnement
Mode de vie sain Expression des émotions Distance avec les émotions Satisfaction de compassion Présence de soutien social et instrumental Appréciation de la complexité Optimisme Demeurer empathique Satisfaction personnelle Voir un sens dans la profession Avoir une spiritualité personnelle Bonne connaissance de soi Sentiment d'efficacité et de contrôle au travail Autosensibilisation consciente	Satisfaction de compassion Distance avec les émotions Alternance entre les différents styles de thérapie Possibilité de fixer un nombre maximal de clients par jour Respect de limites claires Avoir des objectifs réalistes dans les interventions Alternier le type de responsabilités Organiser son horaire en tenant compte de ses limites Prévoir des séances de ventilation	Vacances Prévision de journées de ressourcement Mise en place d'un régime d'assurance-maladie Présence d'un comité de santé et sécurité au travail Formation disponible Accessibilité à des consultations cliniques Charge de travail diversifiée et non démesurée Équité salariale Assurer la sécurité Disponibilité de congés payés Présence d'activités pour les événements particuliers	Conscience et normalisation des effets du travail Attitude respectueuse et supportant Séances de ventilation et de «debriefing» avec les collègues Soutien des pairs Cohésion de groupe Supervisions en quantité et qualité suffisante Connaissances des répercussions de la relation d'aide	Formation des nouveaux employés Formation/information sur les répercussions de la relation d'aide Formations sur les problématiques et la clientèle rencontrées Informer les nouveaux employés des impacts potentiels du travail Formation sur les différentes problématiques et clients rencontrés	Espace de travail sécuritaire, confortable et privé Présence d'objets personnels significatifs Présence d'un espace de repos au travail séparé des clients Transparence du fonctionnement organisationnel Cohérence du fonctionnement organisationnel

2.5 Limites des recherches actuelles

À partir des écrits recensés, il est possible de constater certaines limites dans les recherches existantes. La principale limite se situe dans la confusion entre certains termes fréquemment utilisés dans les écrits portant sur la FC ou le TV (Berzoff & Kita, 2010; Tabor, 2011). Autrement dit, il y a une confusion entre les termes «fatigue de compassion», «traumatisme vicariant» et «stress traumatique secondaire» dans plusieurs des textes consultés. D'ailleurs, certains utilisent ces termes à titre de synonymes. De plus, une confusion est également présente, chez certains auteurs, pour un même terme entre les textes anglophones et les documents francophones. Plus précisément, les termes «fatigue de compassion» et «compassion fatigue» sont parfois utilisés en présentant des définitions et des symptômes y étant associés différents. De plus, les rôles que peuvent occuper l'épuisement professionnel et le transfert auprès de l'intervenant sur ces problématiques ne font pas l'unanimité dans la littérature.

Ensuite, peu d'études qualitatives ont été réalisées sur le sujet. Ainsi, peu d'informations sur la perception des intervenants concernant les expériences subjectives, les symptômes, les facteurs de risque, les facteurs de protection ou d'autres facteurs d'influence sont disponibles. D'ailleurs, les études ne se concentrent généralement que sur un seul type d'intervenant dans un milieu de travail donné. Il y a donc peu de comparaison possible entre le type d'emploi, le type de clientèle et le milieu de travail.

Finalement, puisque peu de documents francophones ont été publiés, la barrière linguistique qui en découle représente une limite considérable pour les intervenants ne maîtrisant pas l'anglais. D'ailleurs, peu d'études ont été réalisées au Québec. Il s'avère donc important que la recherche continue de s'intéresser à ces sujets. En effet, davantage de données peuvent encore être recueillies afin de prévenir la présence de cette problématique et d'appuyer la pratique de l'intervention en relation d'aide.

3. CADRE CONCEPTUEL

Pour représenter l'ensemble de la dynamique de la FC et du TV, l'approche bioécologique a été utilisée à titre de cadre conceptuel. Dans cette approche, un système se caractérise par un ensemble d'éléments interdépendants et en interaction. Il peut donc s'agir, par exemple, d'un individu, d'un groupe d'individus, d'une organisation ou d'une société.

Le postulat à la base de cette approche est que le comportement d'une personne résulte d'une adaptation progressive et mutuelle entre cet individu et l'ensemble de son environnement (Drapeau, 2008). Cette approche considère aussi l'individu dans son contexte et en évolution au travers différents systèmes. Autrement dit, une personne vit en interdépendance et en interrelation avec les systèmes dans lesquels elle vit et rencontre. Donc, chaque changement dans un système produit un changement dans les systèmes en relation, ce qui force l'ensemble des systèmes à évoluer pour retrouver un équilibre. Selon le modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1979) les interactions entre les systèmes ont des répercussions sur le fonctionnement et la santé des individus. Cette notion d'interrelation permet de bien comprendre les changements, notamment le TV ou la FC, qui s'opèrent tant chez l'intervenant que le client, dans le contexte du processus d'intervention.

Les interactions entre les différents systèmes se produisent au travers des «inputs» et des «outputs». Le concept d'«input» fait référence à tout ce qui provient de l'extérieur qui entre dans le système comme de l'information, des valeurs, des règles ou des comportements. À l'opposé, l'«output» constitue tout ce qui sort du système vers l'extérieur. Dans le cadre d'une relation d'aide, le professionnel et le client possèdent des éléments qui, lorsque mis en interaction, peuvent mener à la FC et au TV. Tout d'abord, l'intervenant en relation d'aide, de par sa profession, possède de l'empathie et un désir d'aider dans son système. De son côté, un client possède, dans la majorité des cas, de la souffrance ou un vécu traumatique. Lors du contact entre ces deux systèmes, le récit détaillé des événements pénibles est souvent utilisé comme technique d'intervention. Autrement dit, l'intervenant reçoit comme «input» de l'information sur la

souffrance du client ainsi que du matériel traumatique. Ces informations, additionnées à l'empathie et au désir d'aider, peuvent résulter en l'apparition d'un stress traumatique chez l'intervenant en relation d'aide. Toutefois, bien que touché par un stress traumatique secondaire, l'intervenant n'est pas nécessairement atteint de symptômes de FC et de TV. En effet, l'approche bioécologique stipule également qu'un système est plus complexe que la somme de ses parties. De plus, un intervenant n'est pas influencé uniquement par les clients, mais par l'ensemble des systèmes qui l'entourent. Ces différents systèmes constituent des facteurs d'influence diminuant ou augmentant le risque de l'intervenant de souffrir de FC ou de TV. Les différents systèmes se catégorisent en six ensembles, soit l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème. Ce sont la présence et l'impact de ces systèmes qui ont été mesurés dans la présente étude.

L'ontosystème est l'individu lui-même. Ce système comporte donc l'ensemble des caractéristiques innées et acquises de la personne qu'elles soient physiques, psychologiques ou sociales (Drapeau, 2008). Dans le cas de professionnels de la relation d'aide et dans le cadre de cette étude, les caractéristiques influentes mesurées de l'ontosystème sont a) les différentes données personnelles (le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, la formation, le titre professionnel actuel et le nombre d'années de pratique), b) la perception de soi comme professionnel (les valeurs professionnelles, les compétences et spécialisations, les formations complémentaires, les objectifs personnels pour la clientèle, la perception de la clientèle, les émotions reliées au travail, les forces et les limites professionnelles, la perception de la profession et de la relation d'aide et l'appréciation de la profession) et c) la perception de soi comme individu (le mode de vie).

Le microsystème rassemble les milieux de vie immédiats dans lesquels la personne joue un rôle actif (Drapeau, 2008). Il s'agit donc de lieux et de personnes qui influent directement sur l'individu. Dans le contexte qui nous intéresse, les éléments du microsystème sont : a) la réalité professionnelle (les tâches, la charge et les conditions de

travail), b) la clientèle (les caractéristiques des clients et le type de relation avec les clients), c) le milieu de travail (le milieu physique de travail et les normes administratives), d) l'équipe de travail (l'attitude et les perceptions des collègues et des supérieurs, le type de soutien de ces personnes et la collaboration), e) le soutien organisationnel (les rencontres de supervision, la ventilation et les formations) et f) le réseau social (le support, l'appréciation du répondant de son réseau social et les croyances par rapport à la profession).

Ensuite, le mésosystème ne représente pas des personnes ou des lieux physiquement identifiables (Drapeau, 2008). Il s'agit plutôt de la relation que les divers microsystèmes ont entre eux, influençant ainsi la personne. Les questions qui se rapportent à ce système concernent l'équipe de travail (l'attitude et les perceptions des collègues et supérieurs de la clientèle, des problématiques de la clientèle et des autres membres de l'équipe de travail).

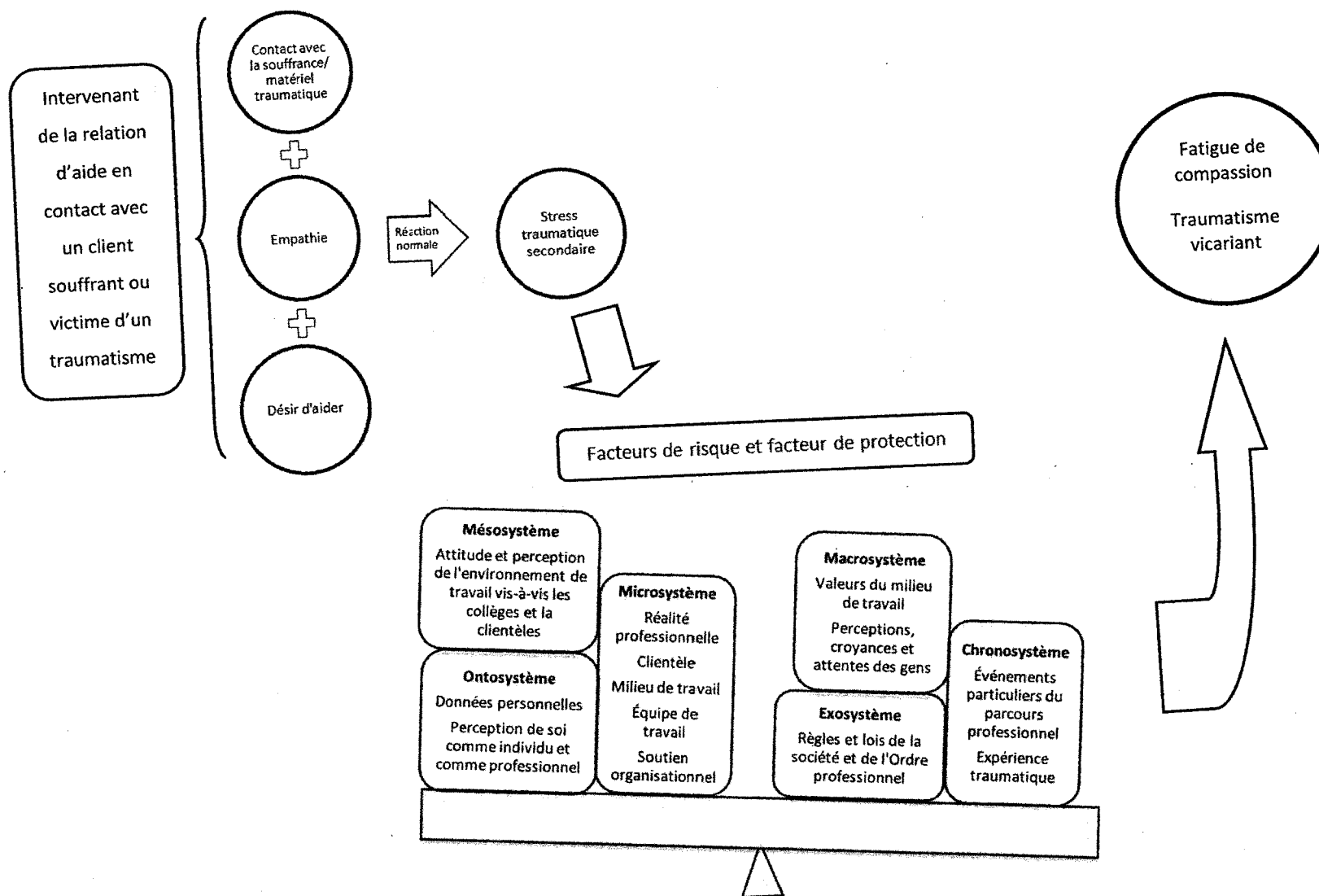
L'exosystème correspond aux milieux dans lesquels la personne n'est pas impliquée directement, mais qui ont tout de même des impacts sur elle (Drapeau, 2008). Habituellement ce qui se passe dans ce système a une influence directe sur les microsystèmes de la personne. La catégorie de questions portant sur les règles et les lois influentes sur la profession (les règles et les lois de la société et les attentes de l'Ordre professionnel) mesure l'influence de l'exosystème dans le processus de la FC et du TV auprès des intervenants en relation d'aide.

Le macrosystème fait appel aux valeurs, croyances, politiques, règles, normes et idéologies véhiculées dans les différents sous-systèmes en contact avec la personne (Drapeau, 2008). Dans cette étude, les sujets qui font référence au macrosystème concernent le milieu de travail (les valeurs du milieu de travail) et la perception des gens en général (les perceptions, croyances et attentes vis-à-vis la profession et la relation d'aide).

Le moment durant lequel chacun de ces éléments survient apporte une influence supplémentaire. Les changements et la continuité des événements reliés au temps se retrouvent dans le chronosystème. Dans l'entrevue, ces éléments ont été abordés dans la perception de soi comme individu (les événements particuliers survenus durant le parcours professionnel et l'expérience d'une situation traumatisante)

Cette étude vise à cibler les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant. L'approche bioécologique permet ainsi de déterminer l'impact que les éléments précédemment cités ont sur les intervenants en relation d'aide. Cette approche permet également de dresser un portrait de la vie professionnelle de ces travailleurs. La figure 1 résume l'ensemble des facteurs impliqués dans le processus de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.

Figure 1 - Le processus de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant



4. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la manière dont la recherche s'est déroulée. Plus précisément, on y retrouve de l'information sur le type de recherche, les objectifs visés, la population et l'échantillon à l'étude, la méthode d'échantillonnage, les stratégies de collecte et d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques.

4.1 Le type de recherche

Puisque cette étude vise à recueillir de l'information à partir du point de vue des répondants, la méthodologie de la recherche qualitative a été privilégiée. Ce type de recherche vise à comprendre les phénomènes sociaux dans un contexte naturel, en définissant des variantes et des circonstances et en privilégiant le point de vue des acteurs sociaux (Da Silva, 2001; Deslauriers, 1991). Autrement dit, la recherche qualitative permet de donner la parole aux principaux concernés, soit les répondants, leurs permettant ainsi de s'exprimer sur leurs expériences de vie. De plus, ce type de recherche permet d'avoir accès à des données non quantifiables comme l'attitude, les perceptions et les émotions (Boutin, 1997). Puisque le présent travail vise à clarifier une situation plus ou moins définie, une approche exploratoire est utilisée (Trudel, Simard & Vonarx, 2007). Ainsi, il a été possible pour l'interviewer d'accompagner les répondants dans la définition de leurs sentiments et perceptions en demandant, au besoin, des clarifications ou des informations supplémentaires (Boutin, 1997).

4.2 Les objectifs de recherche

La recension des écrits a permis d'identifier des facteurs de risque et des facteurs de protection permettant de prévenir et d'améliorer la situation des intervenants vis-à-vis la FC et le TV. Étant des professions à risque, il s'avère important d'avoir l'information nécessaire pour assurer la protection de ces travailleurs. En ce sens, la présente étude vise à documenter la réalité professionnelle des intervenants en relation d'aide. Cet objectif général se décompose en trois objectifs spécifiques :

1. Identifier les facteurs de risque et les facteurs de protection individuels de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.

2. Identifier les facteurs de risque et les facteurs de protection organisationnels de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.
3. Identifier les facteurs de risque et les facteurs de protection sociaux de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.

4.3 La population à l'étude

Cette étude s'intéresse aux professionnels de la relation d'aide. Bien que divers professionnels tels que les infirmiers et les policiers sont également concernés par les problématiques de FC et de TV, le présent travail se limite aux professions de travailleurs sociaux et de psychologues de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, membres de leur ordre respectif. De plus, dans l'optique que l'intervention directe avec la clientèle soit la tâche centrale de leur exercice professionnelle, les intervenants de la présente étude devaient travailler en pratique autonome. Ainsi, selon l'Ordre des psychologues du Québec² (OPQ), 41 psychologues en pratique privée œuvrent dans cette région tandis que les travailleurs sociaux en pratique autonome s'élèvent au nombre de 30 selon l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec³ (OTSTCFQ), et ce, en date du 19 octobre 2012. Le bassin potentiel d'individus susceptibles de participer à l'étude s'élevait donc à 71 personnes au moment d'entamer le recrutement.

4.4 L'échantillon et méthode d'échantillonnage

Il importe d'abord de préciser que la méthode d'échantillonnage retenue est la méthode non probabiliste de volontaires (Marien & Beaud, 2003). Au total, huit personnes occupant les professions de travailleur social ou de psychologue se sont manifestées pour participer à l'étude, ce qui représente 11 % de la population totale. Selon cette proportion et les différentes données qualitatives recueillies touchant les principaux facteurs d'influence ciblés lors de la recension des écrits, la saturation

² <http://www.ordrepsy.qc.ca>

³ <http://www.optsq.org>

théorique est considérée atteinte. La saturation théorique est jugée suffisante, selon le jugement de l'analyste, lorsque la collecte de données supplémentaires n'apporte pas d'informations nouvelles et pertinentes pour la conceptualisation et la compréhension du sujet à l'étude. Bien entendu, la saturation théorique est toujours relative et elle est jugée selon les ressources, comme le temps et l'argent, dont dispose la recherche (Deslauriers, 1991; Gauthier, 2003). Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient répondre aux critères suivants :

1. Exercer la profession de travailleur social ou de psychologue en pratique autonome depuis au moins deux ans;
2. Pratiquer la relation d'aide au moins 15 heures par semaine;
3. Être membre de leur Ordre professionnel;
4. Être à un niveau de risque de FC ou de TV élevé ou très élevé.

Les participants ont été sollicités directement par envoi postal à partir des coordonnées fournies publiquement par leur Ordre professionnel (Annexe 1). Ce premier contact présentait l'ensemble des modalités de la recherche. Sur les 71 lettres envoyées à la population à l'étude, quatre ont été retournées à l'expéditeur. Trois de ces quatre participants potentiels pouvaient être rejoints à partir d'une adresse électronique affichée publiquement sur le site de leur Ordre professionnel. Ils ont donc été contactés de cette manière. Les personnes intéressées à participer et correspondant aux quatre critères de sélections précédents ont communiqué avec l'étudiante responsable du projet par voie téléphonique ou électronique. Aucune relance ne s'est avérée nécessaire.

4.5 La méthode de collecte de données

La collecte des données s'est réalisée en deux étapes, soit une première collecte d'information permettant de faire la sélection des participants puis une seconde auprès des participants retenus dans l'étude.

4.5.1 La stratégie de collecte pour la sélection des participants

Puisque les participants devaient satisfaire à certains critères d'inclusion afin d'être éligibles à l'étude, ceux-ci ont été vérifiés avant d'officialiser leur participation. Cette vérification a été effectuée par téléphone ou par courriel auprès de chacun des participants potentiels. Ce n'est qu'au terme de cet échange qu'une rencontre a été fixée (à un moment et dans un endroit déterminé par le participant) pour procéder à la deuxième étape de la collecte de données.

Les deux premiers critères, soit le nombre d'heures d'intervention par semaine et le nombre d'années de pratique, ont été directement évalués par le participant. Le troisième critère, soit l'adhésion à l'Ordre professionnel, fut vérifié à partir des sites internet de l'OPQ et de l'OTSTCFQ. Finalement, le 4^e critère a été calculé à partir du Test d'Usure de Compassion (TUC) de Figley (2011) fourni aux répondants potentiels lors de leur demande de sollicitation (Annexe 2). Plus précisément, cet instrument a été joint au courriel électronique ou à la lettre postale expliquant les modalités de l'étude et invitant les intervenants ciblés à y participer.

Le TUC est un questionnaire d'auto-évaluation à l'intention des intervenants. Il permet d'évaluer le risque de souffrir d'épuisement professionnel et d'usure de compassion. Il est important de noter que Figley (2011) utilise le terme «usure de compassion» comme synonyme aux termes «fatigue de compassion» et «traumatisme vicariant». Dans le cadre de cette étude, la sous-échelle comprenant des questions sur l'épuisement professionnel a été retirée. Ce faisant, l'outil comprenait 24 questions (plutôt que 40) de type Likert en cinq points allant de «Jamais/Rarement» à «Très souvent». Des consignes sur la manière de répondre au questionnaire, de calculer le résultat et de l'interpréter étaient présentées sur le document. Chaque intervenant intéressé à participer à l'étude a donc pu compiler seul son niveau de risque de FC et de TV et vérifier si le 4^e critère de sélection était présent. Le risque de développer la FC ou le TV devant être élevé ou très élevé, le résultat devait donc être d'au moins 36 pour permettre la rétention du répondant au sein de l'étude.

4.5.2 Les stratégies de collecte auprès des intervenants retenus dans l'étude

Les données auprès des professionnels répondant aux critères de sélection ont été recueillies en deux étapes lors de la même rencontre. Tout d'abord, une entrevue individuelle semi-dirigée a été faite puis un court questionnaire auto-administré a été complété.

4.5.2.1 L'entrevue semi-dirigée

L'entrevue semi-dirigée a été privilégiée puisqu'elle permet de rendre explicite la réalité du répondant, de la comprendre et d'organiser ses pensées tout en permettant de ne pas s'écarter des thèmes devant être abordés (Savoie-Zajc, 1998). De plus, les réponses obtenues sont descriptives et non-influencées par les présuppositions tout en demeurant centrées sur certains thèmes (Boutin, 1997). L'entrevue se basait sur un guide d'entrevue contenant des questions ouvertes (Annexe 3). L'utilisation de ce type de questions permet au participant de répondre librement tout en accordant la possibilité à l'intervieweur de diriger et d'encadrer la discussion et ainsi obtenir des informations supplémentaires (Savoie-Zajc, 1998). Le guide d'entrevue contient plusieurs questions catégorisées en 11 thèmes, soit : a) la réalité professionnelle, b) la perception de soi comme professionnel, c) la clientèle, d) les répercussions de la relation d'aide, e) le milieu de travail, f) l'équipe de travail, g) le soutien organisationnel, h) la perception de soi comme individu, i) le réseau social, j) la perception des gens en général et k) les règles et lois influentes sur la profession (Tableau 5). Ces thèmes ont été sélectionnés suite à la recension des écrits et constituent des facteurs de risque et de protection de la FC et du TV exception faite du sujet portant sur les répercussions de la relation d'aide. Afin de permettre une transcription intégrale des entrevues sous forme de verbatim, celles-ci ont été enregistrées avec le consentement des répondants. En moyenne, les entrevues ont duré 105 minutes.

Tableau 5 - Les thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue

Thèmes	Sous-thèmes
Réalité professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Parcours professionnel; • Conditions de travail actuelles; • Tâches, responsabilités et charge de travail.
Perception de soi comme professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs professionnelles; • Cadre conceptuel et techniques d'intervention; • Compétences professionnelles; • Forces et limites professionnelles; • Objectifs reliés à la clientèle; • Sources d'émotions et de stress au travail; • Appréciation et difficultés au travail; • Perception de la relation d'aide.
Clientèle	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de la clientèle; • Type de relation avec la clientèle; • Principales difficultés rencontrées avec les clients.
Répercussions de la relation d'aide	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment lié à la souffrance des clients; • Répercussions perçues dans la vie personnelle et professionnelle; • Moyens pour prévenir ou cesser les répercussions négatives; • Connaissances de la FC et du TV; • Perception des facteurs d'influence de la FC et du TV.
Milieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Mission et valeurs; • Environnement physique; • Normes administratives.
Équipe de travail (L'employeur / les employés / les collègues)	<ul style="list-style-type: none"> • Type de relation entretenu; • Niveau de compétence de l'équipe de travail; • Attitude et perceptions de ces personnes; • Contexte de collaboration; • Type de soutien offert par ces personnes / avantages et inconvénients de travailler seul; • Sentiments reliés au travail en solitaire.
Soutien organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre de supervision; • Séances de «debriefing»; • Formations offertes.
Perception de soi comme individu	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de vie général; • Événements particuliers survenus durant le parcours professionnel; • Événements traumatiques vécus.
Réseau social	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien du réseau social; • Perception du travail.
Perception des gens en général	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de la profession; • Croyances et attentes envers la profession; • Émotions reliées aux perceptions, croyances et attentes.
Règles et lois professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Influence des règles et des lois; • Attentes de l'Ordre professionnel.

4.5.2.2 Le questionnaire manuscrit

Une fois l'entrevue réalisée, les participants ont complété un questionnaire. Cet instrument comprenait trois parties : a) la fiche signalétique, b) le *Compassion Fatigue Self-Test for Helpers* (CFST) et c) le *Impact of Event Scale* (IES) (Annexe 4). Le temps moyen pour compléter ces échelles était d'approximativement 10 minutes.

La fiche signalétique, comprenant 12 questions (6 ouvertes et 6 fermées), a permis de recueillir de l'information générale sur les répondants. Les thèmes explorés étaient : l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, l'adhésion à un Ordre professionnel, le diplôme le plus élevé obtenu, le titre professionnel actuel, l'employeur, le nombre d'années de pratique en relation d'aide et le type de clientèle.

Le *Compassion Fatigue Self-Test for Helpers* (CFST) mesure le niveau de risque de développer la fatigue de compassion. Ce risque se calcule en cinq niveaux soit extrêmement faible (26 et moins), faible (27 à 30), modéré (31 à 35), élevé (36 à 40) et extrêmement élevé (41 et plus). Plus précisément, cet outil est constitué de trois sous-échelles, soit le niveau de fatigue de compassion, de satisfaction de compassion et d'épuisement professionnel. Il contient 66 questions accompagnées d'un choix de réponse se graduant de «Jamais» à «Très souvent». Pour sa part, le *Impact of Event Scale* (IES) mesure le niveau de détresse associée à un événement spécifique. Ce niveau de détresse se mesure également en cinq niveaux : bas (63 et moins), modeste (64 à 81), bon (82 à 99), élevé (100 à 117) et extrêmement élevé (118 et plus). Pour la présente étude, l'événement spécifique de cet outil fait référence au discours d'un ou plusieurs clients. À la base, cet outil permet d'établir la présence du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Toutefois, puisque l'événement auquel ce test fait référence dans le cadre de cette étude est le vécu souffrant ou traumatique d'une autre personne et que le répondant n'a pas vécu ou assisté concrètement à ces événements lorsqu'ils ont eu lieu, les symptômes associés se rapportent au TV et non au TSPT. Il est important de se remémorer que les symptômes propres au TV et au TSPT sont les mêmes, à l'exception que la personne touchée par le TV n'a pas vécu l'événement. Cet outil se compose de

deux sous-échelles, soit les manifestations intrusives et d'évitement. Il comprend 15 items et, pour chacun d'entre eux, le répondant doit indiquer la fréquence de manifestation de ces symptômes durant la dernière semaine à partir de quatre choix de réponse se graduant de «Pas du tout» à «Souvent». Bien entendu, des versions françaises de ces deux outils de mesure ont été utilisées lors de cette étude. Plusieurs recherches sur ces deux outils stipulent que la fiabilité et la validité sont suffisamment élevées pour les utiliser (Figley, 1995, 2002; Jenkins & Baird, 2002; Horowitz, 2002; Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982). D'ailleurs, le coefficient de Cronbach du *Compassion Fatigue Self-Test for Helpers* (CFST) est jugé satisfaisant, se situant à 0.84 pour la mesure de fatigue de compassion et de 0.86 pour celle de la satisfaction de compassion (Figley & Stamm, 1996). Pour ce qui est de l'*Impact of Event Scale* (IES), son coefficient de Cronbach est de 0,86 pour les manifestations intrusives et de 0,82 pour les manifestations d'évitement (Sundin & Horowitz, 2002).

4.6 L'analyse des données

Deux méthodes d'analyse des données ont été retenues ici. D'une part, les données amassées à travers le questionnaire ont été codifiées et analysées de façon quantitative à l'aide du logiciel Excel 2007. Des statistiques descriptives ont été produites à partir de la compilation de ces données. D'autre part, les données émergeant des entrevues, ont été analysées de façon qualitative à l'aide de la méthode classique d'analyse de contenu. Cette méthode de classification et de codification des données a pour objectif de mieux connaître les caractéristiques et la signification des données (L'Écuyer, 1990). Les auteurs présentent différentes étapes constituant l'analyse des données. Or, bien que la terminologie et le nombre d'étapes se distinguent d'un auteur à l'autre, ils comportent tous sensiblement des étapes équivalentes (L'Écuyer, 1990; Deslauriers, 1991). En ce sens, l'analyse de données privilégiée comporte quatre étapes, soit la préparation, la préanalyse, le codage ainsi que l'interprétation des données.

4.6.1 La préparation des données

Avec le consentement des huit participants, le contenu audio de chaque entrevue a été enregistré. Tout d'abord, l'étudiante-chercheuse a retranscrit chaque entrevue semi-dirigée dans son intégralité sous forme de verbatim. Ces retranscriptions ont été effectuées peu de temps après la réalisation de chaque entrevue. Puisque l'étudiante-chercheuse avait également interviewé les répondants, des notes sur ses impressions lors de cette rencontre ont aussi été ajoutées au verbatim.

4.6.2 La préanalyse des données

Tout d'abord, les entrevues ont été écoutées maintes fois afin d'en faire la retranscription. Lorsque tous les participants furent rencontrés et que les données furent retranscrites, ceux-ci ont été relus afin d'en avoir une vision globale. Les éléments principaux ont ainsi pu être identifiés. Des sujets ont donc pu être établis selon les thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue et selon la perception de l'étudiante-chercheuse sur l'importance des éléments. Ces informations ont été ciblées en ayant comme objectif de mieux comprendre les facteurs d'influence de la FC et du TV chez les intervenants en relation d'aide.

4.6.3 Le codage des données

L'ensemble des informations obtenues à partir des entrevues a été regroupé selon les thèmes précédemment identifiés à partir des similarités et des divergences apportées par les répondants. De plus, afin d'explorer de nouvelles perceptions du sujet, de nouveaux thèmes ou sous-thèmes ont été ajoutés au besoin selon le jugement de l'étudiante-chercheuse. Afin de faciliter l'analyse des contenus, l'analyse informatisée a été privilégiée. Ainsi, les données recueillies à partir de l'entrevue semi-dirigée ont été organisées à partir du logiciel QSR Nvivo 7.

4.6.4 L'interprétation des données

Pour débiter, des liens ont été faits entre les différents thèmes ainsi qu'avec l'information répertoriée lors de la recension des écrits. À partir de cette nouvelle organisation des données, une interprétation a pu être faite. L'interprétation de ces

informations permet donc de dégager une image globale et cohérente de la situation. Les thèmes principaux qui forment le portrait d'ensemble de la situation décrite par les répondants ont donc été choisis et présentés dans le chapitre portant sur les résultats. D'ailleurs, afin de présenter une analyse des données concrète et fidèle au discours des participants, certaines citations exprimant bien la situation ont été sélectionnées et ajoutées, de façon anonyme, au présent mémoire.

4.7 Les considérations éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une demande de certification éthique à l'automne 2012. Le certificat a été octroyé par le Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC le 15 novembre 2012 (Annexe 5). Plusieurs modalités ont été mises en place afin d'assurer les droits et la liberté des participants à l'étude. En effet, les participants ont été informés de l'ensemble des modalités de l'étude avant d'y consentir à deux reprises, soit lors de leur invitation à participer à l'étude et avant de commencer l'entrevue. De plus, ils ont été informés qu'ils étaient libres de participer, de refuser de répondre à des questions ainsi que de résilier leur participation à l'étude à tout moment. En ce sens, aucune sollicitation directe ni pression n'ont été faites auprès des participants. Avant le début de l'entrevue, les participants ont signé un formulaire de consentement leur rappelant l'ensemble des modalités que compose l'étude (Annexe 6). Afin de respecter la confidentialité et l'anonymat des répondants, l'ensemble des documents a été anonymisé. Autrement dit, aucun nom n'est identifié sur le matériel utilisé. Un code numérique a plutôt été associé à chaque répondant. La liste de ces codes n'est accessible que par l'équipe de recherche de la présente étude. Toutes les données amassées sont conservées de façon sécuritaire et seront détruites sept ans après l'adoption finale du mémoire, tel que l'exige le comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi.

4.8 La pertinence de la recherche

La société québécoise a décidé de placer la santé et le bien-être dans ses priorités en mettant l'accent, depuis 1970, sur le développement des services de santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998). L'ensemble des problématiques psychologiques et sociales ciblées par les politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec fait référence au travail des professionnels de la relation d'aide. Or, pour intervenir auprès de la clientèle de façon adéquate et ainsi prévenir d'éventuelles problématiques, il est nécessaire que ces professionnels soient, eux aussi, en bonne santé mentale. Comme il a été mentionné auparavant, de par la nature de leur profession, ces travailleurs sont à risque de développer la FC et le TV.

Ainsi, prévenir ou intervenir pour cesser les symptômes de la FC et du TV permet de maintenir ou de retrouver une bonne santé mentale pour les intervenants. Ce qui équivaut, finalement, à protéger l'ensemble de la clientèle en contact avec eux. D'ailleurs, il est possible de souligner que peu de prévention est actuellement disponible pour ces travailleurs de par le manque d'informations et de formations continues sur la FC et sur le TV. Autrement dit, peu de textes francophones sont disponibles sur le sujet et la formation académique ne présente pas nécessairement d'informations sur ces concepts (Bride & Figley, 2007). Pour ces raisons, il s'avère pertinent de dresser un portrait général de la situation et de cibler des facteurs d'influence.

5. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les principaux résultats recueillis lors de l'étude. Les informations ont été amassées auprès des participants entre les mois de décembre 2012 et d'avril 2013. Afin d'appuyer les éléments identifiés comme résultats, des citations ont été jointes tout au long de ce chapitre. Toutefois, toutes caractéristiques présentes dans ces citations pouvant permettre l'identification d'un participant, comme le sexe et le milieu de travail, ont été supprimées ou légèrement modifiées afin de respecter l'anonymat des répondants. Bien entendu, ces modifications ont été faites dans le respect du contenu et du contexte rapportés par les participants. Le chapitre se compose en quatre sections. La première contextualise la réalité des professionnels rencontrés au travers le profil général des répondants. Par la suite, les facteurs d'influence individuels, suivis par les facteurs d'influence organisationnels seront présentés. La dernière section de ce chapitre s'attardera sur les différentes répercussions identifiées par les professionnels comme découlant du travail en relation d'aide.

5.1 Le profil général des répondants

Afin de bien définir le contexte dans lequel travaillent les répondants, leur profil général a été élaboré. Tout d'abord, les données sociodémographiques des répondants seront présentées. Ensuite, il sera question du parcours professionnel général des participants, en s'attardant notamment à leur parcours scolaire et au type d'emploi qu'ils occupent. Puis, des informations seront apportées sur la clientèle desservie dans le cadre de leur travail. Finalement, des données sur le risque actuel des répondants de souffrir de FC et de TV sont présentées.

5.1.1 Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants

Tout d'abord, mentionnons que l'échantillon se compose majoritairement de femmes (n=6). L'âge des répondants au moment de l'entrevue est diversifié. Plus

précisément, la moitié des personnes rencontrées sont âgées entre 35 et 45 ans ($n=4$) tandis que les autres répondants ont moins de 35 ans ($n=1$), entre 45 et 55 ans ($n=1$) ou 55 ans et plus ($n=2$). La plupart des personnes rencontrées sont mariées ou vivent en union libre ($n=6$) tandis que deux sont célibataires. Les répondants pratiquent la relation d'aide, soit sous le titre de travailleur social ($n=6$) ou de psychologue ($n=2$). La majorité d'entre eux ont obtenu une maîtrise ($n=6$) dans leur domaine de pratique.

Tous les arrondissements du Saguenay–Lac-Saint-Jean sont représentés comme milieu de pratique des répondants. Toutefois, la majorité ($n=5$) travaille dans la MRC du Fjord-du-Saguenay. Le nombre d'années d'expérience en relation d'aide est également fort varié d'un répondant à l'autre se situant entre 5 à 10 ans pour trois répondants, de 15 à 20 ans pour 4 personnes et de plus de 20 ans pour un participant.

L'approche d'intervention des répondants s'inspire de plusieurs cadres de référence. D'ailleurs, la majorité ($n=5$) a identifié leur approche d'intervention comme étant une approche éclectique ou intégrative. Autrement dit, ils sont teintés par plusieurs approches et s'adaptent surtout aux besoins de la clientèle. Les intervenants ont ainsi identifié un nombre différent d'approches qui teintent leurs interventions, soit deux ($n=3$), trois ($n=3$) ou quatre ($n=1$) approches principales. Parmi ces approches, l'on retrouve : l'approche cognitivo-comportementale ($n=7$), l'approche systémique et écosystémique ($n=5$), l'approche psychodynamique ($n=4$), l'approche motivationnelle ($n=2$), l'approche existentielle-humaniste ($n=2$) et l'approche biopsychosociale ($n=1$).

La majorité des répondants occupaient plus d'un emploi ($n=6$) au moment de l'étude. En effet, même si l'ensemble des répondants ($n=8$) pratique la relation d'aide en tant que travailleur autonome, la majorité d'entre eux ($n=6$) occupent aussi un emploi rémunéré en lien avec la relation d'aide au sein d'un organisme public ($n=5$) ou privé ($n=1$). Le nombre d'heures habituel de travail consacré à la pratique privée se situe entre 3 heures et 28 heures par semaine, formant une moyenne de 14 heures par semaine. Autrement dit, le temps alloué à la pratique privée représente approximativement le trois quarts ($n=1$), la moitié ($n=1$), le quart ($n=1$) ou le dixième ($n=3$) de l'horaire total de

travail de ces professionnels. En cumulant le nombre d'heures des différents emplois, l'horaire de travail des participants se situe entre 20 et 50 heures par semaine, ce qui forme une moyenne de 33.5 heures par semaine de travail.

Dans le cadre de cette étude, les répondants ont été questionnés sur les aspects de leur emploi en relation d'aide. Ainsi, le discours des répondants fait référence autant à leur pratique autonome qu'à celle de travailleur rémunéré par un employeur. Toutefois, une distinction entre ces deux contextes de travail sera faite lorsque pertinent. De plus, puisqu'aucune différence n'est ressortie dans le discours des répondants lors de l'analyse des données, le sexe des participants n'a pas été considéré dans les résultats. D'ailleurs, afin d'alléger le texte et dans un souci de respecter l'anonymat des participants, l'ensemble du document ainsi que les citations ont été masculinisés. Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles précédemment énoncées sont résumées au Tableau 6.

Tableau 6 - Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants

Caractéristiques des répondants		Nombre de répondant (n=8)
Sexe	Homme	2
	Femme	6
Âge	Moins de 35 ans	1
	35 à 45 ans	4
	45 à 55 ans	1
	Plus de 55 ans	2
Situation matrimoniale	Célibataire	2
	Marié/Union libre	6
Profession	Travailleur social	6
	Psychologue	2
Dernier diplôme Obtenu	Baccalauréat	2
	Maîtrise	6
Arrondissement de pratique	Le Domaine-du-Roy	1
	Maria-Chapdelaine	1
	Lac-Saint-Jean-Est	1
	Le Fjord-du-Saguenay	5

Tableau 6 - Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants (Suite)

Caractéristiques des répondants		Nombre de répondant (n=8)	
Milieu de travail	Bureau Privé	8	
	Organisme privé	1	
	Organisme public	5	
Approche	Intégrative	5	
	Systémique	5	
	Cognitivo-comportementale	7	
	Psychodynamique	4	
	Existentielle-Humaniste	2	
	Motivationnelle	2	
	Biopsychosociale	1	
Années d'expérience en relation d'aide	Nombre d'années	Pratique autonome	Cumulatif
	5 ans et moins	5	-
	5 à 10 ans	1	3
	10 à 15 ans	-	-
	15 à 20 ans	2	4
	Plus de 20 ans	-	1
Nombre d'heures de travail par semaine	Nombre d'heures	Pratique autonome	Cumulatif
	10 heures et moins	4	-
	10 à 20 heures	-	1
	20 à 30 heures	4	3
	30 à 40 heures	-	2
	40 à 50 heures	-	2

5.1.2 Le parcours professionnel

Le parcours professionnel des répondants est, globalement, très similaire. Chacun a entrepris des études universitaires ou collégiales dans un domaine de relation d'aide, soit le travail social ou la psychologie avant de débiter leur pratique. Toutefois, quatre participants ont également effectué un retour aux études. Deux d'entre eux ont complété un diplôme universitaire plus élevé dans le même domaine académique et ont conservé le même emploi en relation d'aide. Ils ont terminé ce deuxième diplôme après 9 et 18

ans de pratique. Les deux autres répondants, quant à eux, ont entamé des études universitaires en travail social ou en psychologie afin de changer d'orientation professionnelle. Une de ces deux personnes occupait une profession sans lien avec la relation d'aide et est retournée aux études après avoir occupé son emploi pendant deux ans. La seconde travaillait dans un poste en relation d'aide, mais dans un domaine différent. Pour cette répondante, le changement d'orientation professionnelle est survenu après 25 ans d'occupation du premier emploi.

Après leurs études académiques, tous les participants (n=8) ont obtenu un emploi en relation d'aide, soit comme travailleur autonome (n=3) ou comme travailleur rémunéré par un employeur (n=5). Parmi les travailleurs rémunérés, quatre sont employés par un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, ceux-ci ont occupé, en moyenne, deux emplois différents au sein d'un organisme public au cours de leur parcours professionnel. Durant leur cheminement professionnel, deux répondants en sont arrivés à laisser leur emploi dans le domaine public pour travailler uniquement en privé comme travailleur autonome après avoir occupé ce poste pendant 14 ans et 28 ans. De leur côté, les deux autres professionnels ont conservé leur emploi dans un organisme public et ont commencé la pratique privée de façon simultanée après 5 ans et 10 ans d'occupation dans leur emploi principal. Quatre professionnels ont également eu, à différents moments de leur parcours professionnel, des implications autres que la relation d'aide, mais en lien avec leur domaine d'étude, telles que la participation à un Conseil d'Administration, l'enseignement ou la supervision.

5.1.3 Le type de clientèle rencontrée

Le type de clients rencontrés par un professionnel de la relation d'aide a un impact direct sur le contexte de sa pratique. Toujours dans le but de définir ce contexte, les caractéristiques habituelles de la clientèle des participants sont présentées. Le type de

clients rencontrés dans la pratique privée et dans le cadre d'un emploi rémunéré étant globalement similaire, les deux milieux sont présentés de façon simultanée.

Tout d'abord, la majorité des professionnels rencontrent des adolescents ou des adultes (n=6). Certains d'entre eux rencontrent également des familles (n=2) et des couples (n=4). Dans le cadre de leur emploi, deux répondants suivent une clientèle contrainte à faire appel à leurs services. Une minorité (n=2) doit également intervenir avec leur clientèle en respectant un nombre restreint de rencontres.

Les raisons de consultation de la clientèle rencontrée par les répondants dans le cadre de leur pratique sont variées. En effet, la totalité des intervenants (n=8) a une clientèle ayant un trouble mental modéré ou grave (trouble d'adaptation, dépression, trouble anxieux, trouble de stress post-traumatique, troubles de la personnalité, etc.). De plus, la majorité (n=6) suit aussi des gens vivant une problématique situationnelle passagère comme des conflits relationnels, une séparation ou un deuil. Plusieurs professionnels (n=6) ont aussi une clientèle consultant suite à un événement particulier comme un abus sexuel ou un accident. Finalement, la moitié (n=4) rencontre souvent une clientèle avec un problème de dépendance.

