



# **Prévalence et facteurs de risque les plus fortement associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse**

**Mémoire**

**Véronique Tessier**

**Maîtrise en service social**  
Maître en service social (M. Serv. soc.)

Québec, Canada

© Véronique Tessier, 2018

**Prévalence et facteurs de risque les plus fortement  
associés à la présence de stress traumatique  
secondaire chez les intervenants sociaux en protection  
de la jeunesse**

**Mémoire**

**Véronique Tessier**

Sous la direction de :  
Robert Pauzé, directeur de recherche

## Résumé

Cette étude descriptive quantitative a pour objectif de contribuer au développement des connaissances sur le stress traumatique secondaire (STS) chez les professionnels en relation d'aide, plus spécifiquement chez les agents de relations humaines (ARH) œuvrant à l'application des mesures en protection de la jeunesse. Elle vise à documenter la prévalence du STS et de ses concepts associés, soit l'épuisement professionnel et le niveau de satisfaction de compassion. Elle vise aussi à identifier différents facteurs de risque personnels et professionnels associés à la présence du STS et d'établir leur poids relatif. Afin d'atteindre ces objectifs, un questionnaire auto-administré a été présenté et remis à l'ensemble des ARH œuvrant à l'application des mesures au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN). Ce questionnaire comprenait un questionnaire conçu aux fins de la recherche et deux instruments de mesure standardisés : 1- l'Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL-V) de Stamm (2009) et 2- l'Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire de Bride, Robinson, Yegidis et Figley (2004). Les données ont été colligées entre janvier et mars 2017. La population à l'étude était de 118 intervenants. Au total, 72,03 % d'entre eux ont participé à la recherche (n= 85). Diverses analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Globalement, les résultats indiquent des prévalences élevées d'épuisement professionnel (30,6 %) et de STS (28,9 %). Les analyses bivariées et le modèle de régression logistique ont quant à eux permis d'établir que les antécédents de traumatismes psychologiques personnels et de traumatismes psychologiques vécus au travail sont associés de façon significative à la présence de STS.

**Mots clés :** stress traumatique secondaire, épuisement professionnel, protection de la jeunesse, CIUSSS-CN

# Table des matières

Résumé.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Chapitre 1.....	3
Problématique.....	3
1.1 Définition des concepts.....	3
1.2 Prévalence du stress traumatique secondaire.....	4
1.3 Les facteurs associés.....	5
1.4 Les conséquences possibles.....	6
1.5 Niveau de connaissance des intervenants sociaux en protection de la jeunesse concernant le stress traumatique secondaire.....	6
Chapitre 2.....	10
État des connaissances.....	10
2.1 Méthodologie de la démarche de recherche documentaire.....	10
2.2 Une histoire personnelle marquée d'un traumatisme.....	10
2.3 Les capacités d'adaptation au stress.....	12
2.4 Le rôle de l'empathie.....	13
2.5 Les facteurs organisationnels.....	13
2.6 Les caractéristiques personnelles.....	14
2.7 Sommaire des conclusions de la recension.....	13
2.8 Limites des études recensées.....	15
2.9 Objectifs de l'étude.....	18
2.10 Perspective théorique et paradigme épistémologique.....	18
Chapitre 3.....	21
Méthodologie.....	21

3.1 Approche privilégiée .....	21
3.2 Type de recherche .....	21
3.3 Variables retenues .....	21
3.4 Description des instruments de mesure .....	23
3.4.1 L'Échelle de qualité de vie professionnelle .....	24
3.4.2 L'Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire .....	24
3.4.3 Questionnaire conçu aux fins de cette étude .....	25
3.5 Population à l'étude.....	25
3.6 Description de l'échantillon à l'étude .....	26
3.6.1 Genre et âge des participants.....	26
3.6.2 Le domaine et le niveau d'étude complété .....	27
3.6.3 L'expérience professionnelle des intervenants.....	27
3.7 Déroulement de la collecte des données.....	27
3.8 Analyses statistiques .....	28
3.9 Considérations éthiques.....	29
Chapitre 4.....	30
Résultats .....	30
4.1 Contexte professionnel des participants .....	30
4.1.1 Le nombre de dossiers.....	30
4.1.2 L'accès à une supervision clinique.....	31
4.1.3 Intérêt à travailler auprès de la clientèle en protection de la jeunesse.....	31
4.1.4 Les intentions des intervenants concernant la poursuite de leur travail .....	32
4.1.5 Niveau de connaissance des intervenants concernant le STS et les concepts associés ....	32
4.1.6 Les arrêts de travail .....	34
4.1.7 La souffrance perçue chez les collègues de travail .....	34
4.1.8 Faits saillants sur les caractéristiques professionnelles .....	35
4.2 Caractéristiques personnelles de participants.....	36

4.2.1 L'exposition à des traumatismes psychologiques .....	36
4.2.2 Un suivi pharmacologique ou psychologique .....	37
4.2.3 Le soutien social .....	38
4.2.4 Faits saillants sur les caractéristiques personnelles des participants .....	38
4.3 Prévalence de STS, d'épuisement professionnel et le niveau de satisfaction de compassion.	39
4.3.1 L'Échelle de qualité de vie professionnelle .....	39
4.3.2 L'Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire .....	40
4.3.3 Agrégation des données .....	43
4.4 Facteurs associés au STS.....	44
4.5 Poids relatif des facteurs associés au STS.....	45
Chapitre 5 .....	47
Discussion .....	47
5.1 Rappel des principaux résultats.....	47
5.2 Discussion relative aux résultats obtenus.....	48
5.2.1 Premier objectif : documenter la prévalence du STS et des concepts associés .....	48
5.2.2 Deuxième objectif : identifier les facteurs associés au STS.....	50
5.2.3 Troisième objectif : facteurs explicatifs de la présence de STS .....	51
5.2.4 Autres dimensions étudiées .....	51
5.3 Retombées pour la pratique et la recherche en service social .....	54
5.4 Forces de l'étude .....	55
5.5 Limites de l'étude.....	55
Conclusion.....	57
Références bibliographiques .....	58
Annexe 1 : Questionnaire autoadministré utilisé pour la collecte de données .....	62
Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement.....	73
Annexe 3 : Mémo de rappel envoyé par courriel aux intervenants .....	77

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Relation entre les facteurs de risque étudiés et les problématiques associées .....	16
Tableau 2 : Principales variables à l'étude .....	23
Tableau 3 : Principaux faits saillants concernant le contexte professionnel des participants .....	35
Tableau 4 : Principaux faits saillants concernant les caractéristiques personnelles des participants.	39
Tableau 5: Sous-échelles de l'Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL-V) : pourcentage des scores dépassant les seuils cliniques .....	40
Tableau 6 : Scores moyens obtenus par les professionnels interrogés sur chacune des sous-échelles de l'Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire .....	42
Tableau 7 : Résultats des comparaisons intergroupes concernant les variables associées au STS ...	45
Tableau 8 : Résultats de l'analyse de régression logistique visant à identifier les facteurs de risque les plus fortement associés au STS .....	46

## Remerciements

À Robert Pauzé. Mes premiers mots seront pour toi. Merci de m'avoir permis de réaliser ce projet de recherche qui me tenait tant à cœur. Merci d'y avoir investi si généreusement de ton temps et de ton savoir. Merci de m'avoir accordé ta confiance et de m'avoir partagé ta passion pour la recherche. Il y a de ces moments qui marquent une vie : avoir eu le privilège de collaborer avec toi en fait désormais partie.

Aux membres du comité de coordination de la recherche et du comité d'éthique sectoriel de la recherche *Jeunes en difficulté et leurs familles* du CIUSSS-CN de même qu'à mesdames [REDACTED] et [REDACTED]. Merci pour les diverses recommandations et l'aide fournie tout au long des différentes étapes de ce long processus.

À [REDACTED] et [REDACTED], intervenantes à l'application des mesures et répondantes à la recherche au CIUSSS-CN. Merci pour votre aide indispensable lors de ma collecte de données. Ce fut un réel plaisir de collaborer avec vous.

À tous les chefs de service des équipes d'application des mesures qui m'ont reçu dans leur réunion d'équipe pour la présentation de mon projet et pour ma collecte de données. Merci pour votre grande disponibilité et l'intérêt porté à ma recherche. Un merci spécial à ma chef de service, [REDACTED]. Merci pour ton ouverture et ton soutien dans ma conciliation travail-famille-étude.

À tous les intervenants à l'application des mesures au CIUSSS-CN, de Portneuf jusqu'à Charlevoix. Merci pour les discussions riches de sens et pour votre participation en si grand nombre à ma recherche. Merci d'avoir généreusement partagé une partie de votre vécu aux fins de cette étude. Un merci spécial à tous les membres de mon équipe de travail dans Portneuf. Merci pour votre appui et pour votre propension quotidienne au rire et au bonheur. C'est un privilège de faire partie de cette équipe.

À mes enfants. Merci pour votre curiosité sans borne et pour vos rires contagieux qui résonnent quotidiennement dans la maison. Concilier mon rôle de mère avec celui de professionnelle et d'étudiante fut sans aucun doute le plus grand défi que j'ai eu à relever dans le cadre de mes études de 2e cycle. J'ai tenté du mieux que j'ai pu de vous préserver à travers cette gymnastique d'horaire parfois très complexe. Aujourd'hui, je constate avec émotions que j'y suis parvenue et cela est sans contredit ma plus grande réussite.

À mon conjoint, aux membres de ma famille et à mes précieux amis qui sauront se reconnaître. Merci pour votre temps et votre soutien. Vous êtes des modèles inspirants de travail acharné, de persévérance et de don de soi.

À tous les professionnels qui œuvrent en protection de la jeunesse.

## Introduction

Les populations auxquelles les travailleurs sociaux offrent des services professionnels ont un vécu marqué de difficultés de divers ordres et parfois de traumatismes. La réalité de la profession place ainsi les travailleurs sociaux à haut risque d'être en contact avec des personnes traumatisées et d'être exposés aux récits traumatiques des clientèles desservies (Bride, 2007). À cet effet, les résultats de l'étude d'O'Bryant (2008) réalisée auprès de 38 intervenants sociaux montrent que 73 % des répondants ont indiqué que leurs clients étaient *modérément* traumatisés et 51,4 % ont déclaré qu'ils ont *souvent* abordé avec leurs clients des questions concernant leurs expériences traumatisantes. Par ailleurs, les résultats d'une étude de Cornille et Meyers (1999) mentionnent que 99,4 % des 183 professionnels en protection de l'enfance interrogés ont déclaré avoir travaillé avec un enfant qui avait été abusé sexuellement.

La relation d'aide auprès d'enfants ou d'adolescents ayant vécu des traumatismes n'est pas sans conséquence sur le vécu émotionnel des professionnels (Figley, 1995; Pearlman et Saakvitne, 1995; Stamm, 1995). En réaction à une exposition répétée à la détresse et aux événements traumatiques vécus par des clients dans le cadre de leur travail en protection de la jeunesse, certains d'entre eux sont susceptibles de présenter un stress traumatique secondaire (STS) (Stamm, 2010).

Le but de la présente étude est donc de documenter la prévalence du STS chez la population des intervenants<sup>1</sup> sociaux qui œuvre à l'application des mesures sous la Loi de la protection de la jeunesse au CIUSSS-CN. Elle vise également à identifier différents facteurs de risque personnels et professionnels associés à la présence du STS et d'établir leur poids relatif. Ces objectifs s'articulent dans la question de recherche suivante : *Quelle est la prévalence du STS chez les intervenants sociaux travaillant à l'application des mesures en*

---

<sup>1</sup> Par l'utilisation du terme intervenant, nous référons au titre d'emploi agent de relations humaines

*protection de la jeunesse et quels sont, parmi un ensemble de facteurs personnels et professionnels, ceux qui sont les plus fortement associés au STS?*

L'approche quantitative est celle que nous avons privilégiée afin de répondre à cette question. De plus, la démarche de recherche s'est appuyée sur la *Constructivist self-development theory* (CSDT), une théorie directement associée au domaine du trauma psychologique et inspirée du paradigme constructivisme.

Le mémoire qui est présenté dans les pages qui suivent est structuré de la façon suivante. La problématique de même que la pertinence sociale et scientifique de cette recherche seront tout d'abord présentées au chapitre 1. Suivra la présentation de la recension des écrits sur l'état des connaissances actuelles au chapitre 2. La méthodologie de la recherche documentaire, les limites des études recensées et le cadre théorique du CSDT y seront également discutés. Au chapitre 3, la méthodologie de la recherche sera détaillée. Les résultats obtenus suite aux différentes analyses statistiques seront présentés et discutés dans les chapitres 4 et 5. Finalement, les retombées estimées des résultats de cette étude pour la profession du travail social ainsi que les principales limites de notre recherche seront abordées.

# Chapitre 1

## Problématique

### 1.1 Définition des concepts

Le STS, qui est le point d'intérêt central de notre recherche, se définit comme étant des changements comportementaux et émotionnels que les professionnels qui sont en contact étroit avec des survivants de traumatismes peuvent éprouver en devenant des victimes indirectes du traumatisme (Figley, 1995). Il réfère au stress résultant de l'action d'aider ou de vouloir aider une personne traumatisée ou en souffrance. Le STS provoquerait des manifestations s'apparentant à l'État de stress post-traumatique (ESPT) : évitement, pensées intrusives et hypervigilance (Figley, 1995). En 2013, des modifications ont été apportées au DSM-IV afin d'inclure dans le DSM-V le fait « de vivre une exposition répétée ou extrême aux détails d'aversion de l'événement traumatique » dans les critères diagnostiques de l'ESPT (APA, 2013 : s.p., traduction libre).

Dans le cadre des études portant sur le STS, les chercheurs portent également leur attention sur d'autres types de problématiques concomitantes chez les intervenants, notamment sur l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion. Il n'est pas clair dans les écrits recensés comment ces problématiques sont inter-reliées ni comment elles s'influencent. Bien que notre étude porte sur la prévalence des STS chez les intervenants, nous porterons une certaine attention sur la prévalence de ces problématiques chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse. Les définitions proposées de ces deux problématiques sont les suivantes. L'épuisement professionnel est un processus pendant lequel le professionnel se désengage de son travail en réponse au stress et la tension (Cherniss, 1980). Il se caractérise par un épuisement émotionnel, un sentiment de dépersonnalisation et d'accomplissement réduit (Maslach, 1982). Par ailleurs, la fatigue de compassion, aussi

nommée usure de compassion, se définit comme une réduction de l'intérêt et de la capacité du professionnel à faire preuve d'empathie pour ses clients (Adams, Boscarino et Figley, 2006). Inversement, la satisfaction de compassion réfère au plaisir et à la satisfaction découlant du sentiment d'être capable de bien accomplir son travail et d'aider autrui (Stamm, 2010).

## **1.2 Prévalence du stress traumatique secondaire**

À notre connaissance, peu d'études ont été réalisées spécifiquement sur le STS chez les intervenants sociaux en protection de l'enfance. Dans leur revue systématique de littérature sur la résilience et l'épuisement professionnel chez les intervenants en protection de l'enfance qui a porté sur 65 articles (incluant la littérature grise), McFadden, Campbell et Taylor (2015) ont répertorié cinq études portant sur le STS pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 décembre 2009. Ces études sont celles de Aclaro-Lapidario, 2007; Bride, 2007; Caringi, 2007; Conrad et Kellar-Guenther, 2006 et Van Hook et Rothenberg, 2009.

Selon les résultats qui se dégagent de ces études, 70,2 % des travailleurs sociaux interrogés avaient présenté au cours de la dernière semaine au moins un symptôme de STS, 55 % d'entre eux répondaient aux critères diagnostiques d'au moins une manifestation de l'ESPT (intrusion, évitement ou hypervigilance) et 15,2 % répondaient à tous les critères diagnostiques de l'ESPT (Bride, 2007). De même, Van Hook et Rothenberg (2009) observent que 15,2 % des professionnels souffraient de fatigue de compassion/STS et 23,1 % d'épuisement professionnel. Dans le même ordre d'idées, Caringi (2007) observe que 74,7 % des répondants considèrent avoir vécu un STS. Enfin, Conrad et Kellar-Guenther (2006) notent que 50 % des intervenants interrogés présentent un niveau *élevé* ou *très élevé* de fatigue de compassion.

Les résultats de ces différentes études indiquent donc qu'une forte proportion des intervenants sociaux en protection de la jeunesse vit des manifestations de STS ou

d'épuisement professionnel. Or, les résultats de ces études américaines ne sont pas nécessairement généralisables à la réalité québécoise, compte tenu des différences importantes entre les lois qui prévalent et l'organisation des services qui diffère de ceux du Québec. On n'est donc pas en mesure d'établir si les intervenants sociaux du Québec sont exposés aux mêmes situations cliniques que les intervenants sociaux des États-Unis. De même, nous ne connaissons pas la prévalence du STS chez les intervenants sociaux du Québec. Des études plus spécifiques à la réalité des intervenants sociaux en protection de la jeunesse du Québec doivent être réalisées afin de mieux documenter ce problème et, éventuellement, offrir des services appropriés pour soutenir les intervenants présentant ce type de difficulté.

