

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA FATIGUE DE COMPASSION ET LES BESOINS EN GESTION DES
RESSOURCES HUMAINES :
LES PERCEPTIONS DE QUELQUES INTERVENANTS EN SOINS DU
SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION DES AFFAIRES

PAR
JENNIFER VIOLET

JUIN 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

« Community is another way of saying connection, and connection is life itself »
-Sharon Saltzberg

Pour Philippe, Véronique et Frédéric
Puissiez-vous ne jamais avoir à vérifier mes résultats.

AVANT-PROPOS

L'idée de ce mémoire de recherche a vu le jour après avoir travaillé dans un centre de soins prolongés pendant quelques années. Mon intention première était d'aider les personnes atteintes de stress post-traumatique, mais en faisant des recherches il fut évident que les personnes qui les soignent pouvaient elles aussi tirer profit d'un coup de pouce.

Le fait que cette recherche ne fut en aucun moment financée par une institution ou une organisation m'a offert une grande marge de manœuvre pour rencontrer des intervenants et traiter le sujet selon ma volonté. Le sujet est encore difficile pour plusieurs, parfois même tabou. Je n'ai pas fait cette recherche pour pointer du doigt un système ou une manière de procéder. Je voulais simplement trouver le moyen d'alléger les conditions de travail de ces individus. Si ce mémoire permet d'améliorer le travail d'une seule personne, et de réduire ses risques de fatigue de compassion, j'aurai atteint mon objectif.

Je remercie les intervenants qui se sont montrés généreux de leur temps et de leurs histoires. Le sujet était difficile et a parfois fait revivre des souvenirs difficiles à certains d'entre eux. Leur franchise et l'absence de retenue nous ont permis de comprendre un peu plus leur travail et les obstacles qui se dressent devant eux. Malgré le fait que les entrevues représentent l'outil de base de la rédaction de ce mémoire, les remarques et commentaires énoncés n'engagent que l'auteur et sont constitués des interprétations que nous avons tirées des outils de collecte de données.

Je tiens à remercier aussi mon directeur, Angelo Soares, pour la latitude qu'il m'a accordée dans un projet peu traditionnel. Les personnes qui ont accepté de me rencontrer même lorsque les circonstances n'étaient pas favorables. Jocelyne pour avoir mis autant d'énergie à défendre mon projet. Ma mère pour avoir supporté mes innombrables remises en question et tous ceux que j'ai mis de côté pour pouvoir me concentrer sur ma rédaction.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures et tableaux.....	V
Résumé.....	VI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE DE RÉFÉRENCE	6
1.1 La santé mentale.	6
1.2 La compassion	8
1.3 La fatigue de compassion (FC).....	12
1.4 La dépression et la fatigue de compassion.....	17
1.5 Les mécanismes facilitant le développement de la personnalité au travail.	20
1.6 Le cadre de référence de la recherche.....	23
1.6.1 Le problème du risque de fatigue de compassion.....	24
1.7 Le cadre opératoire	25
1.7.1 L'utilisation de plusieurs outils de collectes de données.....	25
1.7.2 Le risque de FC, présence ou absence.....	26
1.7.3 L'amélioration des conditions de travail.	27
CHAPITRE II CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE	29
2.1 La population à l'étude	29
2.2 L'échantillon.....	30
2.2.1 Les conditions de prises de rendez-vous.....	33
2.3 Les outils de collecte de données.....	35
2.3.1 Le questionnaire.....	35
2.3.2 L'entrevue.....	42
2.4 Les modalités d'analyse des entrevues.....	43
CHAPITRE III RÉSULTATS DE LA RECHERCHE.....	46
3.1 Les résultats des questionnaires mesurant le risque de FC :.....	47
3.1.1 Le risque de fatigue au cours des deux dernières semaines travaillées.	48
3.1.2 Les résultats du test ProQOL	49
3.1.3 Le questionnaire sur la violence.	50
3.1.4 Le questionnaire WAS.....	51
3.1.5 Les styles d'écoute.....	52
3.1.6 La détresse psychologique.....	53
3.1.7 L'auto efficacité.....	54
3.1.8 Les données clés du diagnostic de FC.	54

3.2 Les résultats de l'analyse des entrevues.	56
3.3 Les thèmes et codes de l'entrevue	58
CHAPITRE IV DISCUSSION	62
4.1 L'analyse des résultats des questionnaires.....	62
4.1.1 La fatigue de compassion.	62
4.1.2 La violence vécue.	63
4.1.3 Les croyances envers la réalité (WAS).....	64
4.1.4 L'auto efficacité perçue.	65
4.2 Observations des résultats des entrevues	65
4.2.1 L'Administration	67
4.2.2 Le travail d'équipe	69
4.2.3 La notion de soutien.....	72
4.2.4 Le stress dans le travail.....	74
4.2.5 La surcharge de travail.....	75
4.2.6 Compétences personnelles	76
4.2.7 Ressources	77
4.2.8 Le climat de travail	78
4.2.9 Les horaires de travail.....	79
4.2.10 Les émotions.....	79
4.2.10.1 Les clients	80
4.2.10.2 L'équipe de travail.....	83
4.2.10.3 L'Administration	83
4.2.10.4 Les intervenants eux-mêmes.....	84
CHAPITRE V PISTES DE SOLUTION ET CRITIQUE DE LA RECHERCHE....	85
5.1 Comment diminuer le risque de FC?	85
5.2 Les limites de la recherche.....	87
5.3 Forces de la recherche.....	88
5.4 Les apports de la recherche.....	88
CONCLUSION.....	90
APPENDICE A QUESTIONNAIRE	95
APPENDICE B SCHÉMA DES ENTREVUES	106
APPENDICE C LISTE DES CODES POUR L'ANALYSE DES ENTREVUES .	108
BIBLIOGRAPHIE.....	111

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : La fatigue de compassion selon Figley	15
Tableau 1 : Les critères déterminant les symptômes de dépression majeure	19
Tableau 2 : Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	32
Tableau 3 : Les résultats bruts des questionnaires complétés par les sujets.	47
Tableau 4 : La fatigue ressentie durant la semaine.....	48
Tableau 5 : La qualité de vie au travail pour chacun des intervenants	49
Tableau 6: La provenance de la violence expérimentée au travail.	50
Tableau 7 : Les types de violence en fonction de la personne initiatrice.	50
Tableau 8 : Les croyances des intervenants envers la réalité quotidienne.....	51
Tableau 9 : Les styles d'écoute dominants observés chez les intervenants.....	52
Tableau 10 : La détresse psychologique ressentie	53
Tableau 11 : La perception de l'efficacité personnelle entretenue par les intervenants	54
Tableau 12 : La synthèse des scores déterminants du risque de FC.	54
Tableau 13 : Le nombre d'intervenants associant l'émotion positive proposée au sujet.....	56
Tableau 14 : Le nombre d'intervenants associant une émotion neutre au sujet	56
Tableau 15 : Le nombre d'intervenants associant l'émotion négative proposée au sujet.....	57

RÉSUMÉ

Cette recherche a pour sujet la fatigue de compassion chez les intervenants en santé mentale. Un groupe de spécialistes dans le traitement du Trouble de Stress Opérationnel a été consulté. Par le biais d'un questionnaire et d'entrevues, il a été démontré que 60 % des intervenants présentent un risque modéré de fatigue de compassion. Les entrevues ont été conduites dans le but de déterminer les pratiques de gestion de ressources humaines pouvant réduire le risque de fatigue de compassion. L'intensité avec laquelle un intervenant peut vivre de la fatigue de compassion est influencée par ses expériences personnelles et les caractéristiques de son environnement de travail. Cette recherche permet de conclure que le soutien offert par l'équipe de travail constitue la ligne de défense principale relativement à la fatigue de compassion. Il est aussi clairement démontré qu'il n'existe pas de solution unique à la fatigue de compassion. La gestion de carrière et les programmes de mentorat représentent des pistes de solutions organisationnelles. L'écoute des intervenants permettra à un employeur de gérer les attentes et en y répondant, de diminuer les risques imposés aux intervenants.

Mots clés : fatigue de compassion, pratiques de gestion de ressources humaines, trouble de stress opérationnel, stress post-traumatique.

INTRODUCTION

Les entreprises publiques et privées misent de plus en plus sur le développement durable et sur leur image d'organisation socialement responsable. Les entreprises de tous domaines confondus mettent en place des programmes de développement durable. Il s'agit de mesures permettant d'assurer le développement environnemental, économique et social de la communauté à l'intérieur des activités de l'organisation (Gendron *et al*, 2004). Cette attitude qui est à la fois un geste socialement souhaitable et une opération marketing permet l'atteinte de résultats. Le concept de développement social inclut l'idéologie du bien-être, l'amélioration des conditions de vie. D'un point de vue corporatif, le monde des affaires est toujours à l'affût de nouvelles découvertes afin d'améliorer l'efficacité organisationnelle. La santé-sécurité au travail ne fait pas exception. De nombreuses recherches ont été faites sur l'organisation du travail et sur les conditions psychologiques favorisant la productivité au travail. Le domaine d'application des recherches scientifiques au niveau de la psychologie est aussi vaste que le champ de recherche lui-même. À l'échelle humaine, les personnes qui composent ces entreprises cherchent, en tant qu'individu, à tisser des liens au sein de l'organisation dont elles sont parties intégrantes. Ils tentent d'atteindre un niveau de satisfaction personnelle qui dépasse la simple satisfaction matérielle. Ce but devient en partie collectif, car nous souhaitons les mêmes choses aux gens qui nous entourent. Ce vœu peut s'apparenter à de la sympathie, de la compassion ou de l'empathie.

Un inconvénient majeur est venu s'ajouter aux désirs de s'adapter à la fois aux marchés et aux employés. Cet inconvénient est ressenti par l'ensemble de la société à différents degrés. Il s'agit du stress et des problèmes de santé mentale. Ces problèmes peuvent être mineurs, passagers, majeurs, à long terme. Les formes et les résultantes sont nombreuses, ce qui explique qu'il n'existe pas de solution unique. Le stress, la dépression, l'épuisement professionnel, les maladies professionnelles et leurs conséquences organisationnelles tels l'absentéisme ou le roulement de personnel sont des phénomènes qui prennent énormément d'ampleur. De considérations médicales, ils sont devenus des enjeux sociaux qui influencent le développement économique et l'avenir des entreprises. Le stress est un des sujets actuellement les plus explorés dans les sphères d'études des relations de travail. Les

conséquences du stress ne sont pas uniquement le fardeau de l'employé qui le subit. L'entreprise privée perçoit dans ce phénomène une perte de productivité. Au Canada, une entreprise de taille moyenne peut déboursier jusqu'à 10 millions de dollars par an (Les Affaires 2007). Ces coûts sont associés à la perte de productivité et aux absences pour cause de maladies mentales. Les problèmes de santé mentale et émotionnelle représentent 7 % des absences en milieu de travail, entre 62 et 76 % des absences à court terme sont causées par la dépression (Santé Canada 2006).

Le coût du stress est bien plus qu'un coût lié à la production de biens et services. Frost (2003) a démontré dans ses travaux que les coûts associés se manifestent aussi dans des atteintes physiques, psychologiques et dans la diminution de la qualité des échanges interpersonnels au travail. Il a aussi démontré l'influence du stress sur la dégradation de l'estime de soi et la baisse de défense immunitaire chez les individus qui en souffrent. Ceci est sans compter les pertes financières encourues par le sabotage ou d'autres comportements antisociaux liés au mécontentement des employés (Frost, 2003; Les Affaires, 2007).

L'employé pour sa part, perçoit une pression qui peut le rendre malade et le déstabiliser socialement. Les collègues d'un employé dépressif subissent une pression supplémentaire, l'environnement de travail se teinte parfois du parfum de malaise qui entoure le stress. La famille immédiate d'une personne stressée subit elle aussi les variations d'humeur, d'envies et la fatigue de l'employé. Il existe une panoplie de causes au stress et ce dernier se présente sous plusieurs formes : stress traumatique, stress vicariant, stress « commun » c'est-à-dire le stress général connu de tous. Le stress peut être compris comme un ensemble des réactions non spécifiques d'un organisme, biologiques ou psychologiques, lorsque cet organisme est soumis à un nouveau stimulus. De façon plus technique, le stress peut être défini de la façon suivante : « Le stress survient lorsqu'il y a un décalage entre la perception qu'une personne a des contraintes et des exigences que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses compétences, ses ressources et ses capacités pour y faire face, pour s'ajuster, pour les maîtriser » (Lazarus, 1966; Cox, Griffiths et Rial-González, 2006). Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de cette nature. « Ils affectent également la santé physique et la santé

organisationnelle » (Soares, 2008, p.200).¹ Les employés ont tendance à croire que les équipes de gestion de l'entreprise ont la lourde responsabilité d'améliorer l'environnement de travail. Les équipes de gestion croient de leur côté qu'il s'agit du fardeau du département de gestion du personnel. Finalement, les représentants de ce département croient en un partage de responsabilités entre l'organisation et les employés.

Les pratiques de ressources humaines ont évolué avec le temps, les perceptions des rôles des employés et gestionnaires n'y font pas exception. Certains théoriciens, dont Ulrich (2001), préconisent un rôle plus proactif de l'administration et une prise de conscience collective sur le partage des responsabilités et des résultats au sein de l'organisation. Le développement stratégique des entreprises doit passer par le positionnement stratégique des ressources humaines et la mise en place de pratiques de gestion ayant fait leurs preuves. Les pratiques de gestion dans le domaine des ressources humaines ne se limitent pas aux conditions salariales et aux horaires de travail. L'environnement général de travail importe qu'il s'agisse du lieu de travail, de la qualité des installations, des services mis à la disposition des employés, des procédures d'embauche, du climat de travail. En résumé, les pratiques de gestion du personnel sont l'ensemble des moyens et activités mis à la disposition des employés d'une organisation pour assurer la création de biens et services.

Plusieurs études ont porté sur les incidences du stress relié au travail ainsi que ses impacts sur les familles. Toutefois, peu de recherches ont pour sujet l'amélioration des conditions de travail pour les personnes qui subissent un stress secondaire lié à leurs occupations professionnelles. Il est certes important de déterminer d'où provient un stimulus de stress et de le diminuer à la source. Le stress secondaire crée des dommages de façon plus sournoise, car moins apparent. Le réflexe humain n'est pas d'analyser une situation et de déterminer au premier regard s'il y a présence de stress direct ou indirect et quels sont les impacts de cette situation sur les sujets, leur environnement et les témoins.

¹ Tiré de Soares, Angelo chapitre 11 « Le stress a-t-il un sexe? » in GHR et Genre. Les défis de l'égalité homme-femme. P. 199-219

L'objectif de cette recherche est de déterminer les pratiques de ressources humaines souhaitées par les intervenants présentant un risque de fatigue de compassion. La fatigue de compassion (FC) est la résultante d'un stress vécu par les intervenants soignants de manière répétée de personnes ayant vécu des traumatismes. Cette réponse au stress est soudaine et peut être accompagnée d'un sentiment de confusion et d'incapacité, ainsi que de fatigue pour l'intervenant (Figley 1995). Nous donnerons une définition opératoire de la FC lors de la revue de littérature. Ce phénomène a commencé à être observé dans l'entourage immédiat des personnes atteintes d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Cette recherche se concentrera donc sur les pratiques de gestion de ressources humaines souhaitées par les intervenants travaillant spécifiquement auprès d'une clientèle atteinte de SSPT.

Puisque la FC est considérée comme une résultante d'un stress, nous pouvons présumer qu'elle peut produire les mêmes effets en entreprise, c'est-à-dire perturber la santé physique des intervenants ainsi que la santé organisationnelle. Dans un premier temps, nous tenterons de déterminer s'il existe un risque de FC chez les intervenants en santé mentale qui se spécialisent dans les soins pour personnes atteintes de stress post-traumatique. Deuxièmement, nous aborderons les pistes d'amélioration possibles en milieu de travail, afin de faciliter leur travail et de minimiser les effets de la FC.