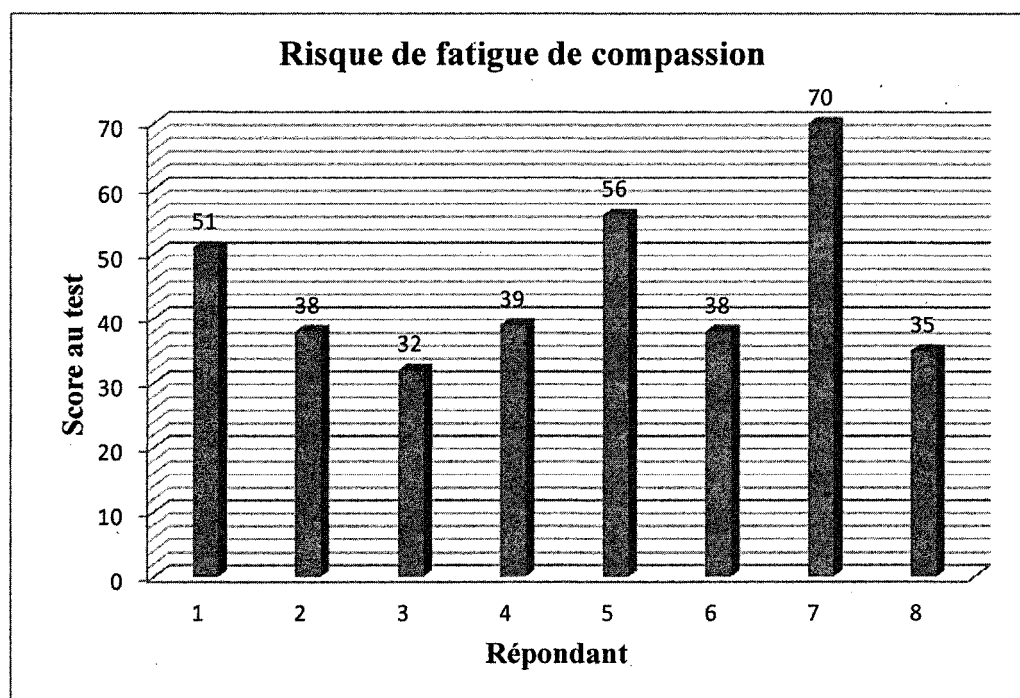
5.1.4 Le risque de fatigue de compassion et de traumatisme vicariant

À la fin de l'entrevue, les participants ont complété deux outils de mesure, soit le *Compassion Fatigue Self-Test for Helpers* et le *Impact of Event Scale* (voir la section 4.5.2.2 pour la description des instruments). Ces deux tests permettent d'obtenir une image globale du risque de développer ou d'être atteint de FC et de TV, mais ne permettent pas et n'ont pas comme but d'établir un diagnostic. Autrement dit, un participant pourrait obtenir un score laissant présager un risque élevé de développer ou d'être atteint de FC et ne présenter aucune des répercussions négatives habituellement recensées dans les écrits scientifiques.

5.1.4.1 Les résultats des participants au *Compassion Fatigue Self-Test for Helpers*

Les résultats des participants à cette échelle de mesure révèlent qu'ils se situent à un niveau de risque modéré (n=2), élevé (n=3) ou extrêmement élevé (n=3). Autrement dit, aucun d'entre eux n'est à risque faible ou extrêmement faible de développer l'usure de compassion. La figure 2 présente le score obtenu par chacun des participants au *Compassion Fatigue Self-Test for Helpers*.

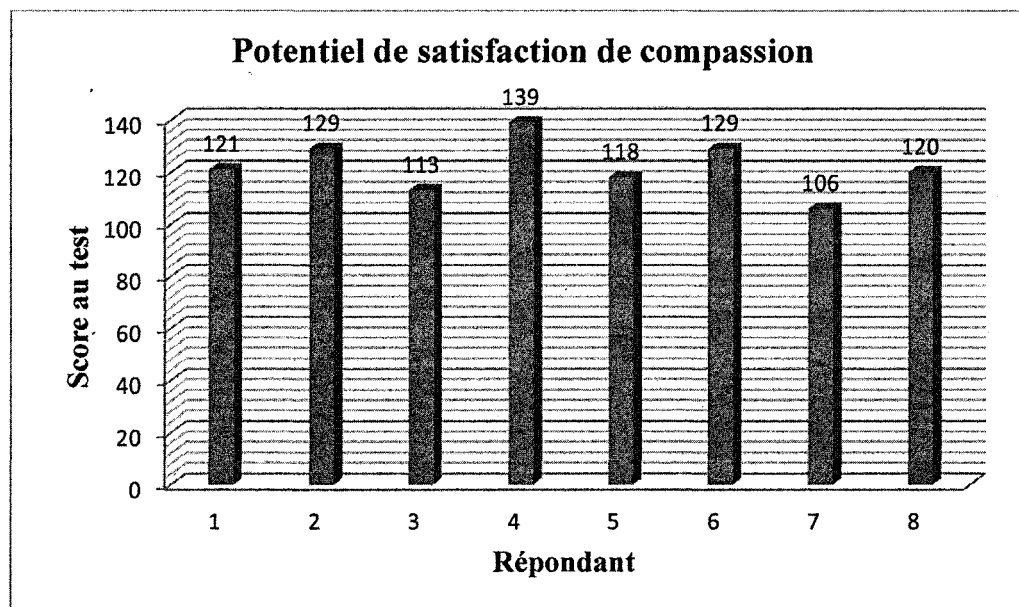
Figure 2 - Le risque de fatigue de compassion



Le potentiel de satisfaction de compassion, facteur de protection de la FC, est également mesuré par cet outil. Il comporte également cinq niveaux de mesure : bas (63 et moins), modeste (64 à 81), bon (82 à 99), élevé (100 à 117) et extrêmement élevé (118 et plus). À partir des résultats, il est possible de constater que ce facteur de

protection semble présent pour tous les participants. En effet, les résultats suggèrent un potentiel de satisfaction de compassion élevé ($n=2$) ou extrêmement élevé ($n=6$).

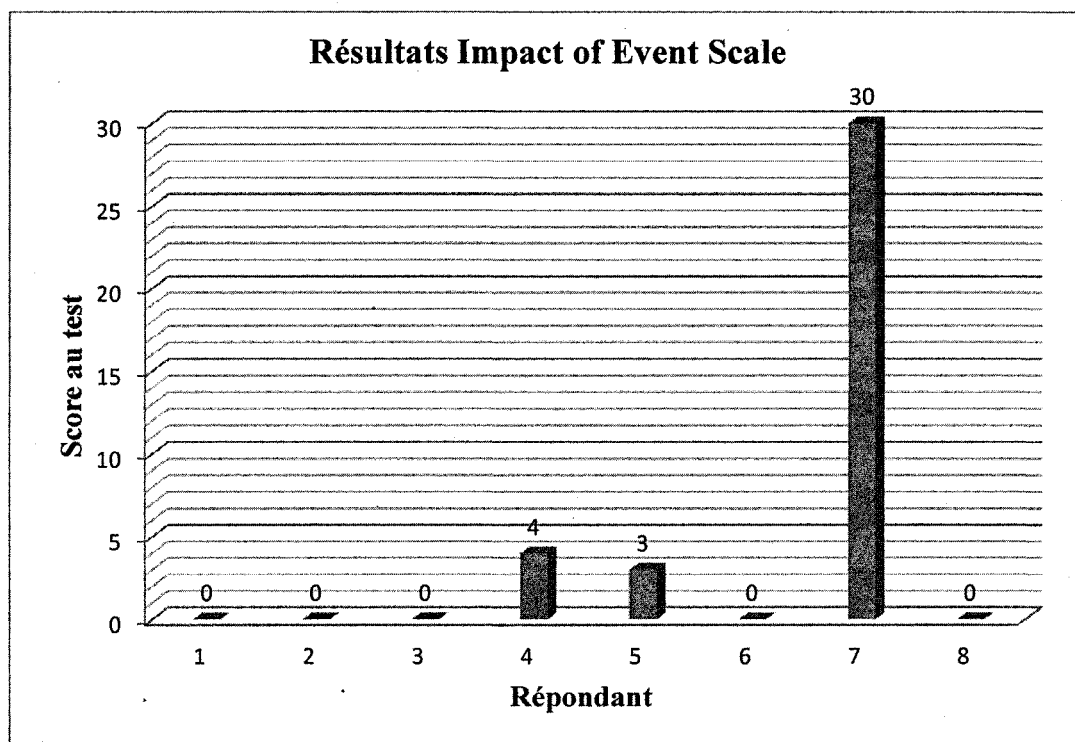
Figure 3 - Le potentiel de satisfaction de compassion



5.1.4.2 Les résultats des répondants à l'Impact of Event Scale

Cet outil de mesure permet d'identifier un seul élément, soit la présence ou l'absence de manifestations de stress post-traumatique dans la dernière semaine précédant la passation du test. La majorité des participants ($n=7$) n'éprouvent pas de manifestations post-traumatiques. Toutefois, un intervenant a obtenu un score faisant référence à un niveau élevé de manifestations de stress post-traumatique (Figure 4). Puisque les questions ont fait référence au discours traumatique d'un client et non pas à des événements personnels, les manifestations de stress post-traumatique font référence au traumatisme vicariant.

Figure 4 - Le risque de traumatisme vicariant



5.2 Les facteurs d'influence individuels

Cette partie traite des facteurs individuels pouvant avoir une influence positive ou négative sur la FC et le TV. Bien que certaines caractéristiques soient aussi fortement influencées par le milieu de travail, elles sont considérées comme des facteurs individuels puisque ce sont les comportements et les attitudes des professionnels qui déterminent, en finalité, les retombées positives ou négatives du facteur d'influence. L'ensemble de ces facteurs personnels se regroupe en deux grandes sections, soit les facteurs reliés à la sphère socioprofessionnelle et les facteurs reliés à la vie privée.

5.2.1 Les facteurs d'influence socioprofessionnels

Dans le cadre de son emploi, chaque intervenant détient un certain pouvoir d'action ou de décision lui permettant de se protéger des répercussions potentielles d'un travail en relation d'aide. On y retrouve le soutien au travail, les contraintes personnelles au travail, l'organisation de l'horaire et des tâches puis la perception de la profession.

5.2.1.1 Le soutien au travail

Dans le cadre d'un travail en relation d'aide comme le travail social et la psychologie, les intervenants peuvent avoir besoin, à certaines occasions, de soutien professionnel. Lors des entretiens avec les répondants, après avoir discuté des répercussions possibles d'un travail en relation d'aide, la question suivante leur a été posée : «Qu'est-ce qui protège le plus les intervenants en relation d'aide des répercussions négatives de leur pratique?». La totalité des répondants (n=8) a alors fait référence à la nécessité d'être soutenu au travail. Ce soutien se divise en trois grandes catégories, soit la supervision professionnelle, la formation continue et la ventilation.

5.2.1.1.1 La supervision professionnelle

La première forme de soutien au travail évoquée par les répondants est la supervision professionnelle. Dans le contexte de cette recherche, la supervision représente la tenue de rencontres avec un superviseur durant lesquelles l'intervenant peut discuter de ses impasses et questionnements concernant un client. Lors de ces rencontres, des liens entre la perception de l'intervenant de la situation du client et son propre vécu personnel et ses émotions peuvent aussi être établis. Ce type de rencontre peut s'effectuer de façon individuelle, soit avec le professionnel et son superviseur, ou encore lors d'une rencontre réunissant un groupe d'intervenants avec un superviseur. Ainsi, sur les huit personnes rencontrées, sept sont soutenues par des rencontres formelles de supervision. La huitième personne a, quant à elle, accès à du soutien informel de la part de son employeur. Toutefois, ces rencontres, qui sont similaires à de la supervision, ne lui permettent pas d'évacuer certaines émotions sans retenue comme, par exemple, celles pouvant être reliées au cadre organisationnel. Parmi les personnes

ayant accès à de la supervision professionnelle (n=7), deux y ont accès dans le cadre de leur emploi dans le secteur public aux frais de l'employeur. Cinq autres répondants ont recours à de la supervision privée et en assument eux-mêmes les frais. Enfin, deux des professionnels ayant accès à des rencontres avec un superviseur professionnel de façon formelle ont aussi accès, au besoin, à de la supervision plus informelle avec leur supérieur hiérarchique.

Les supervisions formelles ou informelles, fournies par le milieu de travail, s'effectuent auprès d'un membre de l'équipe de travail, soit un supérieur hiérarchique (n=3) ou un collègue (n=1), ou un superviseur externe à l'organisation (n=1). Quant aux travailleurs pratiquant uniquement la relation d'aide en pratique privée (n=4), ils ont tous recours aux services d'un superviseur externe pour les soutenir dans leur pratique.

La fréquence des rencontres de supervisions varie chez les répondants, soit au besoin (n=2), une fois par mois (n=1), une fois par deux semaines (n=4) ou une fois par semaine (n=1). De plus, tous les répondants (n=8) précisent avoir la possibilité d'obtenir une supervision non planifiée si le besoin est ressenti. D'ailleurs, les répondants apprécient la disponibilité de leur superviseur à les soutenir, lorsque nécessaire.

Le fonctionnement des supervisions serait globalement le même pour l'ensemble des répondants. En effet, ces dernières visent le dénouement d'une impasse thérapeutique liée au client, au professionnel ou au contexte organisationnel. Le superviseur permet d'apporter une vision différente des éléments ou des pistes de réflexion pouvant permettre aux professionnels de mieux comprendre la situation de leurs clients ou leurs facteurs personnels pouvant faire obstacle à l'intervention. Ces recommandations ne sont pas présentées sous forme d'obligations. Autrement dit, le professionnel prend en considération ce qu'il considère pertinent selon son jugement, et ce, sans répercussions négatives sur ses activités professionnelles. D'ailleurs, le contrôle du déroulement des rencontres de supervision et des thèmes abordés reviennent à la personne supervisée.

Typiquement, ce que je fais, c'est que je présente un dossier dans lequel je me sens dans une impasse thérapeutique. Puis, je présente le cas et on en discute. Mon superviseur m'offre des pistes de travail, des pistes de réflexion. Il m'amène, finalement, à comprendre le cas sous un autre angle pour pouvoir aller de l'avant. (Participant 5)

Normalement, je choisis les dossiers dont je veux parler. Je dirais que, règle générale, on a peut-être le temps d'en aborder deux par rencontre de une heure et demie. C'est de voir qu'est-ce qui me cause problème. Des fois, c'est clinique, mais des fois, c'est organisationnel. Comment faire passer mon message dans des organisations qui m'ont référé ou quoi faire quand je ne suis pas d'accord avec certaines interventions. (Participant 7)

Le discours des répondants démontre que la supervision leur permet de mettre en lumière des informations qu'ils possédaient, mais dont les liens avec une situation ou un client n'avaient pas été faits. Ces rencontres de supervision permettraient aussi de confirmer des hypothèses ou des théories concernant la situation problématique avec laquelle ils sont confrontés. De nouvelles informations fournies par les superviseurs peuvent aussi permettre aux intervenants d'aborder un sujet sous un autre angle, leur permettant ainsi de mieux comprendre certaines situations. De plus, discuter de sa pratique avec un autre professionnel permet aussi de se distancer d'avec les impasses et les émotions que les intervenants peuvent vivre, clarifiant par le fait même la situation. C'est également le cas lors de l'écoute du vécu professionnel de pairs. Ainsi, toutes les personnes supervisées (n=7) précisent que les rencontres de supervision sont très bénéfiques et aidantes. De plus, deux personnes considèrent que ce soutien est nécessaire à leur équilibre professionnel. La majorité (n=6) considère aussi que les supervisions professionnelles sont déterminantes et nécessaires à leur pratique. Elles leur permettent, entre autres, de se sentir plus compétents et plus assurés de leurs capacités en tant que professionnel en relation d'aide. Une personne précise également que, sans ce type de soutien, elle ne pratiquerait plus la relation d'aide.

D'être supervisé, je trouve ça riche. Supervisé en individuel, comme je peux avoir la chance, puis supervisé en groupe... Le groupe permet aussi d'écouter les réalités auxquelles sont confrontés les autres thérapeutes, de se trouver dans le

même bain et d'entendre des choses qui évoquent un cas similaire. Dans le fond... c'est comme un miroir. Ce sont des miroirs. À mon avis, quelqu'un qui veut bien travailler aujourd'hui, il fait ça. (Participant 3)

C'est très, très, très, très positif. Ça fait des années que je vais rencontrer la même personne puis, à chaque fois, c'est très utile. Très aidant. Très positif... Je pense que ça contribue vraiment à mon développement comme professionnel. Je me sens avancer comme professionnel. Je me sens de plus en plus solide, je me sens de plus en plus compétent puis soutenu. (Participant 5)

Mon superviseur, je vais le rencontrer et parler de mes cas. Si je n'avais pas ça, c'est sûr que je ne pratiquerais plus. Je serais... Je ferais un burn-out ou je ne sais pas là. Je n'aurais pas ce métier-là. Il m'aide. Ça m'aide. Ça m'aide beaucoup. [...] Juste le fait de s'arrêter devant quelqu'un qui nous permet de réfléchir, de se dégager, comprendre l'émotion que je vis, ça m'aide énormément. [...] Les gens qui n'ont pas ce support-là de leur employeur ou d'un superviseur externe, je ne le sais pas comment ils font pour résister, c'est surhumain. Que l'on soit en privé ou au public, si on veut survivre là-dedans, vivre, faire plus que survivre, et être heureux, d'avoir le sentiment d'être utile, il faut avoir des occasions de supervision. Je suis tellement convaincu de ça. (Participant 6)

Les commentaires des répondants démontrent aussi que le lien établi avec leur superviseur est important pour que ces rencontres soient fructueuses. En effet, aucun jugement ne doit être ressenti et un lien de confiance et de respect doit exister entre les personnes présentes. En ce sens, plusieurs (n=6) rencontrent depuis plusieurs années le même superviseur. Or, un participant n'utilise pas l'ensemble des possibilités qu'offre la supervision puisque ce lien de confiance n'est pas établi.

En début de séance, ceux qui souhaitent parler d'un cas se manifestent. À ce moment-là, la personne amène son cas, le superviseur donne ses feed-back, mais nous interpelle aussi. On est libre de dire : «Bien moi, tu vois, je t'entends, ça me fait penser... As-tu...». On contribue à permettre à cette personne d'éclairer un peu la suite à donner du cas qu'elle amène. Mais, ce n'est pas compétitif, ce n'est pas intrusif et ce n'est pas jugeant. Ça va bien. On a un très bon superviseur qu'on aime beaucoup puis ça va bien. (Participant 3)

La supervision m'aide beaucoup à ce niveau-là, à renforcer mon sentiment de compétence. Des fois, je me fais brasser par mon superviseur et je le prends. Il fait ça dans une bonne intention, lui aussi. (Participant 6)

5.2.1.1.2 La ventilation

L'accès à des rencontres de ventilation est un type de soutien plus informel pouvant aussi soutenir les professionnels de la relation d'aide. Le but d'une rencontre de ventilation est d'exprimer les émotions ressenties suite à une situation afin de s'en libérer. Ainsi, le but visé par l'identification de ces émotions n'est pas de mieux comprendre des informations en lien avec la situation du client pour permettre de meilleures interventions, mais plutôt pour aider l'intervenant à ne pas être envahi par certaines émotions. Ce genre de rencontres de ventilation est également utilisé pour éviter ou pour mettre fin aux répercussions négatives reliées à des événements particuliers comme la violence de la clientèle ou le discours perturbant d'un client.

Bien, en fait, ça s'est fait dans une séance de supervision là, au téléphone, où on a exploré toutes les émotions difficiles que ça me faisait vivre puis toute la culpabilité que ça me faisait vivre. Donc, juste en ayant ventilé ces émotions-là puis pleurer toutes les larmes de mon corps, parce que, justement, je trouvais ça tellement triste, puis je me sentais coupable puis je me demandais : «Qu'est ce que j'aurais pu faire de plus?»... En tout cas, juste de nommer tout ça puis de pleurer... Dans le fond, c'est ça, hein, c'est toutes ces émotions-là qui étaient tellement difficiles à soutenir. Après les avoir exprimées, tout le reste est entré dans l'ordre. (Participant 5)

Il y a cette espèce d'envahissement là, des fois. C'est sûr que des gros cas de gens souffrants, oui, ça pouvait m'arriver d'être envahi pendant une rencontre. Mais, on gère ça comme on peut. Je me souviens, entre autres, d'un monsieur qui avait perdu sa conjointe par suicide puis il pleurait donc... C'était tellement souffrant que veux, veux pas, on est un peu touché pareil par ce qu'il vit, tu sais. Je gère en voyant que, en fin de compte, j'avais été touché à ce moment-là et après ça, on ventile. Je ventile avec des collègues. Je l'avais exprimé, tu sais, que je le sentais que ça m'avais fait de quoi, je le vivais un peu sa peine. Il me l'avait communiqué. (Participant 8)

Tous les répondants (n=8) ventilent leurs émotions vécues au travail. Tous les professionnels travaillant avec des collègues (n=5) le font auprès de ces derniers. Certains (n=3) discutent également de leurs émotions reliées à une situation à un membre de leur réseau social pratiquant aussi la relation d'aide comme profession. Trois répondants profitent aussi des rencontres de supervision professionnelles pour ventiler

leurs émotions. Autrement dit, la ventilation peut s'effectuer dans le cadre d'une supervision formelle, mais elle peut aussi s'effectuer de façon impromptue, auprès de pairs en qui les intervenants ont confiance. L'ouverture d'esprit, le calme, l'écoute et la disponibilité sont les qualités recherchées chez une personne vers qui se tournent les professionnels pour ventiler. Ces rencontres de ventilation ne sont pas officielles ni obligatoires, elles surviennent au besoin. Toutefois, les répondants (n=8) précisent que, suite à un contexte particulier, une rencontre de ventilation officielle, aussi connue sous le nom de séance de «débriefing», de groupe ou seul, peut aussi être organisée.

Les paroles des intervenants démontrent qu'un lien de confiance doit exister entre eux et la personne vers qui ils se tournent pour ventiler leurs émotions. De plus, ils s'attendent à pouvoir s'exprimer sur la situation vécue et les émotions ressenties sans jugement, sans recevoir de conseils et sans que des actions ne soient posées par la suite. Autrement dit, le but recherché est d'être entendu et compris. Les émotions identifiées par les répondants comme nécessitant une ventilation sont la tristesse, le stress, la colère, la culpabilité et la remise en question de ses capacités comme intervenant. La ventilation est considérée par tous les intervenants (n=8) comme étant une forme importante de soutien ayant un effet libérateur.

Je dois me référer à mon spécialiste en activité clinique pour des besoins cliniques, pour du support quelconque. Ça, je le fais. [...] C'est vraiment de la consultation par rapport à des impasses au niveau de l'intervention. Qu'est-ce que je fais au niveau de mes interventions? Je ne commencerai pas à aller dire mes états d'âme. Non. Les états d'âme, ça va être à ma personne là. Ça fait six ans qu'elle m'entend, d'ailleurs [Rire]. Ça fait que ça va être avec elle. Le spécialiste en activité clinique, probablement qu'il serait ouvert à ça, mais il y a eu un changement dernièrement, puis le lien ne s'est pas vraiment développé. (Participant 1)

Les collègues de travail avec qui je peux parler et ventiler, tout simplement. Ils le savent, là. Ils me voient arriver, ils me voient la face. Ils savent. Je veux qu'ils ne me disent rien, je veux qu'ils m'entendent. C'est un confessionnal. On sort de là et c'est fini. C'est ça. (Participant 4)

5.2.1.1.3 La formation continue

Tous les répondants (n=8) participent à des formations professionnelles, soit offertes par le milieu de travail (n=4) ou, en dehors, par initiative personnelle (n=8). En ce qui concerne les quatre répondants occupant un poste rémunéré par un employeur, leur milieu de travail a déjà fourni des formations. Toutefois, trois d'entre eux considèrent que ces formations ne sont pas offertes à une fréquence suffisante. En effet, plus d'une année semble s'écouler entre deux formations. Une personne s'est dite satisfaite des formations offertes, mais reconnaît que le programme auquel elle appartient est plus abondant en termes d'occasions de formations. Cette même personne considère que son milieu de travail n'offre pas suffisamment d'opportunités de formation à l'ensemble des employés, faute de budget adéquat. Or, la majorité des répondants (n=3) se disent insatisfaits des formations offertes par leur milieu de travail.

On n'a pas beaucoup de formation actuellement dans mon milieu de travail, ça manque un peu. Mais je vais m'en chercher ailleurs. Avant de partir en congé maladie, j'avais l'impression d'être en train de m'éteindre sur ma chaise. Non, je ne peux pas croire qu'après cinq ans de pratique, je vais commencer à m'éteindre. Voyons, ça ne marchait pas dans ma tête. Ça fait que la formation, je vais m'en chercher à l'extérieur. (Participant 1)

Les formations? Avec la loi 41?! [Rire] Ils ont coupé presque toutes les formations au gouvernement. Donc, c'est le budget relié aux formations. Il y a quelques formations. Mais, moi, je dirais que je suis un privilégié parce que l'équipe de crise dont je fais partie, c'est un programme qui est régional. Puis, à ce programme-là est rattachée une enveloppe budgétaire de formation. Ça fait qu'on a quand même une bonne enveloppe pour avoir des formations sur toutes sortes de sujets. [...] Pour moi, je suis un privilégié comparé à... Si je n'étais pas dans ce programme-là, on n'aurait pas grand-chose. (Participant 4)

Un répondant se permet toutefois de souligner la responsabilité qu'ont les intervenants rémunérés par un employeur concernant leur formation continue. En effet, il rappelle que les efforts pour obtenir des formations reviennent aussi aux professionnels et non pas seulement à leur employeur.

C'est suffisant. Si ce n'était pas suffisant, j'irais en chercher plus. C'est ma responsabilité. Et je trouve que là-dessus, les intervenants dans le réseau public ont une responsabilité de s'occuper d'eux. Ils ont une responsabilité, ça ne viendra pas des patrons. Ça va venir d'eux. Et de la formation, les gens disent : «Tu as de la formation, tu es chanceux, toi.». Mais oui, mais j'y vais, je la paie. C'est vrai que c'est déductible d'impôt. [Rire]. Mais, je prends trois jours, je m'en vais à Moncton, je m'en vais à Québec, je prends deux jours. L'an passé, je suis allé à Québec à une formation sur la transmission intergénérationnelle, j'ai pris deux jours de mon temps. Les intervenants pourraient et ils pourraient motiver plus leur patron. (Participant 6)

Les raisons motivant la participation à des formations professionnelles sont similaires chez l'ensemble des répondants. La principale raison énumérée (n=8) est de s'outiller davantage pour permettre d'intervenir différemment ou d'acquérir de nouvelles connaissances. En plus des bienfaits recherchés touchant directement leur pratique, plusieurs (n=3) ajoutent vouloir évoluer en tant que professionnel au travers les formations. Concernant les avantages individuels, un participant précise que la formation lui permet de se rassurer sur sa compétence. D'autres (n=2) ajoutent que la formation permet d'être en contact avec d'autres professionnels, permettant ainsi de se comparer et d'être stimulés par ces derniers.

Je me paie des formations parce que mon milieu de travail n'en offrait pas beaucoup, l'école me manquait puis j'avais le goût d'aller voir d'autres gens aussi. Sortir de mon milieu de travail, aller prendre l'air, d'aller voir d'autres professionnels... Au bout d'un certain temps de pratique, on va aller valider voir : «Je suis-tu dans le champ? J'ai-tu cheminé? Je suis-tu en train de m'endormir là?». Ça fait que c'était ça, une curiosité. (Participant 1)

Présentement, c'est devenu obligatoire. [Rire] On n'a plus le choix; 90 heures par cinq ans. Mais, ça a toujours été important pour moi, j'ai toujours suivi un minimum de deux ou trois formations par année depuis que je suis psychologue puis c'est justement dans le but de me développer continuellement. Parce que je pense vraiment que je fais un métier qui... On peut se développer ad vitam aeternam, tu sais. Je regarde, des fois, mon superviseur a un superviseur qui a un superviseur même s'il est en... Ça ne finit plus là. Le potentiel de se développer est infini. Ça fait que c'est pour ça que je fais des formations. Pour m'outiller aussi dans le fond. Tu sais, concrètement, dans le «day today», c'est rassurant d'avoir plus de repères aussi là. (Participant 5)

Quand on travaille dans ce domaine-là, il faut alimenter l'intellect, il faut alimenter... se ressourcer constamment. Sinon, on finit qu'on tourne toujours autour des mêmes affaires. Puis, je ne dis pas qu'il faut changer constamment nos choses, nos cadres de référence... Mais c'est que, les connaissances nouvelles viennent approfondir. (Participant 6)

Deux répondants se questionnent sur le besoin qui est comblé par les formations. En effet, une personne précise que les formations offertes par le milieu de travail ne répondent pas vraiment à un besoin ressenti par les employés, mais plutôt à un besoin organisationnel. La seconde personne considère que les formations lui permettent de combler son besoin d'apprendre et de se sentir outillée dans sa pratique professionnelle. Toutefois, elle se questionne sur la qualité et les bienfaits de ces transferts de connaissance. Autrement dit, elle s'interroge à savoir si, en réalité, elle ressort réellement des formations plus outillées et avec plus de connaissances puisqu'elle ne semble pas les mettre en pratique.

Souvent, je suis hyper satisfaite pendant la formation. J'aime apprendre. J'aime aussi développer de nouvelles perspectives, des nouveaux outils... Mais quand ça vient le temps... Je ne sais pas à quel point ça contribue à mon développement parce que quand j'arrive dans ma réalité, avec mes clients, c'est très, très rare que je vais ressortir une formation et que je vais dire : «Okay, je vais m'inspirer de... pour travailler avec cette personne-là.». Malgré, sûrement que ça teinte mes interventions sans... ouais. Mais, c'est ça, on dirait que c'est toujours intéressant sur le moment, mais on dirait que je ne saisis pas l'impact que ça a sur moi, sur mon travail quotidien. Ce qui est intéressant, c'est que ça répond au besoin qu'on a d'avoir toujours plus de savoir. Puis, à la limite, de savoir-faire. Dans le fond, ça nous rassure en tant qu'intervenants d'avoir plein d'outils, plein de connaissances, plein de formations. (Participant 5)

Les formations, ça ne répond pas tout le temps à un besoin. [...] Tu vois, pour moi, quand j'ai eu une formation, c'était sur le régime de protection. C'est sûr que ce n'est pas l'intérêt premier, mais c'est sûr que ça répond à un besoin de l'employeur qui veut qu'on fasse des régimes de protection parce que c'est sûr qu'il y a des situations que ça nécessite de faire cet acte-là. Mais, moi, ça ne correspond pas à mon intérêt premier. (Participant 8)

5.2.1.2 Les contraintes personnelles au travail

Afin de ne pas être trop envahis par les exigences professionnelles, les intervenants peuvent établir certaines limites qui leur permettent de s'en protéger. La présente étude permet de constater que tous les intervenants rencontrés (n=8) ont des contraintes personnelles clairement identifiées au travail. De plus, le discours de la moitié d'entre eux (n=4) démontre que certaines limites ont été instaurées après avoir subi des répercussions négatives causées par le travail. Les contraintes personnelles au travail présentées par les répondants comprennent les limites concernant la clientèle, l'organisation de l'horaire de travail ainsi que les vacances et les congés.

5.2.1.2.1 Les limites concernant la clientèle

L'établissement de limites concernant la clientèle a été énuméré par tous les professionnels rencontrés (n=8). Celles-ci concernent surtout le type de relation entretenue avec un client. La contrainte la plus souvent amenée (n=5) consiste pour les intervenants à résister à la tentation d'occuper un rôle de «sauveur» auprès du client. En effet, plusieurs se réfèrent à la responsabilité du client à fournir l'effort nécessaire à la réussite de sa démarche thérapeutique et s'obligent à ne pas s'investir plus que ce dernier (n=3). Des gestes peuvent aussi être concrètement posés pour permettre le respect de cette limite. En effet, des répondants (n=3) ont précisé mettre fin à la relation avec un client si ce dernier n'est pas motivé à apporter des changements ou que ses motivations ne concordent pas avec les objectifs de l'intervention. Cette limite se veut globalement facile à appliquer pour deux individus alors que trois autres éprouvent plutôt certaines difficultés occasionnelles à la respecter. Les principales raisons évoquées expliquant la difficulté de respecter cette restriction sont la souffrance de la clientèle (n=3) et le lien déjà établi avec un client (n=1). Autrement dit, une personne particulièrement souffrante ou qui exprime grandement sa souffrance aura tendance à déconcerter les intervenants en ce qui a trait à cette règle. Certains reconnaissent n'avoir pas su maintenir cette limite par le passé (n=3) alors que d'autres y parviennent, mais avec difficulté dans ce genre de situation (n=4). Dans le même ordre d'idée, refuser

d'accorder de l'aide à un client avec qui la relation est déjà instaurée s'avère aussi être difficile pour au moins un répondant.

Moi, mes clients, ce sont les enfants. Si un parent m'appelle en détresse, par exemple. Moi, je vais avoir le réflexe de courir chez la madame en question, mais ce n'est pas mon mandat. Ce qu'il faut que je fasse, ce n'est pas de me diriger chez la mère, c'est de la référer, de faire en sorte qu'elle ait des services. Mais pas d'aller prendre soin. Ça fait que ça, c'est une limite. Tu sais, il faut que je me ramène. Il faut que je me ramène à mon mandat, c'est vraiment très difficile. C'est très difficile parce que quand tu suis l'enfant, tu suis sa famille aussi. Tu t'attaches aux parents, tu t'attaches aux frères et sœurs. C'est de garder une distance, de ne pas vouloir sauver. Je ne veux pas, je n'ai pas l'intention de sauver personne, mais je suis facilement sensible à la détresse je dirais. (Participant 1)

Ma limite, c'est de ne pas aller plus loin que le client est rendu. [...] Je pense que je suis un intervenant qui est très, très optimiste. Je crois beaucoup au potentiel du monde. Il faut que je fasse attention à ne pas aller plus loin que le client parce qu'à partir de ce moment-là, je le sors de son malaise, souvent. Là, il y a danger que la situation ne change pas. (Participant 4)

Quand je refuse des clients, c'est parce qu'ils ne sont pas prêts au traitement ou ils sont là pour les mauvaises raisons. Dans ce temps-là, je les refuse ou quand je pense que ce n'est pas la bonne modalité aussi. Ça, je peux le refuser. Il y en a que je mets fin au suivi quand je considère que ça ne fonctionne pas, que c'est peut-être juste une motivation externe en lien avec diminuer les conséquences des actes. Ça, je suis quand même à l'aise avec ça quand ça ne fait pas. (Participant 7)

La relation entre le professionnel et sa clientèle comporte une deuxième limite touchant davantage le comportement prôné dans la relation. À ce sujet, un répondant refuse que les clients fassent preuve de violence à son égard. En effet, qu'il s'agisse d'agression verbale, psychologique ou physique, la présence de violence est amenée comme un élément non toléré conduisant automatiquement à la suspension temporaire ou définitive du suivi thérapeutique. Ce même répondant ajoute aussi la possibilité d'établir clairement l'existence de cette limite avec la clientèle afin de prévenir la présence de la violence ou de l'agressivité. Ensuite, deux professionnels ont aussi précisé refuser tout contact physique, tel que les accolades, avec la clientèle.

Quand le client n'est pas disponible ou quand il y a un tantinet de violence, je ne l'accepte plus. Par exemple, cet automne, j'ai eu une mère qui m'a appelée : «Toé, ma...». Elle commence comme ça : «Oui, bonjour?», «Toé, ma...», «Est-ce que tu m'appelais pour une question précise aujourd'hui?». Là, elle continue : «Là, je vais mettre fin à la conversation.» et je raccroche. Non, on ne peut pas commencer en se tabarnaquant après. Ça fait que ça, c'est des limites que je me suis mises. Avant je me serais dit : «Mon Dieu, elle est souffrante, pauvre petite. Elle est fâchée.». Mais non, on n'a pas à recevoir ça. Ça fait que, par rapport à la violence, il y a des limites que je me mets. Préparer les entrevues, aussi : «Là, on a des choses difficiles à dire aujourd'hui. Si tu sens que ça ne fait pas, bien, je t'invite à prendre la porte.». (Participant 1)

C'est déjà arrivé qu'une cliente me demande de la prendre dans mes bras. Puis ça, c'est une limite, c'est clair. Puis c'est difficile à expliquer aux clients puis c'est difficile de lui refuser ça, mais, c'est clair. Donc pas de contacts physiques : limite. (Participant 5)

5.2.1.2.2 L'organisation de l'horaire et des tâches

Un autre type de limite souligné par les répondants (n=8) concerne davantage la planification des tâches et de l'horaire de travail. La majorité (n=7) se restreint volontairement dans les heures de travail, s'interdisant de travailler plus tard que l'horaire initialement décidé, et ce, autant pour les travailleurs autonomes que ceux qui sont rémunérés par un employeur. Six répondants respectent généralement cette limite. Un participant semble ne pas s'imposer cette restriction pour pouvoir répondre aux demandes de la clientèle alors qu'un second répondant ne parvient pas à la respecter pour la même raison. Le temps de rencontre pour une entrevue de thérapie est globalement le même pour tous les répondants, soit environ une heure. Bien que cette limite de temps soit clairement établie, deux participants ajoutent avoir, parfois, de la difficulté à la respecter dû à leur désir de permettre à la personne de cheminer.

Mais oui, j'ai des limites. Mon horaire, c'est quatre jours, six clients par jour, j'ai une heure et demie pour dîner. Je termine à 16h00, des fois 16h15, mais pas plus tard que ça, c'est clair. (Participant 5)

Apprendre à terminer une entrevue. Bon, l'entrevue, elle se termine à moins dix. Des gens, à la fin de l'entrevue, ils l'ont la chose qu'il voulait me dire : «Il faut que je vous dise.» et d'être capable de terminer. D'être capable... Des fois, je vais laisser aller un peu. Mais, ça vient gruger sur mon temps de rédaction, ça

vient gruger sur mon temps de repos, entre deux entrevues, de détente. Et, à la fin de la journée, je me ramasse avec de la rédaction en retard et je m'en veux. Toujours être vigilant là-dessus. (Participant 6)

L'organisation de l'horaire concerne aussi la planification des rencontres avec la clientèle. Or, les professionnels rémunérés par un employeur (n=4) ont tous une limite concernant le nombre de clients suivis (n=4). Toutefois, cette limite est déterminée par le milieu de travail et, pour la majorité (n=3), elle ne correspond pas toujours à la charge que le professionnel aurait lui-même choisie. Concernant la pratique privée, deux intervenants ont déterminé une limite touchant le nombre de clients rencontrés dans la même journée. Pour ce qui est de la planification des rencontres, deux personnes organisent leurs journées selon la lourdeur des problématiques des clients. Quatre répondants ajoutent planifier leurs tâches professionnelles, dans la mesure du possible, selon leur niveau de fatigue (n=2), leur état psychologique (n=1) et l'intérêt porté à certaines tâches (n=1). Concernant l'intérêt et les émotions ressenties, il est intéressant de préciser que, pour ces raisons, certains (n=2) professionnels refusent de rencontrer certains types de clients ou certaines problématiques comme, par exemple, les abuseurs sexuels, les toxicomanes et les personnes atteintes de trouble de personnalité limite.

Puis aussi, l'autre chose, c'est que, j'essaie, mais je ne réussis pas toujours, mais c'est, par exemple, j'ai justement trois ou quatre personnes qui vivent de gros traumatismes ou qui sont plus difficiles, comme les troubles de personnalité limites, je vais les répartir dans la semaine pour ne pas les avoir tous dans la même demi-journée par exemple. (Participant 5)

J'essaie de mettre des délais aux évaluations parce que ça, ça demande quand même beaucoup de temps. Donc, de plus en plus, j'essaie de me donner des délais. Même chose si on me demande de faire de la formation. Je mets de plus en plus mes dates mêmes si elles sont six mois plus tard. Ce que je ne faisais pas nécessairement avant. Au niveau des suivis de dossiers, j'essaie aussi de me donner un certain nombre, de me dire : «Là, je n'en prendrai plus.», mais ça, j'ai un peu de difficulté. Ça m'arrive d'en reprendre quand même. Ça ressemble pas mal à ça. [...] Je me mets des limites pour essayer de travailler moins chez moi, mais ça, ça ne fonctionne pas tellement. C'est vraiment très difficile. (Participant 7)

Des limites au travail... Bien, je pense que c'est la gestion de mon agenda... Plus y aller en fonction de soi comme intervenant. Oui, il faut répondre à des contraintes, des exigences de l'employeur... en fait, ils ne nous le disent jamais vraiment, tu sais... Moi, j'ai l'impression que, des fois, je virais pas mal plus mes tours que bien du monde [Rire]. Un moment donné, bien écoute, je peux peut-être ralentir. Ça fait que la limite c'est «Pourquoi je donnerais du 120 %?». Parce que 80 %, ça pourrait faire pareil. Puis si je suis plus fatigué et s'il y a des semaines où ça va moins, bien je m'arrange aussi pour moins en demander ou organiser les tâches que j'ai à faire autrement. (Participant 8)

Pour cinq répondants, l'organisation de l'horaire et des tâches concerne aussi une particularité, soit l'occupation d'un double emploi. Autrement dit, ceux-ci travaillent dans un domaine de la relation d'aide comme employés tout en pratiquant simultanément de façon autonome. Ainsi, l'ensemble de ces personnes a choisi d'occuper simultanément plus d'un emploi par choix et jongle entre les différents milieux et tâches de travail. Sur ces cinq personnes, un répondant éprouve de la difficulté à gérer ses deux emplois. D'ailleurs, cette personne précise avoir été dans l'obligation d'instaurer une limite par rapport à son horaire pour lui permettre de prendre en considération le temps de transport et ainsi mieux concilier le temps et l'énergie répartis entre ses deux engagements professionnels. De plus, un autre participant devant se déplacer dans le cadre d'un de ses emplois précise aussi devoir gérer son horaire selon cette réalité.

Gérer deux emplois, ça, c'est difficile. Mais, ce que j'essaie de faire, ce que j'ai essayé de faire, c'est de ne plus mélanger les deux dans une même journée. Parce que, là, je me déplace tellement que c'était difficile de... je perdais de l'énergie et c'était difficile de rester concentré. (Participant 7)

Je fais environ en moyenne de 200 à 300 km par semaine. Je m'organise pour maximiser mes transports. Donc, si j'ai à aller assez loin, je me cédule des rendez-vous tout le long en revenant, si possible. (Participant 4)

Parmi l'échantillon, six personnes travaillent ou ont déjà travaillé dans le réseau public des services de santé et des services sociaux alors que deux ont choisi la pratique privée dès le début de leur parcours professionnel. Or, ces deux derniers professionnels ont choisi de commencer la relation d'aide dans le domaine privé dans l'optique

d'organiser leur horaire et leurs tâches de façon plus adéquate. En effet, la première motivation apportée par la majorité des répondants (n=6) est l'autonomie et la liberté d'action concernant le choix de l'horaire, de la clientèle, des vacances, du salaire et de la manière d'effectuer les tâches.

La pratique privée, c'est pour la liberté. La liberté de décider de mes conditions, autant les horaires que la clientèle que je prends, que celle que je ne prends pas. Autant au niveau de mes honoraires, autant au niveau de mes congés, de mes vacances. La liberté horizontale et verticale. (Participant 5)

Deux personnes ont commencé la pratique privée pour effectuer des tâches qu'ils considéraient comme plus stimulantes, soit de la thérapie en face à face avec des clients, ce qui n'était pas forcément possible dans leur premier milieu de travail. D'autres (n=2) ont fait le choix de la pratique privée pour changer de type de clientèle, encore là, pour rencontrer des gens différents et plus stimulants que ceux côtoyés dans leur emploi dans un organisme public.

Moi, ce que j'aime, c'est les rencontres individuelles, les suivis individuels puis là, je ne retrouve pas nécessairement ça dans mon milieu de travail actuellement. [...] Mes clients, c'est vraiment dans la communauté auprès de gens qui... ce sont les gens qui sont les moins collaborateurs. Donc, non collaborant dans le suivi, qui ne suivent pas les recommandations médicales et qui ne prennent pas nécessairement leur médication et qui peuvent avoir des troubles judiciaires aussi. Donc, la crème là des gens atteints de maladie mentale [Rire]. Ça fait que ça, bon, c'était un point, moi, j'aime aussi travailler avec des gens qui sont atteints de troubles moins sévères : dépression, anxiété, difficultés conjugales, familiales... Ça fait que c'est ça l'intérêt du privé. Je voulais aller chercher cette clientèle-là, ce volet-là. Puis avec des gens, aussi, avec qui c'est quand même plus facile, des gens qui sont mobilisables, qui ont de l'autocritique. Ce que je ne retrouve pas nécessairement dans mon autre milieu de travail (Participant 8)

Trois répondants ont, pour leurs parts, été motivés par la pratique privée pour effectuer des tâches et rencontrer des clients leur permettant d'évoluer et de se sentir davantage valorisés comme intervenant. Ainsi, le discours des répondants (n=8) tend à

dire que la pratique privée est, pour eux, un moyen de gérer leurs tâches et leurs horaires selon leurs propres limites et intérêts. Autrement dit, il s'agit d'une manière d'obtenir la liberté et l'autonomie et de développer leur créativité professionnelle.