### **1.3 Les facteurs associés**

Dans les études recensées, les chercheurs ont étudié différentes variables pouvant être associées au STS. Parmi les principaux facteurs de risque possiblement associés au STS qui ont été investigués par les chercheurs, notons les antécédents de traumatisme personnel chez les intervenants sociaux dans le champ de la protection de l'enfance (Caringi, 2007; Cornille et Meyers, 1999; Michalopoulos et Aparicio, 2012; Nelson-Gardell et Harris, 2013; O'Bryant, 2008), les stratégies d'adaptation au stress utilisées par les intervenants (Anderson, 2000; Bennett, Evans et Tattersal, 1993; Van Hook et Rothenberg, 2009), les capacités relationnelles des professionnels, leur degré de contrôle sur soi et d'autonomie professionnelle (Regehr, Hemsworth, Leslie, Howe et Chau, 2004), le rôle de l'empathie (Caringi, 2007; Wagaman, Geiger, Shockley et Segal, 2015), les caractéristiques personnelles des intervenants (Pryce et coll., 2007; Sprang et coll., 2011; Van Hook et Rothenberg, 2009; Wagaman et coll., 2015) de même que le soutien organisationnel reçu et les caractéristiques liées à la charge de travail (Caringi, 2007; O'Bryant, 2008; Regehr et coll., 2004) et, enfin, le rôle du soutien social dans la résilience des intervenants (Michalopoulos et Aparicio, 2012).

## **1.4 Les conséquences possibles**

Au-delà de la souffrance personnelle vécue par le professionnel, l'exposition répétée des intervenants aux événements traumatiques vécus par leurs clients peut avoir des conséquences importantes sur la réalité du contexte de travail de ces professionnels, notamment sur la rétention du personnel en protection de l'enfance (Van Hook et Rothenberg, 2009). Cette conséquence est importante quand on sait que ces professionnels travaillent auprès d'enfants vulnérables qui ont besoin de continuité relationnelle, puisque plusieurs présentent des problèmes importants sur les plans de l'attachement et de la confiance. Ils précisent également que la capacité du professionnel à continuer d'offrir un accueil chaleureux, attentionné et à établir une relation de confiance avec la clientèle peut être compromise par une exposition permanente à la souffrance. Pour les organisations, cela peut représenter un taux d'absentéisme au travail plus élevé, une diminution de la productivité et de la qualité des services rendus à la clientèle, un taux de roulement de personnel élevé de même que des coûts financiers associés importants (Caringi, 2007; Pryce et coll., 2007; Van Hook et Rothenberg, 2009).

## **1.5 Niveau de connaissance des intervenants sociaux en protection de la jeunesse concernant le stress traumatique secondaire**

N'ayant recensé aucune étude sur la prévalence du STS chez les intervenants en protection de la jeunesse au Québec, nous avons réalisé à l'hiver 2016 un court sondage auprès d'une vingtaine d'intervenants pour documenter leur connaissance de cette problématique. En guise d'introduction, nous discutons de la préparation des intervenants à faire face aux traumatismes des clientèles en protection de la jeunesse.

La principale exigence d'embauche à titre d'agent de relations humaines en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN est d'avoir obtenu un diplôme universitaire de 1<sup>er</sup> cycle en criminologie, en psychoéducation ou en service social. Un nouveau diplômé en

service social de l'Université Laval a acquis un bagage de connaissances théoriques, cliniques et pratiques à travers sa formation académique d'une durée de trois ans et de stages en milieu professionnel. Le programme de baccalauréat en service social de l'Université Laval n'offre cependant pas de cours de sensibilisation et d'adaptation au stress lié à la profession. Les risques psychologiques associés à la profession peuvent être abordés de façon ponctuelle dans le cadre d'une initiative personnelle de certains professeurs ou par certains étudiants qui font de ce thème le sujet d'une présentation académique, mais il n'apparaît pas que ces enjeux professionnels sont abordés de façon formelle. Or, l'Université Laval ne semble pas faire exception à la règle en la matière. L'Université du Québec à Rimouski (UQAR), l'Université de Montréal (UdeM) et l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) n'offrent pas elles non plus, dans leur cursus de 1<sup>er</sup> cycle, de cours spécifique portant sur les stratégies d'adaptation au stress à développer par les futurs travailleurs sociaux de même que sur les risques psychologiques auxquels ils seront confrontés dans l'exercice de leur profession. Certaines études soulignent pourtant le manque de préparation des professionnels avant leur entrée dans les services de protection de l'enfance (Caringi, 2007; O'Bryant, 2008; Van Hook et Rothenberg, 2009). De plus, Van Hook et Rothenberg (2009) suggèrent que des cours de préparation aux enjeux psychologiques de la profession soient offerts à même les cursus universitaires.

À leur entrée en fonction en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN, les agents de relations humaines bénéficient de diverses formations pour les soutenir dans leurs nouvelles responsabilités professionnelles : 1) accueil par la Direction des ressources humaines (3 heures), 2) politiques, procédures et guides à l'intention des intervenants psychosociaux (3 heures), 3) dossier de l'utilisateur (3 heures 30), 4) intervention en contexte de protection (13 heures) et 5) approches sécuritaires en milieu de travail (13 heures) (CJQ-IU, 2013). Ces formations d'intégration abordent principalement du contenu clinique et légal. Un regard plus approfondi sur la formation *Approches sécuritaires en milieu de travail* a permis de consulter le descriptif des huit sujets abordés dans le cadre de ces deux journées de formation. Le contenu de cette formation se centre principalement sur les situations de

violence physique et sur les risques reliés à l'intégrité physique des intervenants. La formation aborde également des notions comme le transfert et le contre-transfert de même que la post-vention lors d'incidents de violence physique. Les risques psychologiques d'épuisement professionnel et de STS associés à la pratique du service social en protection de la jeunesse ne sont pas inscrits au descriptif de la formation. Selon un formateur consulté, le sujet des risques psychologiques serait cependant discuté à titre préventif et informatif dans le cadre de la formation. De plus, les services du programme d'aide aux employés (PAE) sont présentés à tous les nouveaux ARH.

Pour les agents de relations humaines en période probatoire, un second plan de formation est offert : 1) PSII – PSI – PI (9 heures 30), 2) dilemmes éthiques (6 heures 30) et 3) l'activité d'évaluation du DPJ à l'étape évaluation-orientation dans le contexte des activités réservées (13 heures). Une formation spécifique sur l'adaptation au stress et sur les enjeux psychologiques liés à l'intervention psychosociale en contexte de protection de la jeunesse n'est toujours pas incluse à cette étape. Finalement, au cours de leurs cinq premières années de pratique, les agents de relations humaines doivent avoir complété un lot de formations supplémentaires : 1) retrait et placement de l'enfant (6 heures 30), 2) élaboration de l'entente sur des mesures volontaires (6 heures 30), 3) visite supervisée (6 heures 30), 4) informations légales (3 heures), 5) habiletés à témoigner (6 heures 30), 6) démarche de projet de vie (26 heures) et les adolescents vulnérables au suicide en protection de la jeunesse (13 heures) (CJQ-IU, 2013).

Depuis janvier 2014, le Programme d'accompagnement et de soutien aux nouveaux intervenants (PASNI) a été mis en place par le Centre jeunesse de Québec, aujourd'hui composante du CIUSSS-CN. Tous les nouveaux intervenants de moins de deux ans d'ancienneté bénéficient ainsi de ce programme au sein duquel travaillent à temps complet quatre travailleurs sociaux : « Ces mesures de soutien professionnel à l'égard des nouveaux employés s'inscrivent dans le cadre de la réalisation des plans d'action PMO (planification de la main-d'œuvre) et Entreprise en santé – Élite du CJQ-IU contribuant à la rétention de ce

personnel, de même qu'à sa santé et son bien-être » (CJQ-IU, 2015, p. 2). À la lecture de ce document, il est constaté qu'il n'y a pas d'objectifs précis concernant la sensibilisation sur les risques psychologiques associés à la pratique du service social. Cependant, lors d'un entretien avec un professionnel œuvrant au sein de ce programme, il nous a expliqué que la capacité de gestion du stress fait partie des huit compétences de base qui sont abordées dès l'entrevue d'embauche et qui sont rediscutées en suivi individuel selon les besoins de chacun des nouveaux employés dans le cadre du programme PASNI.

Malgré l'ampleur de la problématique et les conséquences possibles associées au STS, une méconnaissance du phénomène semble être présente chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN. Dans une visée exploratoire, un sondage comptant cinq questions a été effectué à l'hiver 2016 auprès de 17 intervenants sociaux et éducateurs œuvrant à l'application des mesures afin de documenter leur niveau de connaissance au sujet du STS. Les résultats de ce sondage indiquent que 70,5 % d'entre eux affirment ne pas connaître la problématique du STS associé à la pratique de la relation d'aide et 94 % soutiennent ne jamais avoir reçu d'information et/ou de sensibilisation sur ce sujet par leur employeur depuis qu'ils œuvrent en protection de la jeunesse. Le même pourcentage de répondants au sondage (94 %) affirme également ne jamais avoir abordé ce sujet en supervision clinique. Ces résultats démontrent une méconnaissance importante de la problématique par les professionnels concernés. Se protéger de quelque chose que l'on ne connaît pas relève de l'impossible. La reconnaissance d'une problématique et la sensibilisation sont souvent les premiers et plus importants pas à franchir.

Ce tour d'horizon des données de recherche sur le problème à l'étude permet de constater une prévalence élevée de STS chez les intervenants en protection de la jeunesse hors Québec. En outre, certains facteurs personnels et professionnels semblent être associés à sa présence. Enfin, on note que cette thématique n'est pas connue par les intervenants en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN que nous avons sondés et qu'ils ne bénéficient pas de formation sur cette question afin de mieux prévenir ces traumatismes indirects.

## Chapitre 2

### État des connaissances

Cette section vise à présenter les résultats de notre recension des écrits sur la prévalence du STS chez les intervenants œuvrant en protection de la jeunesse et sur les facteurs de risque personnels et professionnels associés à cette problématique. Dans l'ordre, nous présentons la méthodologie de recherche documentaire appliquée. Suivront les résultats des études recensées sur les facteurs de risque personnels et professionnels associés à cette problématique soit les antécédents personnels de traumatismes psychologiques, la capacité d'adaptation au stress, le rôle de l'empathie, les facteurs organisationnels et les caractéristiques personnelles.

#### 2.1 Méthodologie de la démarche de recherche documentaire

Dans le cadre de la recherche documentaire, quatre banques de données ont été interrogées : Social Services Abstracts, Social Work Abstracts, PsychInfo et Cairn. Les mots clés utilisés sont : *social workers*, *child welfare*, *psychological distress*, *occupational distress*, *secondary traumatic stress* et *compassion fatigue*. Les résultats de cette recherche documentaire seront présentés en fonction des catégories suivantes : l'histoire des traumatismes vécus par les professionnels, les capacités d'adaptation au stress, le niveau d'empathie des intervenants, les facteurs organisationnels et les caractéristiques personnelles des intervenants.

#### 2.2 Une histoire personnelle marquée d'un traumatisme

En 1995, lorsque Figley a identifié le STS, il soutenait que quatre facteurs pouvaient contribuer à augmenter la vulnérabilité des intervenants à l'égard de cette problématique :

l'empathie, le fait d'être exposé aux récits traumatiques d'enfants, une histoire personnelle marquée par un traumatisme et les traumatismes psychologiques personnels non résolus. Certains chercheurs se sont donc intéressés de plus près à la question des antécédents personnels de traumatisme chez les professionnels en protection de l'enfance comme facteur pouvant prédisposer au STS. Nelson-Gardell et Harris (2003) mentionnent à cet effet qu'une histoire personnelle marquée par des abus ou de la négligence en bas âge augmente le risque pour le professionnel de développer un STS. Les résultats de leur étude indiquent par ailleurs qu'une histoire de négligence ou d'abus sur le plan émotionnel semble être ce qui place les professionnels le plus à risque. D'autres études ont également confirmé l'hypothèse que les antécédents de trauma personnel peuvent avoir un impact sur le développement de STS (Caringi, 2007; Cornille et Meyers, 1999).

Les résultats des études ne font cependant pas l'unanimité sur ce sujet. En 2012, Michalopoulos et Aparicio ont examiné les antécédents de traumatisme des 160 travailleurs sociaux participant à leur étude portant sur le rôle de l'histoire personnelle de trauma, du soutien social et du nombre d'années d'expérience dans la profession sur le développement de traumatismes vicariants. Les résultats de leur étude ne confirment pas l'hypothèse que l'histoire de traumatisme personnel du travailleur social prédirait les symptômes de STS. Caringi (2007) conclut également que les antécédents personnels de traumatisme ne sont pas liés à la présence de STS chez la population de travailleurs sociaux qu'il a étudiée.

Cette divergence pourrait être expliquée par le fait que l'étude descriptive de Caringi (2007) a porté sur un échantillon de travailleurs sociaux volontaires plutôt que sur un échantillon aléatoire de participants. De plus, considérant la nature sensible et subjective de la question de l'histoire de traumatisme personnel, il est difficile d'évaluer si les participants sous-estiment leurs expériences d'antécédents de traumatisme personnel.

De leur côté, Michalopoulos et Aparicio (2012) n'ont pas questionné sur le type ou le moment de l'événement traumatique vécu, ce qui limite la compréhension du

développement de traumatisme indirect chez les travailleurs sociaux. De plus, le type de traitement que les travailleurs sociaux ont reçu dans le passé en lien avec le traumatisme vécu n'a pas été évalué, ce qui pourrait avoir un impact potentiel sur le développement d'un traumatisme indirect.

### **2.3 Les capacités d'adaptation au stress**

La capacité des professionnels à s'adapter au stress vécu dans le cadre de leur travail en protection de l'enfance a également fait l'objet de différentes études. Cette variable a principalement été mise en relation avec la détresse psychologique vécue par les intervenants. Sur le plan individuel, le type de stratégies d'adaptation utilisé serait un élément central dans le maintien d'une santé mentale équilibrée pour le professionnel (Anderson, 2000) et jouerait un rôle de facteur de protection concernant le STS. À cet effet, une étude de Bennett, Evans and Tattersal (1993) indique que les travailleurs sociaux dans les services en protection de l'enfance affirment être moins en mesure d'utiliser la technique de distanciation et se sentent plus empêtrés par les préoccupations de leurs clients que les professionnels en relation d'aide dans d'autres champs d'intervention.

Par ailleurs, l'étude d'Anderson (2000) a permis d'établir que les intervenants qui utilisaient des stratégies d'évitement étaient plus susceptibles de se sentir émotionnellement épuisés, d'avoir une impression de dépersonnalisation et d'avoir un sentiment d'accomplissement réduit. Les stratégies d'adaptation d'évitement se traduisent par le fait qu'un individu gère la transaction personne-environnement qui est source de stress en évitant de penser à, ou de parler de, la situation (Anderson, 2000). Aider les professionnels en protection de l'enfance à développer des stratégies d'adaptation au stress centrées sur les émotions pourrait aider à prévenir ou à remédier à une certaine détresse psychologique liée à leur travail (Anderson, 2000) et protégerait du STS.

## 2.4 Le rôle de l'empathie

Tel que mentionné précédemment, l'empathie serait, selon Figley (1995), un concept central du STS. Elle serait au cœur des interactions intervenant-client dans un contexte de relation d'aide. Certains chercheurs ont donc accordé un intérêt particulier à ce concept. On entend par empathie le processus multidimensionnel impliquant des composantes cognitives et affectives de compréhension et d'identification des pensées, des sentiments et des états émotionnels d'autrui (Batson, 2011; Gibbons, 2011 cités dans Wagaman, Geiger, Shockley et Segal 2015).

Pour Conrad et Kellar-Guenther (2006), l'empathie est considérée comme un facteur de risque de STS, de la fatigue de compassion et de l'épuisement professionnel chez les intervenants sociaux. Ils affirment que plus les thérapeutes sont empathiques, plus ils sont susceptibles d'internaliser le traumatisme de leur client. À cet effet, Pines et Aronson (1988; cités dans Anderson, 2000) mentionnent que les femmes sont plus vulnérables à la détresse psychologique au travail considérant leur plus grande capacité d'empathie et d'attachement.