Il s'agit d'un problème de santé qui a longtemps été négligé, car associé à l'épuisement professionnel, mais qui ne présente pas la totalité des symptômes. Le fait de prévenir ce phénomène peut modifier la santé organisationnelle d'une entreprise et améliorer les conditions de travail des employés. Par extrapolation, il est raisonnable de croire qu'une diminution du risque de FC se traduira par une amélioration des services aux patients et une stabilité au niveau de la main-d'œuvre.

Ce mémoire représente la conclusion d'une recherche en milieu de travail. Après une recherche dans la littérature en gestion, la revue des articles scientifiques en psychologie et certaines références psychiatriques, une revue de littérature ciblée a été faite pour synthétiser les connaissances actuelles sur le sujet de la fatigue de compassion et du SSPT. Le premier chapitre définit donc les concepts majeurs permettant de comprendre la fatigue de

compassion et les façons dont ce phénomène peut influencer les intervenants. Les entrevues semi-dirigées et les questionnaires administrés durant l'étude de terrain constituent l'armature du chapitre portant sur la méthodologie de recherche, ainsi que l'explication de la façon dont la recherche a été conduite. Le troisième chapitre énoncera nos résultats et le quatrième chapitre sera constitué de nos observations. Finalement, la dernière partie du mémoire prend la forme de discussion pour tenter de déterminer les pistes de futures recherches et de travaux pouvant continuer à améliorer la situation de travail des intervenants en santé mentale et une brève conclusion.

CHAPITRE I

REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéressons au personnel soignant de personnes atteintes de SSPT. Le SSPT est un phénomène relativement récent dans la littérature. Les premières recherches publiées à grande échelle sur le sujet datent des années 1970. Ce type de stress se nomme aussi stress opérationnel, puisqu'il est directement influencé par la nature du travail de l'individu. La majorité des recherches sur le sujet consiste en des études sur l'expérience de personnel militaire et de personnes ayant été victimes de traumatisme vécu lors de l'enfance. La notion de SSPT est devenue un sujet public en Amérique du Nord à la suite des incidents du 11 septembre 2001 à New York. Malgré cela, la majorité des personnes souffrant de SSPT permettant l'étude de cas à long terme reste les militaires de carrière. Ceci s'explique par la nature même de leur travail et le type de stress subi.

1.1 La santé mentale.

Il est primordial de faire la distinction entre santé mentale et maladie mentale. La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé de la façon suivante : « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »². Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec précise sa position sur la maladie : « Par maladie mentale, on désignera des signes et des symptômes caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement entraînant un état de détresse ou de souffrance et un dysfonctionnement important »³. Ce sont ces notions que nous gardons à l'esprit lorsque nous faisons référence à la santé mentale. Pour qu'un problème de santé mentale soit diagnostiqué, il faut que plusieurs symptômes soient observés.

² OMS aide-mémoire no 220, révision : novembre 2001 disponible sur Internet : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/

³ www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Comprendre_et_prevenir

Une étude réalisée par Santé Canada (2006) a catégorisé les facteurs de risque influençant le développement de problèmes de la santé mentale des individus. Il s'agit de facteurs individuels tels que l'hérédité ou le fait qu'une personne soit atteinte d'une maladie chronique. Les facteurs familiaux et sociaux constituent les caractéristiques du noyau familial, de la relation d'un individu avec les membres de sa famille et ses amis intimes. Le contexte scolaire représente le troisième groupe de facteurs. La quatrième catégorie de facteurs regroupe les facteurs communautaires et culturels et correspond à la situation sociale d'un individu; la présence ou l'absence d'un groupe de soutien, un milieu de vie prédisposé à la violence. La dernière catégorie de facteurs influençant le développement de troubles mentaux ou maladie mentale s'intitule « événements et situation de la vie ». Ce dernier groupe est celui qui est le plus lié aux conditions de travail des intervenants. Tous ces éléments peuvent faciliter le développement de problèmes de santé mentale chez un individu. Les violences psychologiques et physiques, ainsi que la violence sexuelle, l'insécurité en emploi, le chômage, les accidents en milieu de travail et les relations professionnelles insatisfaisantes sont des exemples de conditions de travail qui peuvent être en partie contrôlées et qui ont une influence directe sur l'état général de santé mentale des intervenants.

Le SSPT appartient à la famille des problèmes de santé mentale appelée troubles anxieux selon l'American Psychiatric Association. Le SSPT peut être défini de la manière suivante : « L'état de stress post-traumatique est le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique; ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche » (APA, 2000, p.533).

La dernière partie de cette définition ouvre la porte au questionnement d'un stress secondaire. C'est-à-dire, que le fait d'apprendre qu'un individu proche a vécu des situations traumatiques peut aussi résulter au développement d'un SSPT. L'ambiguïté de la question réside dans la notion de lien de proximité entre l'individu éprouvant un stress et celui qui tente de l'aider. De la notion de proximité découle un nouveau questionnement sur les attitudes de travail à adopter. Faut-il prendre le risque de soigner en faisant preuve de sympathie, d'empathie, de compassion? Comment gérer la création probable de proximité émotionnelle? Deighton et coll. (2007) ont étudié le risque de FC et d'épuisement professionnel chez des thérapeutes du trauma. Leurs résultats démontrent un lien entre les expériences de travail, les antécédents professionnels et le risque de développer un épuisement professionnel ou de la FC.

Il faut remarquer que le SSPT ne bénéficie pas d'une bonne réputation dans le monde militaire, où il a une connotation négative. Il y a une image de faiblesse associée au phénomène parmi les membres des corps militaires. L'appellation Trouble de Stress Opérationnel (TSO) est maintenant utilisée en milieu clinique comme synonyme de SSPT.

1.2 La compassion

La première image qui vient en tête lorsque l'on évoque le concept de proximité est généralement l'image d'une proximité physique. La proximité émotionnelle (ou affective) est pourtant très importante et prend différentes formes, par exemple, la sympathie, l'empathie et la compassion. La sympathie est une réaction émotionnelle basée sur la compréhension de l'état émotionnel d'un autre individu. Le fait de faire appel à ses expériences antérieures et la compréhension cognitive de l'état émotionnel d'une autre personne peut favoriser le développement de la sympathie (Kazdin, 2000).

Une émotion importante, qui est aussi un outil de travail pour les travailleurs en santé mentale et les spécialistes des relations de travail est l'empathie. Il s'agit de la compréhension de l'état émotionnel d'une personne et le fait de reconnaître l'aspect affectif de l'expérience vécue par cet individu. L'empathie ressentie par un intervenant peut engendrer une réaction de détresse, d'aversion ou même d'égoïsme émotionnel (Kazdin, 2000). Il peut sembler

illogique d'énoncer l'empathie dans un principe de proximité, mais l'utilisation de l'empathie requiert justement le fait de connaître et de respecter ces limites de proximité relative à chacune des situations.

La notion de compassion est évoquée dans la morale et dans l'éthique sociale. Elle fait référence au fait de reconnaître la souffrance d'autrui. La compassion est une pensée à la fois à la mode dans la société qui cherche à se donner bonne conscience et à la fois une attitude humaine très ancienne. Les premiers signes de compassion comme attitude à adopter dans les relations humaines sont observables dans les préceptes religieux de toutes sortes.

Rinpoché (1992) définit la compassion comme l'étape supérieure à la sympathie. Il s'agit selon lui d'une évolution plus forte du phénomène de sympathie : « La compassion n'est pas qu'un simple sentiment de sympathie ou le fait de s'inquiéter de la souffrance de quelqu'un, ni simplement qu'un bon sentiment ressenti pour la personne qui est face à vous ou le fait de reconnaître leur souffrance et leurs besoins. Il s'agit aussi d'un désir réel et durable de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour alléger les souffrances des autres individus » (Rinpoché, 1992, p.346). Il réside dans la définition de Rinpoché une volonté d'action qui se démarque de la sympathie, de l'empathie et de la résilience. Lorsque nous ferons référence à de la compassion de manière générale, nous nous rapporterons donc à cette définition.

La compassion en milieu organisationnel est différente. Le monde occidental des affaires ne prônait pas, jusqu'à la dernière décennie, la valorisation des « sentiments humains » entre collègues ou entre personnel et clients. La compassion organisationnelle n'équivaut pas à la compassion telle que définie précédemment; elle est moins viscérale. Tel que le mentionnent Kanov et Frost (2003) : la compassion organisationnelle n'est pas la somme des sentiments de compassion éprouvés par les membres d'une organisation, mais « un ensemble de processus sociaux, partagés par des membres de l'organisation, permettant de constater, ressentir et répondre à la souffrance d'autrui. » La théorie sous-jacente à cette définition découle de l'idéologie d'association. La somme et le partage sont deux concepts différents, la compassion organisationnelle doit être éprouvée de façon similaire d'un individu à l'autre au sein de l'unité de travail ou de l'entreprise. C'est l'idée du partage commun qui renforce le

principe d'organisation. Car, selon Kanov et coll. (2004), le fait que les émotions soient ressenties par plusieurs personnes renforce les liens existants et permet d'ériger les fondations de la communauté dans laquelle évoluent les individus.

La compassion organisationnelle ne représente donc pas la sommation de la compassion ressentie individuellement, mais bien l'amalgame d'un sentiment commun. L'expression de la compassion sera facilitée dans certains milieux de travail de façon naturelle que l'on pense aux centres de soins, aux hôpitaux, aux résidences pour personnes âgées ou encore aux centres d'hébergement jeunesse. Toutefois, elle peut aussi être partie intégrante d'un milieu de travail industriel si les gestionnaires et chefs de l'entreprise mettent en place les moyens nécessaires pour la favoriser. D'ailleurs, Dutton (2002) et Frost (2003) énoncent tous deux l'importance du rôle du dirigeant dans le développement de la compassion en milieu de travail. Selon ces auteurs, un leader sert de modèle et si ce dernier sait faire preuve de compassion, il est possible de croire que les membres de l'organisation auront à leur tour tendance à faire preuve de compassion et à la démontrer à leur collègue. L'environnement de travail dans lequel la compassion organisationnelle détient une place bénéfique généralement d'un réseau interne de soutien. Les employés s'épaulent entre eux, s'entraident lors d'épreuves et partagent les réussites. Le climat organisationnel en est que plus calme et favorise les interactions dans une économie nord-américaine où l'individualisme a pris les devants.

Frost (2003) s'est intéressé aux activités des gestionnaires qui favorisent le développement de la compassion au sein de l'organisation. Le leader influence positivement s'il encourage les comportements facilitateurs et s'il adopte les comportements faisant preuve de compassion.

La compassion organisationnelle peut prendre différentes formes. Frost et coll. (2007) perçoivent la compassion de trois manières :

1. La compassion comme « travail interpersonnel », c'est-à-dire que la compassion dépend de l'intelligence émotionnelle des individus, des aptitudes relationnelles et nécessite beaucoup d'énergie pour se développer.

2. La compassion « narrative » existe en entreprise, mais se reflète facilement dans la relation patient-thérapeute. Elle est une réponse à une anecdote, une histoire que l'on raconte à un collègue ou un thérapeute. En entreprise, ce type de compassion joue un rôle dans la création de la construction de l'identité des individus et de l'organisation ainsi que dans la notion d'attachement envers l'organisation. La direction utilise la compassion narrative pour démontrer ses valeurs aux employés.
3. « La compassion comme source d'organisation » C'est le niveau le plus abstrait créé par Frost et coll. (2007). Il s'agit de la mise en place de comportements collectifs qui permettront le développement de la compassion organisationnelle telle que définie par Kanov et coll. (2004). Le partage d'informations est une illustration de ces comportements. L'information recueillie pourra développer, lors de certaines occasions, le sens de l'observation des employés. Ces derniers porteront attention à certains détails qui peuvent indiquer qu'une personne de leur entourage souffre.

Kanov et coll. (2004) insiste sur la réalité de ce fait dans les institutions à caractère humanitaire et dans les organisations où la souffrance humaine est au cœur des activités quotidiennes. Il précise que la compassion organisationnelle dans ces cas devient « une preuve d'efficacité et un moyen de survie pour l'organisation en tant que tel » (Kanov et coll. 2004).

La compassion peut donc être perçue comme étant une réponse à la souffrance, que cette dernière provienne ou non des tâches, de l'environnement de travail ou de la vie privée des individus. Cette souffrance inclut entre autres une fatigue émotionnelle qui dans certains cas prendra les traits d'un épuisement professionnel (*burnout*) Frost et coll. (2007).

Ces définitions de compassion et compassion organisationnelle créent une attente en termes de comportements dont doivent faire preuve les intervenants en santé mentale. Leur mise en place semble simple, toutefois le risque énoncé par Kanov a un prix. La fatigue émotionnelle et l'épuisement professionnel forment une combinaison qui maintenant porte un nom : la Fatigue de Compassion.

1.3 La fatigue de compassion (FC)

Charles R. Figley a été un des pionniers dans l'étude de la FC. Il a étudié les soldats américains qui ont été déployés au Vietnam. Il a suivi de près les recherches sur le SSPT et il s'est intéressé aux effets de la maladie sur l'entourage de ces soldats. Les effets se propagent de manières différentes selon les individus : stress vicariant, stress post-traumatique secondaire, fatigue de compassion⁴. Afin de comprendre l'évolution du concept de FC, il est nécessaire de s'attarder aux définitions.

Collins et Long (2003) ont répertorié les différentes définitions du stress vicariant et de la fatigue de compassion. Le stress vicariant est défini de manière générale comme étant « la transformation personnelle subie par le thérapeute après avoir ressenti de l'empathie envers un patient et son expérience traumatisante. » Le concept est souvent associé au syndrome d'épuisement professionnel. La définition fait bien référence à de l'empathie et non de la sympathie. La transformation subie par le thérapeute ne serait donc pas reliée aux sentiments éprouvés, mais bien à la nature même de l'expérience du patient et à la flexibilité d'esprit dont l'intervenant fait preuve dans son travail. Selon Pearlman et Saakvitne (1995), toute personne liée à une victime ou survivant d'un traumatisme devient vulnérable au stress vicariant.

La définition de la « traumatisation secondaire » ou stress post-traumatique secondaire établie par Figley (1995) est la définition la plus utilisée dans la littérature nord-américaine. Ce phénomène s'observe lorsqu'un intervenant (*caregiver*) développe les symptômes de SSPT. L'intervenant développe ces symptômes de façon naturelle en raison de « la volonté de

⁴ Trois termes qui dans leur langue originale (*vicarious traumatization, secondary traumatic stress, compassion fatigue*) possèdent des définitions propres qui lors de traduction se limitent en général en français à une seule définition et un seul terme : Fatigue de Compassion (FC).

vouloir aider un patient ». Une exposition prolongée à des récits d'événements traumatisants ou encore le fait que l'intervenant ait par le passé vécu un événement traumatisant est une condition favorisant le développement d'une traumatisation secondaire (TS). La différence majeure entre le stress vicariant et la TS réside dans le fait que la dernière est accompagnée de symptômes observables. Tout comme la personne atteinte de SSPT, celle souffrant de TS présentera soit des signes de détresse psychologique, de transfert cognitif ou des modifications au niveau de la dynamique de ses relations interpersonnelles. Il est aussi possible que l'intervenant démontre des symptômes dans les trois catégories. Cette définition énonce la base des travaux de Kahn (2003) qui ont démontré que le personnel soignant, exposé de façon fréquente à la souffrance de patients, peut développer un stress. Ces travaux concluent que le stress vécu par l'intervenant peut être transmis au reste de l'unité de travail. Toutefois, comme le font remarquer Bride et coll. (2004), l'utilisation dans plusieurs travaux de l'échelle de mesure de la traumatisation secondaire (TS) est biaisée. L'échelle mesure simultanément la TS, le contre-transfert du SSPT et la dépression. Ce qui se reflète dans la difficulté de diagnostiquer une réelle TS. La notion de stress est très importante dans le diagnostic de la FC. Selye (1984) a défini le phénomène de réponse au stress (*GAS*, Syndrome d'adaptation générale au Stress). Il s'agit d'une réponse biologique en trois phases. Ces phases ne seront pas forcément vécues en totalité par les individus : 1) la réaction d'alarme, 2) l'étape de résistance, 3) le stade d'épuisement.