La pratique privée me permettait plus d'avoir accès à ma créativité d'intervenant. Dans le réseau, on applique une loi, c'est régi, t'as des délais, c'est comme ça. Il faut que tu répondes à des critères vraiment précis. Ça fait que l'intervenant que t'es, qui se dessine, devient vite limité. On doit se ramener tout le temps au contexte de lois... Ça fait que la pratique autonome, c'était pour ça. (Participant 1)

J'ai choisi la pratique privée parce que j'étais un peu tanné... tanné des limites des services publics ou des services communautaires où il y a des contraintes budgétaires, des contraintes, aussi, syndicales qui font en sorte que tu ne peux pas nécessairement faire telle affaire parce que ce serait inéquitable. Il y avait un cadre qui faisait en sorte que j'avais le goût d'avancer puis d'avoir une pratique qui se développe et ce n'était pas nécessairement possible. Ça fait que la pratique au public, ça me mettait trop de bâtons dans les roues. (Participant 7)

5.2.1.2.3 Les vacances et les congés

La gestion de l'horaire et des tâches se complète souvent par la prise de vacances et de congés du travail. Ce temps de repos se veut un facteur d'influence positive que tous les répondants (n=8) utilisent. La fréquence et la durée des vacances se veulent diversifiées et semblent dépendre principalement des finances personnelles de chacun. Cette limite, soit la prise de vacances deux fois par année, soit pendant la période estivale et durant le temps des Fêtes, est respectée par tous les répondants sans difficulté particulière.

Bien, mes limites par rapport à l'horaire, c'est plus en termes de vacances. Ça, je n'ai pas renoncé à ça. Donc, j'ai quand même... Je prends quand même mes 2 semaines à Noël, ma relâche puis l'été; avant, je prenais cinq semaines, là, je vais en prendre six. Ça, j'ai décidé que j'allais le prendre. Tu sais, ça me permettait aussi de décrocher et d'arriver avec plus d'énergie pour recommencer l'année. Ça fait que ça, je le fais même si c'est un long délai et que les clients vont attendre et qu'ils n'auront pas de service. Je me dis : «Au pire, il y a des services d'urgence.». Ça ne changerait pas grand-chose de toute manière

si j'étais là. Si je ne le faisais pas, je pense que ça nuirait plus à moi qu'à eux autres. Ça fait qu'il y a ces limites-là que je me suis mises. (Participant 7)

Toutefois, le temps de repos plus informel, soit les fins de semaine et les soirs, est plus difficile à respecter, soit occasionnellement (n=1) ou régulièrement (n=1). L'inapplication de cette restriction personnelle s'explique par l'objectif de répondre aux besoins des clients suite à une pression personnelle de performance ou par sensibilité aux besoins de l'autre. Les congés non planifiables comme les congés-maladie et les congés-mortalité s'avèrent être respectés avec difficulté par trois des répondants. En effet, ces derniers sont réticents à prendre ce type de congé par souci des besoins de la clientèle (n=1), mais également en raison de la complexité de la planification des rendez-vous manqués (n=3).

Il y a eu un décès dans ma famille. Bon, moi, je n'ai pas de secrétaire. Le matin, c'est moi qui dois appeler mes patients et je me suis dit : «Ha, je vais aller au bureau, je vais aller faire mon entrevue pareil.». Quelqu'un proche de moi était décédé dans la nuit, je n'avais pas dormi, tout ça, je me disais : «Ça n'a pas de bon sens. Mais, il faut que j'appelle tout le monde. Sept entrevues; quatre à sept téléphones à faire le matin, en commençant la journée.». Et puis, j'ai eu besoin de me parler pour dire : «Bien non. Respecte-toi. Tes patients ils sont capables de le prendre. Inquiète-toi pas.». Tout le monde a été gentil, il n'y avait pas de problème. (Participant 6)

Un autre type de congé a été identifié comme étant un facteur d'influence positive pour les intervenants, soit le congé de la pratique (n=4) ou d'un type de clientèle (n=1). La nécessité de prendre un temps de repos d'un type de clientèle ou du travail a été perçue par les travailleurs comme une répercussion négative du travail en relation d'aide. Toutefois, avec le recul, ceux-ci considèrent que ce type de congé leur a été bénéfique dans leur vie personnelle et professionnelle. En effet, chaque intervenant (n=4) ayant été dans la nécessité d'arrêter temporairement sa pratique s'est questionné sur la manière dont il travaillait. Ainsi, suite à ce congé, de nouvelles limites ont été instaurées et certaines attitudes ont été changées comme la capacité de lâcher prise sur certains sujets. Dans le même ordre d'idées, ces répondants (n=4) ont su identifier les

raisons les ayant menés à un congé de maladie, soit la pression organisationnelle, la lourdeur de la clientèle et les exigences personnelles trop élevées. Ces trois derniers éléments sont élaborés plus amplement dans d'autres sections de ce document.

Il y a une période où j'ai refusé, pendant un certain temps, une clientèle CSST, SAAQ, IVAC. Je me suis donné un break, pendant six mois à peu près. Je n'acceptais aucun mandat parce que j'ai vraiment été dans une période où j'avais des gros cas de traumatismes vécus dans un accident de travail, un accident de la route, une agression... Donc, ça a emmené à : «Je ne prends plus de demandes comme ça. Je vais me reposer un peu.» (Participant 5)

J'étais dans un tourbillon fou. Puis, ma collègue est venue me voir. Tu sais, on le sait entre nous quand ça ne fait plus. Elle a dit : «Là, là, c'est assez. Tu fais ton sac et tu t'en vas, tout de suite.». Comme un petit enfant, je l'ai écouté, j'ai fait mon sac. [...] Jusqu'à maintenant, je suis vraiment très content de l'héritage de mon congé. Content, je te dirais, à 90 %. Même si ce n'est pas un bout facile. Maintenant, il faut que ça se maintienne. Tu sais, ce n'est pas rare que l'on reparte une deuxième fois, ce n'est pas rare que l'on reparte une troisième fois en congé maladie. Puis ça, ça m'inquiète. Ça fait que, j'ai toujours mes limites à l'œil, j'ai toujours mon : «Comment je vais? Le sommeil...». Je fais le tour, plus souvent que faire comme si : «Ha, ça va aller! Ça va aller! On prend une grande inspiration, on expirera à Noël puis ça va être correct.». Là, je ne fais plus ça : «Il y a un petit quelque chose qui accroche? On regarde ça tout de suite, on va faire autrement.». Ça fait que, non, je suis content. (Participant 1)

Après cinq ans de pratique, j'étais sorti en maladie. J'ai été malade aussi dans ce temps-là. Je pense que c'était aussi en lien avec mes 5 premières années en santé mentale avec des troubles sévères et persistants. C'était vraiment très lourd, beaucoup de crises. Ça fait que là, je m'étais questionné et j'avais revu aussi ma pratique puis ce que je voulais faire. C'était clair que je ne resterais pas là, c'était trop lourd pour que je fasse ça tout le temps. (Participant 7)

5.2.1.2.4 L'absence de limite

Établir des restrictions personnelles au travail s'avère être un moyen adéquat pour se protéger d'une partie de la pression professionnelle. Toutefois, l'absence de limites dans certaines situations peut aussi s'avérer être un facteur d'influence négative. Or, certains répondants (n=2) démontrent qu'ils font parfois face à des situations difficiles et répétitives au travail sans qu'une limite ou une gestion particulière permettant de prévenir ou amoindrir les répercussions néfastes ait été instaurée.

L'absence de moyens de protection semble survenir du fait que les intervenants ont normalisé la situation et perçoivent ne pas avoir de pouvoir sur la situation.

Entendre des histoires d'horreur, ça, des fois, c'est bouleversant. Il y a des gens qui ne vivent pas des choses faciles. [...] Ils viennent me raconter un événement traumatisant... Comment je le gère?... Je ne le sais pas, comment je le gère... J'y repense, quand je suis tout seul, je me dis : «Mon Dieu.» Puis là, je me dis tout les : «Ha, mon Dieu, c'est terrible. Comment tu fais pour t'en remettre d'une affaire de même?». Mais ça, la personne en avant de moi, elle s'en est remise là. Bien, partiellement parce qu'elle vient me consulter, là... C'est d'y repenser. Non, je ne sais pas comment je le gère... (Participant 1)

Ça fait longtemps, hein, la dernière cliente agressive que j'ai eue comme ça. Puis, je pense... je pense que dans ce temps là, je ne prenais pas bien soin de moi par rapport à ces choses-là. C'était vraiment un moment à passer, j'encaissais le coup, puis quand c'était fini, c'était fini. Jusqu'à la prochaine fois, ouais. (Participant 5)

5.2.1.3 Les mécanismes d'adaptation

Afin de faire face aux pressions internes ou externes, tous les répondants (n=8) utilisent des mécanismes d'adaptation. Deux mécanismes protégeant les intervenants de la FC et du TV sont particulièrement utilisés : la rationalisation et l'isolation de l'affect.

5.2.1.3.1 La rationalisation

Les réponses des participants (n=8) aux différentes questions de l'entrevue montrent qu'ils utilisent tous la rationalisation dans leur pratique professionnelle. Ce mécanisme est mis de l'avant pour contrer des émotions négatives, principalement le doute de sa capacité d'intervenir, la colère, la culpabilité et la tristesse. De plus, la rationalisation permet de voir les situations sous un angle différent et encourage les professionnels à pratiquer un certain lâcher-prise sur les situations auxquelles ils n'ont pas de pouvoir.

Tout d'abord, plusieurs (n=5) doivent se rappeler que les difficultés et la souffrance d'un client ne leur appartiennent pas et qu'ils n'en sont pas responsables. De cette manière, les professionnels évitent d'être envahis par la situation de vie dans

laquelle se trouvent leurs clients et peuvent ainsi s'en distancer, leur permettant de se protéger émotionnellement et d'intervenir plus facilement et plus adéquatement. Les comportements difficiles de la clientèle comme l'agressivité et les «acting-out» sont aussi rationalisés par au moins quatre répondants. En effet, lorsque les intervenants ressentent de la colère, de l'incompréhension ou du découragement ou encore pour éviter de ressentir ces émotions suite au comportement d'un client, ils se recentrent sur le fait que cette personne est souffrante. Cette pensée leur permet ainsi de demeurer empathiques et de continuer d'intervenir tout en évitant la remise en question de leur compétence. En contrepartie, cette rationalisation encourage aussi la normalisation de l'agressivité ou de la violence de la clientèle.

Je dois me rappeler que ce n'est pas ma vie, que c'est leur vie, que moi, je suis un agent de changement. S'ils veulent avoir des changements, je suis un agent qui peut leur permettre ça, je suis un accompagnateur, un guide, un outil, on m'appelle n'importe comment, mais je ne suis pas responsable d'où ils sont rendus. De m'enlever cette lourdeur-là. (Participant 1)

Je me rappelle toujours que c'est quelqu'un de souffrant. Ce qui m'aide, c'est de me dire : «Je suis avec quelqu'un de souffrant.». Alors, ça me ramène tout le temps ça. Je ne peux pas me perdre en me rappelant ça. Je ne peux pas être dépassée. (Participant 3)

Le principe est le même pour le cheminement et les choix pris par la clientèle. Autrement dit, six répondants ont mentionné rationaliser le fait qu'ils ne sont pas responsables du cheminement et des décisions qu'un client prend dans son processus de thérapie ou dans sa vie générale. Entre autres, ce mécanisme d'adaptation permet d'éviter d'occuper un rôle de «sauveur» tel que le surinvestissement sur la thérapie d'une personne ou encore une forme de maternage. Dans le même ordre d'idée, le fait de considérer que les avancées de la relation thérapeutique dépendent du client permet aux professionnels de respecter davantage le rythme de celui-ci et d'éviter la culpabilité et la remise en question de sa compétence lorsqu'un client progresse peu ou moins rapidement que ce que l'intervenant désirerait. Deux intervenants ont d'ailleurs appliqué

ce mécanisme en faisant référence à la liberté de choix d'une personne, même le choix de mettre fin à sa vie.

Au bout de six ans de rencontre, quand il n'y a pas grand-chose qui a avancé, il faut que tu diminues tes attentes puis il faut que tu te dises : «Bon, où est-ce que je peux être influent dans leur vie? Qu'est-ce qu'ils vont être capables de prendre? Jusqu'où est-ce qu'on va pouvoir aller?». Puis d'accepter ça cette limite-là, ce n'est peut-être pas mes attentes à moi, mais eux, ce qu'ils sont capables de donner. (Participant 1)

J'ai compris qu'on ne peut pas se demander de maintenir en vie quelqu'un qui ne veut plus être en vie. On a une responsabilité quand même, de faire ce qu'on peut faire, pour les maintenir en vie, mais on n'a pas la responsabilité de les maintenir en vie. Donc, il y a un lâcher-prise que j'ai réussi à installer, ça m'a aidé plutôt que de me nuire parce que, dans le fond, tous les intervenants ont peur que leurs clients se suicident... Le jour où ça t'arrive, tu réalises que c'est une réalité, mais que ce n'est pas si traumatisant que ça à long terme. (Participant 5)

Ça se rejoint dans la croyance dans le potentiel des gens à arriver à résoudre leurs difficultés. La croyance en leur potentiel, tu sais, puisque dans le fond, nous, on n'est pas nécessairement les experts, mais qu'eux, ils peuvent être les experts de leur propre situation. (Participant 8)

La rationalisation est également présente en ce qui a trait aux tâches et aux responsabilités au travail pour au moins quatre professionnels. En effet, le type et le nombre de tâches, l'urgence d'action et le temps disponible pour les compléter sont rationalisés, permettant au professionnel de diminuer sa charge de travail sans culpabilité ou son stress provenant de pressions personnelles ou de demandes organisationnelles. D'ailleurs, un participant a souligné effectuer un lâcher-prise sur des tâches devant être faites, mais n'étant pas attribuées à sa profession en remarquant son absence de pouvoir décisionnel sur le sujet. De cette manière, la frustration reliée à certaines tâches peut donc être enrayée ou diminuée.

J'ai eu un boss, une fois, il était très philosophe. L'urgence était à peu près à deux corridors d'ici. Il m'a dit : «Si c'est urgent, ils iront voir le médecin là-bas.». Ça fait que l'urgence, c'est ça. [Sourire] Ça m'aide beaucoup. L'urgence, c'est à l'hôpital puis c'est là-bas. Une question de vie ou de mort. Le reste, bien on fait avec. (Participant 4)

Il y a un stress qui est comme propagé aussi par les autres professionnels qui eux vivent du stress et qui te renvoient ça. Il faut comme arriver à se dégager et à faire son affaire puis aller à son rythme en fonction de ce qu'on est capable de donner. La terre n'arrête pas de tourner là. [...] Me dégager du stress des autres. Se dégager de l'espèce de sentiment d'urgence là, d'intervenir. (Participant 8)

5.2.1.3.2 L'isolation de l'affect

L'isolation de l'affect, qui consiste à se couper des émotions ressenties, est présente chez tous les répondants (n=8). D'ailleurs, deux personnes précisent être conscientes de devoir mettre en place ce mécanisme pour travailler adéquatement. Encore là, cette capacité à supprimer certaines émotions permet au travailleur d'intervenir selon ses connaissances sans être émotionnellement perturbé. Toutefois, tous les participants (n=8) précisent aussi ne pas parvenir à demeurer insensibles à la souffrance de la clientèle en tout temps. En effet, certains contextes ou caractéristiques de la clientèle, qui sont élaborés dans la section 5.3.2, rendent la mise en place du mécanisme de l'isolation de l'affect plus difficile.

Je me mets rapidement en mode de «Comment est-ce que je peux améliorer sa situation? Comment est-ce qu'on va travailler ça?». Je suis rarement envahi par leur souffrance, à me mettre à pleurer ou des affaires de mêmes. Pour moi, c'est vraiment un travail. Je me mets en mode travail; identifier la problématique, la souffrance, essayer de trouver des moyens pour faire diminuer ça. (Participant 2)

5.2.1.4 La perception de soi et de la profession

La manière dont les individus se perçoivent comme professionnels et la façon dont ils perçoivent leur travail tendent à influencer leur opinion d'eux-mêmes. Or, l'estime personnelle et la perception de soi sont considérées comme des facteurs d'influence à la FC et au TV. En plus du jugement personnel des professionnels, la vision des gens qui les entourent, qu'ils soient proches ou éloignés, peut aussi se répercuter sur leur estime personnelle. Ainsi, la perception personnelle des travailleurs, la perception de la relation d'aide de même que les croyances et attentes des gens en général de la profession en relation d'aide seront abordées dans cette section.

5.2.1.4.1 La perception de soi comme professionnel

Au cours de la rencontre, les participants ont énuméré plusieurs de leurs qualités ou forces permettant d'affirmer qu'ils ont tous (n=8) une perception positive d'eux-mêmes comme professionnel. En effet, plusieurs caractéristiques ont été énoncées comme étant une force dans leur pratique de la relation d'aide. En ce sens, trois caractéristiques ont été citées par la totalité des répondants ou par la majorité de ceux-ci, soit la capacité d'empathie et de non-jugement (n=8), la facilité de développer des liens avec les gens (n=5) et la facilité de compréhension et d'analyse d'une personne et de sa problématique (n=5). Ces qualités sont présentées par les répondants comme facilitantes ou nécessaires à la pratique de la relation d'aide. D'ailleurs, plusieurs font également référence au plaisir d'effectuer leur travail découlant, en partie, de l'existence de ces forces, et ce, autant auprès de la clientèle qu'auprès des pairs.

Mes forces, je pense que c'est ma patience, mon empathie, ma facilité de comprendre la problématique de l'autre. (Participant 2)

Je pense que ma force c'est l'évaluation des situations... Hum... Je dirais que c'est quand même ça, ma capacité à cerner l'ensemble d'une situation problème et à mettre en place des plans de traitement requis pour la personne. Puis je pense que c'est un peu pour ça aussi, finalement, que l'on m'a demandé en supervision d'équipe; parce que j'arrive à avoir une globalité à cibler ce qui est prioritaire. (Participant 7)

De par le discours général des répondants, il est possible de constater qu'ils ont une bonne motivation à travailler et à cheminer avec un client. Paradoxalement, cette motivation se veut aussi être la principale lacune mise de l'avant par la totalité des répondants (n=8). En effet, tous constatent avoir des exigences personnelles particulièrement grandes. D'ailleurs, plusieurs (n=5) estiment que ces exigences les incitent à se surpasser, à être perfectionnistes et à s'imposer une pression de performance pouvant être nuisible et source de fatigue, de stress et d'angoisse. Deux personnes remarquent également que viser des objectifs élevés tend à nuire au processus thérapeutique de la clientèle. Ainsi, bien que la mobilisation et le désir de travailler vers un changement soient des forces pour les intervenants, ils précisent que le fait d'être très exigeant envers soi-même constitue une faiblesse.

Je pense que je m'en suis demandé trop aussi par rapport au fait que ma clientèle est plus lourde un peu, puis, dans ce temps-là, je me mets beaucoup de pression. Il faut que les gens aillent bien, vite, tu sais. Si j'ai bien fait ma job, ils vont aller bien, ce ne sera pas long. Ça fait que je pense que c'est pour ça que je suis fatigué, je me suis mis beaucoup de pression. [...] Puis, c'est moi qui veux être le parfait intervenant. [...] Puis j'en suis plus conscient depuis cet automne, mais je pense que ça a toujours été, je pense que je suis une personne très exigeante envers moi-même qui ne me permet pas beaucoup l'erreur. (Participant 5)

Mes limites, c'est vraiment plus mon perfectionnisme. Je pense que c'est ça qui me nuit le plus. Si, admettons, j'ai l'impression de ne pas être certain de quelque chose, je peux décider de me monter une bibliothèque et de lire sur une affaire assez intensément jusqu'à tant que je sois sûr que : «Okay. C'est correct. J'avais raison. Ça confirme ce que je pensais.». Ça, je pense que c'est ma plus grande limite. (Participant 7)

5.2.1.4.2 La perception de la relation d'aide

Les paroles des intervenants rencontrés (n=8) au sujet de la relation d'aide permettent d'affirmer qu'ils en ont une vision positive. D'ailleurs, trois personnes ont qualifié ce type de profession comme étant le meilleur travail pour eux et aimer leur emploi. En ce sens, plusieurs caractéristiques appréciées du travail en relation d'aide ont été amenées par les participants. Tout d'abord, côtoyer une multitude de personnes est un premier élément apprécié par les intervenants (n=3). En effet, de cette manière, ils ont accès à diverses personnalités et à plusieurs histoires de vie. Dans le même ordre d'idée, d'autres (n=2) ont spécifié apprécier avoir la possibilité de comprendre le fonctionnement des personnes et la complexité de leurs problématiques. D'ailleurs, un répondant a ajouté que le désir de mieux comprendre les individus a été l'élément l'ayant motivé à s'investir dans une profession en relation d'aide. Le contact avec des gens et des problématiques diversifiées ainsi que d'avoir des tâches différentes permet d'éviter la monotonie au travail, ce qui est un élément stimulant pour un des répondants.

Bien, moi, j'apprécie le contact avec les gens. Ça, c'est la première chose. J'apprécie aussi, bien, dans le domaine que j'ai choisi, la complexité des

problématiques que je vais recevoir puis ce que ça demande aussi comme formation continue. (Participant 7)

Ce que j'apprécie dans la profession, c'est d'avoir accès à toutes sortes de gens. Ouais. Puis qu'il n'y a pas une journée qui est pareille. Ce n'est tellement pas pareil, d'une journée à l'autre. On ne sait même pas... Ouais... Plein, plein, plein de personnalités. Plein, plein, plein d'histoires de vie. La journée, on pense que l'on s'en va faire ça, mais ce n'est jamais ce que l'on pense. C'est vraiment... C'est vraiment plaisant comme travail. (Participant 1)

Un second élément particulièrement apprécié de la profession est la possibilité d'aider la clientèle (n=3). En effet, bien que la majorité des répondants soit consciente que cette caractéristique peut être une certaine limite à surveiller, ils se sont présentés comme étant, à la base, des «sauveurs». De cette manière, leur profession leur permet de combler leur besoin d'aider des gens de façon adéquate. D'ailleurs, le fait de voir une personne évoluer, changer et retrouver un certain bien-être est la principale valorisation professionnelle des intervenants en relation d'aide. En plus d'aider des personnes dans le besoin, d'autres ont aussi parlé du plaisir de comprendre et de faire des prises de conscience sur leur propre fonctionnement comme individu, leur permettant d'évoluer comme personne (n=2) et comme professionnel (n=1).

Ce que j'apprécie, c'est de voir les gens avoir moins de souffrance... Ça nous ramène à notre habit de sauveur... qu'il faut éviter parce que, quand on a un habit de sauveur, ça nuit. (Participant 4)

Je pense que c'est très valorisant d'aider les gens. Ça, c'est clair que c'est en tête de liste. Mais en même temps, ce qui est intéressant c'est que tout en aidant les gens, on s'aide aussi. Ça fait qu'on est comme en thérapie perpétuelle. L'intervenant, au fur et à mesure qu'il aide ses clients à faire des prises de conscience, lui-même ça l'amène à en faire des prises de conscience, à comprendre des choses puis à changer des choses dans sa vie. C'est comme si, je prenais soin de moi en même temps. Il y a quelque chose de... qui nourrit, ça nourrit beaucoup de faire ce travail-là. (Participant 5)

Malgré la perception positive de la profession en général, des difficultés sont également présentes. En lien avec le plaisir d'aider des gens, la majorité des intervenants

(n=5) trouvent difficile de forcer un individu à participer activement à sa thérapie. En effet, les répondants ressentent de l'insatisfaction, de l'impatience et de la tristesse face à des clients ne s'investissant pas dans leur thérapie malgré leurs besoins. Ces personnes sont souvent des individus non motivés ou sous l'obligation d'entreprendre une démarche thérapeutique. C'est également le cas pour certaines personnes souhaitant une amélioration de leur qualité de vie et qui demandent volontairement de l'aide, mais qui entrent difficilement dans le processus, comme, par exemple, pour un client atteint de trouble de la personnalité limite.

La non-motivation au changement, je trouve ça difficile. Comme moi j'ai beaucoup, j'ai quand même une bonne partie de la clientèle qui a des mesures judiciaires. Donc, il y a une partie, au départ, qui est non-volontaire. Ça fait que, il y en a pour qui ça devient volontaire avec le temps. Il y en a pour qui non; il n'y a pas nécessairement une motivation qui se développe, il n'y a pas nécessairement de changement. Puis là, c'est souvent... C'est souvent à recommencer. On avance et on recule, des fois, plus que ce qu'on a avancé. Je pense que c'est ça qui est le plus difficile. (Participant 7)

J'ai certaines difficultés avec certains types de personnalité ou des gens qui ne sont pas réellement motivés à changer. Des gens qui se désistent... Des gens qui ne veulent pas entendre qu'il y a des choses qui leur appartiennent. (Participant 3)

Ensuite, bien que la moitié des personnes rencontrées (n=4) apprécient la possibilité de connaître des histoires de vie diversifiées et de comprendre leurs problématiques, plusieurs (n=4) ont aussi de la difficulté avec des vécus particulièrement difficiles et souffrants. En effet, certaines histoires leur font vivre des émotions comme la tristesse, la colère et l'impuissance, et ce, malgré la capacité habituelle des intervenants de se détacher de leurs sentiments.

Ce que je trouve difficile, ce sont des cas en particulier. Hum, beaucoup des cas de CSST où il y a des grosses pertes physiques après l'accident de travail puis qu'ils aient à accepter ce changement-là. C'est toujours... Je trouve ça difficile. (Participant 2)

Entendre des histoires d'horreur, ça, des fois, c'est bouleversant. Il y a des gens qui ne vivent pas des choses faciles. Les entendre, je trouve ça plus difficile que

les accompagner dedans. Exemple, des enfants qui sont victimes de négligence, d'être avec eux autres, de les accompagner dans ces difficultés-là, pour moi, ça va être moins difficile à entendre que, en privé, quelqu'un qui vient me consulter pour agression sexuelle. Ça, je vais avoir de la difficulté à entendre ça. Ça, ça va être difficile. (Participant 1)

Deux personnes parlent de leur difficulté à gérer l'impuissance qu'ils ressentent avec certains clients. Plus précisément, la pression de devoir trouver des réponses et soulager la souffrance des clients en tant que professionnels dans le domaine est grande et représente un tracas pour ceux-ci. En ce sens, la responsabilité du cheminement du client crée un conflit lorsque le professionnel est dans l'incertitude ou vit de l'incompréhension concernant la situation du client. Cette pression résulte des attentes élevées des clients envers eux, de la perception de l'intervenant sur sa profession et d'un complexe de performance du professionnel. Concernant les attentes des clients, tous les participants (n=8) considèrent que leur clientèle s'attend à une amélioration de leur situation problématique à la suite de leurs consultations avec eux. Toutefois, l'ampleur de cette amélioration diffère d'un client à l'autre. En effet, selon les répondants, les clients s'attendent en général : a) à mieux comprendre leur situation (n=1), b) à avoir des outils pour les aider à cheminer (n=2), c) à régler leur situation problématique rapidement (n=2) ou d) à obtenir des résultats prodigieux au contact d'un professionnel (n=4). Cette dernière attente met de l'avant la pression que la clientèle peut soumettre à l'intervenant en ayant la croyance initiale que l'atteinte des objectifs dépende uniquement ou en grande majorité du travail et de la compétence du professionnel. Un répondant précise que cette idée d'un rétablissement instantané est présente chez les clients, mais aussi chez certains supérieurs hiérarchiques. Cette mentalité représente donc une pression de la clientèle et un stress organisationnel encourageant le surinvestissement et l'établissement d'objectifs difficilement atteignables par les intervenants.

Ce qui est difficile aussi, en tout cas, en ce qui me concerne, je sais que ce n'est pas comme ça pour tout le monde, mais c'est, parfois, le sentiment d'impuissance

que je peux ressentir parce qu'on n'a pas toujours les réponses. On ne les a pas toujours les réponses pour le client ou la cliente. Des fois, il faut accepter qu'on n'en a pas de baguette magique. (Participant 5)

Les gens, ils viennent en thérapie pour qu'on les guérisse. Pour être guéris comme en médecin : «J'ai un problème cardiaque, je vais aller voir le docteur, il va m'opérer, je vais être guéri.». Au plan psychique, sur le plan de l'âme, ce n'est pas comme ça que ça marche. Les gens apprennent à vivre avec ce qu'ils ont vécu. [...] En physiothérapie, on a l'amplitude du bras, on mesure : 90 degrés, ça va. En intervention, on n'a pas ça. «Le parent ne collabore pas, on te l'envoie. Fais-nous de lui un parent collaborateur.», «Mais, tu le vois-tu? Il ne collabore pas plus depuis que je te l'ai envoyé.». Alors, comme si l'intervenant avait une baguette magique pour forcer le parent à être collaborateur. (Participant 6)

Bien, les gens savent qu'on est là pour aider à résoudre, aider à régler les problèmes. Ça fait que je pense que, des fois, ils s'attendent à ce qu'on règle le problème. Ça fait qu'ils se déchargent un peu sur l'intervenant. (Participant 8)

Le respect de certaines lois et normes de la société peut être complexe dans le cadre de la profession. Plus précisément, la difficulté réside dans l'obligation de ne pas intervenir malgré l'envie d'aider une personne ou encore pour se défendre comme professionnel. Tout d'abord, légalement, les intervenants doivent respecter le principe de confidentialité, et ce, peu importe le contexte. Ainsi, il leur est impossible de justifier leurs interventions publiquement lorsque leur crédibilité est remise en question. Ensuite, plusieurs normes existent concernant l'enquête suivant une plainte contre les droits de l'homme. Pour respecter ces normes, les intervenants peuvent se voir dans l'obligation de ne pas intervenir avec un client dans le besoin. L'impossibilité d'agir pour respecter certaines lois sociales est donc source de frustration et de tristesse pour au moins un intervenant.

Ce qui nous déplaît, c'est de ne pas pouvoir toujours parler et dire les choses. Tu sais, il y a plein d'enjeux sociaux que l'on voudrait prendre position. On voudrait, mais on ne peut pas parce que si on le faisait, ça aurait des implications puis ça ne va pas avec certaines valeurs. Ça, c'est difficile. Ça nous lie un peu. [...] Des fois, il y a des situations que l'on voit et que l'on ne peut pas se défendre. Vu qu'on est lié à la confidentialité, on a toujours tort. Admettons qu'un client ne serait pas d'accord avec une intervention, une décision que l'on

prend ou une orientation que l'on va prendre. Bien, il va pouvoir déballer sur la place publique. On le voit, des fois, avec la DPJ : «Ils m'ont placé mes enfants, mais... bla-bla-bla...». Eux autres, ils ne peuvent pas se défendre. Ils n'ont pas le droit, c'est la confidentialité. Ils sont limités par ça. On est tous pris de même les intervenants. Ça fait qu'on fait avec. (Participant 4)

Les dévoilements d'abus, c'est compliqué parce qu'il ne faut pas contaminer la preuve. Quand on a un dévoilement, on pèse sur le break parce qu'après ça, il faut qu'une plainte soit portée. Parce que si on intervient, on contamine la preuve. Tu sais, quand on a un enfant de 8 ans qui nous raconte une atrocité puis que là, on fait juste de l'écoute passive. On a hâte que l'entrevue se termine pour faire une dénonciation. Puis, après ça, on ne peut pas le rencontrer. Il faut attendre que les enquêteurs l'aient rencontré. Là, le jeune, il nous a fait confiance. Il a hâte de nous rencontrer, il veut nous parler, lui, là. Nous autres, on ne peut pas aller le voir. Il faut attendre que les enquêteurs aient fait leur travail. C'est ardu. (Participant 4)

Finalement, puisque la principale gratification à occuper une profession en relation d'aide découle de l'amélioration de la situation d'une personne, l'impossibilité de noter ce changement constitue une difficulté présentée par un répondant. En effet, les professionnels qui interviennent temporairement avec une clientèle nécessitant un suivi à plus long terme comme les ressources de crise ou de première ligne doivent faire face à cette réalité. Ce genre de travail permet difficilement d'obtenir la satisfaction et la gratification découlant de l'atteinte d'un objectif avec les clients rencontrés. C'est d'autant plus le cas lorsqu'aucune gratification provenant de la clientèle n'est présente. Ainsi, à moyen ou long terme, les intervenants peuvent perdre de vue les raisons pour lesquelles ils pratiquent la relation d'aide dû à l'absence de résultats concrets.

C'est quoi, c'est quoi ce jeune-là qui est délinquant, que l'on place et qui continue d'être délinquant? Mais, rendu à 30 ans : «Eille, il a une job et travaille maintenant.». Bien oui, mais tout ce que les intervenants ont fait pour lui pendant... de l'âge de 12 ans, 11 ans jusqu'à l'âge de 28 ans, ils n'ont pas vu le résultat. C'est aujourd'hui. Puis, la science nous dit ça. Ces gens-là, il faut les encadrer, les structurer jusqu'à en moyenne 28,5 ans. [...] La semaine passée, on a eu une formation et il y a une personne qui a dit après : «Merci, je me rends plus compte que les petits gestes que je pose chaque jour avec mes patients peuvent avoir un impact à long terme. Un impact que je ne verrai jamais, mais je sais qu'il y en a un maintenant. La science nous le démontre.» (Participant 6)

5.2.1.4.3 Les perceptions, croyances et attentes de la population en général

La manière dont les personnes qui nous entourent nous perçoivent a tendance à affecter notre propre manière de se percevoir. Ainsi, il est intéressant de s'attarder sur la vision que les membres du réseau social des participants ainsi que les gens de la société en général ont de la profession de travailleur social et de psychologue. Tout d'abord, le réseau social des répondants est constitué de personnes travaillant aussi dans le domaine de la relation d'aide et de personnes d'un milieu de travail différent. Or, ceux occupant une profession similaire adoptent une vision de la relation d'aide en harmonie avec les valeurs personnelles des répondants. Cependant, les avis se veulent plus partagés en ce qui concerne les personnes n'occupant pas une profession en lien avec la relation d'aide. D'une part, les répondants (n=4) affirment que leur réseau social est très valorisant. Plus précisément, les membres de leur entourage considèrent leur profession comme bénéfique à la société et qu'il s'agit d'une profession centrée sur l'aide apportée à autrui. De l'autre côté, d'autres (n=2) ajoutent qu'une incompréhension et un malaise sont présents concernant le travail en relation d'aide dans leur réseau social. Selon un participant, cet embarras s'exprime soit par le discours empli de préjugés concernant la clientèle ou soit par l'évitement des sujets concernant le travail social ou la psychologie. Un autre participant ajoute qu'une partie de son réseau social remet en question la crédibilité de sa profession.

Ça dépend des personnes... C'est drôle parce que dans mon réseau, il y a, justement, il y a comme deux visions. Il y a une vision qui valorise beaucoup, beaucoup ce que je fais. Qui considère que c'est important, que c'est une belle carrière. Puis, il y a une autre partie de mon réseau, qui est plus dans ma famille, qui a un regard un peu complaisant sur mon travail. Je pense à certaines personnes dans ma famille qui ont tendance à penser que les gens qui viennent me voir, c'est pour se lamenter et qui n'accordent pas beaucoup de crédibilité à ma profession. Qui considère, peut-être, que ce n'est pas si important que ça, que c'est du bla-bla, que c'est du pelletage de nuages... (Participant 5)

Les membres de l'entourage de la moitié des participants (n=4) considèrent qu'une profession en relation d'aide est ardue, trop difficile ou trop chargée. En effet,

ceux-ci adoptent un discours laissant supposer leur incapacité ou l'absence de volonté à occuper une profession similaire. D'ailleurs, une personne a précisé qu'un membre de son réseau social ne peut concevoir la réalité souffrante que certains clients peuvent avoir. Ainsi, les professionnels se trouvant dans cette situation doivent censurer une partie de leur vie professionnelle qui aurait pu être dévoilée tout en respectant le principe de confidentialité. Trois personnes ressentent une certaine frustration découlant de l'incompréhension ou du manque de compréhension de leurs proches à l'égard de leur profession ou de la clientèle auprès de qui ils interviennent.

Ce que j'entends au travail, ils ne sont pas capables d'entendre parler de ça. Ça fait que là, comme moi je me sentais pris avec ça, ça fait qu'un moment donné, tu te sens pris comme un petit diable dans l'eau bénite. Tu sais, tu aurais le goût d'en parler un peu, dire comment tu vas. Mais, tu le sais que ce ne sera pas accueilli, ça fait que là... tu vires, tu vires bourru là. Chez nous, ça crée un malaise puis... mon/ma conjoint(e) n'est pas capable d'entendre parler de ça. Cette personne, elle ne comprend pas mon métier et elle ne sait pas comment je fais pour entendre des histoires d'horreur à longueur de semaine. Et, ce qui vient me chercher aussi, c'est que les gens n'apportent pas de changements : «Parle-moi en plus. Parle-moi en plus.». Mais les jugements, les préjugés, ils les nomment tous! (Participant 1)

Selon les répondants, deux grandes façons de concevoir la profession de travailleur social et de psychologue sont présentes au sein de la société, soit une vision positive ou négative. Plus précisément, trois répondants ont précisé être perçus par la société comme des professionnels nécessaires à la société. En contrepartie, la majorité (n=7) a aussi précisé occuper une profession associée à des caractéristiques plus négatives. Toutefois, ces derniers ajoutent que seule une partie de la population a cette vision plus péjorative de leur profession. Tout d'abord, plusieurs (n=6) estiment que certaines personnes de la société les considèrent comme étant utopistes. Ensuite, le fait que la profession de travailleur social ou de psychologue soit peu reconnue et mal perçue a aussi été mis de l'avant (n=5). Des participants (n=2) ont aussi fait référence à la peur que certaines personnes éprouvent à l'idée d'être en contact avec eux. D'autres ont plutôt parlé de l'incompréhension de ces professions, de l'incompétence y étant

attribuée et de l'association à des préjugés et à des fonctions passées qui marquent la perception de la population en général. Trois personnes ajoutent qu'ils perçoivent que la perception publique de leur travail est en changement vers une image plus positive. Concernant ces éléments négatifs de la perception des gens, de la déception (n=5) et de la frustration (n=2) sont perceptibles chez les répondants. D'ailleurs, c'est le manque d'approbation, de soutien et de valorisation qui semblent affecter ces répondants. D'un autre côté, d'autres (n=2) prenaient plutôt ces faits avec humour.

Dans mon contexte de travail, on est très mal perçu. [...] C'est très négatif. Ça ajoute au fait que la reconnaissance, on ne l'a pas dans mon milieu de travail. Pas de l'employeur, pas des clients, pas de la population. (Participant 1)

Il y a des gens qui ont peur de nous autres. Ils s'imaginent qu'en les regardant, on sait tout et on comprend tout. Puis une autre partie de la population nous voit comme des professionnels de la santé qui ont une technique de travail pour essayer d'aider des problèmes de santé mentale comme la dépression. (Participant 2)

Les répondants rencontrés, qu'ils soient travailleurs sociaux (n=6) ou psychologues (n=2), occupent des tâches similaires, soient des rencontres de psychothérapies. Ces deux professions sont donc souvent mises en comparaison dans la société, mais aussi par les professionnels. La distinction entre les deux professions s'ajoute donc à l'image professionnelle que les intervenants ont d'eux-mêmes. À ce sujet, la majorité (n=6) des répondants considèrent que la profession de travailleur social détient moins de prestance que la profession de psychologue. Certains (n=4) en viennent à cette conclusion à partir du discours de la clientèle qui doute de la compétence du travailleur social à faire de l'intervention en comparaison au psychologue. D'ailleurs, alors que le psychologue est systématiquement associé à l'intervention avec la clientèle, le travailleur social occupe des fonctions très diversifiées selon l'organisation pour lequel il travaille. De plus, comme le mentionne un participant, cette remise en question de la compétence du travailleur social affecte l'organisation générale de la profession puisque plusieurs compagnies d'assurance remboursent les frais de consultation d'un

psychologue, mais pas ceux des rencontres avec un travailleur social, ce qui a un impact sur le nombre de clients potentiels.

Des fois, les gens, au dirait qu'ils ont une hésitation à dire travailleur social. Ils viennent, ils savent que je suis travailleur social, mais ils vont dire : «Ha, je disais à mon mari... Il m'a dit : Bien, ton psy, il...». Tu sais, c'est comme si que de reconnaître que c'est travailleur social, ça fait comme... Ce n'est pas péjoratif, mais ça n'a pas le même impact, la même prestance... (Participant 3)

Par rapport aux travailleurs sociaux, bien... travailleurs sociaux, c'est plate, mais ils ont encore une place à faire par rapport aux psychologues. Moi, c'est ce que je vois, surtout en pratique privée. Ils demandent tout le temps un psychologue. Quand on me réfère et qu'ils voient que c'est un travailleur social, ils ne sont pas sûrs : «Ça va-tu être aussi bon qu'un psychologue? Ce n'est pas ça que j'avais demandé.» Donc, il y a encore une perception qui est comme à la baisse par rapport aux travailleurs sociaux. (Participant 7)

Le rôle du travailleur social, pour moi, il n'a pas changé, sauf que ça ne correspond pas à ce qu'on fait vraiment dans le concret. C'est ça qui a changé. Ma vision était peut-être un peu idéaliste du rôle du travailleur social. En fait, ça ne correspond pas tout le temps selon le secteur, ce n'est pas tout le temps... Le rôle de du travailleur social est complètement différent d'un secteur à l'autre. Pourtant, si tu es psychologue, tu vas faire la même chose d'un secteur à l'autre; tu vas être en relation un à un, en entrevue, avec la personne. (Participant 8)

Ainsi à la lumière du discours des répondants, il est possible de constater qu'une plus grande prestance semble être accordée aux psychologues dans l'imaginaire collectif. En ce sens, les travailleurs sociaux se sont montrés plus insatisfaits et déçus de la perception négative de la société à leur égard, et ce, autant dû à l'impact sur leur estime, au manque de reconnaissance organisationnelle qu'aux difficultés touchant la faible demande de services de psychothérapie. En ce sens, trois travailleurs sociaux estiment que leur profession devra prendre davantage sa place dans un futur rapproché. Ils considèrent que d'informer la population sur leur profession et d'en faire la publicité favorise une meilleure vision de cette dernière. D'ailleurs, deux personnes indiquent que cette tâche devrait revenir à leur Ordre professionnel.

Travailleur social, souvent, est associé à : on va enlever l'enfant, on va le placer ou la petite madame qui va aider l'autre petite madame, à l'écouter. Mais, ça,

c'est des clichés. Mais, des clichés qui sont encore là, je pense, encore présents pour certains. Mais, beaucoup moins. On le voit quand ils font de la promotion comme l'Info-Social ou Tel-Aide et qu'ils le nomment : «Vous allez parler avec un travailleur social ou une travailleuse sociale.». Ça aide beaucoup. [...] Il y en a encore beaucoup à faire. On le voit. On pourrait prendre notre place encore plus que ça. Ho, oui, oui. (Participant 4)

La perception des psychologues est meilleure. Ha oui, des sauveurs. C'est beaucoup meilleur. Et, ils sont... ils n'ont pas l'historique des travailleurs sociaux. [...] Les gens, ce qu'ils voyaient du travailleur social, c'était ça. Ils s'occupaient des placements. Une famille, une famille d'accueil, l'orphelinat. [...] Les psychologues n'ont pas tout ce courant historique derrière eux. Puis après ça, en protection de la jeunesse, il y a des psychologues qui travaillent là. Mais, c'est identifié à travailleurs sociaux. Ils sont mieux perçus dans la population. (Participant 6)

5.2.2 Les facteurs d'influence individuels dans la vie privée

Un individu ne se sépare pas en deux identités distinctes, soit le professionnel et la personne dans la vie privée. Ainsi, les événements de la vie privée peuvent avoir des impacts sur la vie professionnelle et vice-versa. Pour cette raison, il est intéressant de porter attention sur les facteurs d'influence reliés à la vie privée qui peuvent soutenir ou nuire les professionnels dans leur occupation professionnelle. Deux sujets ont été considérés comme influents, soit le mode de vie de la personne et son réseau social.

5.2.2.1 Le mode de vie

L'ensemble des répondants a été questionné sur ses activités et obligations en dehors de leur profession. La principale responsabilité évoquée par les répondants représente l'ensemble de l'implication liée au rôle de parent. En effet, sur les six répondants ayant des enfants, cinq en ont qui ne sont pas encore autonomes. Tous les répondants ayant ces responsabilités (n=6) sont satisfaits du rôle qu'ils jouent. La deuxième responsabilité, présente chez deux répondants, est le soutien, l'accompagnement et l'aide apporté à leurs parents vieillissants.