Si certains chercheurs maintiennent que l'empathie est un facteur de risque du STS, d'autres, au contraire, notent que cette qualité constituerait un facteur de protection face au trauma indirect. À cet égard, Wagaman et coll. (2015) concluent que l'empathie et ses composantes cognitives et affectives peuvent être des facteurs contribuant au maintien du bien-être et à la longévité des travailleurs sociaux dans la profession. Ils affirment qu'elles peuvent prévenir ou réduire l'épuisement professionnel et le STS.

Cette différence au niveau des résultats en ce qui concerne le rôle de l'empathie peut être expliquée par le fait que Wagaman et coll. (2015) ont utilisé pour leur étude l'*Empathy Assessment Index* (EAI) qui permet de mesurer les quatre composantes de l'empathie. De leur côté, Conrad et Kellar-Guenther (2006) n'ont pas utilisé d'instrument standardisé pour mesurer spécifiquement le concept de l'empathie.

## **2.5 Les facteurs organisationnels**

L'influence des facteurs organisationnels sur la détresse psychologique des intervenants sociaux en protection de la jeunesse a fait l'objet de différentes études. À cet égard, celle de Regehr, Hemsworth, Leslie, Howe et Chau (2004) réalisée auprès de 156 intervenants des services de protection de l'enfance de Toronto nous apprend que les plus forts prédicteurs de détresse psychologique, facteurs de risque du STS, sont la charge de travail, la présence de clients aux comportements difficiles dans la charge de cas, les changements organisationnels et le regard critique du public sur leur mandat professionnel. D'autres facteurs organisationnels associés au STS ont été identifiés par Caringi (2007) et O'Bryant (2008), soit le nombre de cas cliniques sévères dans la charge de travail, le nombre de dossiers, l'imprévisibilité du travail, les traits de personnalité des clients, les pressions administratives et juridiques et les importantes responsabilités professionnelles. Pour Van Hook et Rothenberg (2009), le manque de reconnaissance du STS par les gestionnaires et les organisateurs constitue également un facteur de risque de cette problématique. Une supervision clinique adéquate et suffisante est également considérée comme étant un élément clé dans le bien-être psychologique des intervenants sociaux en protection de la jeunesse et dans leur rétention dans ce champ de pratique (Caringi, 2007; Pryce et coll., 2007).

## **2.6 Les caractéristiques personnelles**

Finalement, certaines études se sont intéressées aux caractéristiques personnelles des intervenants et à l'influence de ces dernières dans le développement du STS. Dans les données qu'ils ont recueillies auprès de 666 professionnels (intervenants, superviseurs, gestionnaires) œuvrant en protection de la jeunesse dans cinq états américains, Pryce et coll. (2007) ont, entre autres, constaté que davantage de jeunes intervenants ayant peu d'années d'expérience professionnelle présentaient un STS. Les résultats de Van Hook et Rothenberg (2009) vont dans le même sens et précisent que les travailleurs plus jeunes et les femmes ont des scores sensiblement plus élevés concernant l'épuisement professionnel, la fatigue de

compassion et le STS. Plusieurs années d'expérience dans la profession ont également été associées à des niveaux inférieurs d'épuisement professionnel et à des niveaux plus élevés de satisfaction de compassion dans l'étude de Wagaman et coll. (2015).

Des résultats divergents en ce qui concerne le rôle du genre ont cependant été mis en évidence par l'étude transversale comparative de Sprang et coll. (2011). Ces chercheurs se sont intéressés au niveau de STS et d'épuisement professionnel de 668 travailleurs sociaux œuvrant dans différents champs de pratique. Leurs données indiquent que les hommes ont des niveaux plus élevés de STS et d'épuisement professionnel que leurs homologues féminins. Cependant, un examen plus approfondi de la répartition des sexes révèle que 32,2 % des hommes de cet échantillon étaient des travailleurs en protection de la jeunesse, indiquant que le fait de travailler en protection de la jeunesse peut avoir influencé ce résultat inhabituel dans la littérature.

Retenons globalement que les intervenants plus jeunes et moins expérimentés sur le plan professionnel seraient plus à risque de présenter un STS et de vivre de l'épuisement professionnel et de la fatigue de compassion.

## **2.7 Sommaire des conclusions de la recension**

Cette recension des écrits a permis d'établir que les différents facteurs de risque ayant fait l'objet d'études sont associés à différentes problématiques qui semblent parfois confondues dans la littérature. Le tableau suivant permet de jeter un éclairage sur la relation entre les facteurs de risque étudiés et les problématiques associées.

**Tableau 1: Relation entre les facteurs de risque étudiés et les problématiques associées**

<b>Facteurs étudiés</b>	<b>Problématique associée</b>
Exposition à des traumatismes au travail	STS
Antécédents de trauma personnel	STS
Empathie	Épuisement professionnel, fatigue de compassion et STS
Facteurs organisationnels	Épuisement professionnel et STS
Caractéristiques personnelles (jeune âge et expérience professionnelle limitée)	STS, Épuisement professionnel et fatigue de compassion

La lecture de ce tableau permet de constater que les facteurs de risque suivants soit l'exposition aux traumatismes de la clientèle, les antécédents de trauma personnel, le jeune âge des intervenants et le nombre limité d'années d'expérience de travail, seraient associés plus spécifiquement au STS. Puisque notre étude porte sur les facteurs associés au STS, seules les variables spécifiquement associées au STS seront considérées lors des analyses visant à distinguer les intervenants québécois présentant ou non un STS.

## **2.8 Limites des études recensées**

Les études recensées présentent certaines lacunes méthodologiques qui limitent la portée de leurs conclusions. Par exemple, les échantillons des études réalisées sont généralement restreints, ce qui nuit à la validité externe des résultats obtenus (Bride, 2007; Conrad et Kellar-Guenther, 2006; Regehr et coll., 2004). La majorité des travaux cités dans la présente recension sont par ailleurs des études transversales quantitatives (Anderson, 2000; Bride, 2007; Conrad et Kellar-Guenther, 2006; Regehr et coll., 2004; Van Hook et Rothenberg 2009; Wagaman et coll., 2015). Il serait intéressant d'étudier la question dans le cadre d'une étude longitudinale, sur le continuum d'une carrière dans le champ de la

protection de la jeunesse par exemple. De plus, la réalisation d'un plus grand nombre d'études qualitatives pourrait permettre une compréhension différente basée sur le vécu émotionnel des intervenants.

L'absence de données sur les personnes ayant refusé de participer aux études est également une limite importante. Les répondants vivaient-ils des difficultés d'ordre psychologique qui les a motivés à s'exprimer ou, au contraire, les non-répondants étaient-ils en détresse psychologique et n'ont pas souhaité participer à l'étude par crainte d'avoir à confronter leurs souffrances? Dans les deux cas, les caractéristiques des non-répondants pourraient influencer les résultats.

Une dernière critique à formuler à l'égard de l'ensemble des études citées est le fait qu'aucune d'entre elles n'ait inclus les travailleurs sociaux en congé de maladie ou ceux ayant quitté les services de protection de l'enfance. Ces données pourraient à leur tour influencer les résultats obtenus.

Certaines des limites qui viennent d'être présentées dans cette section seront reproduites dans la présente étude. En effet, les ressources financières et le temps dont nous disposons occasionnent des contraintes importantes qui rendent difficile la collecte de données auprès des intervenants sociaux actuellement en arrêt de travail et impossible la réalisation d'une étude longitudinale. Malgré tout, notre étude permettra d'avoir un aperçu de la prévalence du STS et des problématiques concomitantes chez les intervenants sociaux à l'application des mesures et des principaux facteurs personnels et professionnels associés au STS.

## 2.9 Objectifs de l'étude

Le premier objectif de notre étude est d'établir la prévalence du STS chez les intervenants sociaux œuvrant à l'application des mesures en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN. À titre exploratoire, nous documenterons également la prévalence de l'épuisement professionnel et de la satisfaction de compassion. Le deuxième objectif vise à identifier parmi les facteurs de risque ciblés dans les études recensées (exposition aux traumatismes de la clientèle, antécédents de trauma personnel, jeune âge des intervenants et expérience professionnelle limitée) ceux qui sont associés à la présence de STS chez les intervenants en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN. Enfin, le troisième objectif est de documenter le poids relatif des facteurs qui seront identifiés. L'atteinte de ces objectifs permettra de développer une meilleure connaissance du vécu psychologique des intervenants sociaux qui assurent le suivi des enfants et des adolescents dont le développement et la sécurité sont compromis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).

## 2.10 Perspective théorique et paradigme épistémologique

Il est possible d'aborder la question de recherche sous différents angles théoriques. La théorie retenue est celle de la *Constructivist self-development theory* développée par McCann et Pearlman (1990) et inspirée du constructivisme. Cette théorie, découlant du domaine de la psychologie, offrait originellement une base théorique pour comprendre les effets et les impacts subjectifs psychologiques d'un événement traumatique sur les victimes primaires. Les auteurs ont par la suite appliqué cette théorie aux professionnels en relation d'aide œuvrant dans le champ du trauma psychologique, afin de comprendre les impacts psychologiques pouvant être vécus par ces professionnels (victimes secondaires) (Brend, 2014).

La CSDT définit la façon dont le matériel traumatique auquel sont exposés indirectement les intervenants influence leurs schémas cognitifs. Le principal postulat de

cette théorie, en cohérence avec le constructivisme, est que les individus construisent leur réalité dans l'interaction avec autrui. Cette relation contribue au développement de schémas cognitifs qui influencent par la suite leur analyse et leur compréhension des événements qui surviennent (McCann et Pearlman, 1990). Ce cadre théorique et le paradigme dans lequel il s'inscrit permettent ainsi de mettre l'accent sur l'intégration, la signification et l'adaptation de la personne suite à un traumatisme, qu'il soit direct ou indirect (Brend, 2014).

En relation d'aide, l'interaction client-intervenant dans un contexte de traumatismes psychologiques vient exposer, de façon secondaire, le professionnel à du matériel traumatique. L'exposition secondaire répétée à des récits traumatiques peut avoir des implications pour les professionnels, entraîner des réponses variées et susciter des conséquences négatives (McCann et Pearlman, 1990).

La relation établie avec le client s'articule à travers le langage, dans toutes ses formes, et est un lieu de construction pour l'intervenant. Un lien peut ainsi être fait entre le processus du langage au sein du constructivisme (externalisation, objectivation et internalisation) et l'objectif de la CSOT qui vise à mettre l'accent sur l'intégration, la signification et l'adaptation de la personne suite à un traumatisme direct ou indirect. Le professionnel reçoit les verbalisations de la personne en souffrance, traite l'information et réalise les interventions nécessaires. Parallèlement, sur le plan personnel, l'intervenant reçoit une charge émotive et un vécu traumatique dans l'interaction avec autrui. Il donne un sens à cette expérience à partir de ses schémas de pensées, de son système de valeurs, de son histoire personnelle, de son environnement et du contexte. Cela vient ainsi influencer sa construction de la réalité et de la relation d'aide en elle-même.

Percevoir la souffrance psychologique des intervenants sociaux en protection de la jeunesse sous un angle constructivisme permet également de mettre l'accent sur les causes qui sont externes aux professionnels. Trop souvent, les manifestations de détresse psychologique des professionnels sont perçues comme composantes d'un état pathologique

et traitées comme telles, ce qui pourrait s'apparenter davantage à la pensée positiviste. Nous ne devons pas y voir uniquement un problème individuel découlant essentiellement de facteurs de risque personnels. Il est en effet important de s'attarder également au contexte, soit à l'environnement professionnel et personnel des intervenants.

## **Chapitre 3**

### **Méthodologie**

Cette section est consacrée à la présentation des informations méthodologiques de notre étude. Dans l'ordre, nous discutons de l'approche privilégiée, du type de recherche, des variables retenues et des instruments de mesure. Nous procéderons également au descriptif de notre population à l'étude et de notre échantillon, du taux de participation, du déroulement de la collecte des données, des analyses statistiques et des considérations éthiques.

#### **3.1 Approche privilégiée**

La méthodologie privilégiée pour ce projet de recherche est de type quantitatif. Une approche quantitative permet de colliger des données chez un grand nombre de sujets à l'aide d'instruments standardisés (Turcotte, 2000). La pertinence de ce choix s'établit en regard de notre objectif de recherche qui vise à traiter d'une réalité dans son ensemble, plutôt que de la réalité spécifique d'un nombre restreint de sujets.

#### **3.2 Type de recherche**

Considérant le faible niveau de connaissance actuelle sur le phénomène étudié, une étude descriptive quantitative apparaît indiquée. Tel que mentionné par Fortin (2010), décrire permet de « [...] caractériser les phénomènes, les concepts ou les conditions existantes d'une population particulière » (p. 204).

### 3.3 Variables retenues

En lien avec le premier objectif de l'étude, nous documenterons la prévalence du STS dans la population à l'étude, à savoir les intervenants œuvrant à l'application des mesures en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN. À titre exploratoire, nous documenterons également la prévalence de l'épuisement professionnel de même que le niveau de satisfaction de compassion chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse. La prévalence du STS a été documentée à l'aide du *Secondary Traumatic Stress Scale* de Bride, Robinson, Yegidis et Figley (2004). La prévalence des problématiques concomitantes a été documentée à l'aide de l'*Échelle de qualité de vie professionnelle* de Stamm (2009). Les différentes sous-échelles incluses dans ces questionnaires sont présentées au tableau 2.

En lien avec le deuxième objectif de l'étude, nous tenterons d'établir s'il y a une association entre la présence de STS et certains facteurs dont l'exposition aux traumatismes de la clientèle, les antécédents de trauma personnel, le jeune âge des intervenants et l'expérience professionnelle limitée. Ces facteurs de risque ont été documentés à l'aide d'un questionnaire élaboré pour la recherche. Ce questionnaire a également permis de documenter d'autres caractéristiques personnelles et professionnelles d'intérêt des intervenants participants à l'étude. Celles-ci permettront d'avoir une image plus complète de la réalité de ces professionnels.

**Tableau 2: Principales variables à l'étude**

<b>Variables</b>	<b>Échelles</b>	<b>Instruments de mesure</b>
Qualité de vie professionnelle	Présence et sévérité de : — stress traumatique secondaire — épuisement professionnel — satisfaction de compassion	<i>Échelle de qualité de vie professionnelle</i> de Stamm (ProQOL-V) (2009)
Stress traumatique secondaire	Présence et sévérité de manifestation : — d'évitement — pensées intrusives — d'hypervigilance	<i>Secondary Traumatic Stress Scale</i> de Bride, Robinson, Yegidis et Figley (2004)
Informations personnelles et professionnelles	— L'expérience professionnelle — La charge de cas — Supervision clinique — Connaissances du phénomène du STS — Souffrance perçue chez les collègues de travail — Histoire personnelle marquée par un événement traumatique au travail — Histoire personnelle marquée par un événement traumatique à l'extérieur du travail — Soutien social — Suivi d'un traitement pharmacologique actuel ou passé — Suivi professionnel d'aide psychologique, actuel ou passé.	Questionnaire conçu aux fins de l'étude

### 3.4 Description des instruments de mesure

Tel que mentionné précédemment, deux instruments de mesure standardisés ont été utilisés au cours de l'étude afin de documenter la prévalence du stress traumatique secondaire, de l'épuisement professionnel et le niveau de satisfaction de compassion. Ces

instruments de mesure sont l'*Échelle de qualité de vie professionnelle* de Stamm (2009) et le *Secondary Traumatic Stress Scale* de Bride et coll. (2004). De plus, un questionnaire visant à recueillir des informations personnelles et professionnelles sur les intervenants a été construit spécifiquement pour cette recherche. Dans cette section, nous décrivons chacun de ces instruments de mesure.

#### 3.4.1 L'*Échelle de qualité de vie professionnelle*

Le *Professional Quality of Life* (ProQOL-V) permet de mesurer le stress traumatique secondaire, l'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion. Ce questionnaire a été utilisé pour documenter la prévalence des deux dernières problématiques. Le ProQOL-V est la cinquième version de cet instrument développé par Beth H. Stamm (2009). Cet instrument est disponible en français, mais sa validation a été effectuée en anglais. Le questionnaire de l'*Échelle de qualité de vie professionnelle* compte 30 items répartis en trois sous-échelles (épuisement professionnel, stress traumatique secondaire, satisfaction de compassion) de 10 items chacun. Une échelle de Likert en 5 points est utilisée pour mesurer chacun des items variant entre *jamais* et *très souvent*. Les participants devaient répondre en se basant sur leur vécu des 30 derniers jours. La cohérence interne de l'instrument est de 0,72 pour l'épuisement professionnel et de 0,87 pour le stress traumatique secondaire et la satisfaction de compassion.