La FC pour sa part est définie comme étant l'incapacité d'un intervenant à éprouver de l'empathie, ou le manque d'intérêt à ressentir cette empathie envers un patient. Figley (1995) qualifie cette situation de « conséquence naturelle » des expériences traumatisantes du patient et elle est accompagnée de symptômes apparents. Grâce à plusieurs années d'observation, Adams et coll. (2006) établissent une nouvelle définition. Selon eux, la FC est dans le monde du travail un risque associé principalement aux cliniciens et aux premiers répondants de situations traumatisantes. Elle est composée à la fois de la TS et de l'épuisement professionnel. Le malaise créé par la FC peut rendre l'intervenant incapable d'effectuer son travail, allant jusqu'à éviter volontairement tout contact avec le patient. Ce moyen de défense se produit lorsque l'intervenant revit les traumatismes de ses patients (par exemple, par l'entremise de « flash », de cauchemars, de crises d'angoisse). La définition apportée par

Adams et coll. (2006) nuance l'idée de fréquence répétée énoncée par Kahn (2003) comme cause favorisant le développement de la FC. À ce sujet, la littérature n'est pas unanime. Herman affirme que les intervenants en santé mentale vont expérimenter la FC s'ils travaillent longtemps dans ce domaine. Il ne peut pas donner une durée d'exposition particulière, mais ce serait inévitable. Le concept de traumatisation secondaire est aussi lié à l'exposition prolongée aux récits traumatisants comme étant une condition déterminante de son développement. Hudnall Stamm (1997) considère pour sa part que la durée d'exposition n'est pas un facteur au développement de la FC. Les expériences antérieures de l'intervenant, aussi bien professionnelles que personnelles, constitueraient une base de résistance ou de facilitation au développement de la FC.

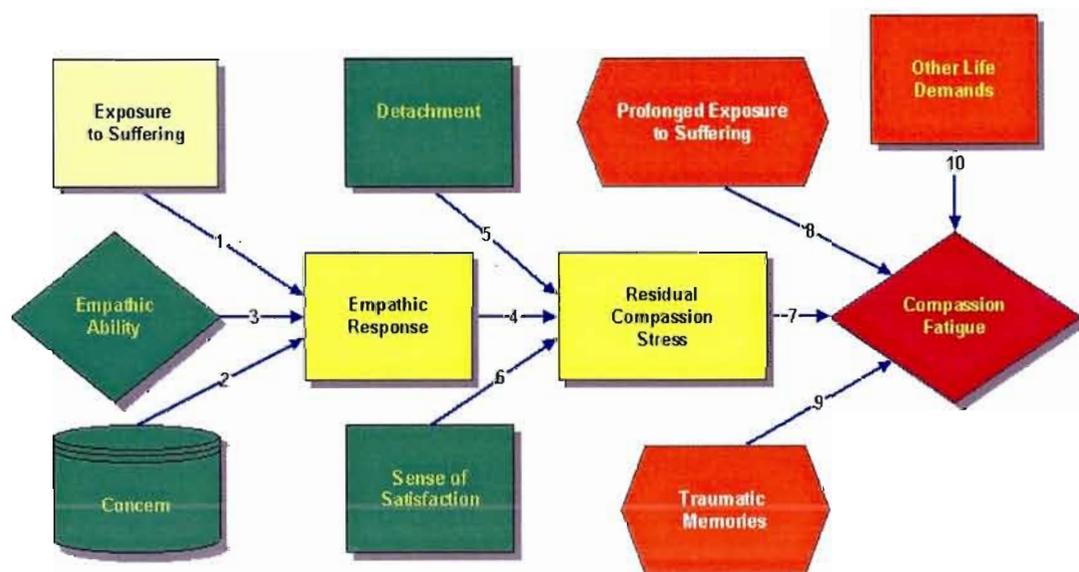
Tout au long de ce mémoire, la FC sera comprise comme un phénomène découlant de l'exposition fréquente aux récits d'événements traumatisants et entraînant la création de symptômes de traumatisation secondaire et d'épuisement professionnel. Nous entendons par épuisement professionnel le concept défini par Maslach et coll. (2001) comme étant une fatigue extrême accompagnée d'une dépersonnalisation des événements et de la perception du manque d'accomplissement personnel qu'une personne ressent comme résultante de son travail. Cette manière de définir le surmenage professionnel est l'intégration des trois dimensions que Maslach et coll. (1996) avait mises en lumière auparavant, à savoir la fatigue émotionnelle, la dépersonnalisation et une dévalorisation par un individu de son propre travail. La dépersonnalisation est un mécanisme de défense qui souvent prendra l'aspect du cynisme. L'individu se détachera d'une situation ou prendra ses distances par rapport aux autres en cas de fatigue extrême. Cette fatigue est caractérisée par une incapacité (ou un ralentissement) de réaliser les tâches reliées au travail de l'individu (Maslach et coll., 1996)

Cette définition inclut à la fois la partie symptôme physique de la FC et les symptômes psychologiques. La notion d'épuisement professionnel est nécessaire en raison de la dépersonnalisation des événements qui illustre à la fois le fait que l'intervenant ne veuille plus traiter un patient⁵ et le fait qu'il y a confusion entre ce que vit le patient et ce que ressent

⁵ Tel que mentionné par Adams et coll. (2006)

l'intervenant. Il ne faut pas oublier que la dépersonnalisation⁶ peut être perçue comme un mécanisme de défense⁷. L'être humain, lorsque confronté à une situation menaçante cherche à l'éviter lorsque cela est possible. Le détachement permet un clivage entre ce qu'un patient peut énoncer et ce que ressent l'intervenant. Une des difficultés de l'application de thérapie et de soins en santé mentale est le sentiment de connexion entre l'intervenant et son patient. Le fait de traiter de façon continue des personnes augmente les chances de l'intervenant de se sentir émotionnellement impliqué à un moment ou un autre d'une thérapie. Les souvenirs peuvent être communs, semblables. Afin d'éviter de faire preuve de trop de sympathie envers les patients, l'empathie est l'attitude à favoriser. Toutefois, les circonstances ne le permettent pas toujours et obligent l'intervenant à se détacher des situations et récits afin de se protéger lui-même.

Figure 1 : La fatigue de compassion selon Figley



The Compassion Fatigue Process (Figley, 2001)

⁶ Dépersonnalisation « une altération de l'image de soi et de l'image de mode de fonctionnement de soi, produite par un désinvestissement de ce qui est perçu comme le moi, et ayant comme résultat un sentiment d'irréel » (Hecktor, 2003, p.24).

⁷ « Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations – comportements, idées ou affects – peuvent être inconscients ou conscients » (Ionescu et coll., 1997, p.27).

Le modèle de Figley (Figley 2004) permet de visualiser les étapes pouvant mener à la FC. Tel que mentionné plus tôt, la FC n'est pas un phénomène spontané, mais un phénomène « naturel ». Le modèle représente cette situation que nous pourrions qualifier de crescendo émotionnel. Les habiletés empathiques d'un intervenant l'amèneront à répondre de façon empathique aux souffrances du patient. Il faut toutefois que le thérapeute s'assure que l'exposition aux traumatismes de ses clients ne soit pas au-dessus de ses forces. Il est pratiquement inévitable pour un intervenant de ne pas se sentir concerné par le vécu d'un patient ou sa situation, ne serait-ce que dans le fait que le patient montre des signes d'amélioration. La réponse empathique envers le patient doit être, dans une situation idéale, surveillée par l'intervenant. Il doit pouvoir identifier ce que représente pour lui une telle situation et aussi intervenir pour limiter les impacts (Figley, 1995; Figley 2002).

Une réponse empathique à laquelle serait jumelé un « sentiment de satisfaction » envers le travail et la responsabilité que détient l'intervenant envers la personne souffrante créera un stress selon le modèle de Figley. Ce stade du modèle de Figley oppose le détachement et le sentiment de satisfaction comme deux forces poussant la réponse empathique à se développer en stress de compassion. Ces deux forces représentent des antipodes. Le sentiment de satisfaction est une émotion, l'illustration d'un attachement envers un patient, une situation, un espoir. Le détachement pour sa part est l'effet contraire, il s'agit d'un mécanisme de défense qui favorise la protection de l'intervenant. Le détachement évite l'établissement d'un lien émotif quelconque avec une personne ou une situation. Le détachement est le mécanisme de défense psychologique plus ou moins conscient choisi en raison de son lien avec les symptômes de dépression et épuisement professionnel. Le stress de compassion n'est pas encore de la fatigue. Il s'agit d'un état précurseur, qui s'ajoute au stress quotidien auquel tout individu fait face. La présence soutenue de ce stress aura comme effet pervers de favoriser l'apparition de fatigue de compassion.

La fatigue de compassion est l'aboutissement d'un mélange de stress de compassion et de prédispositions personnelles. Le fait d'être souvent, ou pendant de longues périodes, exposé à des récits de traumatismes et de maintenir le contact avec des patients favorise la fatigue de compassion d'un intervenant. Dans un même ordre d'idée, la vie privée de l'intervenant est

une source influençant le développement de la fatigue de compassion. Par exemple, les expériences de vie de l'intervenant, s'il a déjà été victime d'un traumatisme ou d'une situation semblable à celle du patient, l'exposent davantage. De plus, les événements personnels tels un divorce, la maladie d'un proche, etc., ont une influence. Même si l'intervenant a pour ligne de conduite de séparer sa vie professionnelle de sa vie personnelle, rien ne peut garantir que la psyché le fera aussi.

Une étude menée par Deighton et coll. (2007) démontre que la frustration du thérapeute envers son travail ou son incapacité à mener à terme certaines thérapies augmente le risque de FC de façon plus importante que le simple fait d'être exposé de façon continue à des récits traumatisants.

1.4 La dépression et la fatigue de compassion

Figley (1995) précise dans ses travaux que souvent la FC est associée à la dépression, toutefois la dépression est une maladie alors que la FC est un état, c'est-à-dire qu'un individu qui développe de la FC peut présenter des symptômes associés à la dépression (voir tableau 1), sans être cliniquement diagnostiqué « dépressif ». La dépression est un amalgame de cinq critères :

- Un changement spécifique au niveau de l'humeur (tristesse, apathie, solitude)
- L'individu se perçoit d'une manière négative et a tendance à se blâmer lui-même
- Désir d'autopunition
- Changements végétatifs (insomnie, anorexie, diminution de la libido)
- Changement au niveau du degré d'activité (ralentissement, agitation)

(Beck, 1970, p.6)

Les symptômes de maladie mentale ne sont pas observables avec le même degré de sévérité d'un individu à l'autre. Les troubles dits troubles d'humeur regroupent la dépression majeure et le trouble bipolaire. Une enquête faite par Statistique Canada (2002) rapporte que 10 % des

Canadiens âgés de plus de 15 ans, au cours des 12 mois précédents l'étude, ont présenté des symptômes de troubles anxieux, troubles d'humeur ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Les causes du développement de problèmes de santé mentale sont bien évidemment à la base individuelle, mais peuvent être regroupées en catégories de facteurs. Les maladies mentales ont des répercussions sur l'individu qui en souffre, sur sa famille, la société en général et sur l'entreprise pour laquelle la personne atteinte travaille. La société supporte les frais communs de soins et les accommodements nécessaires. La ségrégation en milieu de travail s'explique en partie par la peur. Les individus atteints d'un trouble anxieux ou d'un trouble d'humeur ressentiront une crainte à avouer ouvertement leur état de peur d'être mal jugé ou d'être mis à l'écart. Les collègues peuvent faire preuve d'incompréhension lorsque confrontés à un état qui leur est étranger et dont parfois ils ignorent les détails. Le monde des affaires n'étant pas uniforme, la position des gestionnaires diffère. Il s'agit donc du coût social associé à la santé mentale.

La prise en charge du fardeau économique incombe à la société le coût annuel des soins hospitaliers, soins médicaux et coûts des médicaments pour l'année 2002 étaient de l'ordre de 4,7 milliards de dollars (Santé Canada, 2002) pour l'ensemble des maladies mentales. Les gestionnaires aussi font face à des coûts astronomiques. Les maladies mentales ont représenté en 2003, 30 % des réclamations d'invalidité au travail, ce qui se traduit par 70 % des frais associés aux prestations. Cette somme correspond selon les années à un montant variant entre 15 et 33 milliards de dollars par an. (Santé Canada, 2006).

Le trouble dépressif majeur est la répétition d'épisodes de dépression qui peut se traduire par une humeur dite dépressive ou le fait que les activités quotidiennes perdent leur intérêt. Ces symptômes doivent être présents pour une durée minimale de deux semaines afin d'être considérés comme des signes de dépression majeure (Santé Canada, 2006). De plus, un minimum de 4 autres critères est requis. Parmi eux se trouvent :

Tableau 1 : Les critères déterminant les symptômes de dépression majeure

Symptômes Dépression
Humeur dépressive
Sentiment de dévalorisation, d'impuissance ou de désespoir
Perte d'intérêt ou de plaisir (y compris pour les loisirs et la vie sexuelle)
Changement de l'appétit
Trouble du sommeil
Baisse d'énergie ou fatigue (en l'absence d'effort physique important)
Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité
Idées de mort
Difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions

(Santé Canada 2006, p.59)

La prévention de la dépression se fait par la prévention du stress, et cela même si des recherches indiquent que le stress ne prédispose les gens qu'à un premier épisode de dépression et non à une dépression majeure en raison des épisodes récurrents qualifiant la dépression majeure (Santé Canada 2006).

La prévention en milieu de travail semble être un des meilleurs moyens de défense contre le développement de problèmes de santé mentale. Bien que mentionnées plus tôt, les conditions de travail ne sont pas les seuls déclencheurs aux problèmes de santé mentale, mais elles ont leur rôle à jouer. Ainsi, la prévention peut tenter de mettre un frein à l'augmentation des cas ou encore permettre d'espérer une diminution de la sévérité des cas. Cerney (1995) précisait dans ses travaux sur la fatigue de compassion que la supervision en milieu de travail et que la qualité d'écoute du gestionnaire permettaient de prévenir les risques de FC. Ce point de prévention est commun à la prévention de la dépression en milieu de travail.

Au niveau des maladies mentales, le discours au sujet du rôle des entreprises est sensiblement le même : le milieu de travail joue un rôle de prévention et de soutien lors du rétablissement

d'une personne atteinte d'un trouble. L'éducation est la clé, la peur de l'inconnu fait commettre des erreurs qui ne stabilisent pas l'environnement de travail. Le fait de communiquer de l'information aux employés et aux gestionnaires permet d'épauler les personnes éprouvant de la détresse et ainsi améliorer les conditions de travail pour tous. Le rôle du gestionnaire sera proactif pour permettre la mise en place de programme de soutien et d'information. La communication ouverte au sein de l'entreprise est un outil de propagation de bonne santé mentale, l'expression ouverte de compassion en milieu de travail pour les collègues est par le fait même favorisée. Nous voulons rappeler ici que la FC fait référence au principe d'épuisement professionnel, alors que la dépression qui est une maladie peut avoir d'autres sources. Une personne qui est dans un état de FC peut éventuellement développer une dépression (Figley 1995).