En plus de leurs obligations familiales, les répondants effectuent aussi différentes activités récréatives. Tout d'abord, tous les professionnels rencontrés pratiquent régulièrement une ou plusieurs activités sportives qui leur permettent de se dégager de certaines émotions négatives ou pressions accumulées au travail ainsi que de mettre de côté leurs préoccupations professionnelles. De plus, la majorité (n=5) se regroupe fréquemment en famille ou entre amis dans le cadre d'activités récréatives. Dans le même ordre d'idées, cinq personnes ont aussi des loisirs ou des passe-temps spécifiques comme la lecture ou le jardinage. Parmi ces loisirs, deux personnes ont mentionné choisir des activités leur permettant de toucher une forme de spiritualité et de calme comme le fait de méditer et de voyager (n=5). L'ensemble des activités formant le mode de vie des répondants leur procure du bien-être et une bonne qualité de vie en dehors du travail, ce qui leur permet de s'en dissocier. En ce sens, un répondant est d'avis qu'une vie personnelle épanouie est essentielle pour le bien-être général des intervenants en relation d'aide. Dans l'ensemble, tous les répondants se disent satisfaits de leur mode de vie. Toutefois, un participant considère que son mode de vie très actif contribue à sa fatigue.

Les fins de semaine, on va souvent au chalet. On fait de la motoneige l'hiver, on fait du bateau l'été... On voyage. Dans la même année, on a fait New York, Punta Cana, Paris. [Rire] À chaque année, on part au moins une fois en voyage. Puis, c'est ça, mon mode de vie, depuis que je suis avec ce conjoint-là. Il est très actif, et pourtant, je serais quelqu'un de plus mollo que ça. Mais, je pense que ça contribue à ma fatigue. Mode de vie assez actif, on n'arrête pas longtemps, on n'arrête pas souvent. [...] J'aimerais arrêter plus souvent puis juste lire La Presse, puis prendre toute la journée du samedi s'il faut pour lire ma Presse de temps en temps... mais sinon, mon mode de vie me satisfait. (Participant 5)

J'ai un grand terrain, j'ai un beau jardin et je suis dehors tout le temps. Je suis quelqu'un de plein air. J'ai toujours une expédition en tête. Puis ce n'est pas des petites expéditions là de deux jours, c'est dix à douze jours, au loin. Une par deux ans, de bonnes expéditions. J'ai une famille, des enfants. [...] Quand on fait ce métier-là, c'est important de se donner une vie ailleurs. Une bonne vie, ailleurs. C'est indispensable. Il ne faut pas que la profession vienne au centre de notre vie, même si elle est importante, même si on investit beaucoup, il ne faut pas que ça devienne le centre. (Participant 6)

5.2.2.2 Le réseau social

Le réseau social immédiat des participants est sensiblement similaire. En effet, leur entourage est constitué des membres de leur famille (n=7) et d'amis (n=8). Tous les répondants sont satisfaits de leur réseau social. Toutefois, deux personnes ont précisé ressentir occasionnellement un sentiment de solitude, sans réellement en souffrir. Ces deux personnes expliquent leur manque d'activités sociales par un contexte passager, soit un manque de disponibilité (n=1) et l'éloignement de certains membres de leur réseau social suite à un déménagement (n=1).

Le soutien du réseau social pour des situations vécues dans le milieu de travail a été questionné auprès des répondants. La moitié (n=4) a accès à du soutien moral provenant de personnes de leur entourage. Toutefois, ces quatre personnes reçoivent du soutien d'un membre de leur réseau social qui pratique aussi une profession en relation d'aide. D'ailleurs, trois répondants considèrent qu'une personne qui ne pratique pas la relation d'aide ne peut pas comprendre cette réalité. Dans le même ordre d'idée, la majorité des répondants (n=6) ne sont pas intéressés à ce qu'un membre de leur famille ou un ami qui n'occupent pas un emploi en relation d'aide les soutiennent dans leur pratique. Toutefois, trois répondants apprécient l'écoute que peut leur fournir un membre de leur réseau en lui partageant des événements particuliers survenus au cours de la journée. Le stress vécu au travail, par exemple, peut être expliqué et ventilé auprès d'une personne de l'entourage sans que cette dernière ait à comprendre les principes de la relation d'aide. Par rapport à la ventilation des émotions, rappelons que les intervenants se tournant vers ce soutien souhaitent que la personne qui les écoute demeure attentive, mais silencieuse. Or, comme le mentionnent deux répondants, ce principe n'est pas nécessairement présent chez un individu qui ne pratique pas une profession similaire, ce qui peut être contrariant et perturbant pour l'intervenant puisque celui-ci peut s'attarder sur le sujet et ne pas avoir l'impression d'être compris. Ainsi, bien que les membres de la famille et les amis ne peuvent pas apporter un support direct en lien avec une situation vécue au travail, à moins que ces derniers ne pratiquent aussi la relation d'aide, ils apportent un type de soutien différent. En effet, un participant

rappelle que la présence d'un réseau social positif favorise la présence d'émotions de joie et de bien-être et permet à l'intervenant de se distancer d'une situation professionnelle difficile.

Par rapport à mon travail, je ne peux pas avoir un soutien comme j'ai avec un collègue de travail. Je peux juste dire «Grosse journée» ou «Petite journée» puis ils m'accueillent là-dedans. Ce sont des gens très dynamiques puis positifs, ils sont énergisants. Ils proposent autre chose. Ça fait qu'on n'est pas... On n'est pas dans la souffrance. On est que dans le pur bonheur, de plaisir quand on est entre amis. (Participant 1)

Si mon conjoint n'était pas dans le domaine, non, je ne lui en parlerais pas. Il ne comprendrait pas, je pense... parce que je ne dis pas tout et je ne donne pas de détails. C'est pour ça que c'est aidant. Sinon, je me retraumatiserais, je pense. Quand je vois des affaires atroces. [...] Des fois, je lui dis juste... je fais juste effleurer le sujet. Mais, pour moi, c'est juste le fait de le ventiler. Il a même pas besoin de savoir c'était où, c'était quand. Admettons qu'il ne serait pas dans le domaine, n'importe quel travail qu'il ferait, je pense qu'il voudrait avoir plus d'explications puis il ne saurait pas trop quoi faire avec ça, comment il faut qu'il m'écoute. (Participant 4)

Notre famille ne peut pas vraiment nous soutenir dans notre travail de thérapeutes. C'est sûr, ça va arriver, des fois, que j'arrive à la maison puis je vais dire à mon conjoint : «Ha, là, il y en a une, elle m'a tellement fait fâcher, puis bla-bla-bla.». Puis je vais un peu ventiler, un peu me défouler. Mais, dans le fond, ce qui va m'aider, c'est d'en parler avec mon superviseur qui va m'aider à dénouer des choses, à comprendre qu'est qui m'a mis en colère. Mais, dans le fond, mon conjoint, il va me dire : «Bien là, tu y diras telle affaire.» ou «Tu feras telle affaire.» ou «Arrête de la voir.». Ça fait que, tu sais, il va avoir une réponse magique là, que, dans le fond, ça ne m'aide pas. J'ai un ami qui est intervenant. Quand je l'appelle et que je lui parle d'une difficulté que je vis, par exemple, dans une thérapie, il va comprendre exactement ce que je vis puis je ressens qu'il peut me soutenir juste par le fait qu'il peut comprendre. (Participant 5)

5.3 Les facteurs d'influence organisationnels

Cette partie des résultats présente les facteurs de risque et les facteurs de protection de la FC et du TV présents dans la réalité des professionnels rencontrés dans le cadre de la présente étude. Plus précisément, les facteurs d'influence dont il est question dans cette section concernent l'organisation du travail. On y retrouve les

caractéristiques du milieu de travail, l'équipe de travail et les attentes des Ordres professionnels.

5.3.1 Les caractéristiques du milieu de travail

Comme le précise la recension des écrits, le milieu de travail dans lequel opère un travailleur constitue un facteur d'influence important pour le développement de la FC et du TV. Les différents thèmes abordés par les répondants vont également en ce sens. Le milieu de travail de ces professionnels se distingue en deux grandes catégories, soit les travailleurs autonomes pratiquant uniquement en milieu privé et les intervenants qui sont aussi engagés en tant qu'employés. Ainsi, lorsqu'un de ces deux contextes de travail semble avoir une incidence différente sur le vécu des répondants des nuances seront précisées. Cette portion des résultats se divise en quatre sous-sections : a) la mission et les valeurs institutionnelles, b) les conditions de travail, c) l'environnement physique de travail et d) les caractéristiques de la clientèle.

5.3.1.1 La mission et les valeurs institutionnelles

Cette section des résultats s'attarde davantage sur la mission et les valeurs prônées par les institutions qui emploient les répondants. Ainsi, seuls les répondants pratiquant la relation d'aide comme employé (n=4) sont visés par ces éléments. Ils ont été questionnés sur la concordance entre les valeurs officielles de l'institution pour lesquels ils travaillent et ce qu'ils perçoivent en réalité.

Chaque milieu de travail possède une mission et des valeurs spécifiques, mais, dans l'ensemble, les idéologies qui y sont présentées sont similaires dans toutes les organisations des répondants. La mission présente l'intervention comme étant centrée autour du client, accompagnée de diverses valeurs comme le respect, l'intégrité, la confiance, l'action et la proximité. La majorité (n=3) considère que la mission et les valeurs officiellement énoncées coïncident avec l'intention réelle de l'institution, mais juge aussi que certaines caractéristiques nuisent à l'atteinte de ces mêmes objectifs. En

effet, malgré les valeurs et la mission officiellement énoncées, il existe un certain nombre de contraintes organisationnelles nuisant à la réalisation de l'intervention telle que le souhaiteraient ces professionnels. Plus précisément, les intervenants font face à une charge de travail parfois trop élevée, un temps limité et un budget insuffisant pour leur permettre d'intervenir adéquatement avec toute leur clientèle. Ces éléments les obligent à laisser patienter certaines personnes dans le besoin et les empêchent de faire de la prévention ou de répondre à des demandes ou des besoins qui ne sont pas prioritaires ou qui ne cadrent pas avec la mission de l'organisme. Ainsi, même si l'intention réelle coïncide avec les affirmations organisationnelles, les intervenants se retrouvent dans un contexte où il est difficile de demeurer centré sur les besoins des clients, comme le présentent la mission et les valeurs organisationnelles, tout en faisant face aux restrictions du milieu de travail. Autrement dit, malgré la volonté des intervenants à respecter la mission et les valeurs organisationnelles, ce but est, selon leurs discours, partiellement atteint ou difficilement atteignable.

Bien, la pression et le stress, c'est sûr que ce n'est pas toujours facile de travailler la proximité avec les clients et tout ça. On voudrait en faire plus, on voudrait être là plus, mais... L'affaire c'est que, des fois, on a des listes d'attente, on regarde les listes d'attente, on regarde les demandes qui rentrent, on regarde les problématiques. Bon, ça, il ne faut pas trop que ça attende parce que ça va empirer. Ça fait que là, on va prendre un client de plus. Si j'en prends un de plus... C'est une tarte, plus on la divise, moins il y a de gens qui mangent. Ça fait qu'il y a ça. Mais, je dirais que dans l'ensemble... C'est comme la vision, la mission organisationnelle que je disais tantôt, c'est véhiculé par l'établissement puis, tu sais, ils ont à cœur quand même, vraiment à cœur à ce que ce soit fait là, le code d'éthique aussi. Le respect de la clientèle, tout ça. (Participant 4)

Je ne dirais pas que ça coïncide tout le temps. Donner des services de qualité aux gens, mais des fois ils ne nous donnent pas les moyens, les intervenants, pour qu'on puisse faire ça. Ça fait que c'est bien beau, mais c'est sûr qu'on ne peut pas donner le service comme on souhaiterait qu'il soit donné. C'est ça, moi, d'avoir une trop grosse charge de cas, c'est certain que ça ne me permet pas de faire mon travail comme je le voudrais. (Participant 8)

La concordance entre les valeurs des participants et celles prônées par leur établissement ont aussi été discutées. À ce sujet, trois répondants sur quatre sont d'avis que leurs valeurs personnelles rejoignent celles de leur milieu de travail. D'ailleurs, ces

personnes précisent qu'elles ne pourraient pas travailler dans un milieu ayant des valeurs globalement différentes des leurs. Toutefois, deux participants estiment que certaines de leurs valeurs ne sont pas respectées au sein de leur milieu de travail. En effet, ces participants se trouvent face à l'incapacité d'agir malgré leur volonté de le faire pour des raisons qu'ils jugent futiles comme, par exemple, les contraintes budgétaires, la comptabilisation de leurs interventions et l'obligation de compléter des documents administratifs. De ce fait, l'autonomie professionnelle des intervenants est directement touchée. Cette incompatibilité des valeurs réside dans l'importance que prennent certaines contraintes organisationnelles. En effet, les intervenants considèrent le budget et les documents administratifs à compléter comme des détails futiles. À l'inverse, la prévention et l'intervention sont prioritaires dans leurs valeurs personnelles. D'ailleurs, ces valeurs coïncident aussi avec celles prônées par leur profession. Pourtant, l'importance et le temps accordés à leurs obligations administratives prennent une place disproportionnée dans leur milieu de travail. Ainsi, en plus des valeurs personnelles, les valeurs professionnelles sont également heurtées. Les deux personnes soulevant cette atteinte à leurs valeurs personnelles et professionnelles semblent ressentir de la frustration, de la colère et du découragement.

Ma pratique à moi, ma mission, c'est d'apporter de l'aide au client. Dans mon milieu de travail, la mission, je pense que c'est de permettre aux clients de prendre un recul sur leur vie, leur problématique et d'identifier ce qui a causé ça. Ce n'est pas une intervention situationnelle, c'est aussi un bilan de vie. Okay. Puis c'est de régler les vieilles souffrances. Je pense qu'une valeur du milieu ici, c'est d'essayer d'être très respectueux envers la personne puis son autonomie. Et ça, ça coïncide avec mes valeurs à moi. (Participant 2)

Dans mon autonomie professionnelle, ça me limite à plusieurs niveaux. J'ai à remplir en priorité, par exemple, des formulaires plutôt que de rencontrer une personne en face à face qui en aurait besoin ou des familles qui pourraient être touchées. Moi, je le vois ces besoins-là, mais mon employeur, pour lui... Ce n'est pas qu'il ne nous le permet pas, mais c'est que je suis obligé de ne pas le prendre en priorité, je n'ai pas le temps, j'ai trop de dossiers. (Participant 8)

Il y a un constat dérangeant pour moi, c'est que l'argent, c'est le nerf de la guerre... Argent et intervention, ça ne fait pas dans ma tête. Ça fait que cet aspect-là vient souvent heurter mes valeurs. Tu sais, quand on cible qu'un jeune

a tel besoin pour son développement puis que ça va coûter X, mais pour toutes sortes de raisons, on se le fait refuser. Bien le jeune au cœur de nos préoccupations, on repassera. Ça fait que quand ça parle d'aspect financier, moi, ça accroche. Puis c'est l'aspect financier dans tout! Ça fait que ça accroche assez pas pire. (Participant 1)

5.3.1.2 Les conditions de travail

Les conditions de travail entourant la pratique des travailleurs sociaux et des psychologues ont fait l'objet de discussion. Plus spécifiquement, les répondants ont traité de trois facteurs ayant de l'influence sur la FC et le TV, soit l'horaire et le salaire, la charge de travail, ainsi que les tâches et responsabilités.

5.3.1.2.1 L'horaire et le salaire

Tous les répondants sont satisfaits de leur horaire de travail et de leur rémunération, et ce, autant dans le milieu public que privé. À ce sujet, la présence d'une forme de liberté est le principal élément expliquant cette appréciation. En effet, la possibilité pour les intervenants d'établir leur horaire et leurs congés selon leurs besoins est grandement appréciée. Cette liberté est effective pour les heures de travail tout comme la possibilité de déplacer son horaire lorsque cela est nécessaire pour mieux répondre à un besoin personnel ou à ceux de la clientèle.

Je n'ai jamais travaillé de soir. Tout le monde me disait que je n'aurais pas le choix, qu'il y a des gens qui peuvent venir seulement le soir. Mais, depuis que je fais de la psychothérapie, je n'ai jamais travaillé le soir. Puis les gens qui travaillent réussissent à trouver des moments pour venir me rencontrer. (Participant 5)

À mon travail, c'est un bel avantage, si je veux rentrer à 9h30 le matin puis finir à 6h00 le soir, il n'y a pas personne qui va contrôler ça. Ils me font confiance là-dessus. Puis ça, c'est vraiment apprécié. Tu sais, des fois à la maison, une petite crise avec les enfants le matin, tu es retardé, bien il n'y a pas personne qui va revenir là-dessus. Quand tu es enseignant, la cloche sonne puis il faut que tu sois là. Ça fait que ça, c'est vraiment un bel avantage. On est vraiment autonome dans l'organisation de notre horaire. (Participant 1)

Concernant le salaire, quatre répondants ont mentionné qu'ils pourraient être mieux rémunérés, mais sont tout de même satisfaits. Parmi ces personnes, trois pratiquent la relation d'aide en milieu privé et établissent donc eux-mêmes leur tarif. Ceux-ci conservent leur taux horaire pour rendre leurs services plus disponibles pour la clientèle. Un de ces répondants prévoyait toutefois réviser ses honoraires professionnels.

Au niveau du salaire, c'est satisfaisant. Au niveau de nos vacances, quand on peut prendre nos vacances, il y a toujours moyen de s'arranger, ça n'accroche jamais. On n'est pas pris dans un carcan. Ouais, ça, c'est satisfaisant. (Participant 1)

Pour ce qui est de la garde sociale, on pourrait être rémunéré mieux que ça. Mieux que ça, je pense. [Rire] C'est presque du bénévolat. Non, pas du bénévolat, mais quasiment. (Participant 4)

Deux autres caractéristiques s'ajoutent aux facteurs d'influence en ce qui a trait à l'horaire, soit le rythme de travail et l'imprévisibilité. En effet, devoir tenir une cadence de travail rapide est une situation récurrente et une source importante de stress pour deux répondants. Ce rythme rapide de travail provient, en partie, d'une pression administrative qui met de l'avant des délais et des listes d'attente demandant une prise en charge rapide et délimitée dans le temps. Ensuite, leur propre pression de performance et leur préoccupation concernant l'attente des clients y contribuent aussi. Des situations d'urgence et de crise auprès de la clientèle encouragent aussi les travailleurs à adopter une cadence élevée de travail. Ce dernier élément contribue aussi à l'imprévisibilité de l'horaire pour deux intervenants. Toutefois, puisqu'une certaine rigueur est de mise concernant la planification, spécialement si le rythme de travail est important, les intervenants sont dans l'obligation de remanier en grande partie leur horaire. D'ailleurs, puisque les rencontres avec des clients ou des collègues sont une des principales activités des intervenants, le remaniement de l'horaire est complexe. Encore là, cette situation a été présentée comme étant stressante et difficile à gérer par ces répondants.

La cadence. Le rythme de travail, ça, ça devient très stressant. Les délais... [...] Mais c'est la cadence où un moment donné il faut pédaler. Après, une fois que t'es sorti de là, tu te sors la tête de l'eau et tu te remets à jour jusqu'au temps que ça reparte. [Rire] C'est vraiment cyclique, ouais, c'est vraiment cyclique. Je pourrais dire que ça pourrait arriver, environ, heu... quatre fois par année... puis ça peut durer un mois là, le temps de reprendre tout le dessus, sur les crises familiales qui ont dû être prises. Ça fait quatre mois de stress, quand même. [...] Si j'ai un beau coco qui est parti en fugue, ça arrête tout. Il faut que je cancelle toute ma journée. Il faut que je coure à la Cour pour demander un mandat. Ça fait qu'il y a beaucoup d'ajustements au quotidien. On pense que notre semaine, ça va être ça, on se planifie et tout peut être déplacé. (Participant 1)

Une crise ou une désorganisation dans une famille et tout mon horaire est chamboulé. J'annule mes rendez-vous et, des fois, c'est complexe. J'annule un rendez-vous que j'ai planifié avant avec le professeur. Des fois, il y a des écoles où c'est dur de voir les jeunes. Ça fait qu'il faut que tu appelles la secrétaire qui va parler au professeur, le professeur va reparler à la secrétaire, la secrétaire te reparle. Ce n'est pas optimisant. Après ça, s'il faut annuler le rendez-vous parce que ça ne va pas bien, il faut refaire ce processus-là, mais il faut que je considère que j'en ai 3-4 autres, aussi, que j'ai annulé dans ma journée qu'il faut que je replace. Ça, c'est une bonne difficulté, je pense. (Participant 4)

5.3.1.2.2 La charge de travail

La charge de travail est le premier élément abordé par les répondants concernant leurs conditions de travail. La totalité des répondants considère avoir une charge de travail généralement élevée. Ceux-ci précisent aussi être occasionnellement (n=5) ou fréquemment (n=3) surchargés.

La principale cause de cette surcharge ne se trouve pas dans le nombre de clients, mais plutôt dans la complexité des dossiers rencontrés. Cette complexité est présente lorsque les tâches à effectuer auront des répercussions importantes sur un client, demandant ainsi une planification et une assurance plus marquée. Autrement dit, les professionnels nécessiteront plus de temps de préparation et de planification pour s'assurer de l'efficacité de leurs interventions et ainsi avoir la certitude et la confiance nécessaire pour les poursuivre. Ensuite, ce genre de situation survient également lorsque plusieurs acteurs doivent se mobiliser autour d'une même situation comme les membres

d'une équipe multidisciplinaire ou le réseau social élargi d'un enfant. Bien entendu, la charge de travail augmente de par la planification que ces démarches demandent, mais aussi dans un contexte d'intervention obligeant une grande concentration et une vivacité d'esprit du professionnel. C'est le cas, par exemple, pour l'intervention regroupant plus d'une personne, soit les rencontres de couple, de groupe ou en présence de plusieurs tierces personnes non impliquées dans la démarche thérapeutique comme les policiers. Cette situation se répète également lorsque la situation du client est complexe. Ainsi, la présence de plusieurs individus et de diverses problématiques concomitantes décuplent le nombre d'informations devant être considérées pour moduler l'intervention, ce qui augmente la charge de travail et la fatigue des intervenants. Ensuite, la complexité des situations de la clientèle oblige souvent les professionnels à accorder beaucoup de temps et d'énergie pour la planification et la mise en application du plan d'intervention.

Ce n'est pas la charge... Ce n'est pas la charge en termes de quantité, je dirais. En termes de quantité, c'est correct. Ce que je dirais, c'est peut-être plus en termes de complexité des problématiques rencontrées. Parce que moi, mon ratio au niveau du programme des crises, c'est 15 familles. Dépendamment de la complexité, bien, des fois, je travaille avec la mère et son garçon. Ça, c'est correct. Mais, quand j'ai la mère, le garçon, le beau-père qui ne reste pas là, la grand-mère qui garde l'enfant de temps en temps... Puis ça ne va pas à l'école, il faut travailler aussi avec le système scolaire. Puis, on en met puis on en rajoute. [...] Là, on complexifie beaucoup l'affaire. Sauf que c'est souvent beaucoup de mes clients ça. Ouais, c'est plus difficile. Ça fait que, c'est ça. Je dirais que c'est plus... Ce n'est pas la quantité comme la complexité. (Participant 4)

Ce n'est pas tant le nombre de dossiers que l'intensité que chaque dossier prend. Parce que des fois, tu peux en avoir 20, mais si c'est 20, heu, et que les placements en majorité sont statués, il y a plus grand travail à faire; autre que de superviser, faire les calendriers avec les parents, heu. Mais quand t'as des clarifications de projets de vie, quand on a à statuer sur l'avenir d'un enfant. Si sur 20 dossiers, t'as 20 projets de vie à faire, il y a quelque chose qui ne marche pas là. Ce n'est pas la même intensité. Ça fait que, juste d'être peut-être plus sensible à l'intensité, ça, je changerais ça. (Participant 1)

En plus de la complexité reliée à l'intervention auprès de certains clients, les professionnels sont soumis à une pression organisationnelle qui contribue aussi à

augmenter leur charge de travail. Autrement dit, l'obligation de gérer les listes d'attentes et l'urgence de prendre en charge rapidement la clientèle, malgré un rythme de travail déjà élevé, empêchent les professionnels d'adopter une charge de travail adéquate. Ainsi, dans un contexte de temps d'intervention limité et dans l'optique d'un rétablissement rapide du client, en lien avec la pression administrative et les attentes de la clientèle, les intervenants sont encouragés à optimiser leurs actions et leur temps. De plus, comme il a été présenté précédemment, ces obligations organisationnelles entrent en contradiction avec les valeurs des intervenants, ainsi que leur autonomie professionnelle, puisque la charge de travail trop élevée les empêche d'intervenir convenablement avec la clientèle. Un répondant travaillant exclusivement comme travailleur autonome en pratique privée considère aussi se trouver en surcharge de travail, mais maintient cet état par préoccupation financière.

Le seul hic pour mes conditions de travail, bien pour les conditions de travail de tout le monde, c'est vraiment au niveau de la charge de travail. On n'a pas le choix de prendre de nouveaux clients parce que bon, on a de la demande puis il faut qu'on traite des dossiers. Alors, quand on est en surcharge, on éteint des feux. On n'est jamais capable de faire de la prévention. (Participant 1)

Il y a beaucoup de stress organisationnel aussi, je dirais. Pour moi, de travailler et de ne pas avoir nécessairement de satisfaction dans le travail que l'on fait parce que c'est pas exactement de cette façon-là que l'on ferait, mais on est comme obligé à cause de certaines contraintes organisationnelles. Ça fait que, on est obligé de prioriser, mais en sachant que l'on ne peut pas répondre à tous les besoins des gens comme ils en auraient réellement besoin. (Participant 8)

5.3.1.2.3 Les tâches et responsabilités

Le type de responsabilité des répondants se divise en deux grandes catégories, soit les tâches reliées à la relation d'aide et les tâches administratives. Les activités de la relation d'aide sont définies par tous les répondants comme étant source de plaisir et de réalisation. En effet, les professionnels se disent stimulés et intéressés par le désir d'aider une personne à cheminer. Ceux-ci se réalisent lorsqu'ils sont face à un individu qui a amélioré sa situation de vie et qui a retrouvé un certain bien-être à la suite de leurs

interventions. En ce sens, l'intervention concrète avec un client permet l'atteinte ou la progression vers cet objectif.

Bien, c'est sûr que, moi, ce que j'aime, c'est vraiment de faire le suivi psychosocial dans le dossier d'une personne. Moi, je suis de ce type d'intervenant là. Puis de travailler au niveau de la réadaptation d'une personne. Comme, les gens que... on parle plus de réadaptation en santé mentale. Ça fait que, partir avec une personne du point A pour aller vers un point B, ça, c'est vraiment l'aspect de mon travail que j'aime le plus. (Participant 8)

Mes tâches, je les trouve vraiment intéressantes parce que quand on choisit de devenir psychologue ou travailleur social, on a la fibre humanitaire assez présente. J'ai toujours aimé servir. Je suis bien dans un rôle de service, moi. C'est fou. (Participant 3)

Pour ce qui est des tâches administratives, les opinions se veulent plus diversifiées. En effet, la majorité (n=5) des personnes ne considère pas ce genre d'activité comme contraignant; elles ne les apprécient pas, mais ne détestent pas non plus faire ce genre de travail. À ce sujet, deux participants ont souligné apprécier (n=1) ou trouver intéressant (n=1) cette partie de leur travail. Toutefois, deux autres répondants considèrent plutôt cette tâche comme dérangeante et déplaisante. Ces deux visions contradictoires proviennent du sentiment d'utilité attribué aux tâches administratives. Plus précisément, ceux (n=2) qui ressentent du plaisir y ont associé un gain, soit la possibilité, en faisant référence à la rédaction de notes évolutives, de voir la situation du client dans son ensemble ce qui leur permet de réévaluer le contexte, la problématique et les interventions possibles. Les répondants qui sont davantage neutres (n=4) considèrent plutôt qu'il s'agit d'une activité qui fait partie du travail et qui doit être faite, sans nécessairement y voir d'avantages ou d'inconvénients. Enfin, les répondants (n=2) qui sont agacés par les tâches administratives les perçoivent comme une perte de temps et d'énergie.

Les tâches administratives, j'aime moins, mais j'aime ça quand même. Ce n'est pas quelque chose que je déteste. Mais, si j'accepte de travailler plus que mon 35 heures semaine puis faire du privé, c'est parce que j'aime plus faire du clinique.

Je ne serais pas capable de ne pas en faire. L'administratif, ça me dérange pas en tant que tel. (Participant 4)

Bien, moi, je pense que ce qui me déplaît le plus c'est beaucoup la paperasse. Je n'en ai pas tant que ça à faire. Une chance. Si j'étais dans le réseau, j'en aurais encore plus et je trouverais ça assez déplaisant. Quand il y a trop de temps mis à remplir de la paperasse, plus qu'à faire de l'intervention... Bon, une note au dossier, c'est tel que tel. Mais, des formulaires à remplir pour tels programmes, ça, ça me pèse un peu. Facturation, ça me pèse, en pratique autonome là. J'en fais le minimum parce que j'ai quelqu'un qui le fait pour moi, mais il faut quand même que je lui donne les données de base. Ça, je déteste. (Participant 7)

Bien que les tâches administratives ne soient pas la portion du travail favorite des intervenants (n=8), c'est la proportion du temps que ces tâches occupent qui les dérange le plus. En effet, quatre répondants se montrent contrariés de la place trop grande que les tâches administratives occupent dans leur horaire. Plus précisément, ces quatre personnes sont mécontentes puisque les tâches administratives empiètent sur le temps disponible d'intervention directe avec la clientèle, ce qu'ils considèrent futile, mais surtout nuisible pour le cheminement qui pourrait être fait avec un client. Cette frustration est amplifiée si aucune utilité apparente n'est associée à la tâche en soi comme de compléter un formulaire, compiler des statistiques ou rédiger de longs rapports. Concernant le temps alloué à l'administration, une distinction entre le milieu public et le domaine privé est apparente. Pour les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux, l'administration occupe un temps exagéré, au point de heurter les valeurs des intervenants. En effet, puisque les professionnels ont comme priorité la prévention et l'intervention auprès de la personne, suivie de loin par la gestion et les finances, se retrouver dans une organisation des tâches favorisant l'administration apporte des sentiments d'incompréhension, de découragement et de frustration. Il est intéressant de noter que cette situation est présente uniquement chez les répondants occupant la profession de travailleurs sociaux (il en sera question à la section 5.3.3.4.2).

Je te dirais que mon temps est réparti, dans ma perception, c'est facilement un gros 60 % administration, 40 % interventions. Dans mon œil d'intervenant, c'est terrible. Pendant que je fais de l'administration, je n'aide pas tant que ça les

familles. Je réponds aux besoins de l'organisation. Puis dans les tâches que je fais, ce n'est pas toujours une plus-value pour mon jeune. Des fois, c'est vraiment administratif. Moi là, sur ma chaise de travailleur social, je ne pense pas que ça aide mon jeune tant que ça que je fasse ça. Je te parlais des irritants de mon système, du réseau. Ça, ça en fait partie. Bon, pourquoi, moi, comme intervenant, je dois faire ça? (Participant 1)

Donc, dans le réseau de la santé, le travailleur social, il est beaucoup utilisé pour des... [Soupir] pour de l'organisation. Il y a l'aspect relation d'aide, mais ça prend tellement pas beaucoup d'espace dans le travail que l'on fait que l'on est plus au service de, dans le réseau en tout cas, de l'employeur pour répondre à une structure organisationnelle. [...] Ce n'est pas tous les aspects de gestion plus d'ordre social autour d'une personne qui est dérangeants, c'est le fait que ça prenne tout ou beaucoup d'espace dans le temps que l'on a auprès de la personne. (Participant 8)

5.3.1.3 L'environnement physique de travail

Dans le cadre de l'étude, les participants ont eu l'occasion de décrire leurs différents environnements physiques de travail. La plupart (n=6) se disent satisfaits de leur bureau, alors que deux autres participants, tout en aimant leur milieu de travail, apprécieraient des changements mineurs. En ce qui concerne trois répondants, le milieu de travail ou un de leurs milieux de travail est présenté comme étant un irritant. La satisfaction du milieu physique dépend principalement de la fonctionnalité et du bien-être ressenti dans celui-ci. La fonctionnalité se détermine surtout par la présence d'intimité, se traduisant par une insonorisation suffisante, par l'accessibilité des documents et des dossiers et par un certain calme. En effet, les répondants souhaitent que leur milieu de rencontre soit accueillant et réconfortant pour les clients. Ces éléments concernent autant le mobilier, l'apparence, l'odeur, la présence d'une fenêtre et l'ambiance qui règne dans le milieu de travail. Concernant l'ambiance du milieu, il est intéressant de souligner que le milieu physique y contribue, mais que les gens qui y sont présents déterminent beaucoup cet élément. Ainsi, la présence de personnes calmes et accueillantes a été ajoutée par trois répondants comme étant un élément apprécié du milieu de travail.

Si on parle juste de mon bureau, un coup que ma porte est fermée, c'est satisfaction 100 %. Mais, si on compte le reste. La salle d'attente est désuète, ça sent mauvais, c'est assez ordinaire. Le bruit causé par les autres intervenants qui circulent... Si on considère aussi le va-et-vient parce que c'est un bloc appartement qui est à côté. On est comme annexé au bloc appartement, donc, il y a du va-et-vient. La voisine, elle rentre avec son chien. Ça fait que le niveau de satisfaction, par rapport à l'ensemble, c'est très insatisfait. Ouais. C'est un irritant majeur. [...] J'ai une grande fenêtre dans mon bureau puis on voit justement les voisins passer avec la cigarette au bec. Donc, les clients qui voient le voisin passer comme ça, c'est sûr que ça les dérange. Ça nuit à mes interventions parce que quand le client est bien concentré puis qu'il est vraiment en train de rapporter quelque chose de personnel ou d'important puis que, tout à coup, il y a quelqu'un qui passe devant la fenêtre, c'est sûr que ça le sort de sa concentration, puis moi, ça m'irrite. (Participant 5)

Mon bureau est dans le sous-sol de la clinique externe de la psychiatrie avec une fenêtre qui est située à 8 pieds de haut où je ne vois pas dehors. Ça fait que ça, c'est un aspect qui m'affecte quand même au niveau de mes conditions de travail. Ça, ça fait des mois que je le dis, mais... Hum. (Participant 8)

5.3.2 Les caractéristiques de la clientèle

Les répondants ont identifié certaines caractéristiques de la clientèle pouvant avoir une influence sur la FC et le TV. En effet, quatre éléments ont été ciblés comme tels, soit la présence d'agressivité, une attitude non volontaire ou non motivée, le degré de souffrance et le vécu d'événements traumatisants puis l'écart entre les objectifs visés par le client et ceux que le thérapeute juge importants.

5.3.2.1 La présence d'agressivité

Dans le cadre d'une démarche thérapeutique, il est normal qu'un client soit envahi par une charge émotionnelle, telle que la colère, la rage et la tristesse. L'agressivité peut donc transparaître dans les comportements de la clientèle, en réaction à ces émotions. Or, il est possible de retrouver deux types de comportements agressifs : s'exprimer contre une situation ou une personne physiquement absente et, la seconde, en visant directement l'intervenant. L'ensemble des répondants (n=8) parvient à faire une distinction entre ces deux types de décharge agressive. D'ailleurs, tous les participants

ont vécu ce type de situation, soit une agressivité vécue dans la démarche thérapeutique ne les visant pas concrètement. Malgré la conscience que ce type de comportement ne vise pas directement le professionnel, un participant a tout de même déjà craint que ce type d'émotions puisse dégénérer et se déplacer contre lui.

Ce sont des clients que je voyais toutes les semaines. Quand je voyais que je les avais dans ma journée, je commençais déjà à angoisser. Tu sais, ce sont des personnes qui avaient une charge émotionnelle très agressive. Ils ne m'ont jamais agressé verbalement ni physiquement, mais je vivais toujours avec la peur que ça pourrait arriver. (Participant 5)

Le gars, il va arriver, il va mettre le point sur la table, il va parler fort, il va sacrer, il va avoir l'air d'être fâché... puis on l'accueille de même. Puis, la plupart du temps, il n'est pas fâché. C'est sa façon d'exprimer sa peine. Ça sort en colère, ça sort de même. On a l'impression qu'il est violent. Si on le prenait au premier niveau, on se dirait : «Eille, il est violent, lui!». (Participant 4)

La majorité (n=7) des travailleurs rencontrés a également vécu un geste de violence, soit verbale, physique, psychologique ou financière dont ils étaient la cible directe. Dans ce contexte, différentes émotions sont identifiées. On y retrouve la perturbation, la peur et la remise en question de leurs compétences en tant que professionnel. La peur énoncée par les participants montre que ce sentiment est ressenti lors de la présence de la violence du client, mais également après son départ. D'ailleurs, l'inquiétude s'ajoute à cette peur puisque les professionnels ressentent de l'insécurité pour eux, pour les membres de leur réseau social ou pour le client. La remise en question des compétences et ses répercussions sur l'estime personnelle sont davantage présentes lorsque l'intervenant est victime, à de multiples reprises, de violence provenant des clients dans une courte période de temps.

Que les gens soient fâchés après le Centre jeunesse, c'est correct. Souvent, il y a des gens qui sont fâchés, mais ça ne m'atteint pas : «On sait bien, sti de Centre jeunesse de criss», bon. Mais, quand c'est nommé : «Toé, on sait bien, toé, t'es as tes enfants à la maison.». Sont même pas au courant si j'ai des enfants ou pas, mais sont capables de venir dire ça. Ça, c'est dérangeant. Ça, ça fait que le reste de la journée, tu peux feeler un peu de travers. Tu sais... c'est ravageur, c'est

blessant... Puis là, la cassette de peur part; tu te dis : «Si elle est capable de dire ça, sur ce ton là avec une violence... Elle est-tu capable de venir m'attendre à la sortie?». (Participant 1)

Ça m'est arrivé dans de me faire tirer le bureau par terre, les feuilles, tout ça. Ça m'est arrivé en pratique privée une fois; quelqu'un qui est venu chez moi. J'ai eu peur comme ça ne se peut pas. Quelqu'un, au bureau, il m'avait lancé une lampe. C'est arrivé, quelqu'un qui vient en face de ma maison, ma petite-fille est dehors et qui me dit : «Tu vas les perdre tes enfants. Tu m'as enlevé mes enfants. Tu vas la perdre.». (Participant 6)

La fréquence des gestes de violence est différente selon les répondants. La moitié des répondants (n=4) ont vécu de la violence provenant de la clientèle de façon ponctuelle. Les quatre autres participants ont souvent vécu des situations de violence selon les postes occupés et les milieux de travail où ils ont œuvré. Il est intéressant de souligner que ces quatre participants sont également ceux rencontrant fréquemment une clientèle non volontaire ou présentant un potentiel d'agressivité. Pour ces intervenants fréquemment témoins d'actes d'agressivité, un phénomène de tolérance et de normalisation de la présence de la violence a été noté. Cette rationalisation de la violence permet, quant à elle, de diminuer les répercussions négatives comme la remise en question de sa compétence professionnelle.

C'est que l'on devient tolérant à cette violence. Probablement que tu viendrais faire une semaine de travail avec moi, que tu dirais : «Mon Dieu, ta semaine ça n'a pas de bon sens. Tu as été exposé à telle fréquence de violence.». Puis moi je te dirais : «Bien non. Pantoute.». On suit des familles qui vivent dans la violence puis on leur dit : «Mon Dieu. Ça n'a pas de bon sens.». Mais, nous autres, sur notre chaise, on développe aussi une tolérance à cette violence. (Participant 1)

Il y a quelqu'un qui m'a dit «J'ai des amis dans la construction. Je vais te couler dans le béton.». Et, tu vois, je ne percevais pas ça comme étant traumatisant. On n'avait pas l'idée de porter plainte à la police. (Participant 6)

5.3.2.2 L'attitude non volontaire ou non motivée

L'attitude non volontaire ou non motivée est un second élément discuté par les répondants concernant leur clientèle pouvant rendre la pratique de la relation d'aide

difficile. La totalité des professionnels a déjà eu des contacts avec des clients non volontaires au sein de leur pratique. Ce non-volontariat se situe entre quelques clients par année à au moins un client par jour. L'ensemble des intervenants (n=8) identifie ce type de clientèle comme démotivante, non valorisante et frustrante. En effet, un client qui ne progresse pas est considéré comme non valorisant. En plus de l'absence de progression, les intervenants se disent frustrés puisqu'ils ne peuvent pas consacrer de leur temps à un autre client prêt à s'investir. De plus, même si les faibles avancées de ces personnes ne dépendent pas directement des qualifications de l'intervenant, une pression du client, de son entourage ou de l'employeur peut être imposée au professionnel concernant l'absence de résultats chez leurs clients, s'ajoutant ainsi à la frustration et à la dévalorisation.

J'ai quand même une bonne partie de la clientèle qui a reçu des mesures judiciaires. Donc, il y a une partie, au départ, qui est non-volontaire. Ça fait que, il y en a pour qui ça devient volontaire avec le temps. Il y en a pour qui non; il n'y a pas nécessairement une motivation qui se développe, il n'y a pas nécessairement de changement. Puis là, c'est souvent... C'est souvent à recommencer. On avance et on recule, des fois, plus que ce qu'on a avancé. Je pense que c'est ça qui est le plus difficile. (Participant 7)

Le contexte du client non volontaire n'est pas très... Comment je pourrais dire... Ce n'est pas très valorisant. On a toujours l'impression... Il y a une famille que je suis là, ça fait trois ans et demi; on n'a pas avancé. On est toujours au même point. Je répète encore les mêmes affaires, ça ne bouge pas. Ça fait que ça, ça devient très, très fatigant. (Participant 1)

La fréquence de clients non volontaires tend à changer selon le milieu de travail. En effet, tous les participants travaillant simultanément en bureau privé et dans une institution publique notent cette différence. Autrement dit, le nombre de clients non volontaires tend à être plus élevé en milieu public. Certains milieux donnent des services à des personnes dans le besoin, même si ceux-ci refusent ce service. D'autres milieux rencontrent uniquement des clients dits volontaires, mais certains d'entre eux entreprennent cette démarche thérapeutique sous pression externe. Dans le même sens, certaines personnes souhaitent un changement et s'orientent ainsi vers un travailleur

social ou un psychologue, mais ne veulent pas fournir l'effort nécessaire à ce changement.

Rencontrer un client qui manque de motivation à entreprendre la démarche thérapeutique ou à mettre des efforts dans cette démarche a été identifié par cinq répondants comme étant une difficulté principale rencontrée avec la clientèle. Toutefois, plusieurs (n=4) mentionnent qu'il ne s'agit pas d'une situation fréquente. Selon les répondants, le principal élément expliquant la présence plus élevée de clients ayant une faible motivation dans le réseau public serait lié à la rémunération du professionnel. En effet, bien que les clients paient les intervenants du public, par l'intermédiaire des leurs taxes, la conscience de cette rémunération ne semble pas être présente, minimisant ainsi son impact. Toutefois, les clients prêts à déboursier eux-mêmes les frais d'une psychothérapie, davantage présents dans le domaine privé, entament généralement leurs démarches lorsqu'ils sont prêts à adopter des changements et à s'investir dans celles-ci.