#### 3.4.2 L'*Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire*

La *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) est une échelle de 17 items développée par Brian E. Bride et coll. (2004) de l'Université du Tennessee aux États-Unis. Cet instrument permet de mesurer la présence et la fréquence de différentes manifestations du STS soit l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance auprès de professionnels en relation d'aide exposés de façon indirecte à des événements traumatiques (Bride et coll., 2004). La validité de cet instrument a été démontrée. Le STSS présente un coefficient alpha de 0,94.

Les sous-échelles d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance ont respectivement des coefficients alpha de 0,83, 0,89 et 0,85 (Bride et coll., 2004). Dans le cadre de la présente étude, seul le score total de STS sera présenté. Aux fins de cette étude, l'instrument a été traduit en français. La version française n'a cependant pas été validée. Brian E. Bride a été contacté par courriel à cet effet et ce dernier a donné son approbation pour la traduction en français de la présente échelle de même que son utilisation dans le cadre de notre étude.

### *3.4.3 Questionnaire conçu aux fins de la recherche*

Un questionnaire comportant 31 questions a été construit précisément pour la réalisation de cette étude. Il a permis dans un premier temps de recueillir des informations sociodémographiques telles que le genre, l'âge, le nombre d'années d'expérience et la scolarité. Le questionnaire a également permis de collecter des informations concernant certaines caractéristiques de notre échantillon soit le nombre et la durée des arrêts de travail vécus en lien avec de la détresse psychologique au travail, le suivi passé ou actuel d'un traitement pharmacologique ou thérapeutique en lien avec une telle détresse de même que le niveau de connaissances des participants sur les concepts à l'étude. Finalement, certaines questions visaient également à documenter le contexte de travail des participants tel que le nombre de dossiers et la fréquence des supervisions cliniques.

## **3.5 Population à l'étude**

La population à l'étude est constituée des agents de relations humaines, titulaires de poste ou contractuels, des dix équipes de l'application des mesures en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN. Pour des raisons de faisabilité, seuls les agents de relations humaines qui exerçaient la profession au moment de la collecte de données ont été contactés. Cela exclut donc les professionnels en congé de maladie, en retrait préventif, en congé de maternité, en congés divers de même que les affectations à d'autres tâches et ceux temporairement sur la liste de rappel.

### **3.6 Description de l'échantillon à l'étude**

L'échantillonnage représente une portion d'un certain nombre de participants prélevée à l'intérieur d'une population déterminée par les objectifs de recherche. Il s'avère nécessaire lorsque la population à l'étude est trop grande (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Dans le cas présent, tous les agents de relations humaines qui étaient au travail ont été approchés pour participer à la recherche. Le nombre d'intervenants œuvrant à l'application des mesures au CIUSSS-CN au moment de la collecte de données était de 118 (N= 118). De ce nombre, 85 questionnaires ont été remplis (n= 85). Ainsi, le taux de participation pour cette étude est de 72 %.

#### *3.6.1 Genre et âge des participants*

La population à l'étude est composée à 86,1 % de femmes et à 13,9 % d'hommes. Cela représente 68 femmes, 11 hommes et 6 données manquantes pour la variable du genre. Il s'agit de la variable pour laquelle on observe le plus grand nombre de données manquantes. Une hypothèse plausible pour expliquer cet état de fait est que les participants qui n'ont pas indiqué leur genre l'ont possiblement fait dans le but de ne pas être identifiables. À cet égard, quelques commentaires en ce sens ont été formulés lors de la collecte de données. En effet, considérant qu'il s'agit d'une petite population à l'étude, quelques personnes avaient soulevé le fait qu'en combinant la catégorie d'âge, le genre, le domaine d'étude et le nombre d'années d'expérience, la chercheuse pourrait être en mesure d'identifier un participant.

Les différentes catégories d'âge des intervenants sont par ordre d'importance les 26-35 (44,7 %), les 36-45 ans (28,2 %), les 19-25 (9,4 %), les 46-55 ans (16,5 %) et les 55 ans et plus (1,2 %).

### *3.6.2 Le domaine et le niveau d'étude complété*

En ce qui concerne le domaine d'étude des intervenants interrogés, 76,2 % d'entre eux ont complété leur étude en service social, 20,2 % en psychoéducation, 2,4 % en criminologie et 1,2 % en psychologie. Trois intervenants sur quatre (76,5 %) ont complété un baccalauréat, 21,2 % ont complété une maîtrise et 2,4 % des intervenants indiquent que leur dernier niveau d'études complété est un diplôme d'études collégial.

### *3.6.3 L'expérience professionnelle des intervenants*

Le nombre d'années d'expérience professionnelle en relation d'aide varie de 0,25 à 32 ans. La moyenne obtenue est de 11,54 ans (écart-type = 8,31). Les données concernant le nombre d'années d'expérience en protection de la jeunesse sont sensiblement les mêmes (moyenne = 10,78 ans, écart-type = 7,93), ce qui laisse croire que les intervenants interrogés œuvrent majoritairement en protection de la jeunesse depuis le début de leur carrière.

## **3.7 Déroulement de la collecte des données**

Afin de réaliser la collecte de données, chacune des équipes à l'application des mesures en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN a été rencontrée dans le cadre d'une réunion d'équipe. Les présentations dans les équipes d'application des mesures se sont déroulées entre janvier et mars 2017. Lors de ces présentations, le but, les objectifs et la question de recherche ont été présentés aux intervenants. La présentation et la lecture du feuillet d'information (Annexe 2) ont été effectuées lors de ces présentations. Les questionnaires auto-administrés, composés des deux échelles standardisées et du questionnaire conçu aux fins de la recherche ont également été présentés et remis aux agents de relations humaines.

Considérant la nature du sujet à l'étude, le besoin d'introspection pour compléter les questionnaires et la possibilité que cet exercice puisse susciter des réactions sur le plan psychologique pour les participants, les questionnaires étaient remis aux participants afin de leur laisser la liberté de compléter le tout au moment et à l'endroit qu'ils souhaitaient. Ce laps de temps accordé aux participants pour remplir le questionnaire avait pour objectif de leur laisser l'espace pour se livrer avec davantage d'ouverture et moins de contraintes. Les participants étaient informés au moment des présentations dans les équipes que les questionnaires seraient récupérés deux semaines plus tard, soit à leur prochaine réunion d'équipe. Il a également été mentionné aux participants que le fait de participer à l'étude pouvait leur faire vivre des émotions plus difficiles. Il a donc été porté à leur connaissance qu'une liste de ressources d'aide et de références sur le sujet de la fatigue de compassion, de l'épuisement professionnel et du STS était incluse dans le feuillet d'information.

Une activité de relance a été effectuée auprès des intervenants par voie électronique. Un courriel de rappel présenté à l'Annexe 3 a été envoyé aux gestionnaires et aux agentes administratives de chacune des équipes deux jours avant la date prévue de récupération des instruments de mesure complétés.

### **3.8 Analyses statistiques**

En plus des analyses descriptives afin de rendre compte des caractéristiques personnelles et professionnelles des intervenants (voir précédemment), nous avons réalisé des analyses comparatives (chi-carré) entre les intervenants présentant un stress traumatique secondaire et ceux qui ne présentaient pas cette problématique sur la base de différents facteurs de risque personnels et professionnels. Enfin, nous avons extrait les facteurs de risque distinctifs de deux sous-groupes et nous avons fait une analyse de régression logistique afin d'identifier, parmi ces facteurs de risque, ceux les plus fortement associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux.

### 3.9 Considérations éthiques

Une lettre de convenance du Comité de la coordination de la recherche du CIUSSS-CN a été émise le 20 septembre 2016 attestant de la pertinence et de la faisabilité de la présente recherche. Par la suite, la certification de conformité éthique dispensée par le Comité d'éthique sectoriel de la recherche *Jeunes en difficulté et leur famille* du CIUSSS-CN a été reçue en date du 14 novembre 2016. Finalement, une demande écrite de modification à notre projet a été présentée au Comité d'éthique sectoriel de la recherche *Jeunes en difficulté et leur famille* du CIUSSS-CN en janvier 2017 afin d'obtenir l'autorisation d'effectuer une activité de relance auprès des participants à l'étude, par voie électronique, relativement à la récupération des questionnaires complétés. En date du 31 janvier 2017, le Comité d'éthique nous autorisait par écrit à procéder de la sorte.

## **Chapitre 4**

### **Résultats**

Dans ce chapitre, les résultats des analyses effectuées sur les données colligées auprès des intervenants seront présentés. En guise d'introduction, nous présentons différentes données concernant le contexte professionnel des participants à l'étude et certaines de leurs caractéristiques personnelles pouvant avoir un impact sur la présence de STS, d'épuisement professionnel et de satisfaction de compassion. Suivra la présentation des résultats des participants aux différents questionnaires utilisés afin d'établir la prévalence du stress traumatique secondaire, de l'épuisement professionnel et le niveau de satisfaction de compassion. Cette première étape permettra d'identifier les intervenants qui présentent un STS. Dans un deuxième temps, nous présenterons les résultats des comparaisons entre les deux sous-groupes formés des intervenants présentant un STS et ceux ne présentant pas une telle problématique (N-STS) afin d'identifier les facteurs de risque associés à cette problématique. Finalement, nous présenterons les résultats de l'analyse de régression logistique qui a été réalisée afin d'identifier les facteurs de risque les plus fortement associés au STS chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse.

#### **4.1 Contexte professionnel des participants**

##### *4.1.1 Le nombre de dossiers*

Les intervenants ont rapporté avoir en moyenne 17,34 dossiers actifs (écart-type = 3,8). Une importante étendue a été remarquée avec une donnée minimum à 6 dossiers (justifiée par une note manuscrite du participant indiquant qu'il était actuellement en retour au travail progressif suite à un épuisement professionnel) et une donnée maximum à 42

(également justifiée par une note manuscrite de l'intervenant expliquant qu'il avait une charge de cas stabilisés<sup>2</sup>).

#### 4.1.2 L'accès à une supervision clinique

La fréquence des supervisions cliniques dont bénéficient les intervenants a également été documentée. La majorité des intervenants ont indiqué bénéficier de supervisions cliniques *une fois par mois* (52,4 %) ou *moins d'une fois par mois* (32,1 %). Un très faible pourcentage rapporte des supervisions plus fréquentes : *hebdomadaires* (3,6 %) et *bimensuelles* (11,9 %). À cet effet, près du quart des intervenants interrogés (23,5 %) ont mentionné que les supervisions cliniques offertes ne sont pas suffisantes, alors que 76,5 % ont affirmé considérer cette fréquence adéquate. Les niveaux de satisfaction des intervenants quant aux supervisions cliniques dont ils bénéficient sont majoritairement positifs avec 46,4 % des intervenants indiquant être *beaucoup* satisfaits et 17,6 % *très* satisfaits. Plus de 35 % indiquent cependant des niveaux plus bas de satisfactions avec 7,1 % *peu* satisfaits et 28,6 % *moyennement* satisfaits.

#### 4.1.3 Intérêt à travailler auprès de la clientèle en protection de la jeunesse

Concernant l'intérêt des professionnels pour leur travail en protection de la jeunesse, on note que 3,5 % indiquent avoir *peu* d'intérêt et 23,5 % *moyennement* d'intérêt à exercer leur profession en contexte de protection de la jeunesse. Cependant, 48,2 % des intervenants

---

<sup>2</sup> Une charge de cas stabilisés est constituée de situations d'enfants placés à majorité dont le projet de vie est clarifié et stabilisé. L'intensité de l'intervention est faible considérant qu'il n'y a plus intervention concernant le développement des capacités parentales et que les contacts entre les enfants et leur famille sont absents ou peu fréquents. Une charge de cas stabilisée peut également être constituée de situations où il y a collaboration avec d'autres CISSS ou CIUSSS, mais pour lesquelles le CIUSSS-CN ne détient pas la responsabilité légale de l'enfant (CJQ, 2014).

ayant participé à l'étude ont indiqué avoir *beaucoup* d'intérêt et 24,7 % ont répondu être *très* intéressés par cette clientèle spécifique.

#### 4.1.4 *Les intentions des intervenants concernant la poursuite de leur travail*

Les changements structurels majeurs que le réseau de la santé et des services sociaux a connus avec la création des CISSS et des CIUSSS suite à l'adoption de la Loi 10 en février 2015 prévoient, entre autres, une mobilité future des professionnels au sein des services sociaux publics. C'est donc dans ce contexte que l'intention des intervenants interrogés de continuer à exercer leur profession en protection de la jeunesse a été mesurée. Des 84 personnes ayant répondu à cette question, 3,6 % ont indiqué être actuellement à la recherche d'un autre emploi, 15,5 % prévoient quitter leur fonction en protection de la jeunesse au cours des 3 prochaines années, 11,9 % au cours des 5 prochaines années et 13,1 % dans les 10 prochaines années. Seulement 29,8 % ont indiqué envisager de faire leur carrière entière en protection de la jeunesse. Finalement, plus du quart (26,2 %) ont répondu *je ne sais pas* à cette question.

#### 4.1.5 *Niveau de connaissance des intervenants concernant le STS et les concepts associés*

Tel que présenté dans la problématique au chapitre 1, un court sondage avait été effectué à l'hiver 2016 auprès de 17 intervenants sociaux et éducateurs à l'application des mesures afin de documenter leur niveau de connaissance au sujet du STS. Les résultats de ce sondage mettaient en lumière le manque de connaissance, d'information et de formation sur la problématique. Ces mêmes variables ont donc été incluses dans l'étude.

Il ressort des données recueillies que la problématique la plus connue par les intervenants de l'échantillon est l'épuisement professionnel : 35,8 % ont répondu connaître *moyennement* la problématique et 51,2 % ont répondu connaître *beaucoup* cette dernière. Les

données permettent cependant de constater que le niveau de connaissance des intervenants diminue lorsqu'il est question de la fatigue de compassion. À cet effet, 18,8 % des intervenants soulignent qu'ils ne connaissent *pas du tout* et 29,4 %, *très peu* cette problématique. Ces pourcentages cumulés atteignent pratiquement la moitié de l'échantillon (48,2 %). La grande majorité des intervenants a affirmé connaître *moyennement* la fatigue de compassion (44,7 %), alors qu'une minorité a indiqué *beaucoup* (5,9 %) et *très bien* (1,2 %). Finalement, le STS semble très peu connu par les intervenants composant l'échantillon à l'étude. La majorité d'entre eux (43,5 %) a indiqué connaître *très peu* cette problématique alors que 15,3 % ont mentionné *ne pas connaître du tout* le STS. Un intervenant sur trois (36,5 %) affirme connaître *moyennement* cette problématique.

Les niveaux de connaissance rapportés par les participants à l'étude sont en cohérence avec les données recueillies sur la formation et/ou sensibilisation offerts par le CJQ-IU, aujourd'hui composante du CIUSSS-CN, sur ces trois problématiques. En effet, 81,2 % des répondants ont répondu n'avoir *jamais* reçu de formation et/ou de sensibilisation sur l'épuisement professionnel depuis qu'ils sont à l'emploi de l'organisation. Ce pourcentage grimpe à 96,5 % en ce qui concerne la fatigue de compassion et à 97,6 % en ce qui a trait au STS.

Les pourcentages sont peu élevés lorsque les participants sont questionnés à savoir s'ils ont déjà abordé l'une ou l'autre de ces problématiques lors des supervisions cliniques depuis qu'ils sont en poste dans l'organisation : 61,2 % affirment ne *jamais* avoir abordé l'épuisement professionnel, 92,9 % affirment ne *jamais* avoir abordé la fatigue de compassion et 95,3 % soutiennent ne *jamais* avoir discuté du stress traumatique secondaire en supervision clinique.

#### 4.1.6 *Les arrêts de travail*

Les intervenants ont également été questionnés sur le nombre d'arrêts de travail vécu pour des motifs psychologiques liés à leur pratique professionnelle depuis le début de leur carrière dans les services de protection de la jeunesse. Les données de notre échantillon indiquent que 18,8 % des intervenants ont déjà vécu au moins un arrêt de travail, 1,2 % ont déjà vécu deux arrêts de travail et 1,2 %, trois arrêts de travail. Les pourcentages cumulés de 21,2 % indiquent ainsi que c'est environ un intervenant sur cinq qui a déjà vécu un arrêt de travail. Il est à noter que ces statistiques n'incluent pas les intervenants qui étaient en arrêt de travail au moment de la collecte de données, car rappelons que seuls les intervenants au travail au moment de la collecte des données étaient inclus dans la population à l'étude.

La durée des premiers arrêts de travail recensée chez les participants concernés est en moyenne de 4,26 mois (écart-type = 3,38 mois). La durée la plus basse étant d'une semaine (0,25) et la plus élevée de 12 mois. Il est intéressant de constater que ceux qui ont vécu plus d'un congé de maladie rapportent des durées plus élevées au deuxième (moyenne : 6,5 mois) de même qu'au troisième arrêt de travail (10 mois). Ces dernières données sont cependant basées sur de très petits sous-échantillons (n = 2, n = 1).