Qu'il s'agisse d'épisode de dépression, de fatigue prolongée, d'épuisement, de maladie mentale ou tout autre phénomène créant un déséquilibre pour un individu, il n'y a pas deux personnes qui vivront une expérience identique. Les expériences vécues, l'environnement dans lequel nous évoluons, nos prédispositions génétiques, nos succès et nos échecs sont à la base de la création de la personnalité de tout individu. Nul ne peut prédire avec certitude l'ensemble de ses réactions dans toutes les situations. Nos réactions sont d'une certaine manière engendrées par les mécanismes de développement de la personnalité et les habitudes de vie que nous adoptons. Pour cette raison, nous nous intéresserons en surface à deux mécanismes influençant le développement de la personnalité d'un individu et qui peut éventuellement lui faciliter la gestion quotidienne des expériences exigeantes rencontrées dans le cadre de son travail : la résilience et l'auto-efficacité.

1.5 Les mécanismes facilitant le développement de la personnalité au travail.

Deux concepts sont associés de manières différentes au développement personnel et ont leur importance lorsque nous tentons d'établir les moyens utiles pour diminuer la FC. Ces deux concepts sont associés à l'individu et varient donc d'une personne à l'autre, notamment en raison des expériences de vie et du milieu dans lequel elles évoluent. Il s'agit de la résilience et du principe d'auto-efficacité. Dans cette section, nous tenterons d'expliquer en quoi consistent ces deux concepts et leur relation avec la FC.

La résilience est pour certain une habitude, pour d'autre un facilitateur de travail. Le principe de résilience ne peut être défini comme de la résignation. Il s'agit plutôt d'une acceptation de situation dans le but de tirer profit d'un évènement ou d'une situation dérangeante. Plusieurs autres définitions ont été données pour qualifier la résilience. Lazarus et Folkman (1984) définissent la résilience comme la jonction entre la force, la maîtrise des capacités d'un individu afin de reprendre ses activités normales suite à une situation éprouvante provoquée par un stress élevé. Vingt ans plus tard, Bonano (2004) qualifiait la résilience comme étant la capacité d'un individu à surmonter un ensemble d'évènements présentant une forte charge stressante, le tout en maintenant une vitalité et une santé psychologique et mentale. Selon Block et Kremen (1996), la résilience est liée à la conceptualisation de problème et la capacité d'un intervenant à se détacher des situations et individus. Ce principe énoncé par Block et Kremen (1996) nous permet de comprendre l'importance d'une telle compétence personnelle pour les intervenants en santé mentale.

Les sources de développement de la résilience diffèrent d'une situation à une autre. Yehuda (1998) défend une position humaniste et individualiste de la question. La résilience dépend des capacités propres de l'individu à gérer les situations stressantes et traumatisantes, car selon Yehuda (1998), tout traumatisme épuise nécessairement une partie des ressources personnelles d'un individu. Aronoff et Wilson (1985) défendent la position selon laquelle la résilience est un mécanisme de défense qui est directement influencé par l'environnement d'un individu ainsi que par la qualité de ses relations interpersonnelles. Dans un ordre d'idée similaire, Rutter (1990) précise qu'un environnement de travail favorisant la résolution de problème par les individus et la construction d'une estime de soi élevée permet une meilleure résistance au stress, une amélioration des compétences et de la résilience. Ce qui a pour effet d'améliorer la résultante de situation stressante, ce qui se reflète dans la maîtrise de la situation problématique par l'intervenant. Tout porte à croire qu'un environnement de travail adapté aux travailleurs doit prendre en considération leurs expériences personnelles et leurs propres capacités afin de réduire le risque de fatigue. Cyrulnik (2001) expliquait que « la

résilience n'est pas synonyme de réussite sociale ou d'invulnérabilité »⁸. La résilience permet de continuer à avancer lorsqu'un individu fait face au rejet, l'absence de succès, un traumatisme ou une expérience négative difficile. La création de résilience passe par un engagement affectif, intellectuel, social ou la créativité artistique. Ces engagements permettront à un individu de bâtir son capital de résilience et faire face aux situations difficiles.

Luthans et coll. (2006) spécifient qu'un environnement de travail favorisant le développement de résilience chez les employés permet de réduire les risques de stress. Ce développement existe par le biais des réseaux de soutien. En ce sens, Luthans et coll. (2006) appuient Cyrulnik au sujet de l'importance de l'engagement affectif et l'engagement social pour favoriser le développement de la résilience.

Comme Luthans et coll. (2006) le précisent, l'auto-efficacité peut aussi faciliter la création de résilience, mais ne sont pas deux concepts équivalents. Bandura (1997) affirme que les individus prennent des décisions et guident leurs actions en fonction de leurs croyances et de la perception qu'ils se font de leur auto-efficacité. « La perception de l'auto-efficacité d'un individu est composée des croyances que cette personne détient envers ses capacités à organiser et mener à bien les actions requises pour atteindre des réalisations déjà définies » (Bandura, 1997, p.3). Ainsi, la manière dont un individu croit en ses propres capacités et la vision qu'il a de lui-même permettront à cette personne de prendre les moyens nécessaires pour atteindre ses objectifs. L'auto-efficacité ne se résume pas au fait d'atteindre des objectifs prédéterminés.

L'auto-efficacité peut représenter une motivation chez certains individus qui pousseront plus loin leurs limites. Il s'agit d'une source de motivation en soit. Les croyances d'un individu au sujet de ses propres capacités moduleront l'effort qu'il déploiera dans une situation nouvelle. Ce mécanisme de connaissance de soi et de ses capacités, lorsqu'il n'est pas « assombri » par le doute, permet aux personnes de faire face aux situations stressantes et difficiles (Bandura,

⁸ Consulter à ce sujet les entrevues de Boris Cyrulnik : « le Bon Docteur Cyrulnik » *Le monde de l'éducation* no 292, mai 2001 et l'entrevue avec Stephan Bureau, émission Contact « Le bonheur retrouvé » saison 2 : 2007-2008 Téléquébec.

1997). « La croyance d'efficacité influence le processus de réflexion d'un individu, la persistance de la motivation et l'état affectif, tous représentent des facteurs importants de la performance d'un individu » (Bandura, 1997, p.39). Nous pouvons déduire des travaux de Bandura qu'une personne dotée d'une croyance positive en ses capacités et d'une perception positive de son auto efficacité présente un risque moins élevé de FC puisque ces personnes auront un meilleur sens de résilience et une meilleure gestion du stress. « Un sens résilient de l'efficacité améliore les fonctions sociocognitives de différentes façons.[...] Ils [les individus faisant montre de résilience] approchent les menaces et agents stressants potentiels avec la confiance qu'ils peuvent exercer un certain contrôle sur eux. Une telle efficacité surpasse l'amélioration de la performance, réduit le stress et diminue la vulnérabilité à la dépression » (Bandura, 1997, p.39)

1.6 Le cadre de référence de la recherche.

La FC est considérée comme étant un état et non une maladie. De ce fait, diagnostiquer sa présence relève d'un défi plus grand, car les « symptômes » peuvent être associés à différents états et maladies. Un état d'être peut amener le développement de maladie, d'absence au travail, de confusion entre réalité et fantasme, un manque d'intérêt envers le travail ou le réseau social qu'un individu s'est créé. Afin de pouvoir comprendre ce phénomène dans le travail des intervenants, nous adoptons une position s'apparentant au constructivisme. C'est-à-dire que notre compréhension de la fatigue de compassion évolue au fur et à mesure du déroulement de cette recherche. Nous tentons de décrire la situation actuelle vécue par des intervenants en santé mentale. Notre objectif premier est d'observer s'il y a un risque de développement de fatigue de compassion émanant de l'environnement de travail et des tâches de ces individus.

Nous étudierons la présence de fatigue de compassion par le biais de rencontre avec des intervenants en santé mentale. De sa présence, ou absence, nous tenterons de déterminer des pratiques de GRH qui permettraient de mettre en place une protection envers ce phénomène.

1.6.1 Le problème du risque de fatigue de compassion

La croissance de l'observation de la FC, des maladies mentales et des problèmes de santé mentale en milieu de travail. Nous font nous poser les questions suivantes : Comment réduire leur présence? De quelle façon améliorer l'environnement de travail des professionnels en santé mentale? Ressentent-ils une fatigue? Vivent-ils des conditions particulières pouvant amener à la dépression? Existe-t-il une solution unique? Est-ce que les intervenants en santé mentale perçoivent un problème? Est-ce qu'il existe réellement un problème? Notre mode opératoire ne repose pas sur la vérification d'hypothèses. Nous établissons un diagnostic situationnel. Nous avons établi des points précis que nous voulons observer pour ensuite établir un lien entre les différents résultats avant d'affirmer s'il y a présence de FC. Si tel est le cas, nous tentons d'établir des pistes d'améliorations possibles.

Nous tentons de répondre à deux questions qui sont complémentaires :

- 1) Est-ce que les intervenants en santé mentale présentent un risque de FC?
- 2) Comment pouvons-nous améliorer les conditions de travail des intervenants pour réduire leur risque de FC?

Afin de déterminer si les intervenants sont confrontés à un risque de FC, nous devons nous attarder aux facteurs qui favorisent le développement de la FC à savoir :

- S'il y a une expérience vécue de violence au travail. Cette expérience influence directement le stress vécu et le stress que représente la possibilité de revivre une telle expérience.
- Quel est l'état de la situation pour ces intervenants : stress, réforme de l'environnement de travail, style de gestion, présence et absence de conflit interne, gestion de carrière.
- Existe-t-il la présence d'un réseau de soutien accessible pour les intervenants (professionnel ou par les pairs)?
- L'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle peut-il facilement être atteint?

Les conditions de travail sont déterminantes pour réduire la FC, puisque les personnes souffrant de FC rechercheront du soutien à même leur lieu de travail (Cerney, 1995). Pour approfondir cet aspect, nous devons considérer l'équilibre entre le travail et la famille, la perception du contrat de travail, la perception que l'intervenant a de son propre rôle au sein

de l'équipe, la charge de travail de l'intervenant, les difficultés et réussites interpersonnelles au sein de l'équipe de travail. Ces aspects du travail et des relations qui y existent influencent la façon de travailler des intervenants. Les perceptions sont personnelles et peuvent différer d'un individu à un autre à l'intérieur de la même équipe de travail. Pour trouver des pistes d'amélioration du travail, nous devons donc faire un amalgame des différentes expériences des intervenants en santé mentale.

1.7 Le cadre opératoire

1.7.1 L'utilisation de plusieurs outils de collectes de données.

Pour déterminer la présence ou l'absence de FC, nous allons nous baser sur les observations tirées d'entrevues réalisées avec des intervenants en santé mentale. Nous fonctionnons par induction, car les réponses aux questions préétablies permettront de développer d'autres éléments selon le vécu du sujet rencontré ainsi que son ouverture à discuter des différents sujets. Les questionnaires seront utilisés dans le strict but d'établir un lien entre les entrevues et le diagnostic. Il s'agit d'une validation des informations, d'un indicateur et non d'un outil permettant de déterminer de façon clinique si la personne rencontrée souffre de FC. Nous n'avons pas non plus un objectif quantitatif de généraliser ces résultats. Les questionnaires nous serviront à trianguler les données pour une plus grande compréhension du problème.

L'entrevue permettra de déterminer la perception du stress, de situation conflictuelle et de présence de soutien par les pairs et le secteur professionnel. Les situations environnementales et les processus de travail sont abordés dans le questionnaire d'entrevue. Les entrevues ont été administrées de façon individuelle et les questionnaires sont remis aux participants en mains propres à la fin des entrevues.

Les questionnaires démontrent l'absence ou la présence de violence, positivisme, dépression, perception de ses capacités propres, tous des éléments qui permettent de confirmer ou infirmer la présence d'un risque de FC. Ces outils ne permettent pas d'émettre un diagnostic clinique et tel n'est pas le but de l'exercice. Nous tentons de déterminer s'il y a un lien entre les résultats des tests administrés et les réponses énoncées en cours d'entrevues. Par exemple

est-ce qu'un intervenant qui obtient des résultats significatifs dans les tests sur les stress en ressent l'influence lorsqu'il parle de son travail? Ou est-ce qu'une personne ne démontrant pas ou peu de stress selon les échelles de mesure démontre en entrevue une forte pression ou des sources de stress flagrantes?

1.7.2 Le risque de FC, présence ou absence.

Il nous est apparu clair que nous devrions vérifier si les intervenants rencontrés vivent au moment même de l'entrevue l'une ou l'autre de ces phases. Car le fait de vivre une de ces étapes influence les réponses obtenues lors des entrevues et par le fait même notre diagnostic de présence de FC en milieu de travail.

L'utilisation du questionnaire sur les événements représentant un stress⁹ permet de déterminer si un intervenant expérimente l'une des phases d'ajustement général établi par Selye (1980). Le questionnaire sur la violence au travail permettra de clarifier la situation vécue par les intervenants au niveau des déterminants d'inconfort au travail et les sentiments de menaces qui peuvent influencer le développement de stress vécu au travail. La détresse psychologique est une manifestation de la réaction au stress. Elle est la conséquence de la troisième phase du G.A.S. de Selye (1984)¹⁰, ce qui valide le choix du questionnaire sur la détresse psychologique ressentie.

Nous cherchons à établir s'il y a un risque de fatigue de compassion. L'utilisation des questionnaires sur la fatigue vécue au cours des deux semaines précédant l'entrevue ainsi que le questionnaire ProQOL sont une nécessité. Nous les utilisons pour établir la présence ou l'absence de risque ainsi que pour nuancer les propos obtenus en entrevue.

⁹ Voir appendice A pour une copie du questionnaire de Hundall Stamm.

¹⁰ Les trois phases du G.A.S. (General Adaptation Syndrome) sont : 1. La réaction d'alarme, 2. la phase de résistance, 3. la phase d'épuisement. Face à un élément stressant, un individu réagira selon les phases du G.A.S. Il est à noter que Selye spécifie que l'atteinte de la phase trois n'est pas un passage obligé. Dans un premier temps, l'individu perçoit l'agent stresseur et une réaction d'alarme se fait sentir. Ensuite, l'individu résistera au stress et adaptera ainsi sa réponse à la situation. Réponse biologique ou intellectuelle (phase 2). La phase trois est caractérisée par une fatigue physique et ou mentale pouvant dans certains cas mener à la mort (Selye, 1984).

L'attitude qu'adoptent les intervenants est marquée par les croyances qu'ils entretiennent. Ces croyances influencent leur perception du risque de FC, leur résilience, la façon dont ils perçoivent leur travail, qu'ils jugent leurs relations de travail, leurs tâches et leur environnement. L'utilisation du questionnaire WAS nous permettra de mettre en lumière ces perceptions afin de nuancer les propos des intervenants.

La compassion est un sentiment fort (Rinpoché 1992), nous devons donc nous attarder au côté émotionnel du travail des intervenants. Ceci dans sa globalité, autant les émotions engendrées par les tâches, que par les interactions personnelles que vivent les intervenants. Nous abordons cet aspect par le biais de l'entrevue, afin de permettre aux intervenants de décrire précisément leur perception de certaines émotions. Nous les questionnons sur des émotions qui font appel à des souvenirs positifs, négatifs et parfois neutres. La compréhension des événements permettant l'expérimentation des émotions jumelée au questionnaire WAS et celui de l'auto-efficacité permettra d'affiner le diagnostic.

1.7.3 L'amélioration des conditions de travail.

Les pratiques de gestions de ressources humaines prennent différentes formes en raison de leur utilité respective. Elles couvrent les sphères de la dotation, du développement des ressources et leur conservation, de la reconnaissance et la rémunération. Chacune de ces sphères englobe différentes spécialisations. Par exemple la gestion de carrière, la mobilisation et le développement de la santé et du bien-être au travail sont rattachés à la sphère de développement et conservation. La rémunération inclut les avantages sociaux et le développement des programmes ayant pour but la motivation à court terme. La dotation chapeaute les processus d'embauche, l'analyse des postes et entrecoupe la rétention des employés. Pour ne nommer que ces exemples. La liste des moyens qu'une entreprise peut utiliser est limitée à l'imagination des gestionnaires.