On a beaucoup de clients, soit, qui annulent leur rendez-vous ou qui ne nous appellent pas. On est obligé de courir après eux autres. On leur donne des tâches à faire parce qu'ils nous le demandent, ça fait qu'on leur donne des devoirs à faire. Puis, quand ils reviennent, ils n'ont pas emmené leurs feuilles, ils n'ont pas fait les affaires. Les grilles de restructuration cognitive, ces affaires-là. Quand je le fais en privé, c'est bien rare qu'ils annulent leur rendez-vous puis c'est bien rare qu'ils n'ont pas fait les choses demandées. On dirait qu'ils savent qu'ils paient. Malgré que les autres aussi, ils paient. [Rire], Mais, cette dimension-là, elle est quand même importante parce qu'on le voit. En tout cas, moi, je le vois concrètement dans l'intérêt qu'ils portent à la thérapie en tant que telle, au processus. (Participant 4)

Une des principales difficultés, ce n'est pas parce que ça arrive si souvent que ça, mais c'est un des irritants les plus majeurs, c'est quand le client annule dans moins de 24 heures ou qui ne se présente pas. Ce qui me laisse devant une plage horaire d'une heure que j'aurais pu offrir à une personne qui est sur ma liste d'attente, mais finalement, je n'ai pas le temps de me revirer de bord. Ça... Ça me fâche. Ça me dérange beaucoup. (Participant 5)

5.3.2.3 Le degré de souffrance et le vécu d'événements traumatisants

Dans le cadre de la présente étude, la perception des répondants concernant le degré moyen de la souffrance de leur clientèle a été questionnée. Les participants ont répondu à cette question en graduant le degré de souffrance de l'ensemble de leurs clients sur une échelle de 1 à 10, la réponse 10 représentant un niveau de souffrance très élevée. Ainsi, sept personnes ont identifié un chiffre entre 7 et 10 comme représentant le niveau de souffrance de leurs clients. Dans le même ordre d'idée, cinq répondants considèrent qu'au moins 70 % de leur clientèle ont déjà vécu un événement traumatisant. En général, le contenu du discours de tous les répondants démontre qu'ils parviennent à se détacher de la souffrance de la clientèle comme il a été présenté précédemment dans la section abordant l'isolation de l'affect. Par contre, malgré cette capacité à se détacher des émotions, tous les répondants (n=8) ont précisé s'être sentis impuissants à plusieurs reprises face à un client particulièrement souffrant. À partir du discours de deux intervenants, il est possible de voir que cette impuissance provient de l'impossibilité d'avoir un impact sur certaines circonstances. En effet, les situations problématiques actuelles comme la violence ou la maltraitance créent moins d'impuissance puisque l'intervenant peut amener son client à reprendre un certain pouvoir sur celles-ci. Toutefois, les histoires passées, comme les agressions, ou les situations qui dépendent d'une tierce personne non coopérative, comme un conflit familial, augmentent le sentiment d'impuissance du professionnel à aider son client à atteindre des changements. Ce type de situation provoque également de la frustration découlant de l'impossibilité d'agir sur certains éléments importants, mais aussi provenant de l'injustice de la situation perçue par les professionnels.

Ce qui est difficile aussi, en tout cas, en ce qui me concerne, c'est parfois le sentiment d'impuissance que je peux ressentir. Parce qu'on n'a pas toujours les réponses pour le client ou la cliente. Des fois, il faut accepter que l'on n'a pas de baguette magique. (Participant 5)

Je me sens souvent impuissant... souvent impuissant. Pff... Par exemple, un jeune de neuf ans qui se fait mettre dehors : «Va-t'en chez ton père!». Il n'a jamais vu son père de sa vie. Donc, change d'école, change de vie, change de religion. [...]

Mais, moi, je sais très bien que c'est un enfant que le beau-père était beaucoup trop dur avec. Ça, je trouve ça dur. Je trouve ça très difficile. (Participant 4)

En plus des sentiments d'impuissance et de frustration, la moitié des intervenants ont été émotionnellement perturbés par des événements précis vécus par leur clientèle. La similitude de certaines caractéristiques du client avec leurs propres caractéristiques personnelles ou celles d'une personne proche ont été soulevées comme étant les principaux facteurs les empêchant de créer une barrière émotionnelle face à la souffrance de leur client. Par exemple, certaines caractéristiques plus générales comme l'âge, le sexe, les occupations et les rôles sociaux similaires sont des facteurs qui peuvent perturber le professionnel. Cette similitude encourage l'intervenant à remettre en question son sentiment de sécurité. Plus précisément, concevoir que des situations malheureuses, comme une agression, un accident de voiture ou le décès soudain d'une personne proche, sans avertissements et sans réelles raisons surviennent sans pouvoir nécessairement s'en protéger sous-entendent que l'intervenant, lui aussi, peut vivre ce genre de situation pénible. Cette réalisation est le principal élément provoquant une perturbation chez les intervenants (n=4). Ce dernier élément sera étayé plus en détail dans la section portant sur les répercussions concernant les pensées et les perceptions.

Quand on va vers un placement à long terme, ça, c'est très, très, très difficile. Je ne m'habitue pas [Voix émotive] à ça, non. Moi, voir tout le monde se pleurnicher dessus, de même là. Ça vire que je ne suis pas capable de mettre mon bouclier. Ça vient me toucher dans mon rôle de mère. Écoute là, ce sont des parents quand même. Croches, droits, pas de bon sens, tu sais l'amour... il y a de l'amour pareil. Mais, il ne faut pas juste de l'amour pour élever un enfant. Ça fait que ça, c'est très, très, très difficile. Tu vois, j'en parle et j'ai des images... Ça, ça ne me fait pas encore. (Participant 1)

Par exemple, un client accidenté de la route. Dans ce temps-là : «Eille, ça peut nous arriver.» Ça fait que, un peu la peur de la route, un peu la peur... Ça ne va pas jusqu'à vraiment avoir peur en auto, mais comme, une sensibilisation : «Eille, ça pourrait m'arriver aussi, un accident de voiture. Ça pourrait arriver à ma fille de se faire abuser comme ça.»... Quand ce sont des traumatismes vécus dans l'enfance, ça m'atteint moins de cette façon-là parce que, c'est comme si,

bien je suis à l'abri de ça, je ne suis plus un enfant. Mais, des traumatismes vécus à l'âge adulte, c'est sûr qu'on y pense. (Participant 5)

5.3.2.4 L'écart entre les objectifs du client et du thérapeute

En ce qui concerne la clientèle, les répondants ont identifié un dernier élément pouvant avoir un impact négatif sur leur vécu, soit la présence d'un écart entre les objectifs du professionnel et ceux du client concernant la démarche thérapeutique. Ainsi, un écart entre l'objectif visé par le client et celui du professionnel est présenté comme étant difficile à surmonter et peu valorisant. Toutefois, pour six professionnels, les objectifs visés par leurs clients et ceux qu'ils considèrent prioritaires sont, la majorité du temps, très similaires. Pour les deux professionnels restants, les objectifs visés par leur milieu de travail l'emportent sur les objectifs du client. D'ailleurs, le non-volontariat de la clientèle entre également en ligne de compte dans ces deux situations.

Ça ne peut pas coïncider dans un contexte non volontaire... Ils peuvent en rajouter, on peut les regarder, les modifier, mais... C'est pas mal ceux de mon employeur qui priment versus le parent. Tu sais, parce que l'on impose des choses. On impose, par exemple, que le parent soit sobre lors des visites entre lui et son enfant. Le parent a pas grand mot à dire là-dessus autre que : «Oui, je vais faire le nécessaire.». Donc, cela ne coïncide pas tout le temps, ils peuvent être en désaccord au niveau de l'objectif. Mais, l'objectif va rester au plan intervention quand même. (Participant 1)

La distinction entre un milieu de pratique public et privé a également été apportée comme facteur. En effet, le milieu privé, par l'absence d'obligations organisationnelles et patronales, se veut plus en concordance en ce qui a trait aux objectifs des clients et ceux de son thérapeute. Autrement dit, dans le cadre d'un emploi rémunéré par un employeur, surtout dans le domaine public, les intervenants ont à jongler avec une charge de travail importante, une limite de rencontres ou de temps d'intervention, des tâches spécifiques ainsi que des priorités d'action. Ainsi, même si l'intervenant voudrait travailler avec les clients à l'atteinte de certains objectifs spécifiques, si ces derniers ne coïncident pas avec le mandat et les priorités

organisationnelles ou que le temps disponible est trop limité, ils seront contraints d'imposer d'autres objectifs à atteindre.

En privé, ce n'est pas pantoute la même affaire. Hein, en privé, on regarde ensemble, mais ce sont les objectifs du client qui priment sur mon plan de travail. C'est complètement autre chose. C'est le fun ça. Ouais, c'est vraiment lui. Je pars vraiment de lui, de son besoin, qu'est-ce qu'il est venu chercher. On s'ajuste, mais vraiment au client. (Participant 1)

Je vais chercher, mobiliser les forces de la personne. Je travaille l'espoir et les forces. Alors comme ça, il n'y a plus de distorsions concernant les objectifs du patient et les miens. Je suis complètement au service du patient. Alors que dans un établissement public, ça peut être différent. Alors qu'en privé, c'est possible. (Participant 6)

Ensuite, bien que les professionnels travaillent dans le même sens que la clientèle, sept d'entre eux précisent qu'une marge existe tout de même entre les objectifs des clients et ceux du professionnel. Cette marge s'explique par une différence de perception, un manque de connaissances de la problématique ou des objectifs irréalistes du client. De plus, certaines attentes du client peuvent se contredirent, obligeant par le fait même une réévaluation des objectifs. C'est le cas, par exemple, si le client veut aborder plusieurs sujets complexes, mais souhaite aussi une thérapie brève ou ne veut pas déboursier de frais supplémentaires, se limitant plutôt au nombre de rencontres remboursées par les assurances. Cette marge de manœuvre est présente autant dans le domaine public que dans la pratique privée. D'ailleurs, un participant ajoute qu'un des objectifs initialement établis entre le professionnel et le client est souvent d'avoir atteint un changement précis après un nombre déterminé de rencontres ou une limite de temps. Or, même si le client et le thérapeute s'entendent sur cet objectif, différents éléments, comme la capacité d'introspection du client, sont hors de contrôle et peuvent en empêcher l'atteinte.

Il y a une marge. Moi, mes yeux de ce que la famille devrait être et lui, le client, ce qui va être confortable pour lui, souvent, il y a une différence. Moi, il ne faut pas que je le voie avec mes yeux, faut que j'y aille avec qu'est-ce que le client veut. À partir de là, je regarde est-ce que c'est réaliste, cohérent, est-ce que c'est viable? Même, des fois, le client en demande beaucoup trop. Il faut ramener ça. (Participant 4)

Bien, comme on leur présente un plan d'intervention avec les objectifs, d'habitude, quand je leur présente ça, ça coïncide à 80 %. Puis quand je leur présente, on réévalue. Ça fait que, si le client me dit : « Bien, ça, tu n'en as pas parlé puis j'aimerais ça travailler ça. », bien, il n'y a pas de problème. On ajoute, si possible, à la thérapie. Mais, comme c'est toujours des thérapies à court terme, bien des fois, je suis obligée de leur dire : « Bien là, on n'a pas assez de temps puis je vous suggère... Ça, ça, ça, c'est plus prioritaire. ». (Participant 2)

5.3.3 Les relations professionnelles

Le lieu de travail est un milieu de vie où les professionnels peuvent être en interaction avec des collègues et des supérieurs hiérarchiques. Dans cette étude, les relations professionnelles sont apparues comme un important facteur d'influence de la FC et du TV. À ce sujet, la réalité des répondants est diversifiée. En effet, la moitié (n=4) occupe un poste à l'intérieur d'une équipe de travail et cinq répondants travaillent dans un milieu de travail sans collègue ni employeur. Les relations professionnelles seront traitées en trois sections : a) les relations avec les collègues et l'employeur, b) l'absence d'équipe de travail et c) la collaboration.

5.3.3.1 Les relations avec les collègues et l'employeur

Les contacts avec les collègues et l'employeur étant nombreux, le type de relations entretenues avec ces personnes s'avère donc particulièrement important. Ce sujet sera vu sous les aspects suivants : le type de relations entretenues, l'attitude et les perceptions de l'intervenant et de la clientèle et le niveau de compétence de l'équipe de travail. Bien entendu, cette section est consacrée uniquement aux répondants en contact avec une équipe de travail (n=4).

5.3.3.1.1 Le type de relations entretenues

Tous les répondants (n=4) qui travaillent avec d'autres professionnels sont satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec leurs collègues et avec leurs supérieurs hiérarchiques. D'ailleurs, plusieurs qualités leur sont associées tels que : disponibles, respectueux, chaleureux, attentifs et aidants. Deux qualités sont aussi particulièrement appréciées chez un supérieur ou un employeur, soit l'ouverture d'esprit et la confiance

envers ses employés. En effet, l'ouverture à des initiatives dans l'intervention, de même qu'à la discussion s'avère présente chez le supérieur immédiat de trois répondants. D'ailleurs, une personne apprécie la possibilité qu'elle a de discuter ouvertement avec son supérieur de situations problématiques touchant, par exemple, la gestion des services, et ce, même si aucun changement n'est apporté par la suite. Le lien de confiance est un deuxième élément important pour une bonne relation. Celui-ci semble plus facile à établir auprès des collègues. Toutefois, deux répondants estiment posséder ce lien avec leur supérieur immédiat. En effet, ces deux personnes ressentent de la confiance envers cette personne, mais ils sont particulièrement satisfaits que cette confiance leur soit également attribuée. Trois répondants considèrent atteindre une forme d'autonomie professionnelle, malgré les restrictions administratives, lorsque leur supérieur immédiat a confiance en leurs compétences et en leurs jugements. Il est donc possible de voir que la qualité de la relation entretenue avec l'équipe de travail est importante, d'autant plus que la principale source de soutien, soit pour l'intervention ou comme support psychologique, touchant les problématiques rencontrées au travail se trouve auprès d'un membre de l'équipe de travail.

C'est quelqu'un qui nous fait confiance comme intervenant. Il est très accueillant. Il écoute, il respecte vraiment là où on est rendu. [...] Je suis très satisfait. Il est très ouvert, très disponible, très attentif aux besoins des intervenants, très aidant par période difficile. Il va être capable de nous soulager un peu. Il comprend encore ce que l'on vit sur le terrain, c'est assez rare pour un chef de service. Habituellement, c'est plus : on administre puis on administre. Mais, il reste encore un énorme brin d'humanité et ça fait, vraiment, toute la différence. (Participant 1)

Quand j'ai des besoins, ils sont toujours là (les différents professionnels de l'équipe). Puis c'est la même affaire quand eux autres ont de besoins, la porte est tout le temps ouverte. On a tous, un peu, une expertise dans quelque chose. On s'appuie beaucoup. (Participant 4)

5.3.3.1.2 *L'attitude et les perceptions de l'intervenant et de la clientèle*

Le type d'attitude et les perceptions que l'équipe de travail peut avoir auprès de l'intervenant et de la clientèle qu'il rencontre peuvent être source de difficultés. La totalité des répondants (n=4) travaillant avec des collègues considère que ces derniers ont une attitude et des perceptions positives et satisfaisantes. Comme il a été présenté précédemment, l'ouverture d'esprit et la confiance favorisent une bonne relation ainsi qu'une attitude et des perceptions positives du professionnel et de sa clientèle. Une caractéristique supplémentaire a été soulignée comme nécessaire et appréciée chez les supérieurs hiérarchiques, soit «d'avoir de l'humanité». Cette forme de sensibilité se perçoit surtout dans la conscience que le supérieur a de la réalité des intervenants et de leur clientèle. Autrement dit, les intervenants considèrent qu'un gestionnaire d'un milieu de travail axé sur la relation d'aide ne doit pas simplement gérer, il doit également être empathique à la clientèle et aux employés. Même si tous les répondants se sont dits satisfaits de l'attitude et des perceptions des membres de l'équipe de travail, une personne a déjà éprouvé des difficultés avec un de ses supérieurs hiérarchiques par le passé. Cette difficulté apparaît lorsqu'un membre de l'équipe adopte une attitude de supériorité. À partir de cette attitude, il devient difficile de discuter et de s'entendre lorsqu'une vision divergente de la situation se présente. L'autonomie professionnelle du répondant, sa compétence et son expertise sont ainsi remises en question par une telle attitude, provoquant ainsi une certaine frustration. Dans le même ordre d'idée, les intervenants peuvent se sentir offusqués qu'un supérieur encadre leurs actions dans un domaine où celui-ci est moins compétent, et ce, sans tenir compte de leur expertise professionnelle afin de sauvegarder leur image de supériorité.

La dernière personne qui était là, son attitude n'était pas toujours adéquate. C'est une personne maladroite qui... D'abord, qui ne connaissait pas la santé mentale, mais qui pouvait penser qu'elle connaissait les choses. C'était un peu difficile d'arriver à des visions communes. [Rire] Ça fait que, après ça, ils sortent un peu la carte de l'autorité là. Hum. (Participant 8)

Deux autres répondants n'ont pas de supérieurs hiérarchiques, mais ont tout de même été en contact avec des employeurs engageant des intervenants en relation d'aide dans le cadre de leur travail. Ces deux participants ont apporté un témoignage intéressant démontrant les difficultés potentielles pouvant être causées par un employeur adoptant une mauvaise attitude. De par leur discours, il est possible de constater que les difficultés précédemment énoncées, soit un manque d'empathie pour les employés, une méconnaissance de la réalité de l'intervention et une attitude axée sur la supériorité, expliquent la frustration et la déception ressenties par ces deux répondants.

Certains types d'établissement ont fait des études dernièrement pour identifier les profils à risque d'épuisement. Ça fait maintenant partie de leurs critères quand ils engagent de cibler le profil qui serait à risque d'épuisement et de ne pas l'engager. Tu sais, au lieu de mettre en place des stratégies pour soutenir leur personnel. Ça fait que, je pense qu'on essaie plus d'éviter le problème que d'en parler. (Participant 7)

Une autre fois, on m'a changé trois fois de local pendant la même supervision. Je me suis trouvé poché. Imagine, des intervenants à qui on ne fait pas de reflets, qui laissent des messages au boss puis l'autre ne retourne pas l'appel. [...] Ce n'était pas gros, mais ça m'a influencé, ça m'a rendu triste. Imagine la personne à qui on fait ça constamment, comment on la blesse à la longue. Alors, ma petite expérience, c'est ça. (Participant 6)

5.3.3.1.3 Le niveau de compétence de l'équipe de travail

Un collègue ou un supérieur hiérarchique jugé comme incompetent peut être à l'origine de certaines frustrations pour un intervenant. C'est particulièrement le cas si l'intervenant travaille directement avec une personne jugée incompetente. De ce fait, il est difficile d'avoir confiance en la qualité des tâches et des interventions qu'elle effectue. D'ailleurs, du temps et de l'énergie peuvent être investis pour vérifier la qualité du travail effectué par un collègue jugé incompetente et, au besoin, y apporter des modifications. De plus, les intervenants peuvent devenir réticents à partager leurs tâches ou à en déléguer lorsque la confiance dans le travail de l'autre personne n'est pas présente. Ainsi, la frustration, l'inquiétude, une augmentation de la charge de travail et de la pression personnelle ou organisationnelle peuvent avoir des impacts négatifs sur le

professionnel. Un taux de roulement de personnel important peut expliquer le manque de compétence ou d'expérience d'un membre de l'équipe. Il s'agit d'une situation ayant été vécue par la moitié des répondants travaillant au sein d'une équipe de travail (n=2). Toutefois, dans l'ensemble, tous les participants (n=4) considèrent que leur équipe de travail est constituée de gens compétents.

Il faut que je sois capable de sortir de ma zone de confort. Même chose pour l'éducateur. Comme là, j'ai un bon intervenant qui travaille avec moi, un éducateur. On arrive à faire un bon travail. Ça, c'est très aidant. Ça m'est arrivé une fois que c'était plus difficile puis j'ai passé, quand même, un moment assez difficile. Je ne pouvais pas m'appuyer. Des fois, je récupérais du travail aussi. (Participant 4)

Moi, j'ai un coordonnateur clinique et j'ai un chef de programme. Je te dirais que le chef de programme, non, ce n'est pas le cas, il n'est pas compétent. Ce n'est pas une personne qui a un niveau d'expérience très élevé au niveau de la gestion de l'organisation comme la nôtre. Ça a été le cas dans plusieurs autres secteurs. Il y a eu beaucoup de changement dans notre organisation et souvent, les chefs de programmes... En tout cas, dans mon milieu de travail, il me semble qu'on m'avait dit que, dans ces comités-là, il y a quasiment 30 % des cadres qui sont des gens de moins de trois ans d'expérience en gestion. (Participant 8)

5.3.3.2 L'absence d'équipe de travail

Le fait de travailler seul peut représenter en soi un facteur d'influence relié à la FC et au TV. Afin de connaître davantage le point de vue des cinq répondants occupant un emploi sans équipe de travail, deux sujets seront abordés, soit les avantages et les inconvénients d'un travail sans collègues ni employeur et les sentiments ressentis face au travail en solitaire.

5.3.3.2.1 Les avantages et inconvénients

Les répondants travaillant en solitaire (n=5) ont été questionnés sur les avantages et les inconvénients de ce type de pratique. Pour ce qui est des avantages, tous les participants ont rapidement mentionné la liberté et l'autonomie. En effet, la liberté de gestion de l'horaire, du salaire, de la clientèle ou des tâches à effectuer a été mentionnée par tous les répondants (n=5). De plus, l'autonomie dans les interventions s'ajoute à ce

sentiment de liberté. Cette autonomie est aussi soulignée par le fait de ne pas avoir de structure, de normes et de règles ou de contraintes organisationnelles. Autrement dit, les participants apprécient ne pas ressentir de pressions autres que celles qu'ils s'imposent eux-mêmes. Un second avantage mentionné par quatre répondants est l'absence de perturbations occasionnées par les contacts avec une équipe de travail. Plus précisément des participants (n=2) précisent apprécier l'absence de conflits interpersonnels ou en lien avec l'intervention. Le dérangement possible (n=1) provenant des membres d'une équipe de travail et l'absence de compétition (n=1) s'ajoutent aussi aux avantages du travail en solitaire.

L'avantage, c'est que tu gères tes affaires comme ça te tente. C'est un bel avantage. Tu n'as pas de structure autre que la structure que tu aimes. Ce n'est pas imposé dans plein d'affaires. Les choses imposées viennent de toi. Ça fait que c'est plus léger. (Participant 1)

Les avantages, c'est l'horaire. L'horaire, la liberté d'action aussi au niveau de l'intervention et au niveau des choix de clientèle. Qu'est-ce que j'ai le goût de faire. Qu'est-ce que je n'ai pas le goût de faire. L'absence de conflit aussi. Avoir un employeur avec des équipes de travail et des règles, ça fait en sorte que ça génère toute sorte de conflits dans les équipes de travail. (Participant 7)

La totalité des répondants qui ne sont pas rattachés à une équipe de travail (n=5) considère qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients à travailler seul. Toutefois, ils ont quand même mentionné certains désavantages. Tout d'abord, il y a le sentiment de solitude professionnel (n=2). Cette solitude est exprimée par rapport à l'absence de contact avec des collègues, vivant et comprenant leur réalité professionnelle avec qui ils pourraient en discuter. De plus, cette solitude est présente par l'absence de complémentarité que peut apporter une équipe multidisciplinaire. En effet, un intervenant précise que, de par la complexité de l'être humain, le service d'un seul professionnel lui semble moins complet que lorsqu'une équipe, avec des diverses qualifications, intervient auprès d'une personne.

Bon, des désavantages, c'est que l'on fonctionne seul et on n'a pas de vis-à-vis immédiat. Comme le matin : «Salut!» et tu fais ta vie, là, tu sais, ta vie professionnelle. Bon, le désavantage, c'est peut-être moins de vie sociale, un petit peu, sociale et professionnelle. (Participant 3)

Les inconvénients de ne pas avoir d'équipe de travail... C'est que tu te sens seul. Tu te sens seul. [...] Il y a une espèce de solitude. Il n'en a pas d'autres là-dedans. Moi, j'ai l'avantage de connaître beaucoup de monde et je suis capable d'appeler quelqu'un puis dire : «Telle chose, j'aimerais en parler avec toi.». Alors, ça, ça m'aide beaucoup. Mais, il y a un sentiment de solitude, oui. Et les autres le disent aussi : «Je suis tout seul ici.». [...] Et l'autre élément, aussi, de ne pas avoir de collègues, je m'ennuie de la multidisciplinarité parce que je travaillais avec des collègues de différentes professions. Alors, l'être humain est complexe puis, des fois, quand on discutait ensemble, on avait des perceptions différentes. Alors, un éclairage différent et on se sentait plus solide, je dirais. (Participant 6)

Deux répondants ont aussi souligné un autre inconvénient au travail en solitaire, soit l'obligation d'effectuer le travail de gestion qui pourrait être pris en charge par une équipe administrative. Plus précisément, les professionnels font référence à l'organisation et la gestion de leurs finances. De plus, l'absence d'avantages sociaux (n=1) et l'absence de sécurité d'emploi (n=1) ont aussi été apportées comme des désavantages d'être un travailleur autonome.

Les inconvénients, je te dirais, c'est au niveau de tous les avantages sociaux pis, tu sais, ramasser des sous pour la retraite. Il faut tout décortiquer le taux à l'heure pour en garder une partie pour ci, pour ça. Bon, ramasser mes vacances... Il faut tout penser à ça. Il faut que, toi-même, tu deviennes ton employeur. Il faut que tu te sépares tes affaires, si tu veux avoir des vacances à l'été... (Participant 1)

C'est sûr que pour certaines personnes, c'est insécurisant. On peut toujours être inquiet. Dans le fond, je suis encore un peu, inquiet. Même si ça fait plusieurs années et que j'ai une clientèle très, très, très régulière, je suis toujours un peu inquiet que, un moment donné, ça se mette à ne plus appeler, que je manque de clients. C'est sûr et certain que je n'ai pas le salaire garanti. Il y a cette sécurité-là que je n'ai pas, mais je pense que je n'en ai pas vraiment besoin. Je vis bien avec ça. (Participant 5)

5.3.3.2 *Les sentiments ressentis face au travail en solitaire*

Tous ces répondants (n=5) se sentent bien dans une pratique en solitaire. Toutefois, comme il a été vu précédemment, le sentiment de solitude a été ressenti par la majorité des répondants (n=3), mais à une fréquence moindre. Un participant précise que cette solitude a été une difficulté lorsqu'il a commencé la pratique privée. Toutefois, les répondants précisent tout de même avoir des contacts avec d'autres professionnels de la relation d'aide dans le cadre de supervision professionnelle, de formations ou dans un autre emploi. Deux des cinq participants n'ont aucun réel contact avec une équipe de travail dans l'ensemble de leur réalité professionnelle. Pour ces deux personnes, les activités avec d'autres professionnels de la relation d'aide sont directement identifiées comme des occasions de se protéger du sentiment d'isolement ou de solitude professionnel.

Ce que j'ai trouvé le plus dur au début, c'est de me retrouver seul quand j'étais habitué de travailler tout le temps avec une équipe. (Participant 7)

C'est sûr et certain que, des fois, on se sent, peut-être, un peu isolé professionnellement. Mais, je prends tellement de moyens pour ne pas souffrir de ça : je suis en supervision aux deux semaines; je suis dans un séminaire une fois par mois; je me paye des formations continues, au moins 2-3 par année. Donc, je n'ai pas le temps de me sentir isolé longtemps. Parce que si je ne me payais pas tout ça, si je ne me donnais pas tous ces moyens là, le fait de ne pas avoir d'équipe de travail, de ne pas avoir de collègues, je souffrirais d'isolement professionnel. (Participant 5)

5.3.3.3 *La collaboration*

Les travailleurs peuvent aussi avoir des contacts avec des professionnels qui ne font pas partie de leur équipe de travail. Certains (n=5) collaborent avec ces personnes pour référer leurs clients à d'autres ressources ou recevoir eux-mêmes des références de clients. Dans cette situation, le discours des répondants démontre que la relation est brève, se limitant par exemple à l'envoi de rapports et à quelques discussions cliniques de courte durée. Plusieurs (n=4) ont aussi à collaborer avec d'autres acteurs dans un contexte plus large, soit la prise en charge commune d'un client. La moitié des

répondants (n=2) considèrent avoir majoritairement une bonne collaboration avec les autres professionnels tout en précisant que ce type de relation peut parfois être difficile. Les deux autres participants, quant à eux, éprouvent fréquemment des difficultés avec les collaborateurs. Les causes expliquant ces rapports difficiles se situent dans l'attitude des collaborateurs et dans la communication avec ces derniers.

5.3.3.3.1 L'attitude des collaborateurs

La principale raison évoquée pour expliquer les difficultés vécues dans la relation est une attitude non-collaboratrice. Cette attitude est expliquée par les répondants par différents éléments. Tout d'abord, certains répondants (n=3) expliquent cette attitude par une différence de perception des responsabilités et du rôle que chacun. Plus précisément, le partage des actions à entreprendre est souvent mal défini, soit qu'une partie des collaborateurs ne veulent pas laisser de tâches aux intervenants qui ne proviennent pas de leur organisation ou encore ils refusent d'assumer leur part de responsabilités. Cette mésentente sur les tâches que chacun doit prendre en charge dépend aussi de la perception des rôles de chacun. En effet, un participant affirme avoir à collaborer avec les responsables d'une autre organisation qui refusent de prendre leurs parts de responsabilités, croyant que ce type de travail ne leur revient pas, imposant ainsi au participant de gérer l'ensemble du problème malgré l'impossibilité d'effectuer la tâche seul. D'ailleurs, ce type de réaction s'explique aussi par le sentiment de non-pertinence de la présence d'autres professionnels que peuvent ressentir certains collaborateurs (n=1). Dans le même ordre d'idée, un participant souligne aussi la compétition qui peut exister entre certains intervenants, favorisant ainsi une attitude non-collaboratrice.

La collaboration, je dirais que c'est toujours... plus difficile. Parce que tel milieu a sa vision très campée, tel autre milieu à sa vision très campée, puis nous, tu sais... On intervient en deuxième ligne. Puis, après notre service, il y en a plus. Il y en a plus là. Ça fait que, souvent, on sent que ça revient tout sur nos épaules. Mais, si le client a des troubles de comportement dans tel milieu... Qu'ils ont un plan d'action pour le client à partir de leur milieu. Nous autres, on n'a pas beaucoup de pouvoir là-dessus. Ça fait que c'est dans ce temps là, où, ça peut, au niveau de la collaboration, être un peu plus difficile. C'est dans la compréhension du rôle de chacun, je pense. (Participant 1)

Il y a quand même une espèce de conflits entre professionnels là... Ça devrait pas être là, mais... Tu sais, il y en a qui se sentent menacés par d'autres professionnels, qui se sentent diminués ou qui ont l'impression qu'ils seraient capables de faire le travail seul puis que ça ne sert à rien, que ce ne sera pas miraculeux d'ajouter un autre professionnel avec une spécialisation X. Ça fait que, ça, c'est tannant. C'est frustrant. (Participant 7)

Deux autres répondants expliquent que la collaboration peut être difficile due à l'incompréhension de la situation, de la clientèle ou de la problématique. Plus précisément, différentes visions du problème ou de la situation du client amènent différents points de vue concernant les orientations à prendre dans l'intervention. Il est donc possible que le consensus, à partir de ces deux perceptions, soit impossible entre les deux parties. Cette divergence d'opinions s'expliquerait par un manque de connaissances ou par un mauvais jugement influencé par des préjugés. Un participant précise vivre cette situation avec des collaborateurs n'occupant pas une profession en relation d'aide ou sans connaissance particulière de la santé mentale. Un deuxième répondant estime se retrouver souvent dans ce contexte, mais avec d'autres intervenants. Celui-ci souligne que des intervenants manquent de formation sur certaines problématiques présentes chez la clientèle, créant des divergences d'opinions importantes, des préjugés et même le rejet de la clientèle. D'ailleurs, certains intervenants refusent, d'emblée, de travailler dans un contexte défini, avec certaines personnes ou avec une clientèle précise. Toutefois, malgré ce refus, ces derniers peuvent tout de même être dans l'obligation de collaborer, ce qui affecte directement leur attitude.

Ce n'est pas notre intervention avec le client nécessairement qui est difficile, mais ce sont les tierces personnes ou des fois, peut-être, les services de police. La plupart, ça va bien, mais des fois, il y en a qui sont : «Ouais, c'est pas mal long ton évaluation.». [Sourire] Bien, c'est parce que ce n'est pas une arrestation qu'on fait, c'est une évaluation justement. (Participant 4)

C'est l'incompréhension de certaines problématiques... Ça m'horripile. Tu sais, des gens qui posent des jugements sans trop comprendre de quoi ils parlent. Ça, j'ai de la misère avec ça. Le rejet de la clientèle aussi. Tu travailles avec des

intervenants qui ne veulent pas travailler avec certaines personnes puis ils le font parce qu'ils sont obligés. Ça aussi, ça vient me chercher. Ensuite de ça... Ce qui m'amène des émotions négatives, c'est rarement en lien avec la clientèle. C'est plus en lien avec les intervenants associés ou les services associés. (Participant 7)

5.3.3.3.2 La communication

En plus de l'attitude non coopérative qui peut nuire au travail de collaboration, des lacunes dans la communication ont aussi été mentionnées par deux personnes. En effet, ceux-ci mentionnent avoir eu, par le passé, de la difficulté à entrer en contact avec des collaborateurs, ne pas obtenir des informations importantes ou encore avoir été confrontés à des malentendus. Cette situation est surtout présente lorsque plusieurs acteurs participent à la discussion comme c'est le cas dans de grandes organisations. Ce contexte procure de la frustration aux intervenants qui reçoivent les répercussions directes de cette mauvaise transmission d'informations. De plus, ceux-ci considèrent surtout qu'un manque de respect est présent lorsqu'un collaborateur ne fait pas l'effort de communiquer adéquatement avec eux.

La communication est difficile aussi, surtout dans les grosses boîtes. Comme, par exemple, j'ai un jeune qui a été déplacé, ça fait trois semaines, d'école et de famille d'accueil puis je ne l'ai jamais su. Cette semaine, je me suis présenté à l'école, il n'était pas là. Je ne comprenais pas. J'ai fini par appeler à la famille d'accueil qui m'a dit assez bête qu'il était plus là. Ça fait qu'ils avaient oublié de m'informer. Ça, ça arrive. Ils ne m'appellent pas pour donner des informations majeures. (Participant 7)

J'ai vécu une expérience assez marquante dans un endroit. L'établissement m'a embauché et ils devaient m'envoyer un contrat. Je devais le signer pour être payé... Et je n'ai pas le contrat. Je téléphone, je n'ai pas de réponse. Je téléphone trois fois, je n'ai pas de retour d'appel. Je commençais à me sentir mal. Pas parce que j'étais inquiet pour mon contrat, mais c'est comme si c'était un manque de respect. (Participant 4)

5.3.3.4 L'Ordre professionnel

Chaque personne désireuse de participer à l'étude devait, pour y être éligible, être membre de son Ordre professionnel : soit l'OPQ ou l'OTSTCFQ. Il est important de noter qu'il est obligatoire pour les psychologues d'appartenir à leur Ordre professionnel pour pratiquer leur profession alors que l'enregistrement est facultatif pour les diplômés en travail social, à moins que ces derniers souhaitent porter le titre de travailleur social, faire de la pratique privée et exercer les actes qui leurs sont réservés. La présence de l'Ordre professionnel comme facteur d'influence sera abordée sous deux aspects, soit la perception des professionnels des attentes de leur Ordre et le niveau de satisfaction des répondants envers leur Ordre professionnel. Il est à noter ici que les deux ordres sont comparables en ce qui a trait à leur mission et leur fonctionnement, rendant ainsi les comparaisons possibles.

5.3.3.4.1 La perception des professionnels des attentes de leur Ordre professionnel

Tout d'abord, le discours des répondants (n=8) démontre une concordance entre leurs perceptions des attentes de leur Ordre professionnel et la mission de celui-ci. D'ailleurs, chacun se dit en accord avec les valeurs de leur Ordre professionnel ainsi qu'avec la présence de ce type d'encadrement professionnel. Ainsi, les exigences et attentes de leur Ordre professionnel n'affectent pas les répondants et ne leur causent pas de stress. En effet, bien que leur Ordre professionnel balise certaines tâches et responsabilités de leur profession, comme la prise de note ou la formation continue, les intervenants s'y conforment sans problème. Toutefois, un répondant éprouve des difficultés à respecter les limites de temps exigé par son Ordre pour la rédaction des notes évolutives dû à sa charge de travail.

Mon Ordre professionnel est là pour protéger le public. Il n'est pas là pour me protéger, moi. Je pense que c'est important qu'il soit là parce que, chaque année, on voit qu'il y en a qui ont fait des erreurs majeures. Des fautes, on en fait tous, on n'est pas parfait. Le code de profession est assez... on ne le sait pas par cœur. Mais, je pense que c'est bien pour protéger le public puis de nous

encadrer. Mais, ils ne sont pas là pour nous aider, nous autres, ils sont là pour nous encadrer. (Participant 2)

Leurs attentes... Bien, c'est de respecter le code de déontologie puis le code d'éthique. Ça, c'est bien entendu. Le respect des valeurs en travail social. Respect de l'humain... Ça, c'est clair que je respecte ça. (Participant 4)

5.3.3.4.2 Le niveau de satisfaction des professionnels envers leur Ordre professionnel

Tous les répondants ont eu une facilité à exprimer les attentes que leur Ordre professionnel avait à leurs égards. Toutefois, eux aussi en ont envers leur Ordre professionnel. Sur ce point, une différence est bien définie entre les deux Ordres professionnels. Plus précisément, les deux psychologues se sont dits satisfaits de la présence et du travail de leur Ordre professionnel. En effet, ces-derniers ont souligné la disponibilité de leur Ordre professionnel ainsi que leur travail de sensibilisation et de publicisation de la profession de psychologue. L'information fournie à la société a ainsi permis de diminuer les préjugés et d'augmenter la prestance de la profession de psychologue.

L'Ordre professionnel, c'est bien si on a des questions d'éthique ou n'importe quelle question, on peut les appeler puis il y a tout le temps un spécialiste et, des fois, c'est un avocat qui peut nous dire quoi faire et comment faire. (Participant 2)

J'arrive dans une conjoncture tellement favorable, là. Rose-Marie Charest, la présidente de l'Ordre, a tellement fait des belles choses pour la profession. Tu sais, on est rendu une profession très reconnue, très respectée. Les gens ont de moins en moins de tabous, de moins en moins de préjugés... Si on recule de 10, 15, 20 ans, j'aurais trouvé ça difficile là, du fait que les gens ne comprenaient pas, avait des tabous, des préjugés... (Participant 5)

Pour ce qui est des travailleurs sociaux ayant participé à l'étude (n=6), la totalité a des attentes envers leur Ordre professionnel qui ne sont pas comblées. Plus précisément, quatre d'entre eux se disent habituellement satisfaits, mais ressentent une frustration sur certains sujets. Les deux autres répondants se disent majoritairement

insatisfaits du travail de leur Ordre professionnel. Le premier sujet de discordance mentionné (n=3) est le manque de disponibilité ou de ressources de l'OTSTCFQ pour répondre aux questionnements des travailleurs sociaux. Plus précisément, tous les membres sont conscients que leur Ordre professionnel est présent pour la protection du public. Or, lorsque les professionnels sont dans une situation ambiguë et sont incertains de la méthode à adopter pour intervenir tout en protégeant un client, ils ont de la difficulté à obtenir des clarifications de l'OTSTCFQ. Ainsi, malgré leur intention de respecter les exigences de l'Ordre, ces derniers peuvent tout de même, après avoir entrepris des démarches de vérification, commettre des erreurs. Les répondants (n=3) se montrent donc frustrés d'être dans l'obligation de respecter certaines limites sans avoir les outils nécessaires pour s'y conformer.

Je pense qu'elle est bien débordée, l'Ordre, avec la loi 21, parce qu'elle ne retourne pas beaucoup nos appels, hein! Elle encaisse facilement les chèques, mais pour retourner les appels, c'est plus difficile. Ça, c'est une autre frustration. (Participant 1)

Mon ordre professionnel, je dirais qu'elle aurait avantage à donner plus de service, premièrement. Je pense que ces principales attentes c'est de respecter le code d'éthique et de déontologie. Je dirais que c'est moi qui ai des attentes auxquelles ils ne répondent pas. Tu sais, d'un côté, eux, ils ont la responsabilité de la protection du public puis de la clientèle puis nous, on a aussi à respecter ça. Sauf que, quand c'est limite puis que l'on ne sait pas si déontologiquement, on peut faire ça ou ça, bien on n'a pas de service. Puis, ils les ont enlevés ces services-là; il faut se référer à des mises en situation déjà toutes faites et espérer tomber dedans. Ça fait qu'il y a peu de services quand tu en demandes. Tu te débrouilles pas mal par toi-même. (Participant 7)

Un second élément mentionné par un participant concerne le manque de formation et l'inadaptation des formations offertes dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. En effet, celui-ci ressent de l'injustice concernant les endroits où son Ordre professionnel offre des formations, privilégiant les grandes villes comme Québec et Montréal au détriment des régions moins peuplées, malgré une cotisation équivalente.

Ce que je déplore... C'est que les belles formations de l'Ordre des travailleurs sociaux sont à Montréal et à Québec. On n'en a pas beaucoup en région. En région, on va avoir des formations de niveau 1 ou des formations sur la tenue de dossier. [...] Celles où on pourrait vraiment aller chercher une plus-value, j'ai bien hâte de voir si, un jour, on va avoir ça en région. Ce qui pourrait être intéressant parce que moi, je vois l'offre de formation, une belle formation qui coûte 300 \$. Moi, je sais que je vais perdre du temps, des journées de travail, je calcule ça. Après ça, je vais payer mon essence pour monter de ma poche. Je vais payer mon hébergement pour aller là-bas. Je me dis que ma formation me coûte le double du prix que lui qui est à Montréal, là-bas. Puis, je me dis que, pourtant, je paye la même cotisation que lui. (Participant 4)

Une troisième attente non comblée (n=2) concerne la prise de position de l'OTSTCFQ pour faire avancer ou défendre la profession de travailleur social. D'une part, cet élément a été soulevé par le manque d'innovation de la formation en travail social (n=2). En effet, bien que la pratique du travail social touche des tâches très diversifiées selon la mission et l'orientation du milieu de travail, comme la recherche, l'intervention clinique et la pratique dans un milieu communautaire, la formation universitaire est globale et identique pour tous les étudiants inscrits. Ces élèves devront donc apprendre davantage sur le terrain, ralentissant ainsi une certaine évolution de la pratique par l'arrivée d'idées ou de méthodes nouvelles. De plus, ce répondant considère que la formation manque d'adaptations aussi en ce qui concerne les nouvelles problématiques vécues par la clientèle. Ainsi, selon lui, l'Ordre professionnel devrait davantage appuyer et encourager l'innovation des programmes universitaires. D'autre part, le manque de prise de position publique sur des sujets ayant des impacts directs sur la profession est reproché à l'OTSTCFQ par un autre participant. En effet, face à une pression publique ou organisationnelle, les travailleurs sociaux ont de la difficulté à faire respecter certaines bases de leur profession, pouvant, par le fait même, nuire directement à leur pratique et à l'intervention auprès de la clientèle. Par exemple, en société, certains ont la pensée d'organiser et de comptabiliser les tâches professionnelles afin de déceler les pertes de temps et d'énergie et ainsi réorganiser et optimaliser le travail. Bien que cette mentalité fonctionne dans certains domaines, l'application aux sciences humaines

est illogique étant donné l'impossibilité de comptabiliser les caractéristiques humaines comme les émotions, les facultés et la souffrance. Malgré tout, cette perception favorable de la logistique demeure présente et constitue une bataille difficile pour les intervenants. En ce sens, un répondant considère que son Ordre professionnel, qui représente une forme d'autorité, devrait s'investir et prendre davantage position pour protéger la profession, la pratique et la clientèle. Une avancée de la profession de travailleur social est donc espérée par deux intervenants à partir de la prise de positions claires de l'OTSTCFQ en société et dans les organisations.

Je trouve que l'Ordre devrait influencer plus l'enseignement dans les Universités. Je trouve que les profs d'Universités sont souvent des gens qui n'ont pas fait de pratique. Ça se comprend, mais, en même temps, on en a besoin. Ça prend un doctorat pour enseigner à l'Université, mais quand quelqu'un fait son doctorat, d'habitude, il ne fait plus de pratique puis, souvent, c'est des chercheurs qui vont faire un doctorat. Alors, je trouve que, à ce moment-là, il devrait y avoir... peut-être que ça existe au niveau de CREPUQ, il y a peut-être des choses qui existent... une espèce de vigilance sur les programmes d'enseignements pour qu'ils soient adaptés à la pratique et que l'on ne forme pas des travailleurs sociaux pour hier. Et, je pense qu'on devrait revenir aux spécialisations. Ce n'est pas vrai que le communautaire et la clinique c'est la même formation de base que ça présuppose. À la base même, peut-être que oui. Mais, assez rapidement, je trouve que ceux qui s'en vont en communautaire pourraient se spécialiser en communautaire, ils sont importants. Ils pourraient aller plus loin de ce côté-là. Puis, ceux qui sont en clinique pourraient aller plus loin de ce côté-là. (Participant 6)

Je ne pourrais pas dire que je suis satisfait de leur travail. En fait, parfois, je me questionne à savoir qu'est-ce qu'ils font pour nous. Tu sais, je veux dire, c'est sûr qu'ils sont là pour protéger le public, mais je pense qu'il y a un travail, des fois, qui pourrait être fait au niveau de la position publique qui peut être prise ou juste de nous défendre dans notre profession. Tu sais, en ce moment, il y a tout un processus d'optimisation des pratiques dans toute l'organisation des services. Parfois, c'est des organismes qui viennent, si on veut, évaluer les structures ou les façons de faire. Puis, des fois, ça va même jusqu'à essayer de comptabiliser le temps que devrait prendre une entrevue psychosociale. Ça se voit, tu sais, à certains endroits, des agences qui ont fait ça pour optimiser et uniformiser tout le réseau. Là, dernièrement, il y aurait eu une certaine position de la part de l'Ordre de dire que ce n'était pas éthique de s'ingérer à ce point-là dans la pratique des travailleurs sociaux. Sauf qu'ils prennent rarement position. Je crois que beaucoup d'intervenants vivent ça, ce constat-là, que parfois on a une

charge de cas qui est trop importante pour répondre au besoin, mais on n'est pas nécessairement appuyé par l'Ordre des travailleurs sociaux. (Participant 8)

Tout au long de leur entrevue, les répondants ont énuméré de nombreux éléments ayant de l'influence sur la FC et le TV. D'ailleurs, ces facteurs d'influence touchent plusieurs systèmes du modèle bioécologique précédemment présenté dans le cadre conceptuel. Les facteurs d'influence jugés comme particulièrement importants sont résumés dans le Tableau 7.