#### 4.1.7 *La souffrance perçue chez les collègues de travail*

La souffrance perçue chez les collègues de travail a également été documentée. À ce sujet, 98,8 % des intervenants de l'échantillon ont indiqué qu'un ou des collègues ont déjà présenté, à leur avis, des manifestations d'épuisement professionnel. Les données indiquent également que des manifestations de fatigue de compassion et de STS ont également été identifiées chez un ou des collègues de travail par respectivement 43,5 % et 45,8 % de l'échantillon. Notons également qu'une proportion importante de participants à l'étude ont indiqué *je ne sais pas* : 52,9 % pour la fatigue de compassion et 51,8 % pour le stress

traumatique secondaire. Ces données sont en cohérence avec le niveau de connaissance des intervenants sur les problématiques identifiées.

#### 4.1.8 Faits saillants sur les caractéristiques professionnelles

Le tableau récapitulatif présenté dans cette section permet d'obtenir un portrait global des différents faits saillants en ce qui concerne le contexte professionnel des participants.

**Tableau 3 : Principaux faits saillants concernant le contexte professionnel des participants**

<b>Variables</b>	<b>Faits saillants</b>
Nombre de dossiers	Moyenne = 17,34 dossiers actifs
Supervision clinique	52,4 % des intervenants indiquent <i>1 fois/mois</i>
Satisfaction des intervenants face à la fréquence de la supervision clinique	35 % indiquent des niveaux plus bas de satisfactions (7,1 % <i>peu</i> satisfaits et 28,6 % <i>moyennement</i> satisfaits)
Intention des participants concernant la poursuite du travail	29,8 % envisagent faire leur carrière entière en PJ
Intérêt à travailler auprès de la clientèle en protection de la jeunesse	48,2% des intervenants ont indiqué avoir beaucoup d'intérêt
Arrêt de travail	21,2 % ont déjà vécu au moins un arrêt de travail
STS et concepts associés abordés en supervision clinique	61,2 % indiquent <i>jamais</i> pour l'épuisement professionnel 92,9 % indiquent <i>jamais</i> pour la fatigue de compassion 95,3 % indiquent <i>jamais</i> pour le STS
Niveau de connaissance des intervenants sur le STS et les concepts associés	51,2 % indiquent <i>beaucoup</i> pour l'épuisement professionnel 48,2 % indiquent <i>très peu</i> ou <i>pas du tout</i> pour la fatigue de compassion 43,5 % indiquent <i>très peu</i> ou <i>pas du tout</i> pour le STS

**Tableau 3 (suite) : Principaux faits saillants concernant le contexte professionnel des participants**

Formation reçue sur le STS et les concepts associés	81 % indiquent jamais pour l'épuisement professionnel 96,5 % indiquent jamais pour la fatigue de compassion 97,6 % indiquent jamais pour le STS
Souffrance perçue chez les collègues	98,8 % indiquent avoir observé des manifestations d'épuisement professionnel chez leurs collègues

## **4.2 Caractéristiques personnelles des participants**

Dans cette section, nous présentons certaines caractéristiques personnelles pouvant être associées à la présence de STS chez les participants.

### *4.2.1 L'exposition à des traumatismes psychologiques*

Rappelons que le concept de STS se définit comme des changements comportementaux et émotionnels que les professionnels qui sont en contact étroit avec des survivants de traumatismes peuvent éprouver en devenant des victimes indirectes du traumatisme. Il peut ainsi résulter de l'action d'aider ou de vouloir aider une personne traumatisée ou en souffrance (Figley, 1995). Il apparaissait donc central de documenter la perception des intervenants quant à leur vécu et à leur exposition secondaire à des événements traumatiques. À cet effet, 69 % des intervenants de notre échantillon ont affirmé avoir déjà été personnellement confrontés à un événement traumatique dans le cadre de leur travail et 94 % soutiennent qu'un de leurs collègues a déjà été confronté à un événement de la sorte. Ce pourcentage se situe à 97,6 % lorsque les intervenants sont questionnés à savoir si l'un de leurs clients a déjà été confronté à un événement traumatique. À l'extérieur de la

sphère du travail, c'est 47,6 % des répondants qui affirment avoir déjà été confrontés à un événement traumatique. Par ailleurs, 67,1 % des intervenants mentionnent que quelqu'un de leur entourage a déjà été confronté à un événement qu'il juge traumatique. Les différents scores obtenus aux analyses descriptives ont été combinés afin d'établir quelle proportion des intervenants a été confrontée à plus d'une catégorie d'événements jugés traumatisants (événement traumatique dans le cadre du travail, événement traumatique en dehors du travail, un collègue de travail confronté à un événement traumatique, un membre de l'entourage confronté à un événement traumatique et un client confronté à un événement traumatique). À cet effet, 35,3 % ont indiqué avoir été exposés aux cinq catégories préalablement identifiées, 22,4 % ont mentionné quatre catégories d'événements, 24,7 % trois, 12,9 % deux et, finalement, 4,7 % des intervenants ont mentionné avoir été confrontés à une seule catégorie d'événements traumatisants.

#### *4.2.2 Un suivi pharmacologique ou psychologique*

Afin de documenter quelques indices reliés à la présence de détresse psychologique des intervenants, nous les avons questionnés sur la prise de médicaments en lien avec certains symptômes psychologiques et sur le fait d'avoir déjà bénéficié d'aide psychologique en lien avec leur mandat professionnel. On note à cet effet que 22,4 % des intervenants de l'échantillon indiquent avoir déjà suivi un traitement pharmacologique en lien avec des symptômes psychologiques apparus dans le cadre de l'exercice de leur mandat en protection de la jeunesse (ex. : insomnie, anxiété, manifestations dépressives) et 11,8 % indiquent suivre, au moment de la collecte de donnée, un traitement pharmacologique pour les mêmes motifs. Sur le plan de la consultation de services d'aide professionnelle psychologique (PAE ou autre), le pourcentage augmente. Le nombre d'intervenants ayant déjà consulté un professionnel pour de l'aide psychologique en lien avec des difficultés vécues dans le cadre de l'exercice de leur mandat en protection de la jeunesse est de 31 sur 85, pour un pourcentage de 36,5 %.

#### *4.2.3 Le soutien social*

Compte tenu du rôle important du soutien social pour faire face aux événements stressants, nous avons demandé aux participants d'identifier le nombre de personnes dans les différentes sphères de leur vie personnelle et professionnelle sur qui ils peuvent compter lorsqu'ils vivent du stress au travail. Les données indiquent que le nombre moyen total de personnes sur qui les professionnels peuvent compter lorsqu'ils vivent du stress est de 13,43 (écart-type = 6,8). À partir des données recueillies, le poids de chaque sphère du réseau de soutien pour l'ensemble de l'échantillon a également été calculé en fréquence absolue, puis établie en proportion. Cette analyse permet de constater que les collègues de travail arrivent en premier avec 29 %, suivis des amis à 23 %. La famille immédiate est représentée à 17 % et celle élargie à 11 %. Finalement, la catégorie des chefs de services et spécialistes en activités cliniques est représentée à 14 % et les professionnels de la santé (médecin, psychologue ou autres) à seulement 6 %.

#### *4.2.4 Faits saillants sur les caractéristiques personnelles des participants*

Le tableau récapitulatif présenté dans cette section permet de résumer les principaux faits saillants concernant les caractéristiques personnelles des participants

**Tableau 4 : Principaux faits saillants concernant les caractéristiques personnelles des participants**

<b>Variables</b>	<b>Faits saillants</b>
Avoir été confronté à un événement traumatique dans la vie personnelle	47,6 % des intervenants
Avoir été confronté à un événement traumatique dans le cadre du travail	69 % des intervenants
Traitement pharmacologique passé*	22,4 % des intervenants
Traitement pharmacologique actuel*	11,8 % des intervenants
Suivi d'aide professionnel*	36,5 % des intervenants
Soutien social	Les collègues de travail arrivent au 1 <sup>er</sup> rang avec 29 %

\*En lien avec des manifestations psychologiques apparues dans le cadre de l'exercice de leur mandat en protection de la jeunesse.

### **4.3 Prévalence de STS, d'épuisement professionnel et de satisfaction de compassion**

Dans cette section, les résultats des analyses descriptives effectuées sur les données colligées à l'aide des instruments de mesure utilisés dans l'étude seront détaillés. Ces résultats permettent ainsi de répondre au premier objectif de l'étude qui était de documenter la prévalence du stress traumatique secondaire et, secondairement, de l'épuisement professionnel et de la satisfaction de compassion chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse.

#### *4.3.1 L'Échelle de qualité de vie professionnelle*

L'Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL-V) a été utilisée dans le cadre de l'étude. Ce dernier est composé de 30 items répartis dans trois sous-échelles : l'état de stress traumatique secondaire, l'épuisement professionnel ainsi que la satisfaction de

compassion. Les intervenants ont été invités à compléter cet instrument en se basant sur leur vécu des 30 derniers jours.

**Tableau 5 : Sous-échelles de l'Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL-V) : pourcentages des scores dépassant les seuils cliniques**

Sous-échelles	Score t* (moyenne)	Seuils cliniques**	% dépassant le seuil clinique
État de stress traumatique secondaire	50,00	60 et +	29,8 %
Épuisement professionnel	50,00	60 et +	30,6 %
Niveau de satisfaction de compassion**	50,00	40 et -	19,0 %

\* Le calcul nécessitait une conversion des scores bruts en score Z, puis en score t. Notons que ce dernier produit toujours une moyenne de 50 points et un écart-type de 10 points dans une distribution normale théorique.

\*\* Les seuils cliniques ont été établis par nous et non par les concepteurs de l'outil. Ils ne sont donc qualifiés de « clinique » que pour les fins de l'exposé de nos résultats et n'ont pas de valeur proprement clinique. Nous avons retenu un seuil de 60 et + pour les deux premières sous-échelles. Pour la troisième, le seuil a été fixé à 10 points sous la moyenne étant donné que cette sous-échelle s'appuie sur une logique inverse aux deux précédentes (mesure d'un état positif). Notons que pour cette sous-échelle, 16 sujets ont moins de 40 au score t.

Les résultats à ce questionnaire, présentés dans le tableau 5, permettent de constater que 29,8% des participants présentent un score au-dessus du seuil clinique pour l'état de STS, 30,6% pour l'épuisement professionnel et 19,0% pour un faible niveau de satisfaction de compassion (épuisement émotionnel et physique en lien avec la souffrance des clients rencontrés dans le cadre du travail; difficulté à supporter les émotions fortes de leurs clients ou les histoires dérangeantes).

L'analyse d'items de ce questionnaire nous a permis de documenter certains faits saillants concernant le vécu émotionnel des participants. Au premier item « Je suis heureux », 22,4 % des intervenants ont répondu *jamais* et 54,1 % *rarement*. À l'affirmation, « Je suis la

personne que j'ai toujours voulu être », 11,8 % des répondants ont indiqué *jamais* et 51,8 %, *rarement*. Les réponses obtenues à ces items démontrent que près de 75 % des intervenants apparaissent être rarement ou jamais heureux dans leur vie professionnelle. Il est également possible d'émettre l'hypothèse qu'une forte majorité des répondants (63,8 %) ressentent un sentiment d'incohérence entre ce qu'ils sont dans le cadre de leur fonction en protection de la jeunesse et ce qu'ils aimeraient être comme intervenant. Pour l'item « Je suis préoccupé par plus d'une des personnes que j'aide », 43,5 % ont indiqué *souvent*, alors que 15,3 % précise *très souvent*. Par ailleurs, le sentiment de surcharge des intervenants s'exprime aux résultats obtenus à l'item « Je me sens submergé parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable » avec 37,6 % des intervenants qui ont répondu *souvent* et 38,8 %, *très souvent*. Le sentiment d'épuisement ressort également aux fréquences obtenues à l'affirmation « Je me sens épuisé par mon travail d'aide » alors que 29,4 % des répondants ont indiqué *souvent* et 18,8 %, *très souvent*. Finalement, plus de la moitié des intervenants ont affirmé se sentir *souvent* (28,2 %) et *très souvent* (24,7 %) « coincés » par le système.

#### 4.3.2 L'Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire

Le *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) visant à évaluer la prévalence du STS et des principales manifestations associées au STS a été rempli par les participants. Cet instrument est composé de 17 affirmations et est destiné à des professionnels œuvrant en relation d'aide auprès d'une clientèle traumatisée. Les intervenants devaient répondre aux affirmations en indiquant la fréquence à laquelle ils avaient vécu chacune d'entre elles au cours des sept derniers jours.

**Tableau 6 : Scores moyens obtenus par les professionnels interrogés sur chacune des sous-échelles de l'Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire**

Sous-échelles	Score moyen	Seuil clinique*	% au-dessus du seuil clinique
Intrusion	10,16	14,17 et +	13,3 %
Évitement	13,45	22,49 et +	4,7 %
Hypervigilance	12,25	16,03 et +	16,5 %
Score total pour le STS	35,93	41,21 et +	28,9 %

\*Le seuil clinique a été établi par le concepteur de l'outil

Les résultats obtenus par les participants à ce questionnaire, présentés dans le tableau 6, indiquent que 28,9 % des intervenants obtiennent un score total au-dessus du seuil clinique<sup>3</sup> au score total de STS. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus à la sous-échelle du stress traumatique secondaire du ProQOL-V (29,8 %). D'ailleurs, nos données de recherche indiquent une corrélation de 0,819 entre ces deux échelles.

En outre, on note que 16,5% des participants rapporte des états ou affects correspondant à de l'hypervigilance, 13,3% des symptômes d'intrusion et 4,7% des symptômes d'évitement.

Ici aussi, l'analyse d'items de ce questionnaire nous a permis de documenter certains faits saillants concernant le vécu émotionnel des participants. À l'item « J'ai eu de la difficulté à dormir », 27,1 % des participants indiquent *occasionnellement* et 22,4 %, *souvent*. Les difficultés de concentration des intervenants ayant participé à l'étude ressortent

---

<sup>3</sup> Le seuil clinique établi par le concepteur de l'outil est de 41,21 et +.

également à l'item « J'avais de la difficulté à me concentrer » avec des scores de 17,5 % *pour souvent* et 5,9 % *pour très souvent*.

Au niveau de la sous-échelle de l'intrusion, l'item « Je pensais au travail effectué avec mes clients alors que cela n'était pas mon intention » présente des scores élevés avec 25,9 % qui ont indiqué *souvent* et 8,2 % *très souvent*, pour un pourcentage cumulé de 34,1 %. Toujours pour l'intrusion, les scores obtenus à l'affirmation « J'ai fait des rêves troublants à propos de mon travail avec mes clients » indiquent que 17,6 % des intervenants ont mentionné une fréquence *occasionnelle* et 4,7 % ont précisé que cela se produisait *souvent*. Finalement, l'item « J'ai voulu éviter de travailler avec certains clients » permet de constater que 12,9 % des répondants ont affirmé *occasionnellement* et le même pourcentage, soit 12,9 %, ont indiqué *souvent*.

#### 4.3.3 Agrégation des données

Globalement, il appert que 29,8% des participants, selon *l'Échelle de qualité de vie professionnelle* (ProQOL-V) et 28,9% des participants selon le *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) présenteraient un stress traumatique secondaire, 30,6% de l'épuisement professionnel et 19,0% un faible niveau de satisfaction de compassion. Poussant plus loin notre investigation, nous avons fait des analyses afin d'établir le pourcentage de participants obtenant des scores au-dessus du seuil clinique pour une, deux ou trois problématiques.

Les résultats indiquent que 41,5 % des intervenants interrogés obtiennent un score dépassant le seuil clinique pour l'une ou l'autre de ces problématiques. De façon plus spécifique, il ressort que 12,2 % d'entre eux se retrouvent au-dessus du seuil clinique à l'une de ces trois échelles, 12,2 % à deux de ces échelles et 17,1 % présentent un score dépassant le seuil clinique aux trois échelles.

#### 4.4 Facteurs associés au STS

Le deuxième objectif de la recherche est d'identifier les facteurs personnels et professionnels associés à la présence de STS chez les intervenants. Pour ce faire, nous avons divisé notre échantillon en deux sous-groupes soit 1- les intervenants qui ont obtenu un score au-dessus du seuil clinique au questionnaire *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) (score total) (28,9 %) (STS) et 2- ceux qui ont obtenu un score sous le seuil clinique à ce même questionnaire (N-STSS) (71,1 %). Les résultats des comparaisons entre ces deux sous-groupes sont présentés dans cette section.

Pour ces analyses, le choix des variables s'est appuyé sur les facteurs de risque reconnus dans les écrits scientifiques pour être associés au STS, soit le fait d'avoir été confronté à un événement traumatique dans sa vie extraprofessionnelle, le fait d'avoir été confronté à un événement traumatique au travail, le jeune âge des intervenants et le nombre limité d'années d'expérience professionnelle.