L'entrevue nous permet de mettre en lumière les pratiques de GRH déjà présentes à l'intérieur des établissements et de développer les pistes abordées par les intervenants. Ceci dans le but d'améliorer les conditions générales de travail pour réduire le risque de FC. Nous rappelons à nouveau que la FC est un état individuel et non un constat général pour une

équipe de travail. Tous ne seront pas touchés par le phénomène, mais il est important pour les intervenants, les clients et les établissements de diminuer les risques. L'entrevue nous donnera donc des pistes à développer. Il s'agit d'un travail exploratoire quant à leur situation et les possibilités qui s'y présentent.

CHAPITRE II

CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Ce mémoire porte sur les pratiques des ressources et le risque de Fatigue de Compassion perçu par les intervenants. L'objectif des pratiques de GRH est l'amenuisement du développement de la FC. Dans ce chapitre nous aborderons la population à l'étude, les outils de collecte de données et finalement, les difficultés liées à l'exploration sur le terrain concluront cette partie du mémoire. Nous avons adopté une approche qualitative pour réaliser cette étude.

2.1 La population à l'étude

La population à laquelle nous nous sommes intéressés est constituée de personnes qui peuvent présenter un risque de fatigue de compassion. La population étudiée est composée d'un groupe de personnes (n=10) travaillant dans le domaine de la santé mentale et faisant partie d'une équipe de soins pour les personnes atteintes de SSPT. Nous avons décidé de limiter la population à l'étude aux intervenants directs et aux intervenants occupant aussi une fonction de gestionnaire qui ont un contact régulier avec les personnes atteintes de SSPT. Nous avons décidé d'inclure les gestionnaires dans la population à l'étude en raison de la dualité qui caractérise leur position. Ils entretiennent à la fois des relations « thérapeute-client » et des relations « superviseur-collègue ». Tel que mentionné par Frost (2003), la relation qu'un gestionnaire entretient avec ses subordonnés influence le développement de la compassion en milieu de travail. Nous allons tenter de voir si cette dualité influence la perception que les gestionnaires entretiennent envers la compassion.

Les travaux d'études et les recherches de traitements efficaces pour le SSPT sont plus nombreux dans les secteurs reliés de près ou de loin aux activités de l'armée en Amérique du Nord. Nous avons donc mis de côté les cliniques générales dont les patients souffrant de SSPT ne représentent qu'une clientèle parmi tant d'autres. Nous avons choisi de concentrer

nos efforts sur les intervenants travaillant auprès des membres de l'armée canadienne. La population à l'étude est composée d'employés fédéraux, de sous-traitants du ministère, de professionnels travaillant à leur compte et ayant une expertise dans le domaine. Les seuls critères d'inclusion pour la population sont : a) traiter de façon courante des militaires atteints de SSPT et b) travailler au Québec.

L'importance des traitements réguliers est une nécessité qui se justifie par les travaux de Hermann¹¹ et ceux de Kahn (2003), tel qu'il fut mentionné dans la section sur le cadre théorique. La fréquence de traitement représente un facteur de risque de FC. Afin de tout de même vérifier si la durée influence le risque de FC, un minimum de travail correspondant à 2 jours par semaine était exigé. Le critère du lieu de travail répond à une question culturelle, la résilience est l'un des facteurs expliquant la résistance à la FC et il est démontré que la résilience est influencée par la culture d'un individu.

2.2 L'échantillon

L'échantillon a été constitué par choix raisonné. L'idée de départ fut de cibler une clinique spécialisée dans le traitement du SSPT et de prendre comme échantillon ses employés. Nous nous sommes frappés contre un mur. La première clinique contactée bien que les gestionnaires étaient enthousiastes à l'idée fut un fiasco. Les employés ont répondu négativement en bloc aux demandes de participation à cette recherche. Ce fut le même scénario pour la clinique suivante. La méthode de sélection a donc été modifiée. Nous avons contacté toutes les cliniques du Québec et certaines de l'Ontario qui offrent un service aux patients atteints de SSPT, ainsi que les branches ministérielles reliées aux soins administrés aux anciens combattants. Le taux de réponse négative à la participation à la recherche a été supérieur à 90 %. Est-ce que cela serait signe d'un malaise ou d'une incertitude envers le concept de compassion? La question est légitime, mais reste une hypothèse sans réponse. Nous avons donc contacté à la fois des professionnels de la santé et des professionnels de l'administration. Nous ne désirions pas avoir à faire le portrait d'une entreprise ou d'une clinique en particulier, mais bien tenter de dresser un portrait général des intervenants en

¹¹ Voir Collins S. et Long A (2003) pour une description sommaire des travaux de Hermann.

santé mentale. Les portes de certaines cliniques ont été grandes ouvertes, mais les employés les ont refermées. Pour le Ministère A, le bouche-à-oreille entre les intervenants a été le meilleur moyen de communiquer me permettant d'obtenir deux entrevues acceptables, car les participants ont accepté de répondre à toutes les questions. Le Ministère B et ses départements sont des domaines fermés qui ne refusent pas la participation à l'étude, mais oblige le projet à passer par une multitude de paliers hiérarchiques qui a pour effet de compromettre tout effort de confidentialité quant à la participation à la recherche. Même après que le processus fut expliqué en détail et la confidentialité assurée, les personnes appelées à participer percevaient un risque d'identification.

L'échantillon est donc composé de professionnels travaillant dans différents départements actuellement rattachés au Ministère A. Le lien d'attachement peut être au niveau des ressources utilisées (financières, matérielles et humaines) ou encore au niveau du recrutement de la clientèle reçue par les intervenants. Les intervenants proviennent de 4 établissements différents : 2 cliniques de soins spécialisés pour les personnes atteintes de SSPT et 2 centres à vocation administrative. Les centres à vocation administrative constituent le lieu d'entrée des clients, l'endroit où l'on établit leurs besoins ainsi que les références de traitements et l'aide générale accordée aux clients.

L'échantillon final de cette recherche est composé de 10 intervenants¹² : 6 femmes et 4 hommes. La moyenne d'âge des intervenants se situe à 45,6 ans, ils sont tous nés au Canada. Le plus haut niveau de scolarité complété est un doctorat. Sept intervenants ont complété leur maîtrise. Deux intervenants ont obtenu leur baccalauréat spécialisé. Le nombre d'années d'expérience en santé mentale (incluant les années en psychiatrie et les années en soins prodigués aux personnes atteintes de SSPT) pour l'échantillon est de 18,3 années. Il est à noter que 60 % des intervenants détenaient une expérience antérieure en psychiatrie active.

¹² Des 10 intervenants rencontrés, neuf ont remis le questionnaire complété.

Tableau 2 : Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Intervenants	Caractéristiques
Rouma	Femme, 58 ans, catholique non pratiquante, Baccalauréat, 30 années d'expérience. 7 années d'expérience de soins en SSPT. Expérience en psychiatrie. A subi un arrêt de travail pour cause de maladie.
Bernard	Homme, 50 ans, catholique pratiquant. Maîtrise. 26 années d'expérience. 4 années d'expérience de soins en SSPT. Expérience en psychiatrie. Aucun arrêt de travail.
Nathalie	Femme, 43 ans, catholique non pratiquante. Maîtrise. 18 années d'expérience. 2 années d'expérience de soins en SSPT. Aucune expérience en psychiatrie. A subi un arrêt de travail pour cause de maladie.
Pascal	Homme, 38 ans, catholique non pratiquant. Maîtrise. 14 années d'expérience. 2 années d'expérience de soins en SSPT. Expérience en psychiatrie. A subi un arrêt de travail pour cause de maladie.
François	Homme, 46 ans, entretien une relation avec Dieu. Maîtrise. 28 années d'expérience. 2 années d'expérience de soins en SSPT. Expérience en psychiatrie. A subi un arrêt de travail pour cause de maladie.
Josiane	Femme, 30 ans, athée. Doctorat en cours. 5 années d'expérience. 4 années d'expérience de soins en SSPT. Aucune expérience en psychiatrie. Aucun arrêt de travail.
Solange	Femme, 53 ans, catholique pratiquante. Maîtrise. 15 années d'expérience. 5 années d'expérience de soins en SSPT. Aucune expérience en psychiatrie. A subi un arrêt de travail pour cause de maladie.
Louis	Homme, 31 ans, catholique pratiquant. Maîtrise. 6 années d'expérience. 4 années d'expérience de soins en SSPT. Aucune expérience en psychiatrie. Aucun arrêt de travail.
Louise	Femme, 60 ans, catholique non pratiquante. Baccalauréat. 29 années d'expérience. 2 années d'expérience de soins en SSPT. Expérience en psychiatrie. Aucun arrêt de travail.
Karine	Femme, 47 ans, catholique non pratiquante. Maîtrise. 12 années d'expérience. 7 années d'expérience de soins en SSPT. Expérience en psychiatrie. Aucun arrêt de travail.

Les cliniques spécialisées dans le traitement du SSPT étant relativement jeunes au Canada, le nombre d'années d'expérience spécifiques à ce domaine est en moyenne de 4 ans pour les participants. La moitié des intervenants rencontrés ont subi un arrêt de travail pour cause d'épuisement. En raison de la taille limitée de l'échantillon et du bassin réduit des professionnels traitant les personnes atteintes de SSPT, les intervenants seront identifiés par des noms fictifs, afin de préserver l'anonymat auquel les participants ont droit.

2.2.1 Les conditions de prises de rendez-vous.

Le sujet premier de l'entrevue étant le travail des intervenants, certains d'entre eux ont préféré être rencontrés à l'extérieur de leur bureau, parfois en terrain neutre et quelques-uns à leur domicile. Le choix du lieu était à la discrétion de l'interviewé. Plusieurs endroits étaient proposés, l'intervenant pouvait choisir dans la liste ou proposer un autre lieu. Il est à noter qu'en aucun cas le domicile de la personne interviewée n'était mentionné dans la liste d'endroits possibles. Les personnes qui ont choisi cette option l'ont proposée d'elles-mêmes.

Tel que mentionné précédemment, nous avons fait face à un haut taux de refus. Pour une multitude de raisons : manque de temps, aucun intérêt à participer à une recherche, peur du manque de confidentialité, aucune raison mentionnée dans plusieurs cas. Une des cliniques ciblées pour la recherche a fortement réagi à la demande d'entrevues. L'administration de la clinique avait donné son aval pour nous procurer la liste des intervenants afin de faire les contacts. Peut-être que cela a influencé le désir de participation. Une seule réponse nous fut donnée à l'appel initial de participation. Il est à noter que cette entrevue ne fut pas retenue pour la présente recherche. L'intervenant a décidé de se retirer du projet une fois s'être souvenu que nous avions déjà travaillé dans le même établissement.

Après quelques jours de panique, nous avons décidé d'attendre et de reprendre contact avec les intervenants en exposant d'une nouvelle façon le projet de recherche. Cette fois, nous avons obtenu un taux de réponse de 95 % des personnes contactées. Malheureusement, seulement 5 % des personnes contactées ont accepté de nous rencontrer. La raison principale

de ce refus était : « Vous comprenez étant donné la situation que ce n'est pas possible »¹³. Force est d'avouer que sur le coup nous ne comprenions pas la situation. À la suite des entrevues avec certains intervenants, nous avons appris que cette clinique était en processus d'agrandissement et qu'il y avait des changements au niveau de la direction et de la gestion des activités de la clinique.

Nous avons dû prendre d'autres moyens et communiquer avec les autres cliniques et les ministères. Résultats, plusieurs courriels, appels téléphoniques, traduction de documents, explications sans compter les nombreuses remises en question. Résultat final : beaucoup d'appelés très peu d'élus. Pour avoir une recherche qui ne serait pas biaisée par l'attitude unique d'un employeur, nous avons tenté de couvrir plusieurs terrains à la fois et nous avons perdu beaucoup de temps et d'énergie.

Nous avons eu la chance toutefois de discuter avec une intervenante qui nous a ouvert énormément de portes. Nous ne passions pas aussi bien que nous l'avions présumé auprès des intervenants, mais le fait d'avoir une intervenante qui s'est portée garante du projet a été l'outil le plus utile. Nous avons enfin reçu des réponses positives de personnes qui n'avaient pas eu accès à la requête de recherche ou encore d'autres individus qui dans un premier temps avaient refusé de nous rencontrer. Nous croyons que le climat organisationnel de l'époque a pu influencer le manque de confiance que les intervenants ressentaient à notre égard.

Le Ministère B a bien reçu notre demande. Le lourd processus administratif d'un gouvernement fédéral est une entité à laquelle nous n'avions pas pensé et ne voulions plus affronter à un certain moment. Malgré tout, l'ouverture d'esprit et la coopération des membres du ministère furent surprenantes et grandement appréciées. Ce ministère ne nous a pas donné de participants, mais nous a fait repenser notre approche du sujet et des intervenants.

¹³ Cette réponse, que nous avons reçue plusieurs fois par courriel, nous parvenait sans autre explication. Par la suite, nous avons appris que d'importants changements organisationnels avaient lieu au moment où nous avons sollicité ces entrevues. Nous croyons que ces changements sont à la base des refus rencontrés.

La perte de temps lié au recrutement, qui avait pourtant été amorcé très tôt dans le processus du mémoire, a créé un stress énorme au moment de concentrer nos efforts sur la rédaction et l'analyse. La peur de ne pas respecter les échéances et le souci de prendre le temps de bien analyser les résultats nous ont poussés à demander une prolongation. Nous en étions au point où deux solutions se présentaient à nous : soit la prolongation était accordée et nous pouvions profiter d'un temps supplémentaire pour avoir un terrain comparatif et écrire un mémoire enrichi, soit la prolongation ne nous était pas accordée et les nuits blanches accompagnées de résultats d'un terrain que nous jugions incomplet, car plus limité que ce que nous désirons, serait le produit final de rédaction. La décision n'était pas la nôtre. Le seul contrôle que nous pouvions exercer se limitait à la rigueur de notre travail et que nous appliquions dans nos méthodes d'analyse et de collecte de données sur le terrain. Nous avons donc rencontré les 10 participants composant l'échantillon raisonné.

La transcription des entrevues est une activité qui consomme énormément d'énergie. Par souci du détail et par respect pour les personnes rencontrées, nous avons refusé l'aide proposée pour effectuer la transcription. Nous sommes persuadés que ce choix est bénéfique pour ce travail. Nous revivons un petit peu chacune des entrevues lorsque nous les transcrivons et certains passages sont tellement délicats que de demander de l'aide constituerait à notre avis en un bris de parole envers les personnes interviewées, malgré les ententes écrites prises avec les participants.

2.3 Les outils de collecte de données

Dans cette section, nous décrivons le choix du questionnaire utilisé pour la collecte de données, ainsi que l'entrevue semi-structurée que nous avons réalisée avec les intervenants. Bien que lors de la collecte de données l'entrevue devançait l'administration du questionnaire, nous les présentons dans un ordre inverse. Il s'agit de l'ordre de création des outils de collecte de données. Nous avons établi le choix et l'ordre des tests composant le questionnaire avant de rédiger le canevas final d'entrevue.

2.3.1 Le questionnaire.

Nous utilisons un questionnaire global dans le but de créer un portrait généralisé des intervenants rencontrés, c'est-à-dire que le questionnaire permet de déceler chez le participant s'il y a un risque de FC éventuel. Pour ce faire et dans une optique de réduction des risques de mauvaise interprétation, le questionnaire est composé de 8 parties. Nous utilisons différents questionnaires dans le but d'isoler les composantes pouvant influencer la présence de fatigue de compassion. Chacune des parties est constituée des échelles que nous allons expliquer par la suite. (Appendice A)

- Évènements représentant un stress

Il s'agit d'un questionnaire constitué de 15 énoncés, rédigé par Hudnall Stamm. Cette partie est en lien avec le concept de résilience. Ce questionnaire met en relation le stress vécu lors d'un événement et suite à ce dernier. Le stress est évalué par le sujet selon une échelle allant de 0 à 10. La valeur 0 correspondant à « aucun stress » et la valeur 10 « extrêmement stressant ». Le facteur temps est plus ou moins discutable en raison de son importance relative en regard du stress perçu. Cette évaluation est toutefois utile pour continuer à déceler le niveau de résilience. Il est bon de souligner à nouveau que la résilience a un effet modérateur sur le développement de la FC.