Tableau 7 - Les facteurs d'influence saillants identifiés par les répondants

		Facteurs de protection	Facteur de risque
Microsystème	Ontosystème	<ul style="list-style-type: none"> Présence de limites personnelles (clientèle, horaire et tâches, vacances et congés, limites de référence) Utilisation de mécanismes d'adaptation adaptés (Rationalisation, Isolation de l'affect) Perception positive de soi comme professionnel Perception positive de la relation d'aide Mode de vie satisfaisant Réseau social satisfaisant 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de limite Incapacité d'appliquer des mécanismes d'adaptation dans certaines situations Repos insuffisant Exigences personnelles élevées
	Les caractéristiques du milieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> Mission du milieu de travail en concordance avec vision personnelle Valeurs organisationnelles en concordance avec valeurs personnelles Horaire satisfaisant Charge de travail satisfaisante Tâches et responsabilité en concordance avec la profession Milieu physique satisfaisant 	<ul style="list-style-type: none"> Contexte de travail en discordance avec valeurs organisationnelles et personnelles Surcharge de travail Salaire insatisfaisant Discordance entre la vision de la profession et les tâches effectuées Insatisfaction du milieu physique (bien-être et efficacité)
	La clientèle	<ul style="list-style-type: none"> Attitude volontaire et motivée Bonne introspection Perception d'une amélioration 	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'agressivité Attitude non volontaire ou non motivée Présence de souffrance élevée Faible introspection Peu d'amélioration perçue Écart important des objectifs organisationnels/personnels et ceux de la clientèle

Tableau 7 - Les facteurs d'influence saillants identifiés par les répondants (Suite)

		Facteur de protection	Facteur de risque
Microsystème	Les relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none">Relation positive avec les collègues et le supérieur hiérarchiqueAutonomie professionnelle (bonne relation ou absence d'employeur)Attitude et perception positive du professionnel et de la clientèleCompétence des collègues et supérieurs hiérarchiquesPerception positive du réseau social concernant de la profession	<ul style="list-style-type: none">Sentiment d'isolement professionnelIncompréhension du supérieur hiérarchique de la réalité des intervenantsIncompétence d'un collègue ou d'un supérieur hiérarchiqueCollaboration difficile (Attitude non-collaboratrice, incompréhension des rôles de chacun, vision différente sur la clientèle et des tâches à effectuer, communication difficile)Perception négative du réseau social concernant de la profession
	Le soutien au travail	<ul style="list-style-type: none">Utilisation du soutien au travail (supervision, ventilation, formation professionnelle)Accès à des supervisions, formations et ventilations satisfaisantes	<ul style="list-style-type: none">Quantité insuffisante de formation professionnelleFormation professionnelle non adaptée ou inintéressante
Méso système	Aucun		
Exo système	<ul style="list-style-type: none">Satisfaction du travail de l'Ordre professionnel	<ul style="list-style-type: none">Insatisfaction du travail de l'Ordre professionnel (OTSTCFQ)	
Macro système	<ul style="list-style-type: none">Perception positive des gens en général de la profession	<ul style="list-style-type: none">Perception péjorative des gens en général de la profession	
Chrono système	<ul style="list-style-type: none">Événement marquant (suicide d'un client, congé-maladie) permettant un changement positif dans la pratique	<ul style="list-style-type: none">Présence d'un événement marquant ou traumatisant survenu dans le parcours professionnel (agression, suicide d'un client)	

5.4 Les répercussions de la relation d'aide

Malgré la présence de facteurs de protection, des répercussions ont aussi été mentionnées par les répondants. Cette section concerne les impacts que le travail en relation d'aide peut avoir sur les professionnels. Plus précisément, cette section traite des connaissances générales de la FC et du TV des participants, les répercussions qu'ils ont vécues et les répercussions possibles de la relation d'aide.

5.4.1 Les connaissances générales sur la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant

Dans le cadre de la présente étude, les connaissances des répondants sur la FC et sur le TV ont été questionnées. Les informations recueillies démontrent que la majorité des répondants (n=5) ignoraient l'existence de la FC et du TV ou en ont des connaissances très limitées. Parmi les répondants (n=5) ayant déjà entendu parler d'un ou l'autre de ces deux concepts, l'information provient d'une formation dans le cadre du travail (n=2), d'une conférence externe au milieu professionnel (n=1), d'informations provenant d'un superviseur (n=1) ou par des lectures personnelles (n=1). La plupart des répondants (n=6) considèrent ne pas avoir suffisamment de connaissances sur le sujet. En ce sens, deux intervenants ont été étonnés d'ignorer l'existence de ces concepts alors qu'ils pratiquent une profession en relation d'aide. Une personne a également souligné ne pas être surprise de l'ignorance des milieux de travail concernant les répercussions possibles de la relation d'aide étant donné leur mentalité à ce sujet, soit de prévenir certaines problématiques en choisissant des personnalités moins à risque de développer de tels problèmes lors des entrevues d'embauche plutôt que de sensibiliser le personnel actuel. D'ailleurs, cinq participants considèrent que les professionnels de la relation d'aide devraient être davantage sensibilisés et informés sur ces sujets. Un participant ajoute aussi l'importance de sensibiliser les employeurs sur ces problématiques. En ce sens, une personne considère que la responsabilité de s'informer sur la situation revient aux professionnels de la relation d'aide. Toutefois, puisque ceux-ci ne peuvent effectuer

cette tâche de recherche et de conscientisation en ignorant l'existence du phénomène, la responsabilité de sensibilisation demeure présente.

C'est surprenant de ne pas en entendre parler parce qu'on fait ce travail-là puis on est tout le temps en train de dire : «Est-ce qu'il y a quelqu'un qui va prendre soin de nous autres?» Tu sais, ça, c'est quelque chose que l'on pourrait faire. Parler, se coacher, je ne sais pas, mais, ça, c'est dans mes attentes utopiques là. Ça, ça ne se fait pas. Si on veut aller prendre soin de soi, faut se responsabiliser et y aller de par nous-mêmes. Mais, oui... Oui. Oui. Je suis assez surprise de voir qu'on n'en entend pas parler d'usure de compassion... (Participant 1)

Bien, en fait, je voudrais comprendre un peu plus qu'est-ce qui contribue à ce qu'on développe cette fatigue-là parce que je crois sincèrement que ce n'est pas nécessaire que l'on devienne fatigué dans notre travail. Je pense qu'il y a des moyens de faire notre travail qui peut nous protéger un petit peu, dont les facteurs de protection. (Participant 5)

Ha, oui, on devrait en parler plus. Et plus normaliser. Et plus... Normaliser dans le sens : «Je suis en train de m'user.». Alors, c'est difficile de dire : «Je suis en train de faire un burn-out.», mais de dire : «Je suis en train de m'user.». Au plan physique, on sait ce que c'est que l'usure, la fatigue, le surentraînement, hein. Au plan psychique, l'usure de compassion, non. Et je trouve que le mot est beau. C'est de l'usure parce que j'ai de la compassion pour les autres. Parce que je travaille dans un milieu où ma compassion est sollicitée tout le temps. Je trouve que ça devrait être... Et auprès des employeurs, my god... (Participant 6)

Suite à la réception de la lettre de sollicitation pour la participation à cette étude, certaines personnes se sont renseignées sur les sujets de la FC et du TV et se sont senties interpellées par l'une ou l'autre de ces deux problématiques. Plus précisément, celles-ci considèrent avoir été atteintes, par le passé, de FC (n=2) ou de TV (n=1). Or, deux de ces trois professionnels ne possédaient pas de connaissance sur ces deux sujets avant la sollicitation pour l'étude ou avant d'en être atteints.

Quand j'ai reçu ta lettre, je suis allé lire un peu. Puis, je trouvais que ça correspondait vraiment à mon arrêt de travail. Vraiment, je me suis dit : «Mon Dieu, c'est ça que j'ai eu!». C'est ça, je suis allé lire puis : «Mon Dieu, on dirait que c'est moi juste avant mon congé-maladie.». Oui, tu sais, ça collait là. (Participant 1)

Cette recherche tombe tellement à point dans ma vie là parce que quand j'ai reçu la documentation, j'ai complété votre questionnaire, puis à 41, on était très élevé puis je cotais 56. J'ai dit : «Ha, c'est ça que j'ai!». [Rire] Puis ça me fait du bien dans le fond de prendre le temps de m'arrêter puis de réfléchir à ces questions-là. Comme si ça m'amène à faire un bilan puis de comprendre des choses que j'aurais peut-être... je n'aurais pas fait cette réflexion-là si ça n'avait pas été de la recherche. (Participant 5)

5.4.2 Les répercussions vécues

Les répondants ont été questionnés par rapport aux répercussions qu'ils ont perçues chez eux pouvant découler de leur travail en relation d'aide. Plusieurs répercussions ont été énumérées au cours de l'entrevue, mais la majorité des participants (n=6) semblaient avoir de la difficulté à identifier consciemment ces effets. Les deux participants ayant eu une certaine facilité avaient, par le passé, été affectés par des répercussions les obligeant à revoir leur manière de travailler. Dans l'ensemble, les intervenants ont énuméré des répercussions dans cinq domaines de leur vie, soit les pensées et les perceptions, l'attitude et les comportements, les sentiments et les émotions, l'état de santé et la vie interpersonnelle.

5.4.2.1 Les changements de pensées et de perceptions

Tout d'abord, la majorité des répondants (n=5) mentionnent avoir des pensées intrusives concernant leur clientèle. En effet, ces derniers se sont préoccupés de l'état et des avancés de certains clients dans un contexte ne touchant pas le domaine professionnel. D'ailleurs, ces pensées ont interféré avec leur mode de vie en influençant des comportements comme le sommeil. En lien avec les inquiétudes que les intervenants peuvent avoir concernant des clients, deux répondants ont remis en question leurs capacités d'intervenir avec eux. La remise en question de leur compétence professionnelle est aussi identifiée comme une pensée intrusive et récurrente chez ces derniers. Leurs émotions en sont donc directement affectées, la confiance et l'assurance laissant place au doute et à l'inquiétude.

Avant mon congé, j'ai fait deux ans et demi de temps de l'insomnie. Je me réveillais toutes les nuits pour refaire ma charge de cas. Revoir tout le : «Ha, mon dieu, c'est terrible. Je n'ai pas fait ça, je n'ai pas fait ci. Faudrait que je fasse ça pour lui. Mon Dieu, il va...». À vivre toutes les situations familiales. Ça fait que ça, ça a été extrêmement grugeant. Grugeant, grugeant, grugeant, grugeant. Mais, depuis mon congé, jour 1, je dors. Ce n'est pas revenu ça. Je veux plus rentrer là-dedans, je veux plus. J'ai tellement eu peur de me briser dans tête là. C'est tellement épeurant, là, plus savoir ce qui se passe en haut là, au plafond là. Non, je veux plus aller là-dedans. (Participant 1)

Dans le fond, c'est la fatigue, mais c'est aussi la remise en question : «Je suis-tu à ma place? Je veux-tu continuer à faire ce métier-là?». Tu sais, même si je le sais que je fais le plus beau métier au monde, il y a quand même eu une remise en question cet automne : «Il me semble que je ne suis pas bonne, que je ne suis pas à ma place. C'est trop dur.» [...] Ça va arriver, des clients, je me réveille la nuit et je pense à eux puis : «Comment je ferais pour les aider plus?» puis «J'ai-tu fais ce qu'il fallait?» puis, heu... Des fois, je pars un peu avec leur souffrance. Je l'amène chez nous. (Participant 5)

Un autre participant ajoute que le stress de répondre adéquatement aux besoins des clients et le stress organisationnel ont eu un impact sur la perception qu'il a de lui-même ou de la situation problématique de ses clients. En effet, lors de situations stressantes, il a une perception démesurée des embûches et tâches à accomplir. Ainsi, les problèmes rencontrés sont perçus comme plus imposants et complexes que la réalité, faisant ainsi augmenter davantage le sentiment de stress. D'ailleurs, cette perturbation de la perception des situations empêche ce professionnel de prendre un recul et de s'en dissocier, pouvant ainsi ébranler son bien-être personnel et ses interventions auprès de la clientèle.

Tout devient comme gros et démesuré. C'est comme ça qu'il se répercute, le stress. J'ai... J'ai plus le même jugement. Je suis trop... Je suis trop dedans. Ouais, c'est ça. (Participant 1)

Un autre professionnel affirme avoir eu un changement de perception touchant sa sécurité personnelle et celle d'un proche. En effet, des pensées intrusives, remettant en question le sentiment de sécurité habituellement ressenti, sont apparues à la suite de

commentaires émis par des clients. Cette insécurité découle des pensées portant sur la possibilité d'être attaqué ou de vivre un accident comme le rapportent plusieurs clients. Les inquiétudes qui en découlent ont aussi amené des changements comportemental et émotif comme la peur et l'hypervigilance. L'intrusion de ses pensées a aussi influencé négativement son bien-être personnel ainsi que ses interventions avec la clientèle. Les principales raisons amenant ce changement de pensées et de perception sont la similarité des caractéristiques entre le client et le professionnel, ou une personne proche de lui, et la plausibilité de la survenue de l'événement vécu par le client.

Des fois, il y a des clients qui nous suivent. Il y a un cas en particulier, j'ai travaillé avec une jeune femme qui a été victime d'agression sexuelle épouvantable, d'inceste alors qu'elle était âgée de 4-5 ans. Puis, à l'époque, ma fille était âgée de quatre ou cinq ans. Ça fait que ça, ça a été difficile à gérer autant dans ma relation avec cette cliente-là que, quand elle me parlait, je n'étais plus juste empathique, j'étais rendu, heu... je pensais toujours à ma fille : «Mon Dieu, si ma fille vivait ça. Si ma fille...». Je n'arrivais plus à faire une coupure entre le privé puis le professionnel. Ça m'envahissait beaucoup. Dans les cas plus difficiles comme ça, ça m'envahit, ça me fatigue. [...] Quand je travaille avec les clients accidentés de la route, je suis un peu plus craintive sur la route. Oui. Hum, par rapport à ma fille... J'ai fait des lectures, j'ai vraiment fait des choses pour essayer de protéger ma fille contre les agressions sexuelles. Tu sais, ça m'a changé un petit peu, vraiment, au niveau de ma vigilance par rapport à ça. Ça fait que oui, ça, ça eu des changements puis ça en a un petit peu à chaque fois que je rencontre des clients, dans le fond, qui me font réaliser que ce qui leur arrive peut m'arriver. (Participant 5)

5.4.2.2 La modification de l'attitude et des comportements

En réaction aux pensées intrusives précédemment présentées, des changements de comportement ont été mentionnés. Des changements dans la manière habituelle d'agir peuvent aussi provenir directement de la relation d'aide entretenue avec la clientèle. Tout d'abord, la majorité des répondants (n=6) ont mentionné avoir éprouvé des troubles du sommeil attribuables à leur travail. Ces troubles se situent entre la difficulté à s'endormir, des réveils fréquents et l'insomnie. La majorité (n=5) s'est trouvée dans cette situation à maintes reprises, mais de façon occasionnelle et passagère

alors qu'une personne a été dans cette situation de façon récurrente et prolongée. Durant ces périodes d'éveil, tous les participants touchés (n=6) précisent être préoccupés par un client. En effet, ces pensées réveillent ou empêchent les répondants de s'endormir ou de se rendormir. Bien entendu, les difficultés de sommeil ont, à leur tour, un effet négatif sur l'état de santé général des personnes.

Ça peut amener de l'insomnie parce qu'on est tracassé. On a des problèmes à s'endormir parce qu'on est préoccupé. Donc, il y a de la fatigue mentale. Mais, une fatigue physique aussi. Au dirait que le corps un moment donné ne suit plus là; avant les Fêtes, j'étais là-dedans. (Participant 5)

Les répondants (n=3) ont souligné un deuxième changement d'attitude, soit de l'impatience et de l'irritabilité. Ce changement de manière d'être tend aussi à avoir des répercussions sur leurs relations avec les autres, soit sur leur vie de couple, leur vie de famille et les relations qu'ils entretiennent avec leurs amis. Des difficultés d'attention suite à une fatigue occasionnelle ou accumulée affectent aussi, occasionnellement ou fréquemment, deux autres participants. De plus, comme il a déjà été souligné précédemment, le changement de pensée et de perception peut modifier les comportements en augmentant la vigilance personnelle et parentale.

Je dois me dire : «Bon, ça, c'est mon travail, je le laisse au travail. Ma vie de famille revient tantôt, hein, les enfants ont besoin que je sois là à 100 %». Mais des fois, ça déborde... hein, un peu à maison. Je suis plus, heu... J'ai moins de patience avec les enfants. Je vais être... pas tourmenté, mais dérangé par ce qui s'est passé dans la journée. [...] Rendu à la maison là, il y a plus d'énergie. Ça fait que là, je vais être plus irritable, plus fatigué. (Participant 1)

5.4.2.3 La perturbation des sentiments et émotions

Plusieurs sentiments et émotions ont été mentionnés par les participants selon les différents sujets abordés avec ces derniers. Toutefois, certaines émotions ont été ressenties comme étant des répercussions directes du travail en relation d'aide. En effet, trois participants ont éprouvé de façon répétitive de l'anxiété, de l'angoisse et même de

la panique dans leur vie privée en se remémorant des situations vécues au travail (n=2) ou encore sans raison apparente (n=1). Un participant estime que ces émotions l'ont empêché de fonctionner normalement dans ses activités de la vie quotidienne. Deux autres participants ont mentionné avoir ressenti une tristesse prolongée en lien avec le discours des clients et le fonctionnement organisationnel de leur milieu de travail.

J'étais rendu au bout du rouleau. Je n'étais même plus capable de faire une recette sans paniquer. Maintenant, tout est redevenu à la normale. Faire les tâches à la maison, c'est redevenu normal. (Participant 1)

5.4.2.4 L'altération de l'état de santé

Parmi les répercussions identifiées par les répondants se trouvent des altérations de l'état de santé. Le plus fréquent a été mentionné par tous les intervenants, soit un état de fatigue. En effet, tous ont mentionné être atteints occasionnellement de fatigue physique et mentale. Toutefois, pour la moitié (n=4) cette fatigue est récurrente et les a déjà empêchés de fonctionner normalement. Parmi les répercussions de cette fatigue, un participant a remarqué avoir des pertes de mémoire et ressentir de la confusion. Un autre répondant considère avoir occasionnellement des problèmes de digestion en lien avec le stress et la fatigue ressentis. Trois participants ont aussi vécu un épuisement professionnel au cours de leur parcours professionnel. Deux personnes mentionnent que cet épuisement pourrait être lié à la fatigue de compassion.

Des fois, quand je suis vraiment fatiguée, ce qui peut m'arriver, ce sont des, des... des pertes de mémoire. Là, des fois, je viens tout mêlé dans... je les marque mes rendez-vous, mais là, j'ai fait quelque chose puis je m'en souviens plus. (Participant 7)

Des répercussions, ha oui, c'est sûr. Depuis que je fais ce travail-là... Tu sais, on ne vend pas des lunettes dans un magasin de lunetterie là. C'est vraiment un travail qui, à la longue, si on ne prête pas attention à ça, bien ça use. J'en ai eu des bouts plus difficiles. Tu sais, comme l'année passée, j'ai pris un arrêt de travail de deux semaines. J'étais comme un peu dépassée. Je «chirais» comme on dit. Ça ne marchait pas. J'étais trop envahi par tout le stress organisationnel, la pression. [...] Maintenant, quand je prends du recul par rapport à ça, je vois qu'il y avait tout ça qui m'affectait. La situation des gens, oui, mais le genre

d'intervention... c'est un ensemble. L'épuisement aussi, sans doute, professionnel que je pouvais vivre. Hum. [...] Je peux dire que j'étais pas mal dans la fatigue de compassion. Bien, en tout cas, c'est ce que j'en avais déduit à ce moment-là. Il y a eu des répercussions... de la fatigue, du stress, de l'anxiété et, la grosse période là, de la difficulté à dormir, des réveils en plein milieu de la nuit... puis de la tension. Hum. (Participant 8)

De plus, deux autres participants ont mentionné être atteints de pensées intrusives similaires au symptôme de stress post-traumatique. Ces symptômes sont apparus suite à un événement vécu avec un client et pouvant être considéré comme traumatisant. En ce sens, une de ces deux personnes associe les symptômes éprouvés comme étant les signes d'un TV.

Il y a eu une cliente qui s'était suicidée suite à une consultation... en fait, une cliente que j'ai vue deux fois. La deuxième fois que je l'ai rencontrée, j'ai exploré avec elle, justement son niveau de dangerosité suicidaire parce que je sentais que le moral n'était pas fort. Mais, elle me rassurait que non, elle ne pensait pas mourir, elle n'avait aucune idée suicidaire, que... Puis, le soir même ou le lendemain, en ouvrant la télévision, aux nouvelles ils annonçaient un accident, un face à face entre une voiture et un fardier et que la dame, ils la nomment, est décédée. J'ai tout de suite compris que c'était un suicide. [...] Puis dans les jours qui ont suivi, j'avais des flash-back, comme si c'est moi qui avais été dans la voiture. Puis j'arrivais toujours face à face avec le fardier, avec le camion qu'elle a rencontré, comme si c'était moi qui avais été là. C'était vraiment particulier. J'ai téléphoné d'urgence à mon superviseur le lendemain parce que, justement, j'avais ces flash-back-là, puis je ne me sentais vraiment pas bien par rapport à tout ça, par rapport à ce qui était arrivé aussi. C'est là qu'elle m'a mentionné que quand un client se suicide, on vit des symptômes de stress post-traumatiques et non des symptômes de deuil. Ce n'est pas un deuil que l'on vit, c'est un choc post-traumatique. Hum... puis c'est ça. C'est là que j'ai appris l'existence du traumatisme vicariant.

5.4.2.5 Les effets interpersonnels

Précédemment, la perturbation des émotions et des sentiments ainsi que les changements de comportement ont été présentés, mettant aussi en évidence les répercussions possibles auprès des personnes côtoyées telles que de l'impatience, de

l'irritabilité et de l'angoisse qui teintent la relation avec le conjoint, les enfants et les amis. Quatre répondants spécifient aussi ressentir un effet direct sur leurs relations sociales puisque ceux-ci tendent à s'isoler de façon inhabituelle. Cet isolement survient ou est survenu occasionnellement (n=1), souvent (n=1) ou de façon récurrente et prolongée (n=2). Ce retrait social se répercute par une envie de rester seul et un refus de côtoyer les membres du réseau social ou de participer à des activités sociales. Une personne considère que cet état d'isolement prolongé a occasionné des conflits avec son conjoint. Un autre participant spécifie avoir établi une distance avec la clientèle en changeant d'emploi, soit un poste en relation d'aide plus éloigné des clients, afin de se protéger.

J'avais moins d'intérêt à voir mes amis la fin de semaine. J'en avais là. Tu sais, quand tu vois du monde toute la semaine. Toute la semaine, tu es dans les problèmes, tu as juste envie de tirer sur le fil la fin de semaine puis faire du divan. Activité sportive puis la petite doudou là. Ça fait que ça, ça a bien gros dérangé mon conjoint... «Pourquoi tu viens plus, pis...», «Je n'ai pas le goût. Je n'ai pas le goût moi. Je suis bien de même, en ce moment.». Mais, en même temps, j'étais-tu si bien que ça? Pas sûr, hein? Ça fait que oui. En début de pratique, ça, ça a beaucoup dérangé mon conjoint. Ça a peut-être dérangé mes amis, mais ils ne me l'ont jamais dit... Puis moi, je n'ai pas l'impression que ça me dérangeait. Mais là, vu que je vais mieux, je me rends bien compte que j'ai manqué une couple de soupers avec mes amis. (Participant 1)

5.4.3 Les répercussions possibles de la relation d'aide

Même si les répondants ont eu une certaine hésitation ou difficulté à identifier des répercussions les affectant, ils ont pu identifier avec plus d'aisance les répercussions possibles que la relation d'aide peut avoir auprès des autres intervenants. Néanmoins, les répercussions nommées sont très similaires avec ceux précédemment énoncés comme la fatigue mentale et physique, le changement d'humeur et l'altération de l'état de santé. Toutefois, un participant a décrit une situation qui, selon lui, peut survenir comme répercussion à la relation d'aide qui se rapporte au contexte de la FC, soit le désintérêt de la relation d'aide. Un autre participant a souligné que l'évitement de la relation d'aide, qui peut aussi être relié à la FC et au TV, peut être une répercussion. Il représente

cet évitement par une pratique de la relation d'aide avec une attitude de fermeture ou de distance face à la clientèle ou encore par une pratique qui s'éloigne concrètement de la relation d'aide ou de la souffrance des clients comme d'occuper un poste de superviseur ou de bureaucrate. Cet éloignement permettrait ainsi au professionnel de continuer d'occuper un emploi dans le domaine tout en se protégeant du contact de la souffrance de la clientèle.

Le découragement, je dirais... Parce que, des fois, les clients sont tellement souffrants, qu'on a beau vouloir les aider, la souffrance est trop grande, on n'y arrive pas. Ça fait que comme intervenant, ça devient, aussi, décourageant... Il y en a, peut-être, qui peuvent être pris avec une peine permanente. Tu sais, un moment donné, tu fais le constat qu'il y a des gens qui souffrent, puis que c'est donc triste, tu restes accroché sur cette tristesse-là. Peut-être même, au niveau de ce qu'ils sont comme personne, ça peut les atteindre. Passé un bout de tristesse, qui perdure, qui ne veut plus s'en aller...Hum... Trop de souffrance, trop de souffrance... Ouais, ce serait ça. (Participant 1)

Alors, il y a trois ou quatre sorties possibles que les gens utilisent. Une des sorties, c'est la maladie, c'est le burn-out, c'est l'usure de compassion, ça en est une voie de sortie : «Je vais me reposer». Une autre voie de sortie, c'est la bureaucratisation : «Je deviens fonctionnaire. Je fais ma job.». Bah, c'est une protection, j'ai vu ça en médecine avec de bons médecins : «Comment ça se fait? Il est frette.». Il se protège, le pauvre. Avec les résidents, on travaillait ça beaucoup. L'autre voie de sortie, c'est de devenir militant : militant syndical ou devenir cadre. J'ai fait ça moi. C'était ma voie de sortie pour ne pas être trop blessé. Et une voie de sortie que les organisations n'utilisent pas assez c'est la supervision clinique. (Participant 6)

C'est qu'un moment donné, ça peut être un espèce de sentiment de... fatigué de la relation d'aide. Fatigué de... écauré, comme on dit, de voir du monde avec des problèmes... Puis ça enlève l'espèce de croyance en la capacité des gens aussi. (Participant 8)

6. DISCUSSION

Dans ce dernier chapitre, les résultats obtenus seront discutés à la lumière des écrits répertoriés dans la recension des écrits. Cette étude avait comme but de documenter le vécu professionnel des intervenants en relation d'aide, soit les travailleurs sociaux et les psychologues, afin d'identifier des facteurs d'influence de la FC et du TV. Plus précisément, les objectifs visés étaient d'identifier des facteurs de risque et de protection de la FC et du TV selon le point de vue d'intervenants de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ainsi, à partir du vécu personnel de ces professionnels, des éléments de réponses devaient permettre de répondre à la question suivante : quels sont les facteurs de risque et les facteurs de protection influençant la FC et le TV chez les professionnels de la relation d'aide?

Cette question a été abordée à partir d'un cadre conceptuel centré sur l'approche bioécologique. Ce cadre de référence propose l'idée que l'ensemble du processus pouvant mener à la FC ou au TV débute par l'échange d'informations entre deux systèmes distincts, soit le professionnel de la relation d'aide et un client. À cela s'ajoutent les éléments des autres différents systèmes qui peuvent avoir des influences positives ou négatives sur le développement de la FC et du TV. Dans l'idée d'apporter des connaissances aux intervenants et ainsi leur permettre d'instaurer les changements jugés nécessaires à leur réalité professionnelle pour se protéger de la FC et du TV, il est intéressant de discuter des facteurs de risque et des facteurs de protection ayant été soulevés dans les résultats obtenus en lien avec ces concepts. D'ailleurs, le simple fait de se questionner sur ces propres répercussions et sur ces facteurs d'influence positive et négative constitue déjà un facteur de protection non négligeable (Figley, 2002b; Harrison & Westwood, 2009; Hayes, 2004; Perreault, 2004; Stamm, Verra, Pearlman & Giller, 2002).

6.1 Le vécu professionnel des intervenants en relation d'aide : les facteurs d'influence

Bien que les répondants pratiquent la relation d'aide depuis déjà plusieurs années (de 5 ans à plus de 20 ans), la majorité d'entre eux ignoraient ce que sont la FC et le TV. Pourtant, comme le résume la figure 1 du cadre conceptuel, de par la présence des trois éléments menant au stress traumatique secondaire, soit le contact avec la souffrance ou avec du matériel traumatique, l'empathie et le désir d'aider (Figley, 2002a, Tabor, 2011), ces derniers pratiquent tous une profession à risque. En ce sens, les résultats au *Compassion Fatigue Self-Test for Helpers* démontrent que les répondants se situent à un risque modéré à extrêmement élevé d'être atteints de FC, ce qui concorde avec les résultats obtenus par Figley (1995). D'ailleurs, la majorité a identifié des répercussions découlant de leur pratique en relation d'aide affectant leurs pensées, leurs comportements, leurs émotions, leur état de santé ou leurs rapports interpersonnels. Ces résultats soulignent l'intérêt qui doit être porté aux facteurs d'influence de la FC et du TV. Suite à l'analyse des différents résultats, les facteurs d'influence jugés comme particulièrement influents seront discutés sous quatre angles : le soutien professionnel, la perception du rôle du travailleur social et du psychologue, l'importance de la valorisation puis le désir et la valorisation à aider.

6.1.1 Le soutien professionnel

À partir du discours des répondants, il est possible de constater que la présence de soutien professionnel s'avère être un facteur de protection particulièrement important pour les intervenants en relation d'aide. Ce soutien se retrouve principalement dans la supervision professionnelle et dans les rencontres de ventilation. La supervision professionnelle met d'avant l'objectif de comprendre des impasses thérapeutiques. En plus de mieux comprendre une situation affectant un client ou encore des difficultés organisationnelles, une supervision de qualité permet aux intervenants de se sentir plus compétents, plus assurés et soutenus dans leurs interventions. Pour être aidante, la

supervision doit posséder certaines qualités situées principalement dans la relation entretenue entre le professionnel et son superviseur. En effet, comme le soulignent certains auteurs (Bell et al., 2003; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001), la relation se doit d'être non-accusatrice, sans jugement et respectueuse. À cela s'ajoute la confiance envers le superviseur et sa disponibilité. De plus, les participants mettent de l'avant l'importance d'obtenir les informations et les recommandations du superviseur sans qu'aucune obligation n'en découle. Autrement dit, ils ont le pouvoir de considérer ou non les conseils et les propositions de leur superviseur sans subir de préjudices ni nuire à leur relation avec celui-ci.

Les rencontres de ventilations et les séances de «debriefing» s'ajoutent au soutien professionnel protégeant les professionnels de la FC et du TV (Bell et al., 2003; Dane, 2002; Killian, 2008; Perreault, 2004). Ces séances visent la libération de certaines émotions, telles que la tristesse, la colère et la culpabilité, par leur expression afin d'éviter ou de mettre fin aux répercussions négatives. Cette ventilation des émotions s'effectue individuellement ou en groupe auprès d'un superviseur ou auprès d'un collègue de travail. Tout comme la supervision, un lien de confiance doit être présent entre les personnes. De plus, la personne vers qui l'intervenant se tourne doit posséder certaines qualités pour offrir une rencontre satisfaisante : le calme, l'ouverture d'esprit, le non-jugement, l'écoute et la disponibilité. Les résultats obtenus soulignent aussi l'importance que cette rencontre n'ait aucune incidence. Autrement dit, les intervenants souhaitent être écoutés et compris, et ce, sans obtenir de recommandations, ni que des démarches de changements soient entamées par le confident suite à la discussion.

La supervision et la ventilation s'effectuent auprès d'un autre professionnel de la relation d'aide. D'ailleurs, tous les répondants se tournent vers un pair plutôt que vers un membre de leur réseau social pour recevoir du soutien, à l'exception des membres du réseau pratiquant aussi la relation d'aide. Cet élément concorde avec les écrits de Tehrani (2009) qui précisent que le soutien des pairs est plus efficace que le soutien des membres de la famille et des amis pour se prémunir de la FC et le TV. Puisqu'un lien de

confiance se doit d'être présent pour tirer profit d'une rencontre de supervision ou de ventilation, il est important de rappeler l'importance d'une bonne relation entre le professionnel et ses collègues ainsi que ses supérieurs hiérarchiques. D'ailleurs, un autre type de soutien indirect s'ajoute aux facteurs de protection, soit la compréhension et la normalisation des répercussions possibles que la relation d'aide peut avoir sur les intervenants. En effet, de par les connaissances du superviseur sur le sujet, il est plus apte à offrir un soutien adéquat (Dane, 2002; Perreault, 2004; Stamm, Verra, Pearlman & Giller, 2002). Ces connaissances et une attitude positive semblent être présentes chez les superviseurs externes des intervenants, mais pas dans les organisations de travail. En effet, la majorité des répondants considèrent que leur entourage professionnel ignore les répercussions possibles de la pratique de la relation d'aide. Malgré tout, la relation avec les pairs et les supérieurs immédiats, qui sont conscients que la pratique de la relation d'aide contient ses propres difficultés, est positive et aidante pour les intervenants. C'est aussi le cas pour une attitude générale positive et respectueuse dans le milieu de travail (AOcVF, 2007; Dane, 2002; Bell et al., 2003; Pearlman & Saakvitne, 1995; Richardson, 2001). Une personne a toutefois mentionné que ses supérieurs hiérarchiques connaissaient certaines répercussions générales du travail, comme l'épuisement professionnel, mais qu'ils prévenaient les répercussions en évitant d'engager les personnes plus à risque de vivre ce type de problématique.

Cette mentalité, qui attribue la responsabilité des causes et de la prévention des répercussions du travail à l'individu sans tenir compte de l'influence systémique, semble présente dans plusieurs milieux de travail, surtout ceux d'envergure. Il est clair que ce genre d'attitude ne correspond pas aux attentes qu'ont les répondants envers leurs employeurs ni à ce qui est prôné dans les écrits recensés. D'ailleurs, ce type de comportement envoie un message négatif aux employés remettant en question le soutien que le milieu de travail offrirait en cas de besoin. De plus, cette mentalité n'est pas favorable à la mise en place d'un autre facteur de protection, soit celui : d'informer les nouveaux employés des répercussions potentielles du travail avec une clientèle souffrante ou victime de traumatisme (Chrestman, 1995; Dane, 2002; Neuman &

Gamble, 1995; Richardson, 2001). Cette réalité soulève une interrogation : les qualités d'un bon gestionnaire devraient-elles être différentes pour un milieu de travail offrant des services de relation d'aide? Cette étude ne permet que de mettre d'avant cette réflexion sans y fournir de réponse.

6.1.2 La perception du rôle du travailleur social et du psychologue

La perception que le professionnel a de sa profession semble être un élément unificateur de plusieurs facteurs d'influence. En effet, la concordance entre la perception de la profession de travailleur social ou de psychologue avec la réalité paraît déterminante dans l'influence de certains facteurs présentés. Tout d'abord, les répondants perçoivent leur profession de travailleur social ou de psychologue comme une fonction professionnelle visant l'amélioration d'une situation problématique présente chez un client. Cette vision coïncide également avec les attentes de la clientèle. Or, un contexte plaçant le professionnel dans l'incapacité d'aider un client, tel que sa profession le lui demande et comme il le souhaiterait, semble être une condition à risque. D'ailleurs, ce principe rejoint les écrits de Killian (2008) qui identifient le sentiment d'inefficacité au travail comme un facteur de risque. Parmi les contextes ayant cette influence sur les intervenants se retrouvent les caractéristiques du milieu de travail, les conditions de travail et les formations disponibles. De plus, les contraintes personnelles au travail et les mécanismes d'adaptation ont aussi un impact considérable par l'influence qu'ils ont sur les perceptions que les professionnels peuvent avoir sur leur travail.

6.1.2.1 La concordance entre les perceptions et la réalité

La concordance entre la vision de la profession, ainsi que des valeurs personnelles et professionnelles qui l'accompagnent, et la réalité dépend considérablement des normes présentes au sein du milieu de travail. Or, les répondants pratiquant la relation d'aide de façon autonome déterminent eux-mêmes ces normes, favorisant ainsi une meilleure concordance entre ces éléments. D'ailleurs, ceux ayant fait

ce choix de travailler en bureau privé ont été principalement motivés par cette possibilité d'être libres et autonomes de choisir l'orientation de leur pratique. Pour les employés rémunérés, certaines normes institutionnelles peuvent ajouter une pression supplémentaire (Bell et al., 2003) et elles ne peuvent pas être influencées simplement par leur vision de la profession. Les conditions de travail en sont un exemple. Plus précisément, la majorité des répondants est en harmonie avec la mission et les valeurs de leur milieu de travail puisque celles-ci correspondaient à leur vision de la relation d'aide et de leur profession de travailleur social ou de psychologue, ce qui est considéré comme un facteur de protection (Richardson, 2001). Toutefois, ceux-ci ont aussi précisé que les normes organisationnelles les plaçaient dans un contexte de surcharge de travail, les empêchant ainsi d'offrir le nombre et la qualité d'interventions qu'ils jugent nécessaires pour pratiquer adéquatement leur travail. De plus, la surcharge de travail est en elle-même un facteur d'influence négative (Brady et al., 1999; Killian, 2008; Shauben & Frazier, 1995).

À la surcharge de dossiers et la complexité des problématiques s'ajoutent certaines tâches davantage administratives. Ces responsabilités, telles que la comptabilisation des clients rencontrés et la rédaction de rapports administratifs jugés démesurés, ne coïncident pas avec la perception des répondants d'un travail en relation d'aide. D'ailleurs, Bell et al. (2003) vont dans ce sens en considérant qu'une charge de travail qui ne tient pas compte des compétences des travailleurs est un facteur de risque de la FC et du TV. Ce manque de concordance se décuple lorsque les intervenants sont en surcharge de travail et qu'une partie de leur horaire est consacrée à ce type de tâches qu'ils jugent non pertinentes. Que ce soit pour justifier les gestes posés à travers différents rapports ou rencontrer le plus de clients possible dans une journée de travail, la plupart des tâches administratives et de la surcharge de travail semblent exister dans le but de répondre à une réalité financière des organisations. Les restrictions financières qui limitent l'aide que les travailleurs peuvent apporter à leurs clients sont en contradiction avec les valeurs personnelles et professionnelles de la majorité des répondants. Le budget disponible détermine les besoins de la clientèle qui seront comblés, le nombre de

clients qui recevront de l'aide ainsi que le temps qui pourra leur être consacré. Quantifier le temps nécessaire pour une intervention ainsi que le nombre de rencontres nécessaires pour le rétablissement d'un client revient à quantifier des émotions, la souffrance et des pensées. Même si le budget de l'établissement est une réalité à considérer, est-ce que les réseaux de la relation d'aide se déshumanisent en le priorisant? Encore là, ce document n'apportera aucune réponse à cette question, mais cette réflexion semble particulièrement importante pour le futur de la pratique de la relation d'aide.

Puisque les intervenants attribuent leur profession à la possibilité et au rôle de venir en aide, la formation professionnelle doit, par définition, leur permettre d'acquérir des connaissances augmentant leurs capacités d'aider leur clientèle. Or, les formations qui atteignent ce but, soit celles informant sur certaines problématiques ou sur la manière d'intervenir avec la clientèle, sont considérées comme soutenant et aidant (Bell et al., 2003; Killian, 2008; McCann & Pearlman, 1990; Perreault, 2004; Richardson, 2001). D'ailleurs, ces formations permettent aussi aux professionnels de se sentir compétents et plus confiants dans leur pratique. Il s'agit donc d'un facteur de protection contre la FC et le TV. À l'inverse, les formations qui n'atteignent pas cet objectif ne protègent pas les intervenants qui y participent. Sans devenir un facteur de risque, ces formations peuvent apporter de la frustration. La majorité des intervenants employés se sont dits insatisfaits du nombre et de la pertinence des formations offertes par leur milieu de travail. D'ailleurs, tous les répondants se présentent à des formations à leurs frais par initiative personnelle. La responsabilité de trouver et participer à des formations revient-elle aux professionnels? Selon un répondant, les intervenants devraient effectivement prendre davantage cette responsabilité. Il est clair que ce changement de perception permettrait aux professionnels d'apprécier davantage les occasions de formations fournies par l'employeur et diminuerait la frustration occasionnée par les attentes non comblées. Sans avoir la réponse à cette question, il est intéressant d'en amener la réflexion.

6.1.2.2 Adapter les perceptions à la réalité

Alors que certaines réalités ne peuvent pas être influencées, la manière de les percevoir, quant à elle, dépend uniquement de la personne. Ainsi, les éléments qui influencent la perception de la réalité professionnelle s'ajoutent aux facteurs d'influence. À partir des résultats obtenus, deux facteurs de protection sont utilisés par les professionnels soit les contraintes personnelles au travail (Harrison & Westwood, 2009; Perreault, 2004) et l'utilisation de mécanismes d'adaptation.

Dans la présente étude, plusieurs contraintes au travail ont été identifiées, soit les limites concernant la clientèle, l'organisation de l'horaire de travail et les vacances. Bien que l'ensemble de ces limites ait un impact positif, ce sont les limites concernant la clientèle qui influencent le plus les perceptions des intervenants. La principale limite vise à ce que l'intervenant évite d'occuper un rôle de «sauveur» auprès de la clientèle en refusant de se surinvestir dans la thérapie ou en s'abstenant d'offrir ses services dans certains contextes comme lorsque le client ne s'investit pas ou est violent. Les limites encadrant l'horaire et les vacances sont plus générales, mais elles visent le même but, soit d'éviter de trop s'investir dans la démarche des clients. Comme le précisent certains auteurs (AOcVF, 2007; Figley, 1995; Richardson, 2001), occuper un rôle de «sauveur» ou se surinvestir dans la thérapie d'un client, rend le professionnel plus sensible au matériel traumatique et à la souffrance ce qui le prédispose à la FC et au TV. Puisque les répondants se sont eux-mêmes identifiés comme des personnes ayant un désir d'aider et étant à risque de vouloir sauver la clientèle, la pertinence et l'importance de restrictions concernant la relation avec les clients prennent leur sens. Bien que cette limite semble être la plus importante pour se protéger de la FC et du TV et la plus utilisée par les répondants, il s'agit aussi de la limite la plus difficile à respecter. En effet, le désir d'aider peut entrer en contradiction avec cette limite qui restreint les professionnels à intervenir, créant ainsi un conflit interne. La présence d'un mécanisme d'adaptation, la rationalisation, aide alors les intervenants à dissiper ce conflit.

L'ensemble des participants utilise deux principaux mécanismes d'adaptation : l'isolation de l'affect et la rationalisation. Puisque l'isolation de l'affect est un mécanisme souvent associé aux professionnels en contact avec des émotions qui pourraient leur nuire dans la réalisation de leur travail comme les travailleurs sociaux et les psychologues, c'est sans surprise que le discours des répondants met de l'avant cet élément. La rationalisation est un autre mécanisme utilisé par tous les répondants et semble être un facteur de protection particulièrement influent. Son emploi permet d'éviter l'impact de certains facteurs de risque comme les contradictions avec les valeurs professionnelles. Malgré sa présence imposante dans les résultats obtenus, la recension des écrits n'a pas permis de trouver de liens entre la rationalisation et la FC et le TV. Ainsi, l'importance de la rationalisation des cognitions du professionnel sur la FC et le TV semble être un résultat novateur selon les écrits recensés dans le cadre de ce mémoire.