Le tableau suivant vise à présenter les résultats obtenus au test du chi-carré. Il permet entre autres de constater que davantage d'intervenants présentant un STS ont été confrontés à un événement traumatique au travail (STS= 87,5 % vs N-STSS= 62,1 %) (chi-carré = 5,180,  $p= 0,023$ ). L'interprétation du Phi (0,251) nous permet également de qualifier l'intensité de cette relation comme étant modérée. L'analyse bivariée effectuée avec la variable *avoir été confronté à un événement traumatique en dehors du travail* n'indiquent cependant pas de relation significative (STS= 45,8 % vs N-STSS= 46,6 %) (chi-carré= 2,457,  $p= 0,293$ ). Il en est de même pour le jeune âge des intervenants (STS= 12,5 % vs N-STSS= 87,5 %) (chi-carré= 0,281,  $p= 0,428$ ) et le nombre limité d'années d'expérience professionnelle (STS= 36,3 % vs N-STSS= 63,6 %) (chi-carré= 0,559,  $p= 0,722$ ).

**Tableau 7 : Résultats des comparaisons intergroupes concernant les variables associées au STS**

	<b>STS</b>	<b>N-STs</b>	<b>Chi-carré</b>	<b>ddl</b>	<b>P</b>
<b>Caractéristiques retenues</b>	<b>(28,9 %)</b>	<b>(71,1 %)</b>			
Avoir été confronté à un événement traumatique au travail	87,5 %	62,1 %	5,180 <sup>a</sup>	1	0,023
Avoir été confronté à un événement traumatique en dehors du travail	45,8 %	46,6 %	2,457 <sup>a</sup>	2	0,293
Jeune âge de l'intervenant (25 ans et moins)	12,5 %	87,5 %	0,281 <sup>a</sup>	1	0,428
Nombre limité d'années d'expérience de travail (un écart-type sous la moyenne)	36,3 %	63,6 %	0,559 <sup>a</sup>	1	0,722

#### **4.5 Poids relatif des facteurs associés au STS**

Le troisième objectif de la présente étude vise à documenter le poids relatif des facteurs associés au STS. Afin de répondre au troisième et dernier objectif, une analyse de régression logistique a été effectuée. Pour ce faire, nous avons inclus toutes les variables associées aux expériences traumatiques des intervenants, et ce, bien que les résultats de l'analyse bivariée effectuée avec les variables avoir été confronté à un événement traumatique en dehors du travail, jeune âge de l'intervenant et nombre limité d'années d'expérience indiquait une relation statistiquement non significative. Nous savions d'entrée de jeu que les variables jeune âge de l'intervenant et nombre limité d'années d'expérience professionnelle ne seraient pas retenues dans le modèle final. Cependant, l'inclusion de ces variables a permis de tenir compte des interactions entre ces variables et de leurs impacts sur le modèle final.

Le tableau suivant permet ainsi de constater que deux des quatre variables incluses dans le modèle de régression logistique s'avèrent être fortement associées au STS. De façon plus spécifique, il ressort que le fait d'avoir été confronté à un événement traumatique au travail augmente de 1,44 fois la probabilité de présenter un STS (Wald= 3,956, p= 0,047). De même, il appert que le fait d'avoir été confronté à un événement traumatique dans sa vie personnelle augmente de 17,0 fois la probabilité de présenter un STS (Wald= 999,84, p= 0,000). Sans surprise, les autres variables retenues (jeune âge de l'intervenant et nombre limité d'années d'expérience professionnelle) ne sont pas associées au fait de présenter un STS.

**Tableau 8 : Résultats de l'analyse de régression logistique visant à identifier les facteurs de risque les plus fortement associés au STS**

	<b>Estimation</b>	<b>Erreur Standard</b>	<b>Wald</b>	<b>ddl</b>	<b>P</b>
Avoir été confronté à un événement traumatique au travail	-1,440	0,724	3,956	1	0,047
Avoir été confronté à un événement traumatique en dehors du travail	-17,081	0,540	999,84	1	0,000
Jeune âge de l'intervenant	0,331	1,171	0,080	1	0,777
Nombre limité d'années d'expérience professionnelle	-0,225	0,716	0,098	1	0,754

## Chapitre 5

### Discussion

Rappelons que les objectifs de notre étude visaient à 1- établir la prévalence du STS et, secondairement, de l'épuisement professionnel et de même que le niveau de satisfaction de compassion chez les agents de relations humaines à l'application des mesures en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN, 2- identifier les facteurs de risque personnels et professionnels associés à la présence du stress traumatique secondaire et, finalement, 3- établir leur poids relatif.

Dans ce chapitre, les résultats présentés au chapitre 4 seront discutés en tenant compte de chacun des objectifs de recherche. Ces résultats seront mis en perspective à partir des principaux constats qui se dégagent de la recension des écrits effectuée au chapitre 2. Les retombées de cette étude pour la pratique professionnelle et la recherche en service social seront également discutées. Finalement, les forces et les limites de l'étude seront présentées. En guise d'introduction à ce chapitre, voici un rappel des principaux résultats de cette étude.

#### 5.1 Rappel des principaux résultats

Les résultats de notre étude indiquent que 41,5 % des intervenants interrogés obtiennent un score au-dessus du seuil clinique pour l'une ou l'autre des problématiques investiguées soit le stress traumatique secondaire, l'épuisement professionnel et un faible niveau de satisfaction de compassion. De façon plus précise, il ressort que 29,8% des participants, selon l'*Échelle de qualité de vie professionnelle* (ProQOL-V) et 28,9% des participants selon le *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) présenteraient un stress traumatique secondaire, 30,6% de l'épuisement professionnel et 19,0% un faible niveau de satisfaction de compassion. Par ailleurs, on note que le fait d'avoir été confronté à un

événement traumatique au travail augmente de 1,44 fois la probabilité de présenter un STS et le fait d'avoir été confronté à un événement traumatique dans sa vie personnelle augmente de 17,0 fois la probabilité de présenter un STS.

## **5.2 Discussion relative aux résultats obtenus**

### *5.2.1 Premier objectif: documenter la prévalence du STS et, secondairement, de l'épuisement professionnel et le niveau de satisfaction de compassion*

La proportion d'intervenants présentant un stress traumatique secondaire selon le *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS) dans notre étude (28,9%) est supérieur à celle obtenue par Bride (2007), qui observe une prévalence de 15,2 % des professionnels présentant un STS. Dans le même ordre d'idées, on note que la proportion d'intervenants présentant un épuisement professionnel dans notre étude (30,6%) est supérieure à celle observée par Van Hook et Rothenberg (2009). En contrepartie, nos résultats indiquant que 19,0% de notre échantillon présente un faible niveau de satisfaction de compassion seraient inférieurs aux pourcentages observés par Conrad et Kellar-Guenther (2006) qui notent que 50 % des intervenants interrogés présentent un niveau *élevé* ou *très élevé* de fatigue de compassion. Globalement, il apparaît donc que davantage d'intervenants dans notre étude présentent un STS et de l'épuisement professionnel comparativement aux études recensées réalisées aux États-Unis. Cela peut éventuellement s'expliquer par le fait que le contexte professionnel des intervenants aux États-Unis n'est pas nécessairement le même que celui des intervenants du Québec.

Concernant plus spécifiquement l'épuisement professionnel, les intervenants ont rapporté, dans une forte proportion, se sentir « épuisé par leur travail », « coincé par le système » et être « submergé parce que la charge de travail à laquelle ils font face leur semble inépuisable ». Cette prévalence élevée est en cohérence avec celles documentées dans la

littérature pour la population des intervenants sociaux en protection de l'enfance. Aclaro-Lapidario (2007) rapportait un niveau *moyen à élevé* d'épuisement professionnel dans son étude et les données de Van Hook et Rothenberg (2009) chiffrèrent à 23,1 % la prévalence d'épuisement professionnel au sein de leur échantillon. Selon l'étude de Sprang et coll. (2011), travailler en protection de la jeunesse est un prédicteur important d'épuisement professionnel par rapport à l'appartenance à un autre groupe professionnel.

Concernant plus spécifiquement la satisfaction de compassion, l'analyse des items de ce questionnaire a permis de constater que 54,1 % des intervenants ont indiqué se sentir *rarement* heureux dans leur fonction professionnelle actuelle et que 22,4 % des intervenants ont indiqué *jamais* à cette même affirmation. Ces proportions combinées indiquent que 76,5 % des intervenants se disent rarement ou jamais heureux dans leur travail, ce qui est assez questionnant.

Ces résultats n'ont toutefois rien de surprenant considérant le contexte de restructuration majeure que les services sociaux vivent actuellement au Québec. La réforme instaurée par la loi 10 est venue redéfinir la structure de gestion, l'organisation de certaines équipes d'application des mesures et le contexte de travail des intervenants. Il est donc plausible de formuler l'hypothèse que certains intervenants vivent des sentiments d'incertitude, de perte de sens dans leur travail et une diminution de leur sentiment d'appartenance à l'organisation. De plus, certains d'entre eux peuvent avoir perdu des repères significatifs sur le plan de leur bien-être au travail que ce soit par le déménagement de leur lieu de travail ou la perte de collègues. Ces éléments de la réforme peuvent ainsi avoir exacerbé un stress déjà bien présent dans la réalité du mandat professionnel que cette catégorie de professionnels exécute au quotidien. De plus, ces résultats sont en cohérence avec les taux d'absentéisme globalement observés au CIUSSS-CN depuis sa création. Pour l'année 2016, la Direction de la protection de la jeunesse est l'un des secteurs les plus touchés au CIUSSS-CN par l'augmentation des congés de maladie. En effet, le taux d'absentéisme s'élevait à 6,35 % pour l'ensemble du CIUSSS de la Capitale-Nationale, alors qu'il était de

7,9 % à la DPJ (Senay, 2017). Des données écrites pour l'année en cours ne sont actuellement pas disponibles.

### *5.2.2 Deuxième objectif : identifier les facteurs associés au STS*

À prime à bord, rappelons que les données descriptives de notre échantillon indiquent que 97,6 % des intervenants interrogés ont mentionné qu'un de leur client a déjà été confronté à un événement traumatique. Cela ne signifie pas nécessairement que les intervenants ont été des observateurs directs de ces traumatismes. Toutefois, ils peuvent avoir entendu le récit de ces événements traumatiques. Ces données sont par ailleurs en cohérence avec les constats de Bride (2007); Cornille et Meyers (1999) et O'Byant (2008) qui soutiennent que les travailleurs sociaux sont fortement exposés à des récits traumatiques dans le cadre de leur fonction.

Les analyses bivariées effectuées ont permis de constater que seul le fait d'avoir déjà été confronté à un événement traumatique en dehors du travail était associé au STS. La relation entre ces deux variables s'est avérée statistiquement significative. Ce résultat va dans le sens des études de Bryant (2008), Caringi (2007) et de Nelson-Gardell (2003). Les antécédents de traumatismes personnels sont par ailleurs un des quatre facteurs identifiés par Figley (1995) pouvant contribuer à augmenter la vulnérabilité des intervenants à l'égard du stress traumatique secondaire. D'autres études ont par ailleurs confirmé l'hypothèse que les antécédents de traumatisme personnel peuvent avoir un impact sur le développement du stress traumatique secondaire (Caringi, 2007; Cornille et Meyers, 1999). Les résultats de notre étude confirment donc l'association entre ces deux variables déjà établis par des recherches américaines.

### 5.2.3 Troisième objectif : facteurs explicatifs de la présence de STS

Le modèle de régression logistique a permis de constater que le fait d'avoir été confronté à un événement traumatique tant au travail que dans la vie personnelle sont des facteurs fortement associés à la présence du stress traumatique secondaire chez notre échantillon. Cependant, le fait d'avoir été confronté à des traumatismes dans la vie personnelle semble davantage prédire la présence de STS chez les intervenants. Les résultats de notre étude sont concordants par rapport aux écrits existants indiquant que les traumatismes psychologiques personnels sont un facteur de risque important associés au STS (Caringi, 2007; Cornille et Meyers, 1999; Figley, 1995; Nelson-Gardell et Harris, 2003).

### 5.2.4 Autres dimensions étudiées

Bien que les variables présentées dans la présente section n'aient pas été analysées autrement que de façon descriptive aux fins de cette étude, il apparaît intéressant de s'y attarder plus spécifiquement dans le cadre de cette discussion. Cet exercice a pour objectif d'offrir des pistes de réflexion tant pour l'amélioration de la qualité de vie professionnelle de la population à l'étude que pour l'émergence de futures questions de recherche.

#### 5.2.4.1 Le niveau de connaissance et de formation des intervenants

Les analyses descriptives ont permis de mettre en lumière le fait que le niveau de connaissance des intervenants sur le STS et ses concepts associés est faible. Les intervenants indiquent en grande proportion connaître *très peu* ou *pas du tout* le STS et les concepts associés, à l'exception de l'épuisement professionnel que 51,2 % des professionnels ont indiqué connaître *beaucoup*. Ce faible niveau de connaissance concernant le STS ne serait pas attribuable au jeune âge des intervenants puisque la moyenne d'années d'expérience de ceux-ci se situe à 10,78 ans.

Dans leur ouvrage intitulé *Secondary Traumatic Stress and The Child Welfare Professional* paru en 2007, Pryce et coll. insistent sur l'importance de la formation pour les professionnels en protection de l'enfance. Ils présentent un modèle psychoéducatif incluant trois objectifs : 1- développer la connaissance et la compréhension des intervenants au sujet du stress traumatique secondaire et amener les intervenants à différencier ce dernier de l'épuisement professionnel; 2- développer la compréhension des intervenants sur comment l'être humain réagit normalement face à un traumatisme et quels sont les impacts possibles sur leur schéma psychologique et 3- développer chez les intervenants une connaissance approfondie de la relation intervenant-client auprès d'une clientèle traumatisée. Leur approche inclut également un volet axé sur différentes stratégies d'adaptation et l'importance d'un bon réseau de soutien tant professionnel que personnel. Dans leur ouvrage, Pryce et coll. (2007) présentent également un syllabus de cours universitaire intitulé *Primary and Secondary Traumatic Stress in Social Work : Praticice, Supervision, and Organizations*. Les objectifs, les contenus et les lectures associés aux quinze semaines de cours y sont détaillés. Quelques recherches nous ont permis de constater qu'aux États-Unis, certains cursus universitaires de niveau du baccalauréat offrent des cours abordant le STS, c'est le cas entre autres de l'University of Tennessee (Knoxville) qui offre un cours intitulé *Trauma Focused Intervention*.

La formation pour les décideurs et des gestionnaires est également primordiale. Van Hook et Rothenberg (2009) soulignent à cet effet l'importance que les organisations reconnaissent le risque de traumatisme indirect afin que les membres du personnel reçoivent la permission de reconnaître le potentiel de cette réaction et de solliciter l'appui des superviseurs et des collègues en cas de besoin.

#### 5.2.4.2 La supervision clinique

Les données obtenues concernant la supervision clinique nous ont permis de constater que la majorité des répondants (52,4 %) ont indiqué recevoir de la supervision clinique une

fois par mois et que le niveau de satisfaction des répondants face à la fréquence de cette dernière est globalement élevé, avec 76,5 % des intervenants qualifiant la fréquence d'*adéquate*. Le niveau de satisfaction des intervenants face à la supervision reçue a également été mesuré. Bien que ce dernier soit généralement positif, il y a tout de même plus de 35 % des intervenants qui jugent les supervisions comme étant *moyennement* ou *peu satisfaisantes*. Fait surprenant, la détresse des intervenants n'apparaît pas être abordée en supervision : 61,2 % indiquent ne jamais avoir abordé l'épuisement professionnel en supervision clinique alors que ces taux augmentent à 92,9 % en ce qui concerne la fatigue de compassion et 95,3 % pour le STS. Une hypothèse plausible pour expliquer cette absence de dialogue entre les intervenants et leur chef de service serait le manque de temps ou le manque de connaissances et de formation des superviseurs au sujet du STS et de ses concepts associés. Soulignons que la littérature met en évidence qu'une supervision clinique adéquate et suffisante est considérée comme étant un élément central dans le bien-être des intervenants en protection de la jeunesse et de leur rétention dans ce champ de pratique (Caringi, 2007; Pryce et coll., 2007).