- Fatigue des dernières semaines.

Cette partie permet de comprendre plus spécifiquement le risque de FC chez le répondant. Le risque éventuel est ainsi mesuré pour une courte période de temps. Ceci dans une optique de vérifier si a) il y a un risque de FC lors d'une période de deux semaines normales de travail et b) relier ce fait au test de ProQOL. Nous faisons à nouveau ici référence au principe de Figley qui porte à croire que l'exposition longue favorise la FC. Le test est composé de quinze questions, le répondant doit quantifier son expérience des deux semaines précédentes sur une échelle de 1 à 10 soit de jamais à toujours.

- ProQOL

Il s'agit de la grille courte d'évaluation de la fatigue de compassion chez les individus, composée de 30 énoncés. Les sujets ont répondu selon leur expérience des 30 derniers jours en fonction de la fréquence à laquelle ils ont expérimenté les différentes situations énoncées. La fréquence allant de 0 = jamais à 5 = très souvent. Ce test élaboré par Hudnall Stamm (1997-2005) permet à la fois le calcul du risque de fatigue de compassion d'un individu, le risque d'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion.

Couramment utilisé lorsque l'on s'intéresse à la FC, ce test quantifie trois indicateurs sur la qualité de vie au travail des professionnels. Ces trois indicateurs permettent de déterminer la condition générale de notre échantillon. La satisfaction de compassion est le premier item calculé par ce test. Il s'agit de la satisfaction que l'intervenant peut retirer de son travail. Cela représente la facilité qu'un individu a de se sentir à l'aise au travail et dans ses tâches. Cet indicateur permet de déceler si l'intervenant apprécie son travail et en tire une satisfaction personnelle. Cela répond au principe selon lequel un individu est plus heureux s'il trouve à son travail une réponse à ses attentes et une certaine réussite. Ce phénomène n'est pas sans rappeler la théorie du besoin d'accomplissement de Maslow qui précise qu'un individu retire une plus grande satisfaction de ses actes lorsqu'il réalise quelque chose qui lui semble concret.

- Violence

Le questionnaire sur la violence nous informe sur l'expérience passée de l'intervenant, mais sans délimiter une période précise dans le temps. C'est-à-dire que ces questions portent sur toutes les expériences de travail de l'individu. Il est possible qu'un répondant ait subi par le passé une certaine violence en milieu de travail, mais sans que la situation se soit produite dans son emploi actuel. Le but n'est pas de déceler la présence actuelle de violence, mais bien l'impact d'une violence déjà expérimentée. L'intervenant réagira de différentes manières lorsque confronté à un type particulier de violence, si ces agressions ont été précédemment vécues, la réaction ne sera pas la même et la construction personnelle de résilience en sera aussi

affectée. Nous avons choisi d'aborder ce sujet par questionnaire et non par entrevue, par souci d'aisance. Il nous semblait plus difficile d'établir un climat propice à ce genre de confiance avec le peu de temps mis à notre disposition par les intervenants pour réaliser les entrevues.

Les types de violences représentés dans ce questionnaire sont : les violences verbales, physiques, à connotation sexuelle et discriminatoire. Les sources de violence sont séparées dans le questionnaire : supérieur, collègues, clients et familles des clients. Les sujets répondaient s'ils avaient expérimenté ces types de violence selon quatre choix possibles : jamais, rarement, souvent, toujours.

- Croyances face à la réalité quotidienne.

Le questionnaire World Assumptions Scale (WAS) est extrait des travaux de Janoff-Bulman (1992) sur les attentes et les croyances qui régissent les perceptions et les attitudes des individus. Lors de ses travaux, l'auteure s'est questionnée sur les effets des traumatismes sur les perceptions humaines. Le questionnaire, composé de 32 énoncés, positionne les répondants sur trois axes majeurs : la bienveillance du monde (Benevolence of the world ou BW), la signification du monde (Meaningfulness of the world ou MW), et la valeur propre de l'individu (Self-Worth ou SW). Ces axes possèdent des sous-catégories. Le concept du mot monde, dans le cas du WAS, est défini comme le monde en général et l'individu en particulier qui regarde ce monde. La notion de monde inclut donc l'individu et son environnement. La prémisse d'un tel questionnaire est que les croyances des personnes et la façon dont un individu entrevoit le monde qui l'entoure, influencent directement sa capacité à composer avec les situations traumatisantes. Dans le cadre d'un mémoire sur la FC, il nous paraissait nécessaire d'inclure le WAS pour déterminer si les intervenants partagent un modèle de pensée semblable ou si la pensée individuelle varie grandement d'un individu à l'autre.

Le WAS permet donc d'évaluer les croyances du répondant. Mme Janoff-Bulman (1992) précise qu'une personne traumatisée va perdre certaines croyances envers le

monde qui l'entoure, et la bienveillance de ce dernier. Les individus réalisent qu'ils ne sont pas surpuissants, ils sont « vulnérables ». Parce qu'une personne ayant survécu à un traumatisme « sait très bien que de mauvaises choses peuvent se produire et que ces mauvaises choses peuvent lui arriver » (p.72). Il est plausible de croire que si les personnes ayant subi un traumatisme voient leur croyance sur la bienveillance du monde diminuer, une personne atteinte de FC peut vivre le même phénomène. C'est cette croyance qui rend notre choix d'utiliser le WAS légitime.

L'hypothèse principale sur laquelle les travaux de Janoff-Bulman se basent est que tout individu contrôle les résultats qu'il obtient en fonction de son comportement. C'est ce qui compose la signification du monde (MW). La perception de perte de contrôle influence la perte de la relation entre l'action réalisée et les résultats obtenus¹⁴.

Le troisième concept du WAS est celui de la perception de la valeur de l'individu (SW). Sa propre valeur qui inclut aussi la notion de contrôle et de justice évaluée par le questionnaire. Selon Mme Janoff-Bulman, l'être humain se considère généralement comme une bonne personne dotée de morale et de capacités.

Le questionnaire WAS a été utilisé auprès de vétérans américains souffrant de SSPT. Les résultats ont permis à l'équipe menée par Janoff-Bulman de conclure que « la blessure de la victime se manifeste au niveau des croyances fondatrices de la perception du monde. Ces idées préconçues sont détruites par l'expérience traumatique. Ceci en raison de la signification attribuée à l'évènement traumatisant par la victime » (p.52).

Tel qu'abordé dans le premier chapitre l'attitude positive générale des intervenants envers le monde qui les entoure a une influence sur l'absence de développement de FC. Un locus interne semble influencer positivement l'attitude de l'intervenant envers son milieu de travail et réduire le risque de FC. Particulièrement lorsque l'on

¹⁴ Sujet des travaux de Seligman cité dans Janoff-Bulman, 1992 p. 10.

considère la FC comme une illustration de l'épuisement professionnel. Le questionnaire de Janoff-Bulman consiste donc en 32 énoncés et une échelle de 6 choix (de totalement en désaccord à totalement en accord). Les participants expriment donc leurs accords envers des énoncés qui permettent de déterminer si le répondant possède un fort locus interne, externe ou s'il est influencé par les idées généralement reconnues dans la société.

- Styles d'écoute

Il existe différents styles d'écoute. Watson et Barker (1995) en ont répertorié quatre. Il s'agit de profils d'écoute possédant un intérêt dominant. Cet intérêt se porte soit sur le contenu du discours entendu (CO), sur l'action et le fait d'écouter (AO), sur la limite de temps dont dispose l'interlocuteur (TO) et finalement l'objet de l'intérêt peut être la dimension humaine de la discussion (PO). Il est possible qu'un individu possède un profil, deux profils dominants ou même qu'aucun profil dominant ne corresponde à ses habitudes d'écoute. Les profils créés par Watson et Barker (1995) distinguent des comportements qu'un individu adopte lorsqu'il est en processus d'écoute.

Le questionnaire de Watson et Barker est constitué de 20 énoncés décrivant des comportements que les sujets expérimentent ou non durant leurs activités professionnelles. Les sujets déterminent si les énoncés s'apparentent à leurs situations en fonction d'une échelle de 6 choix allant de jamais à très souvent.

Le profil dominant d'un intervenant permet d'identifier ses caractéristiques dominantes, c'est-à-dire des comportements, à la fois positifs et négatifs, qui déterminent la manière par laquelle un individu traite l'information obtenue lors des rencontres avec ses clients et aussi l'attitude générale qu'il peut dégager durant ces entrevues.

Nous nous intéressons au profil d'écoute, car certains profils de Watson et Barker (1995) démontrent les comportements dominants de l'interlocuteur et selon ces

comportements, le lien établi entre le client et l'intervenant peut mener à une charge émotionnelle dans la relation d'aide. Cette charge peut, dans certains cas, faciliter le développement de la FC.

- Le risque de détresse psychologique.

Ce questionnaire a pour but de déterminer si l'état psychologique de la personne est teinté de symptômes de surmenage. L'épuisement professionnel est un diagnostic mental, tandis que la FC n'a pas encore de définition clinique statique et entérinée. L'utilisation de ce questionnaire est légitimée par le souci de précision. Il ne s'agit pas de diagnostiquer le participant, mais d'éviter de sauter aux conclusions. Nous utilisons l'Indice de Détresse Psychologique de Santé Québec (IDPESQ-14). Ce test est adapté des travaux de Ilfed. Les résultats donnent un indicateur au sujet de la dépression, l'anxiété, les troubles cognitifs et l'irritabilité ressentis durant la semaine.

- Efficacité personnelle (auto efficacité)

Cette partie permet de comprendre la propre perception que l'intervenant a de ses aptitudes. Ce questionnaire permet d'établir rapidement l'état d'esprit de l'intervenant par rapport à son travail. La perception d'auto efficacité n'est pas reliée au nombre de talents d'un individu, mais est reliée aux croyances de la personne, à ce qu'elle croit pouvoir réaliser grâce à ses talents compte tenu des circonstances. « De plus, des individus détenant des habiletés semblables, ou le même individu dans des circonstances différentes pourront réaliser une tâche de manière pauvre, adéquate ou extraordinaire. Tout dépendra de la fluctuation de leurs croyances relatives à leur efficacité personnelle » (Bandura 1997, p.36).

Afin de limiter l'éventuelle contamination des données recueillies lors des entrevues et des questionnaires, les questionnaires étaient remis en mains propres aux participants à la fin des rencontres individuelles. Ceci pour limiter le risque qu'un participant anticipe les questions abordées en entrevue et tente de prévoir les réponses qu'il jugerait les meilleures.

2.3.2 L'entrevue

Avec l'entrevue, nos objectifs ont été de déterminer des pratiques de RH souhaitées par les intervenants pour réduire le risque de FC, de comprendre les tâches des intervenants ainsi que le climat de travail dans lequel ils évoluent. Il faut pouvoir aussi déterminer quels sont les problèmes présents dans les milieux de travail ou dans les procédures actuelles d'emploi. Un questionnaire permettrait de répondre à ces questions. Par contre, l'entrevue permet de raffiner certains propos, de nuancer les informations et de comprendre en profondeur ce que les résultats des questionnaires nous indiquent. Ceci était aussi une évidence pour certains intervenants. D'ailleurs, Louise mentionnait spontanément en cours d'entrevue, au sujet d'une question portant sur une émotion, « C'est vrai que dans un questionnaire, je n'aurais sûrement pas répondu ça ».

L'entrevue individuelle a été préférée aux entrevues de groupe en raison de l'aspect délicat des expériences de travail et des interventions menées. L'entrevue était semi-structurée. Le schéma d'entrevue a été identique pour chacune des entrevues (Appendice B).

La durée des entrevues est variable, en moyenne l'entrevue durait 80 minutes. La plus courte s'est déroulée en 43 minutes et l'entrevue la plus longue a duré 2 heures et 28 minutes. Le lieu choisi par le participant ne semble pas avoir eu d'impact sur la longueur des entretiens. Seules l'expérience de travail et la perception qu'a l'individu de son travail semblent avoir influencé la durée des entrevues. Certaines questions ont été ajoutées en cours d'entrevue pour éclaircir un point amené par l'intervenant rencontré. Aucune question n'a été retirée du schéma original d'entrevue. La question portant sur les émotions a connu des variations au niveau de l'ordre dans la liste, toutefois aucune émotion n'a été retirée de la liste. Nous avons modifié l'ordre des émotions, lorsque les intervenants devançaient d'eux-mêmes la liste.

2.4 Les modalités d'analyse des entrevues

Les entrevues ont été enregistrées, puis transcrites. Tel que mentionné plus tôt, nous avons transcrit nous-mêmes chacune des entrevues en raison du caractère très privé de certaines d'entre elles. Après les avoir réalisées, nous avons pris un temps d'arrêt avant de les transcrire. Dans les ouvrages de méthodes d'analyse qualitative, il est recommandé de transcrire le plus rapidement possible une entrevue afin d'en tirer le maximum. Dans notre cas, nous avons jugé que l'exercice ne serait pas idéal. La lourdeur de certains sujets abordés par les intervenants a constitué un poids supplémentaire à l'exercice. Pendant les entrevues, quelques intervenants se sont confiés sur des épisodes difficiles de leurs vies privées. Ils se sont prêtés sans retenue à l'exercice, rendant le sujet abordé très personnel et doté d'une charge émotive importante. Écouter ces récits était en soit une expérience qui nous obligeait à utiliser nos capacités d'empathie, tout en évitant d'être sympathiques aux intervenants pour conserver la rigueur qu'exige le processus d'entrevue. Plusieurs entrevues ont été réalisées dans la même semaine ce qui a consommé rapidement nos énergies.

Nous avons donc créé un journal de bord en prenant des notes lors des enregistrements d'entrevues, dans le but de garder un aide-mémoire des réflexes non verbaux de nos différents interlocuteurs. À la suite de la transcription des entrevues, nous avons fait une première lecture nous permettant de créer une première vue d'ensemble (pré-analyse). Notre choix d'outil d'analyse fut le logiciel Atlas TI pour la codification. Nous avons dressé une liste de 50 codes qui nous semblaient communs aux grandes idées avancées par nos sujets. La codification des textes par l'application de codes simples ne fut pas l'exercice simple espéré.

À partir des codes issus de la première lecture d'entrevue, nous avons effectué des ajustements en fonction des questions et de la deuxième lecture des entrevues. L'appendice C fourni la liste des codes utilisés, ils sont séparés en deux catégories : les codes originaux utilisés pour toute l'entrevue et une section définie pour les codes utilisés seulement lors de la question précise sur les modifications organisationnelles souhaitées par les participants.

L'analyse des entrevues se fait en trois parties, suivant ainsi la structure même de l'entrevue. La première partie dresse le profil général de l'échantillon d'intervenants rencontrés. Les deuxième et troisième parties d'analyse de l'entrevue répondent à la volonté de déterminer les pratiques de RH souhaitées par les employés. Il aurait été simple et facile de demander aux intervenants de décrire les pratiques de ressources humaines qu'ils souhaitent voir améliorer pour faciliter leur travail. Toutefois, cette demande directe aurait biaisé les résultats en limitant leur possibilité de réponses. Car premièrement, tous les intervenants ne sont pas au courant des différentes tendances en ressources humaines. Deuxièmement, dresser une liste des pratiques aurait limité la capacité de réponses des personnes rencontrées et aurait en quelque sorte orienté leur raisonnement.