Le discours des répondants démontre que l'utilisation de la rationalisation leur permet de ne pas être envahis par les émotions ou être perturbés par celles-ci. Le pouvoir qu'ils ont sur le vécu, la souffrance, les décisions et les gestes des clients sont les éléments le plus souvent rationalisés. De cette façon, il leur est plus facile de rester plus détaché avec les émotions envahissantes, de respecter davantage le client dans sa démarche et de demeurer empathique. D'ailleurs, les intervenants centrés sur l'idée que le parcours du client ne dépend pas d'eux évitent d'avoir le sentiment de perdre le contrôle des événements qui est un facteur de risque (Perreault, 2004; Killian, 2008). De plus, cette même mentalité les protège aussi des émotions négatives ressenties (découragement, sentiment d'inefficacité au travail, peur, insécurité) lorsque le parcours d'un client ne prend pas la tournure souhaitée, qui sont aussi des facteurs d'influence négative (AOcVF, 2007; Injeyan, 2011; McSwain, Robinson & Panteluk, 1998; Richardson, 2001; Shauben & Frazier, 1995; Stamm, Verra, Pearlman & Giller, 2002; Tabor, 2011; Tehrani, 2009). Toutefois, pour que la rationalisation soit positive, elle ne doit pas être utilisée dans l'optique d'éviter une situation ou des émotions ce qui serait plutôt un facteur de risque (AOcVF, 2007; Dunkley & Whelan, 2006a, b; Killian, 2008).

Les résultats obtenus dans la présente étude montrent aussi que la rationalisation peut encourager la normalisation de certaines situations comme la présence de violence. Cette normalisation risque de nuire à l'instauration ou au respect des limites qui protégeraient les intervenants des impacts néfastes de certaines de ses situations.

Les limites professionnelles que les intervenants instaurent ainsi que la rationalisation leur permettent également de se protéger contre un facteur de risque important, soit leurs propres exigences personnelles. En effet, la totalité des répondants se sont perçus comme exigeants envers eux-mêmes. Pour la majorité, les exigences élevées font place au perfectionnisme et sont source de fatigue, de stress et d'angoisse. C'est d'ailleurs, selon eux, leur principale lacune dans leur manière de travailler. Les écrits de certains auteurs soutiennent aussi que le perfectionnisme rend les professionnels à risque de FC et de TV, d'où l'intérêt d'en diminuer les répercussions par des limites professionnelles et par la rationalisation (AOcVF, 2007; Dunkley & Whelan, 2006a, b).

6.1.3 L'importance de la valorisation

À la lumière du discours des répondants, il est possible de constater que la présence ou l'absence de valorisation est déterminante dans l'influence que les facteurs ont auprès des professionnels rencontrés. Tout d'abord, il est intéressant de rappeler que les intervenants perçoivent le travail social et la psychologie comme des domaines ayant comme but d'aider des personnes en difficulté. Il est ainsi logique de constater que la principale valorisation des répondants est de voir leurs clients évoluer et retrouver un bien-être à la suite de leur travail. En ce sens, l'impossibilité de constater une amélioration de la situation d'un client est considérée comme un facteur de risque (RPMHTFVVC, 2005; Richardson, 2001; Stamm, 1997). Certains facteurs d'influence se caractérisent comme positifs ou négatifs selon la valorisation qui y est attribuée. À ce sujet, les caractéristiques de la clientèle, les relations avec l'équipe de travail et la réputation de la profession seront discutées.

6.1.3.1 Les caractéristiques de la clientèle

Dans le cadre de leur pratique, les répondants ont eu l'occasion de rencontrer plusieurs types de clients. Parmi l'ensemble des caractéristiques de la clientèle, les clients non motivés sont ceux qui procurent le plus de dévalorisation, de démotivation et de frustration auprès des intervenants. D'ailleurs, tous les participants rencontrent ce type de client, à différentes fréquences selon leur milieu de travail. En ce sens, certains auteurs (Bell et al., 2003; Shauben & Frazier, 1995) considèrent qu'une clientèle non volontaire ou non motivée constitue un facteur de risque pour la FC et le TV. Différentes raisons sont énoncées pour expliquer ces émotions. Tout d'abord, un client non motivé dans sa démarche thérapeutique ne progresse pas vraiment. De ce fait, la principale motivation identifiée par les intervenants est difficilement atteignable. De plus, le fait que le temps consacré à un client non motivé pourrait être octroyé à une autre personne qui souhaite progresser s'ajoute à la frustration ressentie. C'est d'autant plus le cas si la charge de travail est importante. Le tout est amplifié si les exigences du client ou du milieu institutionnel mettent une pression sur le professionnel pour que celui-ci obtienne rapidement des résultats. Cette réalité confirme l'importance que les supérieurs soient conscients de la réalité de la pratique. De façon similaire, les professionnels qui se voient contraints à imposer une démarche thérapeutique ou à décider de l'orientation de celle-ci se disent dévalorisés. C'est le cas, par exemple, pour les clients qui refusent la démarche thérapeutique ou des personnes ayant des objectifs qui ne coïncident pas avec les services offerts ou qui ne peuvent être considérés dus à des principes administratifs.

Une autre caractéristique de la clientèle s'ajoute aux facteurs d'influence négative, soit la présence d'agressivité. La présence de violence à l'égard du professionnel est, bien entendu, dévalorisante, mais surtout liée à la FC et au TV (Bell et al., 2003). Toutefois, cette caractéristique est souvent atténuée par la rationalisation que les intervenants en font, diminuant ainsi l'effet négatif. La présence de violence crée des répercussions supplémentaires sur les intervenants en raison de l'inquiétude qui l'accompagne concernant la sécurité du client ainsi que la sécurité de l'intervenant et des membres de son réseau social, ce qui peut contribuer à l'apparition de la FC et du TV.

(Richardson, 2001). À ce sujet, Dalton (2001) stipule que 57,6 % des travailleurs sociaux ont déjà été menacés par des clients et que 16,6 % ont déjà été agressés physiquement ou sexuellement. Bien que le nombre de répondants de la présente étude soit trop faible pour présenter des pourcentages, le discours des répondants tend à appuyer les résultats de cette étude. Cette donnée met de l'avant l'importance que le milieu de travail assure la sécurité de ses intervenants. De nombreux intervenants se déplacent dans les résidences privées de clients non volontaires, à potentiel de violence ou instables pour leur offrir leurs services. Est-ce que de nouvelles normes devraient être instaurées pour assurer la sécurité de ces professionnels? Mais alors, comment développer un lien de confiance, nécessaire à l'intervention, avec des mesures soulignant la méfiance des intervenants envers leurs clients? Assurer la sécurité des intervenants est donc nécessaire, mais peut être plus complexe qu'il n'y paraît aux premiers abords.

Intervenir avec un client agressif ou non motivé est une réalité présente pour tous les répondants. Selon le milieu de travail et les problématiques rencontrées, la fréquence est différente d'un intervenant à l'autre. Or, les répondants considèrent normal de rencontrer dans leur pratique des clients ayant ces caractéristiques. Toutefois, les répercussions se répètent et prennent de l'ampleur pour ceux travaillant majoritairement et régulièrement avec cette clientèle. La démotivation peut ainsi se transformer en doutes de leurs compétences professionnelles et même en remise en question des raisons de pratiquer la relation d'aide. Cet élément ramène d'avant la charge et les tâches associées à un intervenant. En ce sens, Bell et al. (2003) considèrent qu'une charge de travail peu diversifié est un facteur de risque à la FC et au TV. Toutefois, les professionnels qui rencontrent fréquemment le même type de clients et les mêmes problématiques développent une certaine expertise, ce qui peut influencer positivement l'estime de soi. En contrepartie, être reconnu comme étant le spécialiste de certaines problématiques peut restreindre les professionnels à demeurer dans ce même contexte d'intervention. Peuvent-ils alors aisément se tourner vers quelque chose de nouveau s'ils le souhaitent?

6.1.3.2 Les relations avec le supérieur hiérarchique

Selon le discours des répondants, la valorisation au travail s'exprime au travers les résultats obtenus ainsi que l'attitude et les commentaires des gens conscients du travail effectué. En ce qui concerne les commentaires, les intervenants n'attendent généralement pas d'éloges ou de remerciements de leurs clients ni de leur supérieur hiérarchique. En effet, la valorisation se retrouve davantage dans les résultats obtenus, et dans l'attitude de ces personnes. Le respect est un premier élément qui se doit d'être présent dans la relation. Mais, c'est la confiance en la compétence et l'intelligence du professionnel qui apporte le plus de valorisation aux professionnels. Cette confiance se perçoit, pour quelques participants, dans le discours, mais, pour la majorité, c'est le niveau d'autonomie octroyé à l'intervenant qui est le plus démonstratif de cette confiance. Cette autonomie permet aux participants de faire des choix et des actes pour orienter la relation avec leurs clients tout en se sachant soutenus par leur supérieur. La gratification ressentie par la présence d'autonomie et de liberté au travail est également présente chez ceux pratiquant en bureau privé. À l'inverse, les répondants n'éprouvant pas ce sentiment de liberté et d'autonomie dans leur pratique se sont dits frustrés de certains éléments du cadre instauré dans leur milieu de travail les empêchant de travailler comme ils le souhaiteraient. Ainsi, tous les répondants ont associé, à plusieurs reprises, leur autonomie au travail à de l'appréciation tandis que le manque d'autonomie est relié à de la frustration. Plusieurs ont aussi fait un parallèle avec leur estime de soi et la valorisation au travail. À ce sujet, il est intéressant de constater que l'estime et la valorisation qu'un professionnel ressent par rapport aux résultats de son travail dépend surtout de la part personnelle, comme la créativité ou les astuces personnelles, qu'il y aura investi, ce qui est directement influencé par son niveau d'autonomie au travail (Dejours, 1993; Perrenoud, 2000). Bien que l'autonomie professionnelle est un élément souvent répertorié dans les écrits sur la santé mentale dans le milieu de travail, son influence sur la FC et sur le TV semble être un résultat émergent de la présente étude puisque cet élément n'a pas été repéré comme facteur d'influence dans la recension des écrits.

6.1.3.3 La réputation de la profession

Selon le cadre conceptuel, le professionnel est influencé par les informations présentes dans les différents systèmes dans lequel il est en interrelation. La manière dont est perçue sa profession risque donc d'avoir un impact sur sa propre perception de lui-même comme professionnel. Travailleurs sociaux et psychologues ont identifié la réputation de leur profession comme départagée, soit positive pour certains, négative pour d'autres. Malgré la présence d'une certaine déception de l'image négative associée à leur profession dans l'imaginaire collectif, ils ne s'en préoccupent pas spécialement. Toutefois, des sentiments d'injustice et de frustration sont présents chez les travailleurs sociaux concernant le manque de valorisation de leur profession dans leur milieu de travail. Autrement dit, les travailleurs sociaux semblent être affectés de la différence de prestance associée à leur profession en comparaison à un autre domaine de la relation d'aide. Précédemment, il a été précisé que les intervenants pouvaient être dans l'obligation d'effectuer des tâches administratives qui ne coïncidaient pas avec leur vision d'un travail en relation d'aide. Cet élément n'a été rapporté que par des travailleurs sociaux, ce qui soulève une question : cette réalité touche-t-elle plus les travailleurs sociaux que les autres professions en relation d'aide? Le discours de certains répondants laisse croire que les psychologues sont moins touchés par l'obligation de faire des tâches aussi éloignées de la relation d'aide comme c'est le cas pour les travailleurs sociaux. Toutefois, les résultats obtenus ne permettent pas d'apporter clairement des éléments de réponse. Mais, il semble évident pour les répondants que les travailleurs sociaux doivent prendre davantage leur place au sein de la pratique de la relation d'aide. À ce sujet, plusieurs travailleurs sociaux ont blâmé le travail effectué par l'OTSTCFQ qui, selon eux, devrait davantage appuyer les professionnels dans leur pratique, soutenir et orienter la formation universitaire ainsi que publiciser une image positive du travail social sur la place publique. Selon la mission de l'Ordre professionnel, leur rôle est de protéger le public. Mais, en tant que figure représentative du travailleur social, défendre l'image de la profession devrait-il aussi être de leurs responsabilités? Cette étude ne permet que de soulever la question. Toutefois, il est

intéressant de constater que la profession de psychologue avait une image similaire, il y a peu de temps, et que l'Ordre professionnel des psychologues s'est mobilisé pour favoriser une meilleure réputation auprès de la population générale.

6.1.4 Le désir et la valorisation à aider : éléments centraux?

Comme le cadre conceptuel le démontre, le désir d'aider est un des trois éléments qui se doit d'être initialement présent au processus menant à la FC ou au TV (Figley, 2002a; Tabor, 2011). Le désir d'aider et la valorisation à le faire sont d'ailleurs les éléments ayant motivé les professionnels à occuper une profession en travail social ou en psychologie. Suite à l'analyse des résultats, il apparaît clair que cette volonté d'être utile à l'autre occupe une place très importante pour ces professionnels. Mais, ce désir est-il important au point de s'user pour l'atteindre? Ce questionnement découle du fait que le désir d'aider semble présent dans les facteurs d'influence que cette étude considère comme particulièrement déterminants. En effet, la frustration et le découragement exprimés par les répondants proviennent, en grande partie, de l'impossibilité de venir en aide à la clientèle dans le cadre de leur travail. On retrouve, parmi les contextes empêchant ou nuisant à ce désir d'aider, la surcharge de travail, les tâches jugées inutiles, l'ensemble des restrictions organisationnelles, le manque d'autonomie professionnelle, les collaborations difficiles et l'absence de mobilisation de la clientèle. D'ailleurs, les mêmes émotions sont associées à l'absence de valorisation pour le professionnel qui propose d'apporter de l'aide. Cette réalité fût abordée avec les thèmes de la clientèle non motivée ou non volontaire et de la perception péjorative de la profession en relation d'aide.

D'ailleurs, l'importance du désir d'aider s'entrevoit lorsque l'on constate que plusieurs éléments de protection instaurés consciemment par les intervenants visent principalement à calmer cette exigence personnelle. Dans le cadre de cette recherche, ces composantes sont présentes au travers les limites concernant la clientèle et auprès des mécanismes d'adaptation. De plus, d'autres facteurs de protection, soit la

supervision, la ventilation et la formation, ont été présentés comme particulièrement aidant afin de préserver une bonne santé psychologique, mais également dans le fait de pouvoir aider plus adéquatement les clients. Sans vouloir restreindre plusieurs éléments d'influence de la FC et du TV à la simple valorisation d'aider d'autres personnes, son importance demeure questionnable. Est-ce qu'une diminution des attentes que les professionnels ont de la valorisation de leur travail par les clients, leur réseau social et l'ensemble de la société permettrait de diminuer l'impact négatif de plusieurs facteurs associés à la FC et au TV? Cette étude ne permet pas de répondre à cette question, mais permet toutefois de s'interroger sur l'importance de cette valeur. Toutefois, les résultats permettent de constater que plusieurs autres facteurs d'influence sont présents et n'ont pas de lien avec le désir d'aider des intervenants.

6.2 Les forces et les limites de la recherche

Bien entendu, comme toutes les démarches scientifiques, la présente recherche renferme des forces et des limites. Une force de cette étude réside dans l'étendue des thématiques abordées permettant de dresser un portrait complet du vécu professionnel des participants. Autrement dit, l'influence de tous les niveaux de systèmes de l'approche bioécologique a été questionnée en lien avec les écrits recensés sur le sujet. D'ailleurs, les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude concordent avec les écrits. De plus, cette recherche a permis de rassembler les réponses de répondants pratiquant dans tous les arrondissements de la région, soit le Domaine-du-Roy, Maria-Chapdelaine, Lac-Saint-Jean-Est et Le Fjord-du-Saguenay. Une autre force réside dans l'analyse du discours des répondants en fonction qu'ils pratiquent la relation d'aide uniquement en tant que travailleur autonome ou de façon simultanée au sein d'un organisme public. Cette étude a donc été en mesure d'apporter des éléments de comparaison entre ces deux réalités professionnelles. Toutefois, à l'inverse, cette différence entre les intervenants rend l'échantillon moins uniforme. Ce phénomène est le même concernant les professions des intervenants, soit des travailleurs sociaux ainsi que

des psychologues. Bien que la présence de ces deux professions rende l'échantillon moins homogène, elle a permis d'identifier des éléments de comparaison intéressants et qui semblent avoir un impact sur la FC et le TV.

Bien entendu, cette recherche renferme aussi quelques limites. Tout d'abord, puisque le nombre de participants ($n=8$) est peu élevé et que ceux-ci ont été sélectionnés de façon non probabiliste, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des intervenants de la relation d'aide. Même si les résultats ne sont pas généralisables, il n'en demeure pas moins que cette étude permet de soulever des questionnements et propose des pistes de réflexion ainsi qu'une base de renseignements sur la FC et le TV.

De plus, afin d'atteindre un nombre suffisant de participants, le quatrième critère, soit de se situer à un niveau de FC ou de TV élevé ou très élevé, n'a pas été respecté puisque deux des huit participants ne correspondaient pas à ce critère. En effet, de par leurs expériences et leur volonté d'apporter de l'information permettant de faire avancer la recherche, leur participation a été jugée pertinente. D'ailleurs, il est intéressant de noter que malgré un risque faible ou modéré au Test d'Usure de Compassion, ces derniers ont tout de même mis en lumière des répercussions et des facteurs d'influence positive et négative. De plus, il est intéressant de constater qu'ils ont obtenu un score plus élevé de risque de développer la FC au *Compassion Fatigue Self-Test for Helpers* (CFST).

Une autre limite est probablement existante dans la présente étude, soit l'influence de la désirabilité sociale chez certains répondants. En effet, ce désir de bien paraître peut influencer les réponses des participants et, selon les perceptions de l'intervieweuse, ce fut le cas pour certains répondants. Cet élément peut être un facteur qui limite la généralisation des résultats. Toutefois, il est intéressant de soulever que les résultats obtenus mettent de l'avant un risque modéré, élevé ou très élevé de FC chez les répondants ainsi que plusieurs facteurs de risque, et ce, malgré la désirabilité sociale qui semble avoir été présente pour certaines personnes.

6.3 La contribution de la recherche et les perspectives futures

Cette recherche apporte une contribution par rapport à la manière d'intervenir en relation d'aide et par rapport aux recherches futures. Tout d'abord, les résultats ont mis de l'avant l'absence de connaissance ou la méconnaissance des phénomènes de la FC et du TV auprès des intervenants malgré le fait que ces derniers pratiquent une profession à risque. D'ailleurs, la mobilisation n'est possible que si le professionnel est conscient des répercussions possibles de la relation d'aide. Cette étude permet donc, d'emblée, de fournir davantage d'informations sur les facteurs d'influence et les répercussions possibles de la FC et du TV aux professionnels pratiquant actuellement la relation d'aide. Les résultats obtenus soulignent aussi l'importance d'intégrer ces sujets à la formation universitaire. D'ailleurs, certains répondants ont souligné avoir pris conscience de facteurs d'influence présents dans leur vie lors de leur réflexion à la suite des questions posées lors de l'entrevue.

Les résultats obtenus pour cette étude sont similaires aux écrits répertoriés sur le sujet. En effet, plusieurs facteurs d'influence personnels et professionnels ainsi que des répercussions de la relation d'aide concordent avec les études recensées. L'approche bioécologique a permis de mettre de l'avant l'influence des différents systèmes sur la FC et le TV. Comme le démontre la présente étude, il est possible de constater que l'ontosystème et le microsystème sont particulièrement influents. Le professionnel de la relation d'aide ainsi que les travailleurs de ces milieux de travail ont donc tout intérêt à prendre conscience des éléments ayant une influence et qui peuvent être optimisés, modifiés ou diminués pour les protéger des répercussions de la FC et du TV. De plus, de par l'influence que les Ordres professionnels détiennent sur plusieurs éléments de la profession, les responsables pourraient, eux aussi, apporter des changements pour protéger davantage leurs intervenants. Autrement dit, l'ensemble des acteurs entourant la relation d'aide peut profiter des informations présentées dans ce document pour se protéger ou pour protéger des professionnels de la relation d'aide de la FC et du TV. De plus, le fait que cette étude ait été rédigée en français, alors que la grande majorité des écrits sur le domaine sont en anglais, constitue une contribution supplémentaire pour les

travailleurs francophones. D'ailleurs, aucune recherche de ce genre ne semble avoir été réalisée auparavant dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Cette étude permet aussi de mettre de l'avant des facteurs d'influence qui n'ont pas été identifiés lors de la recension des écrits, soit la rationalisation, l'autonomie au travail et les fortes exigences personnelles. En ce sens, l'influence de ces facteurs pourrait être davantage questionnée dans le cadre de futures recherches. D'ailleurs, le besoin d'autonomie rappelle la théorie de l'autodétermination. Celle-ci stipule que l'être humain recherche à combler trois besoins psychologiques fondamentaux : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin de relation à l'autre. Ces trois éléments sont liés à la croissance psychologique, à l'intégrité et au bien-être (Laguardia & Ryan, 2000). Or, puisque ces trois éléments ont été soulignés dans les résultats comme ayant une influence sur la FC et le TV et qu'aucune recherche n'a été répertoriée sur le sujet lors de la recension des écrits, il serait intéressant de s'y intéresser dans le cadre de futures recherches. C'est également le cas pour l'ensemble des interrogations soulevées dans ce chapitre. De plus, considérant qu'il pouvait être difficile d'obtenir certaines informations comme, par exemple, des répercussions telles que l'augmentation de la consommation d'alcool, de drogue et de médicaments ou encore des facteurs d'influence présents, mais considérés comme peu importants par les répondants, il serait intéressant que de futures recherches abordent les sujets de la FC et du TV au travers des questions directes et fermées en plus des questions ouvertes.

CONCLUSION

La recension des écrits a permis de constater que les intervenants en relation d'aide sont à risque de développer de la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant de par le contexte de leur travail. Plus précisément, les trois éléments à la base du processus menant à la FC et au TV, soit l'empathie, le désir d'aider et un discours souffrant et/ou le récit d'un traumatisme, sont forcément présents dans la profession. Il est donc particulièrement important pour ces derniers que des facteurs d'influence positive soient présents pour les protéger. Cette étude avait comme principal objectif d'identifier certains des facteurs d'influence qui peuvent être privilégiés ou évités afin de protéger les professionnels de la relation d'aide des répercussions de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.

Ainsi, huit répondants ont été interviewés sur différents sujets, en fonction des systèmes de l'approche bioécologique, pouvant avoir de l'influence. Les résultats de cette étude confirment qu'une profession en relation d'aide peut provoquer des répercussions négatives chez les professionnels. Les répondants de cette étude ont d'ailleurs identifié une perturbation de leurs pensées, leurs comportements, leurs émotions, leur état de santé ou leurs rapports interpersonnels causés par leur travail. Néanmoins, de par l'ensemble des facteurs d'influence, il est possible de se protéger de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant. Or, il est important de constater que la mise en place des facteurs de protection et l'évitement des facteurs de risque sont une responsabilité partagée par plusieurs acteurs qui ont un rôle à jouer pour assurer la protection des professionnels de la relation d'aide.

Tout d'abord, l'intervenant a lui-même la responsabilité de certains facteurs d'influence. En effet, l'adoption de contraintes personnelles au travail, de mécanismes d'adaptation et d'une vie personnelle satisfaisante en dehors de la vie professionnelle sont des éléments déterminés par le travailleur. De plus, plusieurs formes de soutien au travail comme la ventilation, la supervision professionnelle et la formation ne sont efficaces que si le travailleur les utilise adéquatement. D'ailleurs, si ce soutien n'est pas

offert directement dans le milieu de travail, il en revient au professionnel d'aller le chercher ailleurs.

Le milieu de travail a, lui aussi, une forte responsabilité pour ce qui est de protéger les professionnels de la FC et du TV. Concrètement, l'horaire, la charge, les responsabilités, le soutien et l'environnement de travail sont des éléments devant être considérés. Un facteur particulièrement important dépend également du milieu de travail, soit l'attitude des autres professionnels. En effet, des supérieurs et des collègues conscients de la réalité des intervenants et des répercussions possibles de leur travail et qui adoptent des comportements témoignant leur soutien apportent une différence importante.

L'élément central pour améliorer la protection de ces travailleurs demeure l'information. Peu des répondants rencontrés avaient des connaissances sur la FC et le TV. Comment s'en protéger si on ignore l'existence de ces concepts? Ici, cette responsabilité de diffusion de l'information revient autant aux professionnels, à leur milieu de travail, aux milieux de formation institutionnels ainsi qu'aux Ordres professionnels.

Cette étude a aussi permis de mettre de l'avant des facteurs d'influence n'ayant pas été repérés lors de la recension des écrits. En effet, l'importance de la valorisation, la présence de la rationalisation et les fortes exigences personnelles semblent avoir eu de l'influence chez les répondants. Ces éléments s'ajoutent ainsi à l'ensemble des facteurs d'influence de la FC et du TV.

Pour conclure, les professionnels de la relation d'aide, leurs supérieurs, employeurs et collègues, les responsables des Ordres professionnels et ceux de la formation universitaire doivent prendre conscience du pouvoir qu'ils détiennent pour prévenir les répercussions néfastes de la relation d'aide et se mobiliser en conséquence. L'attitude et les gestes de chacun, même minimes, peuvent avoir des impacts importants pour les intervenants. Une attention particulière devrait être portée au soutien au travail,

à la formation continue et académique, aux conditions de travail et à la valorisation de ces professionnels.

RÉFÉRENCES

- Action ontarienne contre la violence faite aux femmes [AOCVF]. (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. & 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 inédite). Capella University, United States, US.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (5^e éd.). Washinton, DC : American Psychiatric Publishing.
- Badger, K., Royse, D. & Craig, C. (2008). Hospital Social Workers and Indirect Trauma Exposure: An Exploratory Study of Contributing Factors. *Health and Social Work*, 33(1), 63-71.
- Baird, K. & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188.
- Bell, H., Kulkarni, S. & Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 84(4), 463-470.
- Berzoff, J. & Kita, E. (2010). Compassion Fatigue and Countertransference: Two Different Concepts. *Clinical Social Work Journal*, 38(3), 341-349.
- Bober, T. & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work?. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9.
- Bourassa, D. B. (2009). Compassion Fatigue and the Adult Protective Services Social Worker. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(3), 215-229.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L. & 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.

- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. & Andreski, P. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Bride, B. E. & Figley, C. (2007). The Fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue, *Clinical Social Work Journal*, 35, 151-153.
- Bride, B. E., Jones, J. L. & MacMaster, S. S. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *The Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3), 69-80.
- Bride, B. E., Radney, M. & Figley, C. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Brunschwig, H. (2001) Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire et Inconscient*, 2(2), 91-100.
- Canfield, J. (2005). Secondary Traumatization, Burnout, and Vicarious Traumatization: A Review of the Literature as It Relates to Therapists Who Treat Trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81-101.
- Clemans, S. E. (2005). Recognizing Vicarious Traumatization: A Single Session Group Model for Trauma Workers. *Social Work With Groups*, 27(2), 55-74.
- Catherall, D. R. (1995a). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, 23, 232.
- Catherall, D. R. (1995b). Coping with secondary traumatic stress: The importance of the therapist's professional peer group. Dans Stamm, B. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran.
- Cerney, M. S. (1995). Treating the "heroic treaters." *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, 131-149.

- Chrestman, K. R. (1995). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. Dans Stamm, B. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran.
- Collins, S. & Long, A. (2003a). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 17-27.
- Collins, S. & Long, A. (2003b). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers - A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 417-424.
- Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect* 30(10), 1071-1080.
- Cornille, T. A. & Meyers, T. (1999). Secondary Traumatic Stress Among Child Protective Service Workers: Prevalence, Severity and Predictive Factors. *Traumatology*, 5(1), 1-17.
- Craig, C. D. & Sprang, G. (2009). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping*, 23(3), 319-339.
- Cunningham, M. (1999). The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 16(4), 277-290.
- Cunningham, M. (2003). Impact of trauma work on social work clinicians: Empirical findings. *Social Work*, 48(4), 451-459.
- Cunningham, M. (2004). Teaching social workers about trauma: Reducing the risks of vicarious traumatization in the classroom. *Journal of Social Work Education*, 40(2), 305-317.
- Da Silva, B. G. (2001). La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 32(2), 117-21.
- Dalton, L. E. (2001). *Secondary traumatic stress and Texas social workers* (Doctoral dissertation) University of Texas at Arlington.
- Dane, B. (2002). Duty to Inform: Preparing Social Work Students to Understand Vicarious Traumatization. *Journal of Teaching in Social Work*, 22(3), 3-20.
- Davidson, J. & Smith, R. (1990). Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 299-305.

- Decety, J. (2002). Naturaliser l'empathie. *L'Encéphale*, 28, 9-20.
- Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard Éditions.
- Deslauriers, J. P. (1991) *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montreal : McGraw-Hill.
- Doman, M. M. (2010). *Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and subjective happiness in mental health providers*. ProQuest Dissertations and Theses.
- Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain. *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables*. Québec, QC : PUQ.
- Dunkley, J. & Whelan, T. A. (2006a). Vicarious traumatisation in telephone counsellors: internal and external influences. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 451-469.
- Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006b). Vicarious traumatisation: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(1), 107-116.
- Action ontarienne contre la violence faite aux femmes. (2007). *Formation en matière de violence faite aux femmes Traumatisme secondaire*. Fondation ConceptArt multimédia.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue : Secondary traumatic stress*. New York : Brunner: Mazel.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue : Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Figley, C. R. (2011) Test d'usure de compassion (TUC). *Services aux professionnels Ressources en Développement Les psychologues humanistes*. Page consultée sur <http://www.redpsy.com>
- Figley, C. R. & Barnes, M. (2005). External trauma and families. Dans McKenry, P. C. & Price, S. J. (2005) *Families and change : Coping with stressful events and transitions*. Los Angeles, LA : Sage Publishers.

- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of compassion fatigue self test. *Measurement of stress, trauma and adaptation*, 127-128.
- Folette, V. M., Polusny, M. M. & 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.
- Ga-Young, C. (2011). Organizational Impacts on the Secondary Traumatic Stress of Social Workers Assisting Family Violence or Sexual Assault Survivors. *Administration in Social Work*, 35(3), 225-242.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Greene, P. B. & Kudler, T. (2011). Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Social Support. *Pastoral Psychology*, 60(5), 633-649.
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données* (4^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue : a crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3), 37-61.
- Harr, C. & Moore, B. (2011). Compassion Fatigue Among Social Work Students in Field Placements. *Journal of Teaching in Social Work*, 31(3), 350-363.
- Harrison, R. L. & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy*, 46(2), 203-219.
- Hayes, J. A. (2004). Therapist know thyself: Recent research on countertransference. *Psychotherapy Bulletin*, 39, 6-12.
- Hernandez, P., Gangsei, D. & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: a new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*, 46(2), 229-241.
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30(3), 293-309.
- Injeyan, M. C., Shuman, C., Shugar, A., Chitayat, D., Atenafu, E. G. & 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.

- Jenkins, S. R. & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of traumatic stress, 15*(5), 423-432.
- Johnson, C. N. & Hunter, M. (1997). Vicarious traumatization in counsellors working in the New South Wales Sexual Assault Service: An exploratory study. *Work & Stress, 11*, 319-328.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing, 22*, 116-121.
- Kahn W. A. (2003). The Revelation of Organizational Trauma. *The Journal of Applied Behavioral Science, 39* (4), 364-380.
- Kassam-Adams, N. (1995). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. Dans Stamm, B. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran.
- Kanter, J. (2007). Compassion Fatigue and Secondary Traumatization : A Second Look. *Clinical Social Work Journal, 35*(4), 289-293.
- 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.
- Laguardia, J. G. & Ryan, R. M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie, 21*(2), 280-304.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Presses de l'Université du Québec, Québec.
- Legault Faucher, M. (2007). Le traumatisme vicariant - Quand la compassion use. *Prévention au travail, 20*(3), 7-14.
- Lerias, D. & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 19*(3), 129-138.
- Leseca, T. (1996). Symptoms of stress disorder and depression among trauma counselors after an airline disaster. *Psychiatric Services, 47*, 424-426.
- Marien, B., & Beaud, J. P. (2003). *Guide pratique pour l'utilisation de la statistique en recherche. Le cas des petits échantillons*. Réseau Sociolinguistique et dynamique des langues. Agence universitaire de la Francophonie.

- McCann, I. L. & 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.
- McSwain, K., Robinson, R. & Panteluk, L. (1998). Implications for practice: therapeutic, personal and organizational coping strategies. Dans Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- Meldrum, L., King, R. & Spooner, D. (2002). Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services. Dans Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY : Brunner-Routledge.
- McLean, S., Wade, T. D. & Encel, J. S. (2003). The Contribution of Therapist Beliefs to Psychological Distress in Therapists: An Investigation of Vicarious Traumatization, Burnout and Symptoms of Avoidance and Intrusion. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 417-428.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : applications en promotion de la santé et en toxicomanie*. Québec, QC : Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Moulden, H. M. & Firestone, P. (2007). Vicarious Traumatization. *Trauma, Violence & Abuse, 8*(1), 67-83.
- Negash, S. & Sahin, S. (2011). Compassion Fatigue in Marriage and Family Therapy: Implications for Therapists and Clients. *Journal of Marital & Family Therapy, 37*(1), 1-13.
- Nelson-Gardell, D. & Harris, D. (2003). Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress and Child Welfare Workers. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 82*(1), 5-26.
- Neumann, D. A. & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training, 32*(2), 341-347.
- Newell, J. M. & 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 Practice in Mental Health, 6*(2), 57-68.

- O'Halloran, M. S. & O'Halloran, T. (2001). Secondary traumatic stress in the classroom: Ameliorating stress in graduate students. *Teaching of Psychology*, 28(2), 92-96.
- Pearlman, L. A. & 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.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York, NY : Norton & Co.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors* (Vol. 19). New York, NY : Norton & 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.
- Perrenoud, P. (2000). L'autonomie au travail : déviance déloyale, initiative vertueuse ou nouvelle norme. *Cahiers pédagogiques*, 384, 14-19.
- Phipps, A. B., & Byrne, M. K. (2003). Brief interventions for secondary trauma: review and recommendations. *Stress and health*, 19(3), 139-147.
- Rasclé, N. & Bruchon-Schweitzer. (2006). Burnout et santé des personnes : déterminants et prises en charge. *Comportement organisationnel : Justice Organisationnelle, Individu et difficultés de carrière*. Bruxelles : De Boeck.
- Regehr, C. & Cadell, S. (1999). Secondary trauma in sexual assault crisis work: Implications for therapists and therapy. *Canadian Social Work*, 1, 56-70.
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B. Howe, P. & Chau, S. (2004). Predictors of post-traumatic distress in child welfare workers: a linear structural equation model. *Children and Youth Service Review*, 26(4), 331-346
- Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale (RPMHTFVVC). (2005) *La violence conjugale et ses invasions barbares : pistes de solutions pour les intervenantes des maisons d'hébergement*. Acte du colloque sur le traumatisme vicariant. Montréal : Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale.
- 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, Unité de prévention de la violence familiale, Division de la santé des collectivités, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada.

- Robinson, J. R., Clements, K. & Land, C. (2003). Workplace Stress Among Psychiatric Nurses. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(4), 32-42.
- Rudolph, J. M., Stamm, B. H., & Stamm, H. E. (1997). Compassion fatigue : A concern for mental health policy, providers and administration. In *Poster at the 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, PQ, CA*.
- Sabin-Farrell, R. & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clin Psychol Rev*, 23(3), 449-480.
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of traumatic stress*, 16(2), 167-174.
- Savoie-Zajc, L. (1998). L'entrevue semi dirigée. Dans Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale de la problématique à la collecte des données* (4^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Schauben, L. J. & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64.
- Shalvi, S., Shenkman, G., Handgraaf, M. J., & 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.
- Sommer, C. A. (2008). Vicarious traumatization, trauma-sensitive supervision and counselor preparation. *Counselor Education and Supervision*, 48(1), 61-71.
- Sprang, G., Clark, J. J. & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout : Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss & Trauma*, 12(3), 259-280.
- Stamm, B. (1997) Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8, 1-8.
- 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., Verra, Pearlman, L. A. & Giller, E. (2002). *Tools for transforming trauma*. New-York : Brunner-Routledge.
- Sundin, E. C. & Horowitz, M. J. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 205-209.
- Tabor, P. D. (2011). Vicarious traumatization : concept analysis. *J Forensic Nurs*, 7(4), 203-208.
- Tehrani, N. (2010). Compassion fatigue : experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occup Med*, 60(2), 133-138.
- Tishby, O. & Vered, M. (2011). Countertransference in the treatment of adolescents and its manifestation in the therapist-patient relationship. *Psychotherapy Research*, 21(6), 621-630.
- Trippany, R. L., White Kress, V. E. & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing Vicarious Trauma: What Counselors Should Know When Working With Trauma Survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82, 31-37.
- Trippany, R. L., Wilcoxon, S. A. & Satcher, J. F. (2003). Factors influencing vicarious traumatization for therapists of survivors of sexual victimization. *Journal of Trauma Practice*, 2(1), 47-60.
- Trudel, L., Simard, C. & Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches Qualitatives, Hors Série*(5), 38-45.
- VanDeusen, K. M. & Way, I. (2006). Vicarious trauma : an exploratory study of the impact of providing sexual abuse treatment on clinicians' trust and intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(1), 69-85.
- 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
- Wall, J. (2001). Trauma and the clinician: Therapeutic implications of clinical work with clients. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29, 133-145.
- Way, I., VanDeusen, K. & Cottrell, T. (2007). Vicarious trauma: Predictors of clinicians' disrupted cognitions about self-esteem and self-intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, et Program Innovations for Victims, Survivors, et Offenders*, 16(4), 81-98.

- Williams, M. B., & Sommer Jr, J. F. (1995). Self-care and the vulnerable therapist. Dans Stamm, B. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran.
- Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Philadelphia, PA: Brunner.
- Zech, E. (2008). Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique?. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 2(8), 31-49.
- Zimering, R., Munroe, J., & Gulliver, S. B. (2003). Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatric Times*, 20(4), 20–28.

ANNEXES

Annexe 1 - Lettre de sollicitation

Demande de participation
Le vécu professionnel des travailleurs en relation d'aide souffrant ou à risque de
souffrir de fatigue de compassion ou de traumatisme vicariant

Bonjour (madame ou monsieur X),

Je me nomme Cindy Fortin et je suis étudiante à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Chicoutimi. Dans le cadre de mon mémoire, qui est co-dirigé par deux professeures du département des sciences humaines, soit Christiane Bergeron-Leclerc et Danielle Maltais, je vais réaliser une étude sur les impacts de l'intervention psychosociale chez les intervenants œuvrant en relation d'aide. Plus précisément, cette recherche a pour but principal de documenter le vécu professionnel des travailleurs sociaux et des psychologues en pratique autonome de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Selon les informations disponibles par l'Ordre des (travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec ou des psychologues du Québec), vous faites partie de cette population. Je vous invite donc à participer à cette étude.

C'est grâce à votre participation qu'il sera possible d'identifier des facteurs d'influence permettant de prévenir certaines répercussions négatives de la relation d'aide chez les professionnels. En plus de contribuer à votre protection personnelle et à celle de plusieurs travailleurs, les résultats permettront de faire avancer la recherche dans le domaine de la relation d'aide. Votre participation est importante et grandement appréciée.

Cette étude comprend trois objectifs spécifiques :

1. Documenter le vécu professionnel des intervenants en relation d'aide qui souffrent ou qui sont à risque élevé de souffrir de la fatigue de compassion ou du traumatisme vicariant.
2. Identifier les facteurs de risque personnels, sociaux et organisationnels reliés à la fatigue de compassion et au traumatisme vicariant.
3. Recueillir le point de vue des répondants sur les facteurs de protection qui pourraient et qui auraient pu être mis en place pour prévenir l'apparition chez ces derniers de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.

Je rencontrerai chaque participant pour une seule entrevue individuelle. Selon le cas, l'entrevue sera d'une durée de 60 à 90 minutes. Un bref questionnaire, d'une durée approximative de 10 à 15 minutes, devra également être complété. Afin de faciliter votre participation, le moment et l'endroit de la rencontre seront déterminés conjointement entre vous et moi.

Cette étude a reçu un certificat d'éthique du comité d'éthique de l'UQAC et soyez assuré que toutes les conditions seront prises pour assurer l'anonymat des répondants tout au long de la collecte des données et lors de la rédaction du mémoire.

Vous êtes intéressé à participer à l'étude? Vous devez correspondre aux critères de sélections suivants :

- 1) Exercer la profession de travailleur social ou de psychologue en pratique autonome depuis au moins deux ans.
- 2) Pratiquer la relation d'aide au moins 15 heures par semaine.
- 3) Être membre de votre Ordre professionnel.
- 4) Se situer à un niveau de risque de fatigue de compassion ou de traumatisme vicariant élevé ou très élevé.

Il vous est possible de vérifier le 4^e critère, soit votre niveau de risque de fatigue de compassion et de traumatisme vicariant, à partir du Test d'Usure de Compassion fourni en pièce jointe.

Veuillez noter qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des connaissances particulières sur le sujet de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant pour participer à cette étude.

Ainsi, si vous correspondez aux critères de sélection et que vous êtes intéressé à partager votre vécu professionnel ou si vous désirez recevoir plus de renseignements concernant cette étude, veuillez communiquer avec moi :

Cindy.Fortin1@uqac.ca

ou à l'UQAC au numéro de téléphone suivant (418) 545-5011 poste 4250

N'oubliez pas que votre participation est importante et que cette expérience peut s'avérer bénéfique pour votre compréhension des facteurs d'influence présents dans votre vie personnelle et professionnelle.

Je vous remercie de l'attention portée à ma demande.

Mes plus sincères salutations.

Cindy Fortin, étudiante.

Annexe 2 - Test d'Usure de Compassion

Test d'Usure de Compassion

Lisez chaque énoncé en pensant à **votre situation actuelle**. Pour chacun, cochez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il est important de **répondre à toutes les questions**, même à celles qui, selon vous, ne s'appliquent pas. L'échelle ci-dessous est celle que vous devez utiliser pour répondre au test. Vous pouvez commencer à répondre aux questions. Lorsque vous aurez terminé, vous pourrez calculer et interpréter votre résultat à l'aide de la grille qui suit.

1	2	3	4	5
Jamais/Rarement	Parfois	Indécis	Souvent	Très souvent

	1	2	3	4	5
1. Je m'efforce d'éviter certaines pensées ou certains sentiments qui me rappellent une expérience effrayante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je constate que j'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai des trous de mémoire au sujet d'événements effrayants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens étranger aux autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je m'endors difficilement ou je me réveille durant la nuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis facilement irritable, je me mets en colère pour un rien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Un rien me fait sursauter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En travaillant avec une victime, il m'est arrivé d'avoir des fantasmes violents envers son agresseur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai déjà eu des flash-back à propos de mes clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante à l'âge adulte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante dans mon enfance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai déjà pensé que je devrais régler un traumatisme personnel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis effrayé par certains propos ou gestes d'un client à mon égard.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je fais des rêves troublants, semblables à ceux d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Il m'est arrivé d'être dérangé par le souvenir d'entretiens avec des clients particulièrement difficiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Un souvenir effrayant s'est déjà imposé à moi pendant un entretien avec un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1	2	3	4	5
Jamais/Rarement	Parfois	Indécis	Souvent	Très souvent

	1	2	3	4	5
17. J'ai plus d'un client pour lequel je me fais du souci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Les expériences traumatiques d'un client m'empêchent de dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Il m'arrive de penser que je suis "contaminé" par le stress post-traumatique de mes clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je me répète de moins m'en faire avec le bien-être de mes clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Il m'est arrivé de me sentir "siphonné" par mon travail d'intervenant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avec certains clients, j'ai eu l'impression que c'était sans espoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Il m'est arrivé d'avoir les nerfs à vif dans diverses situations et je pense que c'est à cause de mon travail auprès de certains clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Il m'est arrivé d'être en danger avec certains clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment faire le calcul et interpréter le Test d'Usure de Compassion?

1. Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.
2. Additionnez vos réponses aux questions et inscrivez le total dans le tableau d'interprétation des résultats suivant.

Niveaux de risque d'Usure de Compassion					
Score final	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
_____	0 à 26	27 à 30	31 à 35	36 à 40	41 et +

Si vous obtenez un score de 36 et plus, vous complétez le 4^e critère de sélection pour participer à l'étude.