#### 5.2.4.3 *Le soutien social*

Les données obtenues concernant le soutien social permettent de constater que les intervenants de notre échantillon vont chercher leur soutien principalement auprès de leurs collègues de travail. Certains auteurs se sont attardés au rôle important des collègues de travail en contexte de protection de la jeunesse. Pryce et coll. (2007) soulignent que la spécificité et la complexité du mandat professionnel en protection de la jeunesse est souvent comprise que par les collègues de travail. La cohésion entre les membres d'une équipe de travail permet d'entretenir un contexte d'échange nécessaire lors de situations difficiles. Les collègues de travail peuvent également offrir un regard extérieur davantage objectif et refléter aux autres collègues le dénouement positif de certains de leurs cas (Pryce et coll.; 2007). Un travail visant à renforcer la qualité de la cohésion dans les équipes de travail s'avère donc être une piste intéressante pour assurer le soutien des intervenants entre eux.

Moran (2002) met en perspective que les professionnels en protection de la jeunesse utilisent souvent l'humour entre eux comme mécanisme d'adaptation suite à des interventions ou des situations très difficiles. Il souligne les bienfaits importants de l'humour et du rire pour diminuer les tensions, mais également comme fonction cognitive dans la réinterprétation des événements et dans la création d'une distance psychologique face aux événements. Moran (2002) met cependant en garde qu'une utilisation excessive de l'humour peut être une forme de déni ou une technique d'évitement. À cet effet, la co-intervention et la coresponsabilité des dossiers entre ARH à l'application des mesures pourraient être une piste de solution à considérer pour les organisations. En plus de répartir les interventions, les diverses tâches administratives et, surtout, l'imputabilité, la co-intervention entre ARH pourrait nourrir le soutien et la cohésion au sein des équipes et indirectement avoir un impact positif sur la qualité de vie des professionnels. À la lumière de la *Constructivist self-development theory*, il est important d'analyser la souffrance psychologique des intervenants sous un angle constructivisme. Il est ainsi essentiel de considérer tous les facteurs appartenant à l'environnement des professionnels, soit leur contexte de travail au quotidien.

### **5.3 Retombées pour la pratique et la recherche en service social**

Cette étude permet d'informer les professionnels concernés au sujet des risques psychologiques associés à leur profession et à leur contexte d'intervention. Elle permet également de sensibiliser davantage les organisations sur la réalité du STS et de ses concepts associés de même que sur l'importance de démystifier cette réalité. Elle fournit par ailleurs des pistes de réflexion intéressantes sur la prévention, la formation et l'accompagnement à mettre en place pour cette population.

Pour la profession du service social, cette étude contribue à enrichir globalement le niveau de connaissances actuel sur le STS et ses concepts associés dans le champ de la protection de la jeunesse. Des parallèles pourraient par ailleurs être faits entre notre

population à l'étude et d'autres populations de travailleurs sociaux qui œuvrent auprès d'une clientèle traumatisée.

#### **5.4 Forces de l'étude**

Les résultats de notre étude ont été obtenus à partir d'analyses effectuées sur un important échantillon. En effet, ce sont 85 intervenants sur une population de 118 qui ont participé à l'étude. De plus, notre étude a été réalisée à l'aide d'instruments de mesure standardisés et maintes fois cités dans la littérature. Notre questionnaire conçu aux fins de cette étude a également permis de documenter des variables rarement considérées dans les études recensées, telles que le suivi d'un traitement pharmacologique actuel ou passé, le nombre d'arrêts de travail vécu, le recours à des services d'aide psychologique, les intentions professionnelles et l'intérêt porté au contexte d'intervention en protection de la jeunesse.

#### **5.5 Limites de l'étude**

Sur le plan méthodologique, le devis quantitatif transversal présente en lui-même certaines limites. Il permet de prendre une mesure à un moment précis, mais ne permet pas l'étude d'un phénomène sur une plus longue période. De plus, une mesure chiffrée et standardisée ne permet pas de comprendre les subtilités de la souffrance des intervenants, ce que des entrevues qualitatives auraient pu davantage documenter. Les versions françaises des deux outils standardisés n'ont pas été validées dans cette langue, ce qui constitue également une limite importante.

Une autre limite importante de notre étude est que les données ont été colligées uniquement auprès des intervenants qui étaient au travail au moment de la collecte de données. Cela exclut donc les intervenants en congé de maladie pour des raisons psychologiques liées à leur travail ou ceux ayant récemment quitté leur emploi pour des motivations similaires.

La nature sensible de notre question de recherche impose de considérer le biais de désirabilité sociale. De même, les préoccupations de certains participants quant à la confidentialité des données pourraient également avoir affecté le taux de réponse et la nature même de ces dernières.

Une des limites importantes de notre étude est de ne pas avoir précisé la nature des traumatismes vécus par les intervenants tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel ni le degré d'exposition des intervenants à ces événements traumatiques. Une connaissance plus approfondie de ces dimensions nous aurait peut-être permis d'identifier différents sous-groupes chez les intervenants qui ont reconnu présenter un STS.

L'aspect géographique de notre étude est également à considérer. La collecte de données a été effectuée pour l'ensemble des sous-régions de la région 03, ce qui inclut tant les milieux ruraux qu'urbains, de Portneuf jusqu'à Charlevoix. Chacune de ces sous-régions présente un contexte différent au sein duquel, à titre d'exemple, le niveau de sécurité dans les points de services et les ressources disponibles dans la communauté peuvent varier. Il aurait été intéressant de faire ainsi des distinctions par sous-région lors de la collecte de données et évaluer les impacts possibles de ces différences sur la détresse des intervenants.

Finalement, bien que nos données s'appuient sur un bon échantillon, ce dernier se limite au secteur d'intervention de l'application des mesures en protection jeunesse au CIUSSS-CN. Cela limite donc la généralisabilité des résultats à d'autres secteurs d'intervention, telle que l'évaluation et l'orientation de même qu'à des CISSS et CIUSSS de d'autres régions administratives du Québec.

## Conclusion

Tous les jours, les professionnels qui œuvrent en protection de la jeunesse côtoient la souffrance d'enfants et d'adolescents désavantagés par leur contexte de vie et marqués par des histoires de négligence, de maltraitance ou d'abus. Ces professionnels naviguent quotidiennement à travers des situations de crise, d'émotions négatives et une charge de stress importante, sous le regard parfois critique de la population.

Malgré certaines limites qu'elle présente, notre étude a permis de mettre en évidence un niveau de souffrance psychologique élevé et préoccupant chez plusieurs agents de relations humaines à l'application des mesures en protection de la jeunesse au CIUSSS-CN. Les conséquences d'une telle souffrance chez cette catégorie de professionnels ont été largement documentées dans la littérature et identifiées dans cette étude. Notre étude a également permis de documenter, à l'aide de données descriptives, plusieurs caractéristiques personnelles et organisationnelles centrales pour la compréhension du phénomène à l'étude. Notre modèle de régression logistique a quant à lui permis de confirmer les hypothèses et résultats d'études américaines indiquant que les antécédents de traumatisme personnel et professionnel sont des facteurs explicatifs de la présence du stress traumatique secondaire.

Finalement, il appert nécessaire que des recherches futures s'intéressent spécifiquement à étudier la structure à l'intérieur de laquelle les intervenants exercent leur fonction afin de mieux comprendre comment la structure influence l'état psychologique de ses intervenants. Il semble également essentiel que de la formation soit développée et la supervision clinique enrichie de ces sujets pour le bien-être des professionnels concernés et leur pérennité dans la profession. Si la souffrance de ces professionnels impacte à différents niveaux, leur bien-être retenti sans doute sur des variables présentes tant en amont, qu'en aval de l'intervention auprès des jeunes en difficultés et de leur famille.

## Références bibliographiques

- Aclaro-Lapidario, M. L. (2007). *Coping strategies of children's social workers in the Department of Children and Family Services* (thèse). California State University, Long Beach, États-Unis.
- 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, 103-108. doi : 10.1037/0002-9432.76.1.103.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders V*. Récupéré à : doi.org/acces.bibl.ulaval.ca/10.1176/appi.books.97808904225596.dsm07.
- Anderson, D. G. (2000), Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 839-848.
- Bennett, P., Evans, R., & Tattersall, A. (1993). Stress and Coping in Social Workers: A Preliminary Investigation. *The British Journal of Social Work*, 23(1), 31-44.
- Brend, D. M. (2014). A Dialogue Between Theories: Understanding Trauma in Helping Professionals. *Intervention*, 140, 95-113.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52(1), 63-70.
- Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27-35.
- Caringi, J. C. (2007). *Secondary traumatic stress in New York State child welfare workers* (thèse). University at Albany, State University of New York.
- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2015). Offre de service des programmes d'accompagnement et de soutien aux nouveaux éducateurs et intervenants. Québec, Canada : CJQ-IU.
- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2014). Projet de démonstration : charges de cas stabilisés. Québec, Canada : CJQ-IU.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout job stress in the human services*. New York : Praeger.

- 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. & Meyer, T. W. (1999). Secondary Traumatic Stress Among Child Protective Services Workers: Prevalence, Severity and Predictive Factors. *Traumatology*, 5(1), 15-31. doi : 10.1177/153476569900500105.
- Figley, C. R. (Ed.) (1995). *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York : Brunner/Mazel.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche en méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Maslach, C. (1982). *Burnout : The cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- McCann, 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. doi : 10.1080/07448481.1992.9936281.
- McFadden, P., Campbell, A. & Talyon, B. (2015). Resilience and burnout in child protection social work: Individual and organisational themes from a systematic literature review. *British Journal of Social Work*. 45(5), 1546-1563. doi : 10.1093/bjsw/bct210.
- Michalopoulos, L. M., & Aparicio, E. (2012). Vicarious Trauma in Social Workers: The Role of Trauma History, Social Support, and Years of Experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 646-664.
- Moran, C. C. (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. In C.R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp.139-154). New-York : Brunner-Routledge.
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress, and Child Welfare Workers. *Child Welfare*, 82(1), 5-26.
- 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 Practices in Mental Health*, 6(2), 57-68.
- O'Bryant, K. (2008). *The impact of Secondary Traumatic Stress on Child Protection Service Workers* (thèse). Cardinal Stritch University, Wisconsin.
- Ouellet, F. & Saint-Jacques, M-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M-C. Saint-Jacques, D. Turcotte et co., *Méthodes de recherche en intervention sociale*, (p. 71-89). Québec, Canada : Gaétan Morin éditeur.

- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York : Norton.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*. Les cahiers de la recherche, 7, Enquête Santé Québec 1987, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Pryce, J.G., Shackelford, K.K., & Pryce, D.H. (2007). *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*. Chicago : Lyceum Books
- 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 Services Review*, 26(4), 331-346.
- Senay, C. (2017). *Taux d'absentéisme élevé à la DPJ de Québec*. Paru le 5 janvier 2017 à Ici Radio-Canada. Récupéré à : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1009137/taux-absenteisme-eleve-dpj-quebec>
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare*, 90(6), 149-168.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise Professional Quality of Life Manual (2<sup>nd</sup> ed)*. Récupéré à : [www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf).
- Stamm, B. H. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Récupéré à : [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL-5\\_French.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL-5_French.pdf).
- Stamm, B. H. (Ed.) (1995). *Secondary traumatic stress: Selfcare issues for clinicians, researchers, and educators*. Maryland : Sidran Press : Lutherville.
- Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M-C. Saint-Jacques, D. Turcotte et co., *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p. 39-68). Québec, Canada : Gaétan Morin éditeur.
- Université de Montréal (2017). Programme de baccalauréat en travail social. Récupéré à : <https://admission.umontreal.ca/programmes/baccalaureat-en-travail-social/structure-du-programme/>

- Université du Québec à Chicoutimi (2017). Programme de baccalauréat en travail social. Récupéré à <http://programmes.uqac.ca/7798#plan>
- Université du Québec à Rimouski (2017). Programme de baccalauréat en travail social. Récupéré à : <http://www.uqar.ca/etudes/etudier-a-l-uqar/programmes-d-etudes/7798>
- Université Laval (2017). Programme de baccalauréat en service social. Récupéré à : [https://www.ulaval.ca/les-etudes/programmes/repertoire/details/baccalaureat-en-service-social-b-serv-soc.html#description-officielle & structure-programme](https://www.ulaval.ca/les-etudes/programmes/repertoire/details/baccalaureat-en-service-social-b-serv-soc.html#description-officielle%20&structure-programme)
- University of Tennessee (Knoxville) (2017). College of Social Work. Récupéré à : <http://www.csw.utk.edu/>
- Van Hook, M. P., & Rothenberg, M. (2009). Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: a study of the child welfare workers in community-based care organizations in central Florida. *Social Work & Christianity*, 36(1), 36-54.
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., & Segal, E. A. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 60(3), 201-209.

## Annexe 1 : Questionnaire auto-administré utilisé pour la collecte de données

1. Genre : Femme      Homme

2. À quelle catégorie d'âge appartenez-vous?

19-25 ans

26-35 ans

36-45 ans

46-55 ans

55 ans et plus

3. Dans quel domaine d'étude avez-vous complété votre scolarité?

Criminologie

Psychologie

Psychoéducation

Service social

Autre

4. Quel est votre dernier niveau d'études complété?

DEC

Baccalauréat

Maîtrise

5. Depuis combien d'années exercez-vous votre profession?

\_\_\_\_\_

**6. Depuis combien d'années travaillez-vous en protection de la jeunesse?**

\_\_\_\_\_

**7. Combien de dossiers actifs avez-vous actuellement dans votre charge de cas?**

\_\_\_\_\_

**8. À quelle fréquence recevez-vous de la supervision clinique?**

Hebdomadaire

Bimensuel

Mensuel

Moins d'une fois par mois

**9. Considérez-vous que la fréquence de vos supervisions cliniques soit suffisante?**

Oui

Non

**10. Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre niveau de satisfaction concernant la supervision clinique dont vous bénéficiez?**

Très

Beaucoup

Moyen

Peu

Pas du tout

**11. Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre degré d'intérêt à travailler auprès de la clientèle en protection de la jeunesse?**

Très

Beaucoup

Moyen

Peu

Pas du tout

**12. Dans quelle mesure prévoyez poursuivre votre carrière en protection de la jeunesse?**

Je suis actuellement à la recherche d'un autre emploi

Je prévois quitter la protection de la jeunesse au cours des 3 prochaines années

Je prévois quitter la protection de la jeunesse au cours des 5 prochaines années

Je prévois quitter la protection de la jeunesse au cours des 10 prochaines années

Je prévois faire ma carrière au complet en protection de la jeunesse

Je ne sais pas

**13. Connaissez-vous la problématique de la *fatigue de compassion*?**

Pas du tout     Très peu     Moyennement     Beaucoup     Très bien

**14. Connaissez-vous la problématique de l'*épuisement professionnel*?**

Pas du tout     Très peu     Moyennement     Beaucoup     Très bien

**15. Connaissez-vous la problématique du *stress traumatique secondaire*?**

Pas du tout     Très peu     Moyennement     Beaucoup     Très bien

**16. Depuis que vous êtes en poste au CJQ-IU, avez-vous déjà reçu de la formation et/ou de la sensibilisation sur :**

La fatigue de compassion                       Oui     Non

L'épuisement professionnel                       Oui     Non

Le stress traumatique secondaire                       Oui     Non

**17. Avez-vous déjà abordé l'une ou l'autre de ces problématiques en supervision clinique depuis que vous êtes en poste au CJQ-IU?**

La fatigue de compassion                       Oui     Non

L'épuisement professionnel                       Oui     Non

Le stress traumatique secondaire                       Oui     Non

**18. À votre connaissance, un ou des collègues à vous ont-ils déjà souffert de symptômes :**

De fatigue de compassion                       Oui     Non     Je ne sais pas

D'épuisement professionnel                       Oui     Non     Je ne sais pas

De stress traumatique secondaire                       Oui     Non     Je ne sais pas

**19. Avez-vous déjà consulté de l'information produite par le CJQ-IU ou par votre ordre professionnel sur :**

La fatigue de compassion	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
L'épuisement professionnel	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Le stress traumatique secondaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

**20. Avez-vous déjà participé à des formations sur :**

La fatigue de compassion	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
L'épuisement professionnel	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Le stress traumatique secondaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

**21. Depuis que vous travaillez en protection de la jeunesse, avez-vous déjà vécu un arrêt de travail pour des motifs psychologiques liés à votre pratique professionnelle?**

Aucun  
Un  
Deux  
Trois  
Quatre ou plus

**22. Si vous avez indiqué avoir vécu un ou des arrêt(s) de travail, de quelle durée a-t-il ou ont-ils été?**

1<sup>er</sup> arrêt : \_\_\_\_\_ mois  
2<sup>e</sup> arrêt : \_\_\_\_\_ mois  
3<sup>e</sup> arrêt : \_\_\_\_\_ mois  
4<sup>e</sup> arrêt : \_\_\_\_\_ mois

**23. Avez-vous déjà suivi un traitement pharmacologique en lien avec des symptômes psychologiques apparus dans le cadre de l'exercice de votre mandat en protection de la jeunesse? (ex. : insomnie, anxiété, manifestations dépressives)**