Afin de laisser le plus de liberté aux sujets et de déterminer les pratiques qui seraient efficaces, l'entrevue a été créée de manière à contenir des questions ouvertes sur leur travail et les améliorations souhaitées. Nous leur avons demandé de nous parler de leur travail pour comprendre ce qui fonctionne et ce qui représente une source de déception, de frustration ou même dans certains cas ce qui ralentit le travail et laisse une porte ouverte à la FC. En tentant de comprendre le travail qu'ils font, nous avons fait passer aux intervenants une entrevue semblable à celle qu'ils font eux-mêmes passée aux clients lors d'une première rencontre. Cette méthode de travail leur étant familière, il était plus facile d'établir un climat de confiance auprès de la majorité d'entre eux. Les réponses obtenues permettent de dresser une liste de pistes à explorer dans un second temps afin de modifier ou de mettre sur pied des pratiques de ressources humaines encadrantes et soutenant les intervenants et réduisant par la même occasion le risque de FC.

Le second bloc de l'entrevue composé de questions sur le travail réalisé et la perception du SSPT est analysé de façon indépendante avec les émotions explorées au travail. Ces questions permettent de détecter s'il y a des problèmes apparents ou des modèles émergents dans les situations de travail qui présentent un risque ou une condition facilitatrice pour la FC. Cette analyse est faite à partir de codification d'entrevues.

L'analyse globale de la recherche se fait donc de façon croisée : le risque établi à l'aide des questionnaires, la compréhension du second bloc d'entrevues et finalement la complémentarité de la question de la lampe.

La dernière partie d'analyse repose sur une seule question : la question de la lampe. Cette question consiste à mettre l'intervenant dans une situation hypothétique. La question fait appel à l'imagination de l'intervenant, elle donne tous les pouvoirs à un individu de changer son travail actuel et les conditions s'y rapportant. Toutefois, cette question sans compréhension du travail effectué par l'individu n'aurait qu'un sens limité. Cette question leur permettait donc d'élaborer à la fois sur leurs conditions de travail, leurs limites administratives, budgétaires et environnementales.

CHAPITRE III

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre dévoile les résultats primaires des questionnaires et des entrevues. Nous tentons ici de séparer les informations significatives des renseignements généraux obtenus durant la collecte de données. Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux questionnaires, puisqu'il s'agit de l'outil permettant de déterminer s'il y a un risque de FC. Ils serviront à compléter la compréhension des entrevues en aidant au diagnostic. La seconde partie de ce chapitre portera sur les entrevues réalisées. Les analyses particulières à certains codes ou aux tendances dessinées par les réponses des intervenants seront détaillées dans le quatrième chapitre.

L'analyse des questionnaires permet de répondre à l'influence des situations auxquelles les participants ont fait face durant leur carrière. Le risque de fatigue de compassion est théoriquement présent dans le seul fait que ces personnes travaillent auprès d'êtres humains en détresse. Le fait qu'ils soient tous des professionnels de la santé mentale les rend à la fois plus exposés à une éventuelle FC, mais aussi plus conscients de ce risque de transfert de stress et de symptômes. Toutefois, il semble pour certains que ce risque soit un mal nécessaire. En entrevue, un intervenant a reconnu avoir expérimenté lors des deux premiers mois d'adaptation à son nouveau travail, les cauchemars des clients. Cette épreuve perçue comme une symbolique du travail à venir est vécue comme un mal nécessaire, troublant, mais jugé normal. Une sorte d'initiation aux conditions de travail et aux responsabilités qui l'accompagnent.

3.1 Les résultats des questionnaires mesurant le risque de FC :

Tableau 3 : Les résultats bruts des questionnaires complétés par les sujets.

	Fatigue des 2 semaines	ProQOL FC	Violence	WAS	Styles d'écoute	Détresse psychologique	Auto-efficacité
Rouma	61	18	Verbale		PO, CO	19,0	63,3%
Bernard	40	15	Verbale		PO, CO	11,9	73,3%
Pascal	52	23	Verbale		PO, CO	40,5	60%
François	41	13	Verbale		PO, CO	35,7	76,7%
Josiane	46	15	Verbale		PO	2,4	90%
Solange	56	40	Verbale		PO	38,1	76,7%
Louis	33	17	Verbale		CO, PO	21,4	73,3%
Louise	31	16	Verbale		PO	0	66,7%
Karine	24	22	Verbale		Aucun	16,7	80%

Les questionnaires sont utilisés pour déterminer s'il y a un risque observable de FC parmi les intervenants interrogés. Ces outils nous permettent de comprendre plus adéquatement le diagnostic de situation que représente ce mémoire. Il ne s'agit pas d'un diagnostic au sens clinique du terme. Ces questionnaires sont utilisés dans le but de compléter l'analyse. Ils ne sont pas utilisés pour poser un diagnostic. Nous avons retenu les neuf questionnaires complets qui nous ont été remis par les participants. Le questionnaire portant sur les événements stressants permet de comprendre que plusieurs des intervenants ont été confrontés à des situations bouleversantes. Tous les intervenants jugent leur taux de stress ressenti maintenant bien inférieur ou nul comparativement au stress vécu au moment précis de l'événement.

La perception de l'auto-efficacité des intervenants est élevée. Il s'agit d'un résultat attendu. Les intervenants se doivent de se motiver, de gérer leurs façons de procéder avec les clients,

de décider, agir et surtout de gérer leurs émotions dans le cadre de leur travail. Cette logique a été démontrée par Benight et Bandura (2003). Les intervenants rencontrés présentent donc des aptitudes à établir un réseau de soutien social à l'intérieur du milieu de travail. La perception d'eux-mêmes qu'ils entretiennent leur permet de développer des réflexes cognitifs de protection contre le stress et la fatigue (Benight et Bandura 2003).

Les deux questionnaires les plus révélateurs pour cette recherche sont le questionnaire portant sur le risque de FC pour les deux semaines précédant la rencontre et le test connu sous le nom de ProQOL qui permet de déterminer la satisfaction au travail, le risque d'épuisement professionnel et le risque de FC.

3.1.1 Le risque de fatigue au cours des deux dernières semaines travaillées.

Tableau 4 : La fatigue ressentie durant la semaine.

	Rouma	Bernard	Pascal	François	Josiane	Solange	Louis	Louise	Karine
Fatigue	61	40	52	41	46	56	33	31	24

Le résultat de ce test est un score qui positionne l'intervenant sur une échelle de 1 à 150 points. Un score situé entre 0 et 20 représente un risque minimum de FC. Un score variant de 21 à 40 indique la présence de quelques risques de développement de FC. À l'opposé, un score supérieur à 95 suggère un haut risque de FC. Les gens ayant obtenu un score entre 41 et 90 présentent un risque modéré de FC. Ce type de risque suggère que l'intervenant prenne le temps d'observer ses pratiques de travail et son environnement afin de déterminer s'il y perçoit des facteurs de risque de fatigue ou de stress. La catégorie « risque inexistant » n'existe pas, car cet outil ne peut tenir compte de toutes les variables responsables de la FC.

Aucun des intervenants rencontrés au cours des entrevues n'a obtenu à ce test un score supérieur à 95. Le score le plus élevé obtenu par l'un d'entre eux est 61. Un total de 6 intervenants présente un risque modéré de FC selon ce test. Bien entendu, les réponses à ce questionnaire sont directement influencées par l'humeur du répondant et le type de semaine qu'il a vécue. Il est possible que le mois suivant les réponses aient pu être différentes. C'est pour cette raison qu'il faut aussi prendre en considération les réponses du test ProQOL.

3.1.2 Les résultats du test ProQOL

Tableau 5 : La qualité de vie au travail pour chacun des intervenants

	Rouma	Bernard	Pascal	François	Josiane	Solange	Louis	Louise	Karine
Satisfaction	38	37	34	40	43	41	39	44	49
Burnout	32	19	27	17	14	31	15	12	16
FC	18	15	23	13	15	40	17	16	22

Le score de référence du ProQOL au niveau de la satisfaction de compassion est de 37. Un score inférieur à 32 est considéré comme un indicateur de malaise au travail et il est alors suggéré à l'individu de se questionner sur ce qu'il attend de son travail et sur ce qu'il en retire. Une satisfaction peu élevée peut être un indicateur à long terme du risque de fatigue ou encore d'épuisement. Un score supérieur à 41 pour la satisfaction de compassion est considéré comme un indicateur de motivation. Les individus qui obtiennent de tels scores sont reconnus pour se dépasser dans leur milieu de travail, comparativement aux personnes obtenant un score avoisinant le 37.

Aucun intervenant n'a obtenu un score inférieur à 32 pour la satisfaction au travail. Quatre d'entre eux ont d'ailleurs obtenu un score se situant dans les 25 % des meilleurs résultats possible. Ces individus sont généralement reconnus pour leur motivation personnelle et leur mobilisation envers leur travail. Ils font partie de ceux qui vont naturellement vers l'avant et montrent le chemin. Ce résultat est surprenant considérant que 40 % de l'échantillon se classe dans cette catégorie.

L'épuisement professionnel constitue le deuxième déterminant du test. Le pointage moyen associé à cette section est de 23. Plus le pointage obtenu par un individu est faible, meilleure est sa situation. Un score inférieur à 19 indique une très bonne situation pour l'individu et un risque faible d'épuisement professionnel. À l'opposé, un score supérieur à 28 indique un risque d'épuisement et il est alors conseillé aux individus obtenant un tel score de se poser des questions sur leurs tâches et leurs manières de travailler. À l'intérieur de l'échantillon, 6 intervenants se sont classés sous la limite des 19 points indiquant par ce fait un très faible risque d'épuisement professionnel. Fait intéressant, la moitié de ces intervenants ont obtenu un score très fort pour le calcul de la satisfaction de compassion, ce qui permet de croire

qu'un individu retirant de la satisfaction de son travail voit ses risques d'épuisement professionnel diminué. Seulement deux intervenants ont obtenu un score élevé au niveau du risque d'épuisement professionnel. Ces deux intervenants ont rempli le formulaire moins d'un an après être revenus d'un congé de maladie pour épuisement professionnel.

Le risque de FC calculé par le ProQOL donne une moyenne normale observée de 13 comme barème de référence. Les scores supérieurs à 17 devraient amener un répondant à se questionner sur son travail et ses habitudes. Un score inférieur à 8 signifie qu'il n'y a aucun risque de développement de FC. Des intervenants rencontrés, aucun n'a obtenu un résultat inférieur à la moyenne et 6 d'entre eux ont obtenu un score supérieur à 17. Nous pouvons donc affirmer que 60 % des intervenants rencontrés présentent un risque de FC.

3.1.3 Le questionnaire sur la violence.

Dans le but de déterminer les types de violence que les intervenants peuvent subir, nous illustrons plus bas les résultats en fonction de l'agresseur, puis du type de violence rapportée par les intervenants. Le tableau 4 démontre la provenance de la violence vécue par l'intervenant. Pour que nous déterminions qu'une provenance soit positive, il faut que l'intervenant ait déclaré avoir vécu soit de façon répétée un type de violence provenant de cet agresseur, ou expérimenté différents types de violence de cette même source.

Tableau 6 : La provenance de la violence expérimentée au travail.

	Rouma	Bernard	Pascal	François	Josiane	Solange	Louis	Louise	Karine
Supérieur				x		x			
Collègues			x	x	x	x	x	x	x
Clients	x		x	x		x			
Famille clients			x			x	x		

Tableau 7 : Les types de violence en fonction de la personne initiatrice.

	supérieur	Collègues	Clients	Famille des clients
Verbale	x	x	x	X
Message à connotation sexuelle		x		

La violence physique provenant des clients n'est pas chose commune chez les intervenants rencontrés. Par contre, la violence verbale est présente chez des clients et pour presque tous les intervenants (8 sur 9). La violence verbale provient aussi des collègues de travail (7 intervenants sur les 9 la dénoncent). Les violences physiques, la discrimination et les insinuations sexuelles étaient mentionnées dans le questionnaire, mais n'ont été mentionnées que de façon exceptionnelle. La violence verbale est la plus présente dans le milieu de travail des intervenants en santé mentale. Elle émane de toutes les sources.

3.1.4 Le questionnaire WAS

L'axe de bienveillance du monde a trait aux croyances reliées aux événements positifs qui construisent nos expériences et nos vies. En général, les individus croient que leur vie contient plus d'expériences positives que négatives. Un individu ayant vécu une situation traumatisante ou travaillant avec des personnes traumatisées peut connaître un résultat différent au niveau de l'axe de la bienveillance du monde. Ce qui se traduit habituellement par un score plus faible dans cette catégorie.

Tableau 8 : Les croyances des intervenants envers la réalité quotidienne.

	Rouma	Bernard	Pascal	François	Josiane	Solange	Louis	Louise	Karine
BW (42)	35	30	25	30	29	28	32	37	37
MW (66)	40	30	33	31	38	30	40	43	37
SW (72)	49	48	48	47	56	47	55	60	60
Justice (24)	13	10	10	7	12	8	16	17	8
Contrôle (24)	13	13	12	11	15	11	14	14	8
Bp (24)	19	18	15	17	16	16	19	21	21
Biw (24)	21	16	14	16	17	16	17	20	19
Rd (24)	18	11	14	15	15	15	15	16	24
Sv (24)	18	18	17	16	19	14	23	23	24
Sc (24)	16	16	16	15	17	12	17	18	17
Chance (24)	15	14	15	16	20	21	15	19	22

Nous observons chez notre échantillon que les résultats au niveau de la Justice et du Contrôle personnel sont peu élevés. Ces deux catégories influencent le pointage obtenu pour les croyances de valeur personnelle. La perception des intervenants est moins positive particulièrement dans ces catégories. Ce résultat s'inscrit dans la lignée des résultats de Janoff-Bulman (1992) qui spécifie qu'un individu qui est en contact avec une personne traumatisée, ou du matériel traumatisant modifie ses croyances et perd sa vision plutôt positive du monde.

3.1.5 Les styles d'écoute

Nous nous intéressons au profil d'écoute, car certains profils de Watson et Barker (1995) démontrent des comportements dominants chez l'interlocuteur et selon ces agissements, le lien établi entre le client et l'intervenant peut mener à une charge émotionnelle dans la relation d'aide. Cette charge peut parfois faciliter le développement de la FC.

Tableau 9 : Les styles d'écoute dominants observés chez les intervenants

Intervenants	Rouma	Bernard	Pascal	François	Josiane	Solange	Louis	Louise	Karine
Style dominant	PO et CO	PO et CO	PO et CO	PO et CO	PO	PO	CO et PO	PO	aucun

Le style le plus fréquent parmi les intervenants rencontrés est le PO, soit le style d'écoute basé sur l'approche humaine. Selon Watson et Barker (1995) les personnes possédant une dominante dans le style PO, n'ont pas tendance à juger leur interlocuteur, ont la capacité de déterminer l'état émotionnel dans lequel se trouve l'autre personne, son état d'esprit. Un individu possédant ce profil d'écoute se sentira concerné par ce qui lui est raconté et a tendance à développer une relation (d'aide, professionnelle, amicale) avec son interlocuteur. Parallèlement à ces aptitudes, une personne qui développe un style d'écoute basé sur l'humain aura tendance, selon Watson et Barker (1995), à internaliser les émotions de son interlocuteur, et aura tendance à ne pas percevoir les erreurs des autres, s'impliquera trop de façon émotive et bien qu'elle exprime des encouragements et des rétroactions, elle aura tendance à en faire trop.

Le second style observé chez les intervenants est celui basé sur le contenu du discours (CO). Les comportements d'écoute des individus possédant ce profil se concentrent sur la compréhension et la validation des informations. Ce type d'interlocuteur accorde un intérêt particulier aux suggestions et aux idées nouvelles. Toutefois, il sera très attentif aux détails et peut « minimiser la valeur des informations qui ne sont pas d'ordre technique » (Watson et Barker, 1995, p.6).

Les intervenants présentant deux styles d'écoute dominants utilisent un amalgame de ces forces et faiblesses et ajustent ainsi leur écoute à leurs interlocuteurs et leurs collègues. Ceci en fonction de leur besoin et du résultat désiré de l'entretien.

3.1.6 La détresse psychologique.

Cette partie du questionnaire tente de déterminer si dans la semaine précédant l'entrevue, les intervenants démontrent des signes de détresse psychologique.