Veuillez noter que cet outil ne permet pas de poser un diagnostic et ne mesure qu'une partie du phénomène. Ainsi, ne vous inquiétez pas si vous obtenez un score élevé. Toutefois, si tel est le cas, je vous invite à vous informer sur la fatigue de compassion et sur le traumatisme vicariant et à modifier vos facteurs d'influence, au besoin.

Annexe 3 - Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Instructions pour l'interviewer

Ce guide d'entrevue se divise en 11 parties abordant différents thèmes. Ces sujets seront abordés auprès de tous les répondants, mais peuvent être questionnés différemment selon la réalité vécue par celui-ci. Plus précisément, les parties 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 et 11 concernent tous les répondants. Les parties 5, 6, et 7 se divisent en deux versions, soit la version A et B. L'interviewer détermine la section correspondant au répondant selon le fait que ce dernier pratique uniquement, ou non, en bureau privé et qu'il pratique uniquement, ou non, seul. Chaque groupe de répondant est précisé en début de section.

L'objectif de cette entrevue est de dresser un portrait général de votre vie professionnelle. Je vais vous poser différentes questions touchant plusieurs thèmes, soit la réalité professionnelle, votre perception de vous comme professionnel, la clientèle, les répercussions de la relation d'aide, le milieu de travail, l'équipe de travail, le soutien organisationnel, votre perception de vous comme individu, le réseau social, la perception des gens en général et les règles et lois influentes sur la profession. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez répondre le plus fidèlement possible s'il vous plaît.

Partie 1 : Réalité professionnelle

(Questions pour tous)

Le premier sujet que nous aborderons est votre réalité professionnelle. Je vais vous questionner sur votre parcours ainsi que sur votre emploi actuel.

1. Quel est votre parcours professionnel?
 - a. Poste(s) occupé(s)?
 - b. À quel(s) endroit(s)?
 - c. Quelles fonctions?
 - d. Nombre d'années?
 - e. Pourquoi avoir changé d'emploi/poste?
 - f. Pourquoi avoir choisi la pratique privée?

2. Quelle profession occupez-vous actuellement?
 - a. À quel endroit?
 - i. Décrivez-moi votre quotidien au travail?
 - i. Une journée normale au travail?
 - ii. Une semaine normale au travail?
 - ii. Actuellement quelles sont vos conditions de travail?
 - i. Quel est votre horaire de travail?
 - ii. À quel point est-il possible de changer votre horaire si vous le souhaitez?
 - iii. Quelles sont vos tâches et responsabilités?
 - i. Jusqu'à quel point vos tâches sont-elles intéressantes?
 - ii. À quelle fréquence avez-vous des tâches administratives?

- iii. Jusqu'à quel point vos tâches sont-elles diversifiées (variées)?
 - iv. Jusqu'à quel point avez-vous la possibilité de varier vos tâches?
 - v. Quand demandez-vous de changer de tâches au travail? Pourquoi?
- iv. Quelle est votre charge de travail?
 - i. Jusqu'à quel point cette charge est-elle adaptée?
 - ii. Jusqu'à quel point avez-vous la possibilité de varier votre charge de travail?
 - iii. Quand demandez-vous de changer cette charge de travail? Pourquoi?
 - v. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à vos conditions de travail?
 - i. Qu'est-ce que vous appréciez de vos conditions actuelles de travail?
 - ii. Si vous les pouviez, qu'y changeriez-vous? Pourquoi?

Partie 2 : Perception de soi comme professionnel
(Questions pour tous)

J'aimerais maintenant savoir de quelle manière vous occupez votre rôle de professionnel de la relation d'aide. Je vais donc vous questionner sur votre perception de vous-même en tant que professionnel, votre perception de la profession ainsi que votre mode de fonctionnement en général.

1. Comment vous percevez-vous comme travailleur social ou psychologue?
 - a. Quelles sont vos valeurs professionnelles?
 - b. Quelles sont les principales techniques d'intervention que vous utilisez?
 - c. Quel est votre cadre conceptuel d'intervention (humaniste, systémique, etc.)?
 - d. Selon vous, quelles croyances et philosophies de vie influencent votre perception des clients et de la profession?
 - e. Quelles sont les compétences professionnelles que vous mettez le plus souvent en pratique dans votre travail en relation d'aide?
 - f. Quelles spécialisations détenez-vous au travail?
 - g. Avez-vous assisté à des formations complémentaires par initiative personnelle? Si oui, lesquelles, quand et pourquoi?
 - h. Quelles sont vos forces et vos limites professionnelles?
 - i. Quel est votre niveau de satisfaction de vos compétences et spécialisations?
 - ii. Qu'y changeriez-vous? Pourquoi?
 - i. Généralement, quels objectifs visez-vous avec vos clients?
 - i. Généralement, à quel point vos objectifs et ceux de vos clients coïncident-ils?
 - j. Comment percevez-vous les clients en général?
 - i. Les problématiques des clients?
 - k. Qu'est-ce qui vous cause des émotions positives au travail?
 - i. Quelles sont ces émotions positives?
 - ii. À quelle fréquence les ressentez-vous?
 - iii. Comment se répercutent-elles?
 - iv. Comment les gérez-vous?

- l. Qu'est-ce qui vous cause des émotions négatives au travail?
 - i. Quelles sont ces émotions négatives?
 - ii. À quelle fréquence les ressentez-vous?
 - iii. Comment se répercutent-elles?
 - iv. Comment les gérez-vous?
- m. Qu'est-ce qui vous cause du stress au travail?
 - i. À quelle fréquence ressentez-vous du stress au travail?
 - ii. Comment se répercute votre stress?
 - iii. Comment gérez-vous votre stress?
- n. Qu'est-ce que vous trouvez difficile dans votre travail en relation d'aide?
 - i. Comment gérez-vous ces difficultés?
- o. Quelles limites vous êtes-vous fixées au travail?
 - i. Les horaires?
 - ii. Les tâches et responsabilités?
 - iii. Vis-à-vis des clients?
 - iv. Vis-à-vis des collègues et supérieurs?
- p. Qu'est-ce que vous appréciez dans votre profession de travailleur social ou de psychologue?
- q. Qu'est-ce qui vous déplaît dans cette profession?
 - i. Que changeriez-vous dans cette profession?
 - ii. Que changeriez-vous de vous, en tant que professionnel?
- r. Que représente pour vous une profession en relation d'aide?
 - i. Choisissez trois mots qui, selon vous, définissent la relation d'aide.
- s. Au fil du temps ou selon les emplois/postes occupés, votre perception de la profession et de vous-même en tant que professionnel ont-elles changées? Si oui, quelles sont les différences?

Partie 3 : La clientèle

(Questions pour tous)

1. Quelles sont les principales caractéristiques de votre clientèle?
 - a. Quel type de problématiques rencontrez-vous le plus souvent chez votre clientèle?
 - b. Généralement, quel est le degré de souffrance de vos clients?
 - i. Quelles sont les principales sources de souffrance?
 - c. Quelle est la proportion de clients avec qui vous intervenez ayant vécu un traumatisme?
 - i. Quels sont les principaux types de trauma?
 - d. À quelle fréquence rencontrez-vous des clients violents ou agressifs?
 - i. À quelle fréquence des clients ont-ils été agressifs ou violents envers vous?
 - e. À quelle fréquence rencontrez-vous des clients non volontaires?
 - f. Comment votre clientèle vous est-elle référée?
 - g. Généralement, comment qualifieriez-vous vos relations avec vos clients?
 - h. Quelles sont les principales difficultés rencontrées avec vos clients?
 - i. Donnez-moi un exemple d'une relation avec un client qui a été particulièrement difficile.

- ii. Pouvez-vous me parler des situations de vos clients qui vous perturbent ou vous affectent le plus émotionnellement?
- iii. Que faites-vous lorsque vous êtes affectés par une situation avec un client?
- iv. À qui vous adressez-vous si vous ressentez le besoin de parler à quelqu'un de votre travail ou d'une impasse que vous rencontrez avec un de vos clients?
 - 1. Jusqu'à quel point est-ce que votre famille et vos amis vous soutiennent dans les difficultés vécues dans votre travail?

Partie 4 : Répercussions de la relation d'aide

(Questions pour tous)

Il a été reconnu que le travail peut se répercuter, positivement ou négativement, sur la vie du travailleur. Je continue en abordant avec vous les impacts que peut avoir une profession axée sur la relation d'aide.

- 1. Comment vous sentez-vous face à la souffrance des clients?
 - a. Depuis quand vous sentez-vous ainsi?
- 2. Décrivez-moi une situation où vous vous êtes senti perturbé par la souffrance ou le discours d'un client.
 - a. Comment gérez-vous ce genre de situation?
- 3. Comment se répercute le contact avec la souffrance de vos clients dans votre vie personnelle et professionnelle, de façon positive ou négative?
 - a. Dans votre vie personnelle?
 - i. Quels changements de pensées et de perceptions avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - ii. Quels changements de sentiments et d'émotions avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - iii. Quels changements d'attitude et de comportements avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - iv. Quels changements de croyances générales, spirituelles et religieuses avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - v. Quels changements dans votre santé physique avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - vi. Quels changements interpersonnels avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - b. Dans votre vie professionnelle?
 - i. Quels changements sur votre attitude et comportements au travail avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - ii. Quels changements dans vos interventions avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - iii. Quels changements dans votre perception de la clientèle et de votre profession avez-vous identifiés comme attribuables à votre contact avec la souffrance des clients?
 - c. À quel moment ou suite à quel événement ces changements ont-ils pris place?

- d. Quels changements ont été soulignés chez vous par votre entourage?
 - i. Par la famille? Les amis? Les collègues? Les supérieurs?
- e. Selon vous, comment votre contact avec la souffrance se répercute-t-il sur les gens qui vous entourent?
- 4. Qu'avez-vous fait pour prévenir ou mettre fin aux répercussions négatives?
 - a. Quels changements avez-vous notés par la suite?
 - b. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de ces changements?
 - c. Que voudriez-vous obtenir comme résultats?
 - d. Si vous considérez avoir besoin d'aide, vers qui vous tourneriez-vous?
 - e. Comment avez-vous été chercher de l'aide?
- 5. Selon vous, quelles sont les répercussions possibles du contact avec la souffrance des clients chez les intervenants de la relation d'aide en général?
- 6. À quelle fréquence vous questionnez-vous sur les répercussions possibles de la pratique de la relation d'aide chez les intervenants?
 - a. Depuis quand vous questionnez-vous? Dans quel moment?
- 7. Quelles sont vos connaissances concernant la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant?
 - a. D'où tenez-vous ces informations?
 - b. Depuis quand avez-vous ces connaissances?
 - c. Quelle est votre satisfaction du niveau de connaissances que vous détenez sur le sujet?
 - i. Que changeriez-vous? Pourquoi?
 - d. Selon vous, quelle est la connaissance de votre entourage sur ces sujets? (collègues, supérieur, amis, famille, etc.)
 - i. Quelle est votre satisfaction du niveau de connaissances que votre entourage détient sur le sujet?
 - ii. Qu'y changeriez-vous? Pourquoi?
- 8. D'après vous, qu'est-ce qui devrait être mis en place pour protéger la santé mentale des professionnels de la relation d'aide?
- 9. Qu'est-ce qui rend le plus les intervenants en relation d'aide vulnérables aux répercussions négatives de la pratique?
- 10. Qu'est qui protège le plus les intervenants en relation d'aide des répercussions négatives de la pratique?

Si le répondant travaille dans un milieu de travail autre que son bureau privé, poursuivez l'entrevue avec la Partie 5A : Le milieu de travail. S'il travaille uniquement dans son bureau privé, poursuivez avec la Partie 5B : Le milieu de travail.

Partie 5A : Le milieu de travail

(Questions pour les répondants ne pratiquant pas uniquement en bureau privé)

J'aimerais maintenant que nous discutons de votre milieu de travail. Je vais vous questionner sur les normes de l'endroit, le milieu physique ainsi que la clientèle que vous rencontrez.

1. Quelles sont la mission et les valeurs de votre milieu de travail?

- a. Jusqu'à quel point la mission et les valeurs officielles coïncident-elles avec la réalité?
 - b. Jusqu'à quel point les valeurs réelles de l'endroit coïncident-elles avec vos valeurs?
 - c. Que changeriez-vous de la mission/ des valeurs de l'endroit? Pourquoi?
 - d. Jusqu'à quel point appréciez-vous votre milieu de travail, en général?
2. À quoi ressemble votre environnement physique de travail?
- a. À quel endroit rencontrez-vous vos clients?
 - b. À quel endroit prenez-vous des pauses?
 - i. Cet endroit est-il réservé aux employés?
 - c. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au milieu physique de travail?
 - d. Si vous le pouviez, qu'y changeriez-vous? Pourquoi?
3. Quelles sont les normes administratives de l'endroit qui influence votre travail/ vos interventions?
- a. Les règlements?
 - i. Comment influencent-ils?
 - ii. Quel est votre niveau de satisfaction sur ces règlements?
 - iii. Qu'y changeriez-vous? Pourquoi?
 - b. Le budget?
 - i. Comment influence-t-il?
 - ii. Quel est votre niveau de satisfaction sur le budget?
 - iii. Qu'y changeriez-vous? Pourquoi?

Partie 5B : Le milieu de travail

(Questions pour les répondants pratiquant uniquement en bureau privé)

J'aimerais maintenant que nous discussions de votre milieu de travail. Je vais vous questionner sur le milieu physique ainsi que la clientèle que vous rencontrez.

1. À quoi ressemble votre environnement physique de travail?
- a. Avez-vous un milieu fermé/ privé pour rencontrer les clients?
 - b. Avez-vous un endroit réservé aux pauses?
 - i. Cet endroit est-il réservé aux employés?
 - c. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au milieu physique de travail?
 - d. Si vous le pouviez, qu'y changeriez-vous? Pourquoi?

Partie 6 : L'équipe de travail

(Question pour tous)

Poursuivons en discutant des gens que vous côtoyez dans le cadre de votre travail.

Avez-vous un employeur/ supérieur hiérarchique? Êtes-vous l'employeur ou le supérieur hiérarchique d'une ou de plusieurs personnes? **Si oui, poursuivre avec les questions de la partie 6.1A : L'équipe de travail - Employeur/ supérieur hiérarchique ou employé. Si non, poursuivre avec les questions 6.1B : L'équipe de travail - Employeur/ supérieur hiérarchique ou employé.**

Partie 6.1A : L'équipe de travail
Employeur/ supérieur hiérarchique ou employés
(Questions pour les répondants travaillant avec un employeur/supérieur hiérarchique ou des employés)

1. Comment décrieriez-vous votre relation avec votre employeur/employés?
 - a. Jusqu'à quel point cette relation vous satisfait-elle?
2. Que pensez-vous du niveau de compétence de votre supérieur hiérarchique/ de vos employés?
 - a. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du travail de cette/ ces personne(s)?
3. Quelle attitude/ perception adopte cette/ ces personne(s) en général?
 - a. Par rapport à vous?
 - b. Par rapport aux collègues?
 - c. Par rapport aux clients?
 - d. Par rapport aux problématiques et situations des clients?
 - e. Par rapport à difficultés rencontrées par les employés?
 - f. Comment vous sentez-vous face à ces attitudes/ ces perceptions?
 - g. Jusqu'à quel point ces attitudes et perceptions vous préoccupent?
 - h. Comment ces attitudes et perceptions vous influencent-elles?
 - i. Quel type de soutien vous apporte cette ou ces personne(s)?
 - i. À quelle fréquence?
 - ii. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de ce soutien?
 1. Qu'y changeriez-vous? Pourquoi?
 - iii. Quel type de soutien vous apportez à cette/ces personne(s)?

Partie 6.1B : L'équipe de travail
Employeur/ supérieur hiérarchique ou employés
(Questions pour les répondants ne travaillant pas avec un employeur/supérieur hiérarchique ou des employés)

1. Quels sont les motifs vous ayant conduit à choisir la pratique privée?
2. À votre avis, quels sont les avantages de ne pas avoir d'employeur?
3. À votre avis, quels sont les inconvénients de ne pas avoir d'employeur?
4. Comment vous sentez-vous dans un emploi sans employeur?

Dans le cadre de votre travail, avez-vous l'occasion de travailler en collaboration avec d'autres professionnels ou employés à titre de collègue? **Si oui, poursuivre avec les questions de la partie 6.2A : L'équipe de travail – Les collègues. Si non, poursuivez avec la partie 6.2B : L'équipe de travail – Les collègues.**

Partie 6.2A : L'équipe de travail
Les collègues
(Questions pour les répondants travaillant avec un ou des collègue(s))

1. Avec combien de collègues travaillez-vous?
 - a. Quelles sont leurs professions?
2. Dans quel contexte collaborez-vous avec ces personnes?
3. Quels types d'intervention et de rapports professionnels avez-vous avec ces personnes?

- a. Qu'est-ce que vous appréciez de ces rapports ou interventions?
 - b. Qu'est-ce que vous appréciez le moins?
- 4. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du travail de ces personnes?
- 5. Quelle attitude/perception adoptent ces personnes en général?
 - a. Par rapport à vous?
 - b. Par rapport aux autres collègues?
 - c. Par rapport aux supérieurs?
 - d. Par rapport aux clients?
 - e. Par rapport aux problématiques et situations des clients?
 - f. Par rapport aux difficultés rencontrées par les employés?
 - g. Comment vous sentez-vous face à ces attitudes/ ces perceptions?
 - h. À quel point ces attitudes et perceptions vous préoccupent-elles?
 - i. De quelle manière ces attitudes et perceptions vous influencent-elles?
- 4. Quel type de soutien vous apporte cette/ ces personne(s)?
 - a. À quelle fréquence?
 - b. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du soutien des collègues?
 - c. Que changeriez-vous dans le soutien entre collègues? Pourquoi?
- 5. Côtectez-vous d'autres membres du personnel (ex : concierge, cuisinier)? Si oui :
 - a. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du travail de ces personnes?
 - b. Quelle attitude/ perception adoptent ces personnes en général?
 - i. Par rapport à vous?
 - ii. Par rapport aux autres collègues?
 - iii. Par rapport aux supérieurs?
 - iv. Par rapport aux clients?
 - v. Par rapport aux problématiques et situations des clients?
 - vi. Par rapport aux difficultés rencontrées par les employés?
 - vii. Comment vous sentez-vous face à ces attitudes/ ces perceptions?
 - viii. À quel point ces attitudes et perceptions vous préoccupent?
 - ix. De quelle manière ces attitudes et perceptions vous influencent-elles?
 - d. Quel soutien vous apporte cette/ ces personne(s)?
 - i. Décrivez-moi ce soutien.
 - ii. À quelle fréquence?
 - iii. Quels sont les impacts ressentis de ce soutien?
 - iv. Comment percevez-vous ce soutien?
 - v. Jusqu'à quel point en êtes-vous satisfait?
 - vi. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du soutien que vous apportez à ces personnes?
 - vii. Que changeriez-vous dans le soutien entre vous et ces personnes? Pourquoi?
- 6. Vous arrive-t-il de collaborer avec des professionnels d'autres organisations (relation de partenariat)? Si oui :
 - a. Qui sont les gens avec qui vous collaborez?
 - b. Quel type de collaboration avez-vous avec ces gens?
 - i. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du travail de ces personnes?
 - ii. Comment qualifieriez-vous la communication entre vous/ votre milieu de travail et les autres milieux?
 - iii. Comment qualifieriez-vous la relation/ collaboration entre vous/ votre milieu de travail et les autres milieux?

- iv. Que changeriez-vous de la communication, la relation et la collaboration entre vous/ votre milieu de travail et les autres milieux? Pourquoi?
- v. Quelles restrictions/ règlements de ces milieux influencent votre travail?
 - 1. De quelle manière influencent-ils?
- vi. Que changeriez-vous dans ces autres milieux? Pourquoi?

Partie 6.2B : L'équipe de travail

Les collègues

(Questions pour les répondants ne travaillant pas avec des collègues)

1. À votre avis, quels sont les avantages de ne pas avoir de collègues?
2. À votre avis, quels sont les inconvénients de ne pas avoir de collègues?
3. Comment vous sentez-vous dans un emploi sans collègue?
4. Côté-à-côté d'autres membres du personnel (ex : concierge, cuisinier)? Si oui :
 - a. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du travail de ces personnes?
 - b. Quelle attitude/ perception adoptent ces personnes en général?
 - i. Par rapport à vous?
 - ii. Par rapport aux autres collègues?
 - iii. Par rapport aux supérieurs?
 - iv. Par rapport aux clients?
 - v. Par rapport aux problématiques et situations des clients?
 - vi. Par rapport aux difficultés rencontrées par les employés?
 - vii. Comment vous sentez-vous face à ces attitudes/ ces perceptions?
 - viii. À quel point ces attitudes et perceptions vous préoccupent?
 - ix. De quelle manière ces attitudes et perceptions vous influencent-elles?
 - d. Quel soutien vous apporte cette/ ces personne(s)?
 - i. Décrivez-moi ce soutien.
 - ii. À quelle fréquence?
 - iii. Quels sont les impacts ressentis de ce soutien?
 - iv. Comment percevez-vous ce soutien?
 - v. Jusqu'à quel point en êtes-vous satisfait?
 - vi. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du soutien que vous apportez à ces personnes?
 - vii. Que changeriez-vous dans le soutien entre vous et ces personnes? Pourquoi?
5. Vous arrive-t-il de collaborer avec des professionnels d'autres organisations (relation de partenariat)? Si oui :
 - a. Qui sont les gens avec qui vous collaborez?
 - b. Quel type de collaboration avez-vous avec ces gens?
 - i. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du travail de ces personnes?
 - ii. Comment qualifieriez-vous la communication entre vous/ votre milieu de travail et les autres milieux?
 - iii. Comment qualifieriez-vous la relation/ collaboration entre vous/ votre milieu de travail et les autres milieux?
 - iv. Que changeriez-vous de la communication, la relation et la collaboration entre vous/ votre milieu de travail et les autres milieux? Pourquoi?
 - v. Quelles restrictions/ règlements de ces milieux influencent votre travail?
 1. De quelle manière influencent-ils?

vi. Que changeriez-vous dans ces autres milieux? Pourquoi?

Si le répondant travaille dans tout milieu de travail autre que son bureau privé, continuer avec la Partie 7A : Soutien organisationnel. S'il travaille uniquement dans son bureau privé, continuez l'entrevue avec la Partie 7B : Soutien organisationnel.

Partie 7A : Soutien organisationnel
(Questions pour les répondants ne pratiquant pas uniquement en bureau privé)

Nous avons discuté du soutien informel de votre supérieur et de vos collègues. J'aimerais en savoir plus sur le soutien offert officiellement dans le milieu de travail.

1. Quel(s) type(s) de soutien a(ont) été mis en place dans le milieu de travail?
 - a. À quel moment ou pour quelles raisons ce soutien a été mis en place?
 - b. Comment qualifieriez-vous ce soutien?
 - c. Qu'est-ce que ce soutien vous apporte?
 - d. À quelle fréquence avez-vous des rencontres de supervision (rencontre avec le superviseur, le supérieur hiérarchique ou le responsable clinique)?
 - i. Qui organise ces rencontres?
 - ii. Décrivez-moi une rencontre de supervision classique.
 - iii. Comment percevez-vous les supervisions?
 - iv. Quels sont les impacts ressentis de ces rencontres?
 - e. À quelle fréquence avez-vous des séances de «débriefing» (rencontre d'équipe/rencontre de partage)?
 - i. Qui organise ces séances?
 - ii. À quel moment ont-elles lieu?
 - iii. Décrivez-moi une séance de «débriefing» classique.
 - iv. Quels sont les impacts ressentis de ces séances?
 - v. Comment percevez-vous les séances de «débriefing»?
 - f. Pouvez-vous me parler des principales formations que vous avez suivies dans le cadre de votre emploi?
 - i. À quelle fréquence est-ce que des formations vous sont offertes dans votre milieu de travail?
 1. Jusqu'à quel point les formations répondent-elles à un besoin?
 2. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfaits de ces formations?
 3. Quels sont les impacts ressentis de ces formations?
 4. À quelle fréquence le sujet des répercussions de la relation d'aide (fatigue de compassion et traumatisme vicariant) a-t-il été abordé? Dans quel moment? Pourquoi?
2. Jusqu'à quel point croyez-vous que le soutien au travail est suffisant?
 - a. Qu'y changeriez-vous?

Partie 7B : Soutien organisationnel
(Questions pour les répondants pratiquant uniquement en bureau privé)

Je vais poursuivre sur le sujet du soutien professionnel.

1. Avez-vous accès à des rencontres de supervision? Si oui :
 - i. Qui organise ces rencontres?
 - ii. Décrivez-moi une rencontre de supervision classique.
 - iii. Comment percevez-vous les supervisions?
 - iv. Quels sont les impacts ressentis de ces rencontres?
2. Avez-vous accès à des séances de «debriefing»? Si oui :
 - a. À quelle fréquence avez-vous des séances de «debriefing»?
 - i. Qui organise ces séances?
 - ii. À quel moment ont-elles lieu?
 - iii. Décrivez-moi une séance de «debriefing» classique.
 - iv. Quels sont les impacts ressentis de ces séances?
 - v. Comment percevez-vous les séances de «debriefing»?
3. À quelle fréquence est-ce que vous assistez à des formations?
 - a. Qui débourse pour ces formations?
 - i. Pouvez-vous me parler des principales formations que vous avez suivies?
 - ii. Jusqu'à quel point les formations répondent-elles à un besoin?
 - iii. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfaits de ces formations?
 - iv. Quels sont les impacts ressentis de ces formations?
 - v. À quelle fréquence le sujet des répercussions de la relation d'aide (fatigue de compassion et traumatisme vicariant) a-t-il été abordé? Dans quel moment? Pourquoi?
4. Jusqu'à quel point croyez-vous que le soutien au travail est suffisant?
 - a. Qu'y changeriez-vous?

Partie 8 : Perception de soi comme individu
(Questions pour tous)

Maintenant que nous avons dressé ensemble un portrait global de votre vie professionnelle, nous aborderons votre vie personnelle. En plus d'être un professionnel de la relation d'aide, vous êtes une personne. J'aimerais connaître davantage cette personne, de façon générale.

1. Quel est votre mode de vie en général?
 - a. Quelles sont vos occupations autres que le travail?
 - i. Autres responsabilités? (famille, bénévolat, etc.)
 - ii. Activités? Passion? Passe-temps?
 - b. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de ce mode de vie?
 - c. Qu'y changeriez-vous?
2. Comment vous percevez-vous comme personne en général?
3. Quels sont les circonstances ou événements particuliers, positifs ou négatifs, survenus au cours de votre parcours professionnel?

4. Avez-vous déjà vécu personnellement une ou des expériences traumatisantes? Si oui, laquelle/ lesquelles?
 - a. Comment avez-vous réagi après cet événement traumatisant, et ce, en terme de sentiments vécus et de stratégies d'intervention utilisées?
 - b. Quel(le) aide ou soutien avez-vous reçus à la suite de cette expérience?
 - c. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de votre gestion des répercussions de cette expérience?
 - d. Concernant la gestion des événements suivant cette expérience, que changeriez-vous?
 - e. Quels sont les impacts que cette expérience a ou a eus sur votre travail en relation d'aide?

Partie 9 : Le réseau social
(Questions pour tous)

Maintenant, je vais vous questionner sur votre réseau social immédiat et sur les gens en général qui vous entoure ainsi que leur perception de votre profession.

1. Décrivez-moi votre réseau social.
 - a. En général, jusqu'à quel point ces gens vous soutiennent face à des difficultés?
 - b. De quelle manière ces gens vous soutiennent face aux difficultés que vous rencontrez au travail?
 - i. À quelle fréquence?
 - ii. De quelle manière?
 - iii. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de ce soutien?
 - iv. Qu'y changeriez-vous?
 - c. Comment perçoivent-ils votre travail?
 - i. Comment vous sentez-vous face à leurs perceptions?
 - ii. Si vous le pouviez, que changeriez-vous de leurs perceptions?
2. Quelle est votre appréciation de votre réseau social?
 - a. À quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir de l'isolement?
 - i. Dans quelles situations?
 - b. Que changeriez-vous de votre réseau social?

Partie 10 : Les perceptions des gens en général
(Questions pour tous)

1. Selon vous, comment les gens en général perçoivent la profession de travailleur social ou de psychologue?
 - a. Perception des gens vis-à-vis le travail social ou la psychologie?
 - b. Perception des gens vis-à-vis la clientèle et leurs problématiques?
 - c. Comment ces perceptions vous impactent-elles?
2. Selon vous, quelles sont les croyances et les attentes concernant la profession de travailleur social ou de psychologue?
 - a. Quelles sont les attentes/croyances des clients?
 - b. Quelles sont les attentes/croyances des pairs et des supérieurs?
 - c. Quelles sont les attentes/croyances des amis et de la famille?

- d. Comment ces attentes/croyances vous impactent-elles?
 - a. De quelle manière les croyances et attentes des gens vous influencent-elles comme travailleur?
- e. Comment vous sentez-vous face à ces attentes?
- f. Que changeriez-vous dans les attentes des gens? Pourquoi?

Partie 11 : Règles et lois influentes sur la profession
(Questions pour tous)

Dans notre société, nous devons nous conformer à des règles et des lois. Regardons ensemble les répercussions qu'elles peuvent avoir sur vous et sur votre travail.

- 1. Comment les règles et les lois de la société influencent-elles votre travail?
 - a. À quel point êtes-vous satisfait des règles et des lois de la société?
 - b. Que changeriez-vous des règles et des lois de la société?
- 2. Quelles sont les attentes de votre Ordre professionnel vis-à-vis vous?
 - a. Comment les règlements et les idéologies de votre Ordre professionnel influencent votre travail?
 - b. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du travail et du soutien de votre Ordre professionnel?
 - c. Que changeriez-vous du travail et du soutien de votre Ordre professionnel?

Y a-t-il un sujet que nous n'avons pas abordé et que vous jugez pertinent pour l'étude dont vous aimeriez discuter?

Nous avons terminé l'entrevue. Merci beaucoup pour toute l'information que vous m'avez fournie et pour le temps que vous avez pris pour le faire. Avant de clore cette rencontre, j'aimerais que vous remplissiez un bref questionnaire.

Annexe 4 - Questionnaire manuscrit

Le vécu professionnel des travailleurs en relation d'aide souffrant ou à risque de souffrir de fatigue de compassion ou de traumatisme vicariant

CONSIGNES

Ce questionnaire comprend se divise en trois parties, et prend 10 minutes à compléter. Veuillez prendre le temps de lire chaque énoncé et d'y répondre. Au besoin, demandez des clarifications à l'étudiante-chercheuse. Veuillez noter qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, choisissez la réponse qui correspond le plus à votre situation. Par ailleurs, à moins d'une indication contraire, nous vous demandons de sélectionner une seule réponse par question. Merci de votre participation!

Partie 1 : Données sociodémographiques

1. Vous êtes?

☐ Femme

☐ Homme

2. Votre âge au moment de l'entrevue? : _____

3. Quelle est votre situation matrimoniale actuelle?

☐ Célibataire

☐ Marié(e) / en union libre

☐ Divorcé(e) / séparé(e)

☐ Veuf / veuve

4. Actuellement, êtes-vous membre d'un Ordre professionnel?

☐ Oui

☐ Non →

Passez à la question 7.

5. De quel Ordre professionnel êtes-vous membre? (*Plus d'une réponse peut être choisie.*)

- ☐ Ordre des psychologues du Québec
- ☐ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
- ☐ Autre Précisez : _____

6. Depuis combien d'année(s) êtes-vous membre de l'Ordre professionnel identifié à la question précédente?

--	--

Année(s)

7. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu en lien avec votre profession?

- ☐ Diplôme d'études secondaires
- ☐ Diplôme d'études professionnelles
- ☐ Diplôme d'études collégiales
- ☐ Certificat
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Maîtrise
- ☐ Doctorat

8. En quelle année avez-vous obtenu ce diplôme?

--	--	--	--

Année

9. Actuellement quel est votre titre professionnel?

- ☐ Travailleur(se) social(e)
- ☐ Psychologue
- ☐ Autre Précisez : _____

10. Dans quel contexte occupez-vous votre (vos) poste(s) actuel(s) rémunéré(s) et bénévole(s)?

	Poste principal	Poste secondaire (si applicable)	Poste secondaire (si applicable)
Emploi occupé			
Employeur			
Arrondissement			
Nombre d'heures par semaine			
Horaire de travail			

11. Depuis combien d'année(s) pratiquez-vous la relation d'aide?

--	--

Nombre

12. Auprès de quelle(s) clientèle(s) œuvrez-vous dans le contexte de votre pratique professionnelle?

Partie 3 : Contact avec la souffrance et les traumatismes

Dans le cadre de l'intervention en relation d'aide, les professionnels sont à l'écoute du discours de leurs clients. Ceux-ci peuvent exprimer des événements souffrants ou traumatisants. Vous trouverez ci-bas une liste de commentaires faits par des personnes ayant entendu un ou des discours difficiles provenant de clients. Pour chacun des commentaires suivants, indiquez comment ces commentaires se sont appliqués à vous **durant les sept derniers jours** concernant le discours de l'un ou l'autre de vos clients. Si certains commentaires ne se sont pas appliqués à vous, répondez par «pas du tout».

1	2	3	4
Pas du tout	Rarement	Quelquefois	Souvent

Durant les sept derniers jours	1	2	3	4
1. J'ai pensé à un événement souffrant ou traumatisant qui m'a été conté même quand je ne voulais pas y penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai évité de m'en faire quand j'y pensais ou quand quelque chose ou quelqu'un me le rappelait.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai essayé d'effacer cela de ma mémoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Des images ou des pensées à ce sujet m'ont réveillé(e) ou empêché(e) de dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il y avait des moments où je ressentais de grandes émotions à ce sujet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai rêvé à un événement souffrant ou traumatisant qui m'a été conté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis resté à l'écart de tout ce qui m'y faisait penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai eu l'impression que cela n'avait pas eu lieu ou n'était pas réel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai essayé de ne pas en parler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Des images à ce sujet ont fait irruption dans mon esprit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. D'autres choses ont continué à m'y faire penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai pris conscience que cela me faisait toujours quelque chose, mais je n'ai pas pu y faire face.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai essayé de ne pas y penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tout ce qui me rappelait ce sujet faisait naître en moi des émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai ressenti à ce sujet une sorte d'engourdissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci beaucoup pour votre participation!

Annexe 5 - Certificat éthique

UQAC

Université du Québec
à Chicoutimi

Comité d'éthique de la recherche
avec des êtres humains

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* 2 et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

Responsable(s) du projet de recherche : *Madame Cindy Fortin*
Étudiante, Maîtrise en travail social, UQAC

Direction de recherche : *Madame Danielle Maltais, directrice de recherche, DSH, UQAC*
Madame Christiane Bergeron-Leclerc, codirection de recherche, DSH, UQAC

Projet de recherche intitulé : *Le vécu professionnel des travailleurs en relation d'aide souffrant ou à risque de souffrir de fatigue de compassion et de traumatisme vicariant.*

No référence : 602.365.01

La présente est valide jusqu'au 30 novembre 2013.

Rapport de statut attendu pour le 1^{er} novembre 2013.

<http://www.uqac.ca/recherche/cer/prolongation.php>

Date d'émission initiale de l'approbation : 15 novembre 2012

Date(s) de renouvellement de l'approbation :



François Guérard, Ph.D., président

Annexe 6 - Formulaire d'informations et de consentement

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
CONCERNANT LA PARTICIPATION DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET
DES PSYCHOLOGUES EN PRATIQUE AUTONOME DE LA RÉGION DU
SAGUENAY – LAC-SAINT-JEAN**

Titre du projet

Le vécu professionnel des travailleurs en relation d'aide souffrant ou à risque de souffrir de fatigue de compassion ou de traumatisme vicariant

Responsables du projet de recherche

Cindy Fortin
Étudiante
UQAC
Tél : (418) 545-5011 poste 4250
Cindy.Fortin1@uqac.ca

Directrices de recherche :

Danielle Maltais
Co-directrice de recherche
UQAC
Tél. : (418) 545-5011 poste 5284
Danielle_Maltais@uqac.ca

Christiane Bergeron-Leclerc
Co-directrice de recherche
UQAC
Tél : (418) 545-5011 poste 4230
Christiane_Bergeron-Leclerc@uqac.ca

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse responsable du projet ou à ses directrices de recherche et à leur demander de vous expliquer tout renseignement qui n'est pas clair.

Nature, objectifs et déroulement du projet de recherche

Description du projet de recherche

Cette recherche a pour but principal de documenter le vécu professionnel des travailleurs sociaux et des psychologues en pratique autonome de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Nous nous intéressons plus spécifiquement aux intervenants souffrant ou à risque de souffrir de fatigue de compassion ou de traumatisme vicariant afin d'identifier des facteurs déterminants dans ce processus. Cette étude comprend trois objectifs spécifiques :

1. Documenter le vécu professionnel des intervenants en relation d'aide qui souffrent ou qui sont à risque élevé de souffrir de la fatigue de compassion ou du traumatisme vicariant.
2. Identifier les facteurs de risque personnels, sociaux et organisationnels reliés à la fatigue de compassion et au traumatisme vicariant des répondants.
3. Recueillir le point de vue des répondants sur les facteurs de protection qui pourraient et qui auraient pu être mis en place pour prévenir l'apparition chez ces derniers de la fatigue de compassion ou du traumatisme vicariant.

Recrutement des participants

L'échantillon sera composé d'une dizaine de répondants devant satisfaire aux quatre critères de sélection suivants :

1. Exercer la profession de travailleur social ou de psychologue en pratique autonome depuis au moins deux ans.
2. Pratiquer la relation d'aide au moins 15 heures par semaine.
3. Être membre de leur Ordre professionnel.
4. Se situer à un niveau de risque de fatigue de compassion ou de traumatisme vicariant élevé ou très élevé.

Le quatrième critère sera mesuré à partir du Test d'Usure de Compassion (TUC) de Figley fourni aux répondants potentiels lors de la demande de sollicitation. Les critères de sélection seront vérifiés par l'étudiante responsable du projet de recherche lors du premier contact, téléphonique ou électronique, avant de confirmer la participation à l'étude.

Collecte de données

Les professionnels en relation d'aide faisant partie de l'étude seront rencontrés pour une entrevue individuelle avec l'étudiante responsable de la recherche. Selon le cas, l'entrevue sera d'une durée de 60 à 90 minutes. Les thèmes qui seront abordés sont la réalité professionnelle, la perception de soi comme professionnel, la clientèle, les

répercussions de la relation d'aide, le milieu de travail, l'équipe de travail, le soutien organisationnel, la perception de soi comme individu, le réseau social, les perceptions des gens en général, les règles et lois influentes sur la profession. L'entrevue se déroulera soit au cabinet de consultation privé du participant, soit dans un local de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) ou dans tout autre endroit proposé par le répondant. L'entrevue sera enregistrée sur cassette audio, puis le contenu sera retranscrit intégralement de façon confidentielle et anonyme.

Lorsque l'entrevue individuelle sera terminée, un court questionnaire devra être complété de façon manuscrite et anonyme. Ce dernier contient : a) une fiche signalétique, comprenant 12 questions et visant à recueillir des données sociodémographiques, b) le «Compassion Fatigue Self-Test for Helpers» (CFST) comprenant 66 questions à choix de réponse allant de « Jamais » à « Très souvent » et c) le «Impact of Event Scale» (IES) comprenant 15 questions à choix de réponse allant de «Pas du tout» à «Souvent». Le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble du questionnaire est approximativement d'une quinzaine de minutes. Lorsque tous les répondants de l'échantillon auront été rencontrés, les résultats de ce questionnaire seront comptabilisés de façon anonyme et confidentielle par l'étudiante responsable de la recherche.

Le contenu des entrevues ainsi que les informations recueillies à partir du questionnaire seront ensuite analysés par l'étudiante-chercheuse en vue de produire un mémoire de maîtrise, des articles ou des communications scientifiques. Tout le matériel sera conservé dans un classeur verrouillé dans un bureau de recherche de l'une des codirectrices de ce mémoire, à l'UQAC, pour une période de sept ans suivant le dépôt final du mémoire de maîtrise de l'étudiante responsable de cette étude.

Avantages, risques et/ou inconvénients associés au projet de recherche

La recherche n'entraîne pas de risques ou de désavantages prévisibles pour le participant, hormis le temps nécessaire à l'entrevue. Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Il est possible que certaines questions suscitent des réflexions ou des malaises causés par des souvenirs désagréables ou des prises de conscience. Si un tel malaise survient lors de l'entrevue avec l'étudiante responsable de la recherche, il sera possible de prendre une pause. Après la rencontre, si vous en ressentez le besoin, nous vous encourageons à contacter votre service d'aide aux employés. Si vous n'avez pas accès à ce type de service, vous pourrez demander de l'aide auprès de la Clinique de psychologie de l'UQAC (418-545-5011, poste 5024) où vous pourrez rencontrer un professionnel ou un stagiaire de doctorat supervisé par un psychologue. La Clinique s'engage à offrir deux entrevues d'une heure. Ces deux entrevues seront aux frais de l'étudiante-chercheuse. Les tarifs applicables par entrevue sont ceux adoptés par le

Comité de gestion de la Clinique pour l'année courante. Vous devrez alors accepter de dévoiler votre participation à la recherche et indiquer le titre exact de la recherche afin que la Clinique puisse éventuellement confirmer votre accessibilité au service. Ce dévoilement se fera dans le contexte du secret professionnel, rigoureusement appliqué par la Clinique. Vous serez priorisé en fonction de la disponibilité des services de la Clinique au moment de votre demande. Il vous est également possible d'obtenir davantage d'informations ainsi que des pistes de solution sur la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant en consultant les documents suivants disponibles gratuitement sur les sites internet indiqués :

<u>Référence</u>	<u>Source</u>
Action ontarienne contre la violence faite aux femmes. (2007). Formation en matière de violence faite aux femmes, Traumatisme secondaire.	http://ressources-violence.org/formation/documents/module_5.1.pdf
Legault Faucher, M. (2007). Le traumatisme vicariant. Quand la compassion use. <i>Prévention au travail</i> .	http://www.irsst.qc.ca/media/documents/fr/prev/v20_03/7-14.pdf
Richardson, J. I. (2001) Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence. London, Ontario : Santé Canada	http://www.rsfs.ca/opFichier/guide_sur_le_traumatisme_vicariant_MeFD18FXC8ZF_6944.pdf

Confidentialité des données

L'étudiante-chercheuse et ses directrices s'engagent à mettre en place des mesures efficaces afin d'assurer la confidentialité des informations et des données recueillies, et ce, durant et après la recherche. Les renseignements concernant les participants seront recueillis et consignés dans un classeur barré par l'étudiante-chercheuse Cindy Fortin. Afin de respecter la confidentialité, aucun nom n'apparaîtra sur les documents utilisés pour la recherche. Chaque participant sera associé à un code et seules les chercheuses citées précédemment, soit Cindy Fortin, Danielle Maltais et Christiane Bergeron-Leclerc, auront accès à la liste des codes. Les données recueillies lors de l'étude seront utilisées afin de produire un mémoire de maîtrise, des publications (ex : article) et des communications scientifiques (ex : conférence). Lors de la production de ces différents documents, aucun nom ou information pouvant permettre d'identifier ou reconnaître un participant ne sera dévoilé. Tel que le stipule la règle 3 sur la conservation des documents administratifs de l'UQAC, tous les documents relatifs à l'éthique et aux normes déontologiques de la réalisation de projets de recherche seront gardés sous clé

dans le bureau du chercheur responsable du projet pour une période minimale de 7 ans et ensuite détruits de façon sécuritaire.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse responsable du projet, et ce, sans qu'il y ait de préjudices.

En cas de retrait, vous êtes libre d'accepter ou de refuser que les données déjà recueillies soient analysées. Si vous acceptez, les données seront traitées de façon anonyme et confidentielle comme il a été prévu. Face à un refus, les données déjà recueillies seront détruites de façon sécuritaire.

Indemnité compensatoire

Aucune rémunération ou compensation ne sera offerte pour la participation à l'étude.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante responsable du projet de recherche aux coordonnées fournies à la première page du présent document. Vous pouvez aussi communiquer avec ses directrices de recherche soit : madame Danielle Maltais (418-545-5011, poste 5284), ou madame Christiane Bergeron-Leclerc (418-545-5011, poste 4230), toutes deux professeures à l'Université du Québec à Chicoutimi, en travail social.

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes : 418-545-5011 poste 2493 ou cer@uqac.ca.

Consentement**Consentement du participant**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du sujet de l'étude

Date

Signature et engagement de l'étudiante-chercheuse responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature de l'étudiante-chercheuse responsable de l'étude

Date