Oui      Non

**24. Suivez-vous actuellement un traitement pharmacologique en lien avec des symptômes psychologiques apparus dans le cadre de l'exercice de votre mandat en protection de la jeunesse? (ex. : insomnie, anxiété, manifestations dépressives)**

Oui       Non

**25. Avez-vous déjà utilisé le Programme d'aide aux employés (PAE) ou autre(s) service(s) d'aide psychologique en lien avec des difficultés vécues dans le cadre de l'exercice de votre mandat en protection de la jeunesse?**

Oui       Non

**26. Avez-vous déjà été confronté à un événement traumatique dans le cadre de votre travail?**

Oui       Non

**27. Avez-vous déjà été confronté à un événement traumatique en dehors de votre travail?**

Oui       Non

**28. Est-ce que quelqu'un de votre entourage a déjà été confronté à un événement traumatique?**

Oui       Non

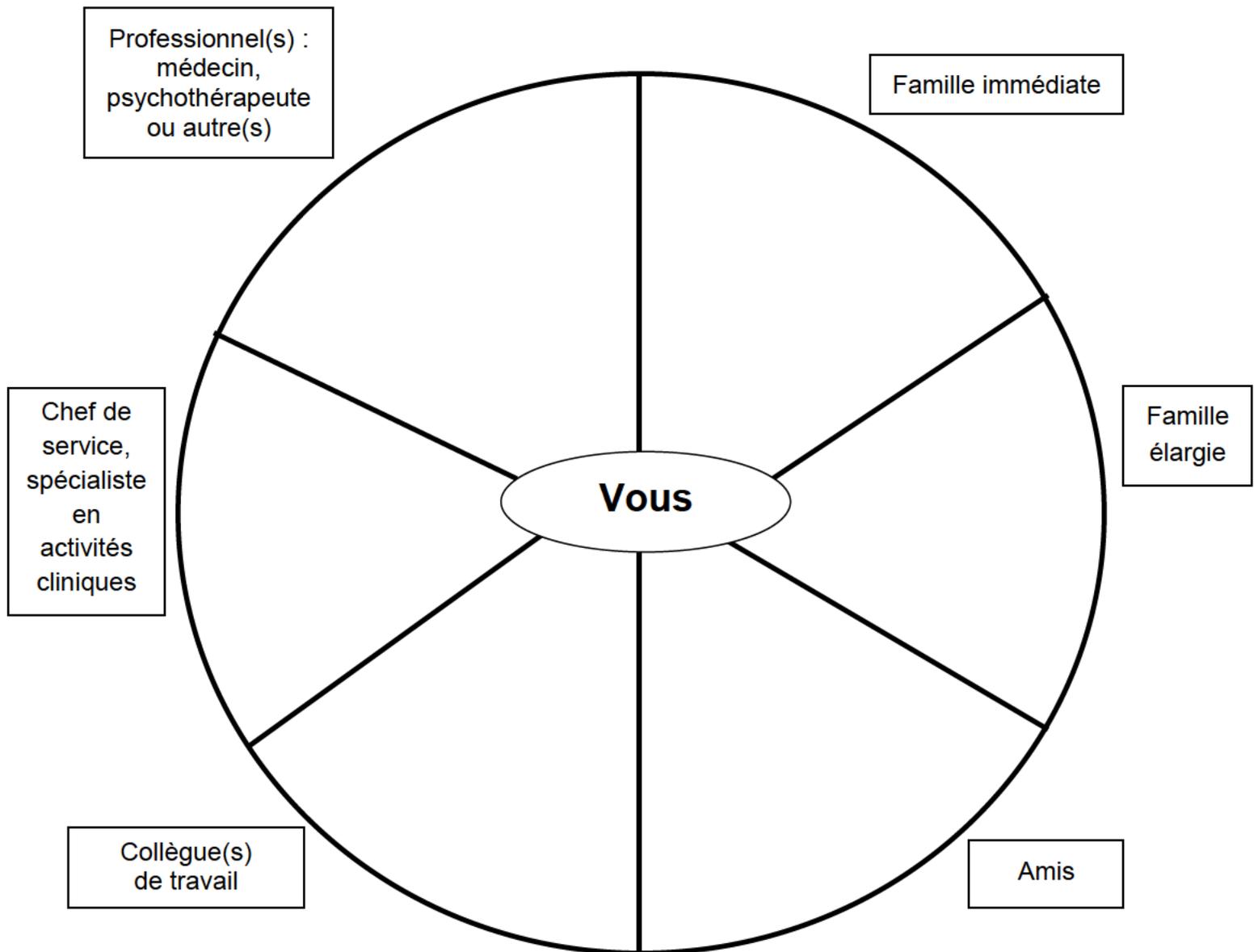
**29. Est-ce qu'un de vos clients a déjà été confronté à un événement traumatique?**

Oui       Non

**30. Est-ce qu'un de vos collègues a déjà été confronté à un événement traumatique dans le cadre du travail?**

[Oui       Non

**31. Veuillez inscrire les initiales des personnes sur qui vous pouvez compter lorsque vous vivez du stress au travail. Les initiales d'une même personne ne peuvent apparaître qu'une seule fois et dans une seule catégorie pour l'ensemble des questions relatives à la carte réseau ci-dessous.**



## 1.

## L'Échelle de qualité de vie professionnelle

Aider les autres vous met en contact direct avec leur vie. Comme vous l'avez probablement constaté, votre compassion pour les personnes que vous aidez peut vous affecter de manière à la fois positive et négative. Les questions ci-dessous concernent votre expérience, tant positive que négative, dans votre fonction d'aide. Lisez chacune des questions ci-après sur vous et votre situation professionnelle actuelle. Choisissez la note qui reflète honnêtement la fréquence à laquelle vous avez fait les expériences suivantes au cours des **30 derniers jours**.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Je suis heureux.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2. Je suis préoccupé par plus d'une des personnes que j'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
3. Je ressens de la satisfaction à pouvoir [aider] les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4. Je me sens lié à autrui.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
5. Je sursaute ou suis surpris par des bruits inattendus.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
6. Travailler avec ceux que j'[aide] me donne de l'énergie.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
7. Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'[aidant].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
8. Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne que j'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
9. Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que j'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
10. Je me sens pris au piège par mon travail d'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
11. En raison de mon travail d'[aide], je me suis senti « sur les nerfs » pour diverses raisons.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
12. J'aime mon travail d'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
13. Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
14. J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai [aidée].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
15. Mes croyances/convictions me soutiennent.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
16. Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles d'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
17. Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
18. Mon travail me procure de la satisfaction.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
19. Je me sens épuisé par mon travail d'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
20. J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'[aide] et la façon dont j'ai pu les aider.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
21. Je me sens submergé parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
22. Je crois que mon travail me permet de faire la différence.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
23. J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
24. Je suis fier de ce que je peux faire pour [aider].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
25. Du fait de mon travail d'[aide], je suis envahi par des pensées effrayantes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
26. Je me sens « coincé » par le système.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
27. J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'[aide].	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
28. Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
29. Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
30. Je suis heureux d'avoir choisi de faire ce travail.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

© B. Hudnall Stamm, 2009. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). [www.proqol.org](http://www.proqol.org). Ce test peut être copié librement à la condition a) que l'auteur soit cité, b) qu'aucune modification n'y soit apportée, et c) qu'il ne soit pas vendu.

## 2.

## L'Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire

La liste ci-dessous est composée d'affirmations de personnes ayant été affectées par leur travail avec des clients traumatisés. Lisez chaque affirmation et indiquez à quelle fréquence chacune d'entre elles s'est avérée vraie au cours des 7 derniers jours.

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
1. Je me sentais paralysé émotionnellement.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2. Mon cœur s'est mis à battre rapidement lorsque j'ai pensé au travail que j'effectue avec mes clients.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
3. J'ai eu l'impression de revivre le traumatisme expérimenté par mes clients.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4. J'ai eu de la difficulté à dormir.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
5. Je me sentais découragé à l'idée du futur.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
6. Les rappels du travail effectué avec mes clients me bouleversent.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
7. J'étais peu intéressé à être entouré d'autres personnes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
8. Je me sentais nerveux/agité.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
9. J'étais moins actif qu'à l'habitude.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
10. Je pensais au travail effectué avec mes clients alors que cela n'était pas mon intention.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
11. J'avais de la difficulté à me concentrer.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
12. J'ai évité des gens, endroits ou choses qui me rappelaient mon travail avec mes clients.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
13. J'ai fait des rêves troublants à propos de mon travail avec mes clients.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
14. J'ai voulu éviter de travailler avec certains clients.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
15. J'étais facilement irrité.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
16. Je m'attendais à ce que quelque chose de négatif survienne.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
17. J'ai expérimenté des trous de mémoire relatifs à mes rencontres clients.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*, 27-35.

**Merci pour votre collaboration!**

## Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement

### Formulaire d'information

#### 1. Titre du projet

Prévalence et facteurs de risque associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse (CJQ-IU-2016-05)

#### 2. Responsable et collaborateur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du mémoire de maîtrise de **Véronique Tessier**, TS et étudiante à la maîtrise en service social à l'Université Laval, dirigée par monsieur **Robert Puzé**, Ph. D. professeur à l'École de service social de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages de même que les risques et inconvénients d'y participer. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

#### 3. Objectifs du projet

La recherche a pour but d'établir la prévalence et les facteurs de risque associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse, plus précisément chez les intervenants sociaux qui œuvrent à l'application des mesures au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) site Centre jeunesse de Québec.

#### 4. Déroulement du projet

Votre participation à cette recherche consiste à remplir trois questionnaires auto-administrés comptant deux instruments standardisés et un questionnaire maison élaboré spécifiquement pour cette recherche. Les instruments standardisés utilisés pour cette étude sont l'*Échelle de qualité de vie professionnelle* de Stamm (2009) et l'*Échelle d'évaluation du stress traumatique secondaire de Bride* (2004).

Considérant la nature du sujet à l'étude, le besoin d'introspection pour compléter les questionnaires et la possibilité que cet exercice puisse susciter des questionnements sur le plan psychologique, les questionnaires vous sont remis et vous aurez la possibilité de compléter le tout au moment et à l'endroit de votre choix. Un délai de deux semaines vous est laissé pour remplir les quatre questionnaires. Ces derniers seront récupérés lors de votre prochaine réunion d'équipe.

## **5. Avantages possibles**

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de contribuer au développement des connaissances sur les risques psychologiques associés à l'exercice de votre profession et à votre mandat de protection à l'égard des enfants suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).

## **6. Risques potentiels et inconvénients personnels**

Votre temps de participation pour cette étude est évalué à plus ou moins 30 minutes. Il est possible que le fait d'effectuer une introspection sur votre vécu professionnel suscite des réflexions, des émotions ou des souvenirs difficiles. Si cela se produit, référez-vous à la liste de ressources possibles, jointe en annexe.

## **7. Participation volontaire et retrait de la participation**

Vous êtes libres de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la responsable de la recherche dont les coordonnées sont incluses dans ce document.

## **8. Confidentialité, conservation et utilisation des résultats**

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle. La responsable de la recherche doit signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'elle s'engage à ne pas divulguer vos réponses à qui que ce soit. Les résultats de la recherche seront toujours présentés sous une forme globale et les résultats individuels ne seront jamais révélés. Le matériel et les données recueillies dans le cadre de la recherche seront utilisés dans le cadre exclusif de cette étude. Le matériel de la recherche sera conservé sous clé et les données informatiques seront protégées par un mot de passe. Les données seront détruites deux ans après la fin de la recherche, soit en novembre 2018. Si la recherche faisait l'objet de publications dans des revues scientifiques, aucun participant ne pourrait y être identifié.

## **9. Accès aux données**

Comité d'éthique de la recherche sectoriel *Jeunes en difficultés et leur famille* du CIUSSS-CN se réserve le droit de consulter l'ensemble des données en lien avec cette recherche à des fins de vérifications de la conformité éthique.

## **10. Diffusion des résultats**

Les données issues de cette recherche seront diffusées dans le cadre du mémoire de maîtrise de Véronique Tessier. Un résumé écrit des résultats de la recherche sera également fourni à toutes les équipes d'application des mesures afin que les participants désireux de connaître les résultats puissent y avoir accès. La diffusion des résultats est prévue au plus tard à l'automne 2018.

## **11. Questions**

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Véronique Tessier, au poste 5114, ou à l'adresse courriel suivante : [veronique.tessier.1@ulaval.ca](mailto:veronique.tessier.1@ulaval.ca).

**12. Formulation d'une plainte**

En tout temps, vous pouvez vous adresser au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS-CN site Centre jeunesse de Québec en cas de plainte concernant tout aspect lié à la participation à la recherche : (418) 661-6951, poste 1530.

**13. Conflits d'intérêts potentiels des chercheurs**

Aucun conflit d'intérêts potentiel n'a été identifié.

**14. Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

**15. Consentement**

En remplissant les questionnaires ci-joints, vous consentez à participer à ce projet de recherche. Le fait d'obtenir votre consentement sans recueillir votre signature permet d'éviter tout bris de confidentialité. Le retour du questionnaire ci-joint dûment rempli induit ainsi votre consentement éclairé à participer au présent projet de recherche.

## Ressources d'aide ou d'information

### Aller chercher de l'aide :

- Vous pouvez aller chercher de l'aide en consultant votre supérieur immédiat, votre conseiller clinique, un collègue ou votre mentor œuvrant au programme PASNI si vous êtes un employé de moins de deux ans d'ancienneté.
- Le programme d'aide aux employés (PAE) vous offre la possibilité de consulter un professionnel en relation d'aide. Vous pouvez consulter en toute confidentialité, 24 h/24, 7 jours sur 7, *Homewood Solutions Humaines* au 1-800-361-4858 (voir dépliant ci-joint).
- Vous pouvez trouver un psychologue, un psychothérapeute ou un travailleur social spécialisé dans les difficultés professionnelles (le stress au travail ou l'épuisement professionnel) en consultant le site internet de l'Ordre des psychologues du Québec <http://www.ordrepsy.qc.ca/> ou le site internet de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec <https://otstcfq.org/>.
- La ligne d'écoute téléphonique *Tel-Aide* est disponible de 9 h à minuit et vous permet d'exprimer vos difficultés et d'obtenir du soutien rapidement en composant le 418 686-2433 ou, sans frais, au 1 877 700-2433.
- Pour connaître les diverses ressources d'aide psychosociales disponibles dans la région, vous pouvez contactez le 8-1-1, 24 h/24, 7 jours sur 7, service Info-Santé /Info-Social <http://sante.gouv.qc.ca/>.

### S'informer :

- Une série d'articles sur le stress traumatique secondaire a été produite par Meredith Salhany, TS, sur le blogue de l'OTSTCFQ  
<http://mots sociaux.com/2014/03/18/le-stress-traumatique-secondaire-et-ses-effets-sur-les-travailleurs-sociaux-une-nouvelle-mini-serie-portant-sur-lautotraitement/>
- Article de Pascale Brillon, psychologue, sur le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion  
[https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy\\_Qc\\_Mai2013\\_Dossier\\_04\\_Brillon.pdf](https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2013_Dossier_04_Brillon.pdf)
- Site internet portant sur les concepts de fatigue de compassion, d'épuisement professionnel, de stress traumatique secondaire et de satisfaction de compassion  
<http://www.proqol.org/>

### **Annexe 3 : Mémo de rappel envoyé par courriel aux intervenants**

Bonjour,

Par la présente, nous souhaitons effectuer un rappel auprès de vous concernant votre participation au projet de recherche intitulé : « **Prévalence et facteurs de risque associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse** » (2016-05).

Cette étude est effectuée dans le cadre du mémoire de maîtrise de Véronique Tessier, sous la direction de monsieur Robert Pauzé, PhD.

Vous êtes libres de participer ou non à ce projet de recherche. Votre participation est volontaire. Si vous souhaitez y participer, nous vous rappelons qu'**il vous reste deux jours pour remplir les questionnaires** qui vous ont été présentés. Votre temps de participation pour cette étude est évalué à plus ou moins 30 minutes.

**Les questionnaires seront récupérés ce \_\_\_\_\_.**

Votre participation est précieuse et permettra de documenter la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux œuvrant à l'application des mesures de la Direction du programme jeunesse.

L'étude permettra de documenter la présence de stress traumatique secondaire, d'épuisement professionnel et de satisfaction de compassion.

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de contribuer au développement des connaissances sur les risques psychologiques associés à l'exercice de votre profession et à votre mandat de protection à l'égard des enfants suivis en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, n'hésitez pas à communiquer avec Véronique Tessier à l'adresse courriel suivante : [veronique.tessier.1@ulaval.ca](mailto:veronique.tessier.1@ulaval.ca).

Merci de votre précieuse collaboration.

Véronique Tessier