Tableau 10 : La détresse psychologique ressentie

	Rouma	Bernard	Pascal	François	Josiane	Solange	Louis	Louise	Karine
Dépression	20	6.66	33.33	33.33	0	33.33	6.66	0	6.66
Anxiété	1.11	0	5.56	4.44	1.11	5.55	4.44	0	2.22
Trouble cognitif	33.33	33.33	33.33	33.33	0	33.33	16.67	0	33.33
Irritabilité	16.67	16.67	41.67	33.33	0	33.33	25	0	16.67
Global	19	11,9	40,5	35,7	2,4	38,1	21,4	0	16,7

Un coefficient supérieur à 26.2 représente un risque élevé de détresse. Nous remarquons que les résultats varient beaucoup d'un individu à l'autre. Nous observons des coefficients élevés pour les catégories de dépression, troubles cognitifs et irritabilité. D'après ces résultats, l'anxiété n'est pas une dimension problématique pour les intervenants rencontrés. De façon générale, trois des intervenants manifestent des risques élevés de détresse psychologique.

3.1.7 L'auto efficacité

La perception que les intervenants entretiennent envers leurs propres capacités influence leurs méthodes de travail ainsi que leurs réalisations en milieu de travail (Bandura, 1997).

Tableau 11 : La perception de l'efficacité personnelle entretenue par les intervenants

	Rouma	Bernard	Pascal	François	Josiane	Solange	Louis	Louise	Karine
Pourcentage	63,33	73,33	60	76,67	90	76,67	73,33	66,67	80

Nous considérons, en fonction des résultats, que les intervenants ont une opinion positive de leur capacité à mener à bien leurs dossiers. Il s'agit d'une appréciation personnelle émise par les intervenants, ce qui explique la variation des pourcentages obtenus. Une note approchant les 100 % indique que l'intervenant se perçoit comme compétent et bien adapté à son travail. Il perçoit ses chances de réussite professionnelle comme réalistes compte tenu de ses habiletés et connaissances.

3.1.8 Les données clés du diagnostic de FC.

Les questionnaires administrés nous permettent de déterminer différents points de références pour percevoir la présence ou l'absence de FC auprès des intervenants rencontrés. Nous résumons dans le prochain tableau les indicateurs les plus significatifs de la FC.

Tableau 12 : La synthèse des scores déterminants du risque de FC.

	Fatigue de 2 semaines	ProQOL Satisfaction	ProQOL Burnout	ProQOL FC	W.A.S SW	Détresse dépression	Auto-efficacité
Rouma	61	38	32	18	49	20	63.33
Bernard	40	37	19	15	48	6.66	73
Pascal	52	34	27	23	48	33.33	60
François	41	40	17	13	47	33.33	76.67
Josiane	46	43	14	15	56	0	90
Solange	56	41	31	40	47	33.33	76,67
Louis	33	39	15	17	55	6.66	73.33
Louise	31	44	12	16	60	0	66.67
Karine	24	49	16	22	60	6.66	80
Score limite	39	< 32	> 23	17	< 40	> 26.2	%

La fatigue de la semaine et les résultats du ProQOL donnent un indicateur clair du risque de FC. Les questionnaires analysés individuellement nous apprennent qu'il y a présence d'un risque de FC chez les intervenants rencontrés. La FC calculée pour les deux semaines précédant l'entrevue détermine un risque pour 6 des intervenants. Le test ProQOL présente lui aussi un risque de FC pour 6 intervenants, toutefois seulement 3 de ces intervenants obtiennent dans les deux cas un score déterminant un risque potentiel de FC.

La perception personnelle que l'intervenant entretient vis-à-vis lui-même influence le développement de la FC. Ainsi, une perception positive de ses propres capacités aura un effet de ralentissement du développement de la FC. Plus l'intervenant croit en lui et en son travail et moins il sera affecté par la fatigue et les premiers signes de dépression. Nous rappelons que l'individu présentant des signes de FC, démontre des symptômes d'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel est caractérisé, entre autres, par une fatigue émotionnelle ainsi qu'une perception du manque d'accomplissement personnel et une dévalorisation du travail. Ce phénomène se traduirait par un pourcentage bas de la perception de l'auto-efficacité personnelle, ainsi que des scores faibles pour les sections de satisfaction du ProQOL et du SW pour le questionnaire de W.A.S.

Nous n'avons pas observé toutes ces situations préalables chez un individu en particulier. Quelques un parmi eux démontrent des scores critiques dans une ou plusieurs catégories, mais aucun dans la totalité des questionnaires retenus pour le diagnostic.

Il ne s'agit pas des mêmes personnes qui présentent à la fois le risque de FC en fonction du ProQOL et du test portant sur les deux semaines de travail précédentes. Deux des intervenants ayant obtenu les scores les plus bas dans le test de deux semaines sont parmi les 6 intervenants présentant un risque de FC selon le ProQOL. De ces deux intervenants, l'un possède le plus haut score au niveau de la satisfaction de compassion et l'un des résultats les plus faibles pour le risque d'épuisement professionnel. Ce résultat hors norme selon les barèmes de calcul et hors norme à la tendance des intervenants rencontrés démontre que la FC, bien que liée à l'épuisement professionnel par sa définition, peut être dissociée de ce dernier.

3.2 Les résultats de l'analyse des entrevues.

La première partie de l'entrevue a été utilisée pour dresser les caractéristiques générales de l'échantillon. Ces données constituent le tableau 2 de la méthodologie.

La seconde partie de l'entrevue permet de dresser la liste des émotions vécues par les intervenants dans le cadre de leur travail. Nous leur avons demandé de spécifier s'ils avaient vécu ces émotions et dans quelles circonstances. Toutes les émotions ne sont pas ressenties de la même manière, ni envers les mêmes sujets. Nous avons classé les émotions en 3 catégories : positives, négatives et neutres. Pour la classification, nous nous sommes basés sur le PANAS-X (Watson, D., Clark, L.A. 1994). Le tableau 13 démontre les associations faites par les intervenants entre les émotions positives ressenties et leur sujet d'affectation.

Tableau 13 : Le nombre d'intervenants associant l'émotion positive proposée au sujet.

Émotions	Clients	Équipe	Administration	Ministère	Soi-même	traitement	travail	total
Compassion	8	1					1	10
Confiance	3	6			3			12
Empathie	9	2						11
Enthousiasme	2	1					5	8
Espoir	6					4	3	13
Joie	6	3			1		2	12
Reconnaissance	5	4	1				2	12
Sympathie	8	4						12
Total	47	21	1	0	4	4	13	90

Tableau 14 : Le nombre d'intervenants associant une émotion neutre au sujet

Émotions	Clients	Équipe	Administration	Ministère	Soi-même	Soins	Travail	Total
Neutralité	1	3	1					5
Total	1	3	1					5

Tableau 15 : Le nombre d'intervenants associant l'émotion négative proposée au sujet.

Émotions	Clients	Équipe	Administration	Ministère	Soi-même	Soins	Travail	Total
agressivité	2		1					3
anxiété	1				6	1		8
colère	2	1	5	1	1			10
culpabilité		2			2			4
déception	5	1	4		1	1		12
désillusion	2		3	1				6
honte					3			3
humiliation		1	3					4
frustration	1					1		2
inquiétude	2							2
Total	15	5	16	2	13	3	0	54

Lorsque nous observons les tableaux 13 à 15, nous constatons que la clientèle est à la base des émotions ressenties par les intervenants. Certaines émotions, telle la honte, l'humiliation et la culpabilité n'ont pas été mentionnées comme étant vécue par tous les intervenants. Il nous est impossible, avec le type de recherche effectuée, de spécifier si ce fait représente la réalité ou un idéal projeté par les intervenants. Le tableau démontre clairement que l'équipe contient une grande charge émotionnelle. Cette charge émotionnelle est à la fois sources d'émotions positives facilitant le travail, la confiance et la reconnaissance en sont la preuve. Le rôle de l'équipe est toutefois ambigu, puisque des émotions telles la neutralité, la colère, la déception et l'humiliation sont aussi associées à l'équipe. Il serait raisonnable de croire que le fait que l'équipe de travail constitue le soutien de premier ressort des intervenants influence la mémoire émotionnelle des individus.

3.3 Les thèmes et codes de l'entrevue

Cette section définit quelques-uns des codes apparaissant dans l'appendice C et qui ont été utilisés pour l'analyse des entrevues.

Client :

Le terme client est une dénomination utilisée pour représenter plusieurs individus à la fois. Ce concept définit à la fois les patients atteints de SSPT, les patients présentant un trouble de personnalité et les familles de ces patients. Ce terme est donc un synonyme de patients, familles, et bénéficiaires de services. Toutefois, la connotation du mot client et les émotions associées ne sont pas unanimes. Le profil du client ne revient pas à chacune des motivations des intervenants ou encore à chacune des émotions, bien qu'il s'agisse de la pierre angulaire du travail des intervenants, des programmes des cliniques; le client ne représente pas la même charge émotionnelle pour tous. Et c'est cette charge émotionnelle qui dirigera les implications premières de la fatigue de compassion et de son développement ou ralentissement en fonction du cas. À la limite, une mauvaise ou une bonne administration sera moins influente sur le risque de FC vécu par un individu que les caractéristiques communes aux clients qui seront présentées à ce même individu.

Environnement de travail :

L'environnement de travail est très peu abordé tant au niveau des politiques ministérielles de travail que physique, mis à part quelques suggestions sur le confort et la qualité de la nourriture. Seule la personne occupant un poste de gestionnaire de personnel s'attarde à l'environnement de travail comme étant une source de stress.

Nous avons pu observer au cours des entrevues la présence d'une compétition entre les cliniques de la région 1 et de la région 2; entre les intervenants de la région 3 et les employés du Ministère A en région 1, ainsi qu'entre les fonctionnaires et les intervenants. Les différents points d'ancrage de traitement et de reconnaissance laissent place à des guerres territoriales. Les intervenants les plus proches physiquement des bases militaires ne sont pas forcément les individus ayant les premières ressources disponibles.

Description de travail :

Ceci représente un mécontentement de la description des tâches, une surprise qui fait que l'intervenant se trouvait face à une tâche qu'il n'avait pas prévue. Toutefois, il semble que tous connaissent bien le travail avant de l'accepter et que bien que le travail réserve des surprises, ces dernières provenaient des clients et non du travail à accomplir.

Législation :

Les intervenants font face à certaines règles émises par le Ministère A et par leurs institutions de services respectives. Ces règlements et lois émis pour protéger les clients, l'information personnelle et l'accès à certains programmes représentent dans le bloc deux de l'entrevue une source de frustration, mais ne font aucunement partie des choses que les intervenants modifieront si l'occasion se présente. Ces limites sont à la fois des balises pour leur travail et une clause échappatoire limitant parfois la responsabilité de l'intervenant. Plusieurs d'entre eux (Pascal, Solange, Louis) nous ont tenu en entrevue exactement les mêmes propos : « Nous avons l'obligation des moyens, mais pas celle des résultats ». Cette philosophie de travail reflète la protection que la législation met en place pour les intervenants. Ceci même si la nouvelle charte des anciens combattants dicte une bonne partie de leurs actions, tout en étant à la fois obscure pour plusieurs des personnes rencontrées.

Vacances :

En entrevue, un intervenant nous avait mentionné que les employés du gouvernement provincial spécialisé en santé mentale bénéficiaient d'une journée de congé supplémentaire par mois afin de se reposer. Nous nous attendions donc à ce que dans la question de la lampe les vacances soient mentionnées. Aucun d'entre eux n'a fait mention de ce phénomène, la chose s'y rapportant le plus est une question d'horaire. Les vacances sont des périodes déterminées et techniquement choisies une fois dans l'année. La modification touchant les jours de travail est au niveau de l'horaire de travail où 4 intervenants ont mentionné qu'ils préféreraient travailler 3 ou 4 jours par semaine au lieu de 5 afin d'atteindre un équilibre. Parmi les employés n'ayant pas fait cette déclaration, deux d'entre eux travaillent déjà sur un horaire de moins de 4 jours.

Travail clérical :

Une partie du travail de l'intervenant consiste à écrire des notes au dossier que ce dernier doit rédiger, les rapports d'évaluation, les demandes d'accès aux différents programmes... Certains d'entre eux ont mentionné durant le bloc 2 de l'entrevue que le travail administratif consommait du temps, ou pour certains était la chose qu'ils détestaient le plus dans leur travail. Pourtant, le travail clérical, bien qu'étant une activité consommant temps et énergie, est un mal nécessaire. Les notes au dossier sont essentielles pour un suivi de qualité, le nombre de copies de demandes reliées au traitement, bien que jugé exagéré, ne fait pas partie des choses qui seraient modifiées par les employés.

Ne rien changer :

Il faut aussi noter que le code « ne rien changer » a été créé suite à l'analyse des réponses à cette question. Deux intervenants, qui exercent le même travail, mais dans deux régions différentes ont mentionné qu'ils ne changeraient rien à leur travail.

Karine a répondu à la question de la lampe : « *Tu vois, moi je dis que tu ne joues pas avec la destinée, pis tu changes rien.* » François pour sa part a une vision plus pessimiste du changement : « *Là-dessus, je te dirais que je suis peut-être un peu désillusionné. Parce que j'aurai beau dire changer ma directrice pour qu'elle comprenne nos réalités cliniques, mais si c'est pas elle, ça va en être une autre plus haute, il va toujours en avoir.* »

François précise que s'il doit modifier quelque chose ce serait ce qui le touche personnellement. « *J'aimerais mieux avoir des modifications sur des choses que je vais garder et en faire bénéficier les autres que d'avoir des modifications externes qui vont tomber et arriver à des grandes désillusions à moyens, courts termes.* » Ces deux personnes ont fait preuve d'un grand locus interne. Ils maîtrisent leur environnement et les situations auxquelles ils font face. Le premier a nuancé sa réponse en expliquant que même en changeant l'administration il s'agit d'une mesure temporaire et tout serait éventuellement à refaire. Les seuls changements qu'il effectuerait se rapportent à ses capacités personnelles à réaliser de façon adéquate son travail, c'est-à-dire son instinct, sa connaissance et sa capacité de compréhension des problèmes vécus par les clients.

Karine a exprimé la croyance qu'un changement « magique » reste une erreur, en raison de l'incompréhension de la mise en place du changement. « *Si tu changes de quoi sans avoir compris, on va être obligé de quoi? (sic) Parce qu'on aura rien compris, parce qu'on aura changé de quoi sans justification quelconque.* » Le changement doit être implanté de façon structurée pour cette intervenante.

L'entrevue de Karine sert de balise au niveau de l'analyse du bloc 2. L'intervenante rencontrée se considère comme étant une personne très résiliente. Cette résilience lui fait entrevoir son travail d'une manière différente. La prise de décision quotidienne est assumée complètement. La culpabilité de cet individu n'existe pas au niveau de son travail, mais ne semble exister que dans l'optique où cette personne rencontre des personnes qu'elle juge moins chanceuses qu'elle.

Connaissances et formation :

Le code connaissance et le code formation ont aussi été fusionnés pour le code connaissances. L'intervenant mentionnant un besoin supplémentaire de formation exprimait le désir de maintenir ses connaissances à jour et de les compléter de façon continue. Le code écoute a été fusionné avec le code soutien. L'intervenant qui a mentionné qu'un changement au niveau de l'écoute était nécessaire le faisait en référence au manque de soutien qu'il a observé dans son travail.

Ressources et argent :

Les codes ressources et argent ont eux aussi été jumelés et libellés sous le nom ressources. Les intervenants ayant fait référence à une augmentation des fonds disponibles pour les cliniques l'ont fait dans un ordre d'idée précis. Il s'agit d'augmenter les fonds disponibles pour augmenter la qualité des services offerts aux clients, soit en augmentant la capacité d'accueil ou le budget de services.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Cette partie du mémoire mettra en lumière les observations que nous avons tirées des résultats. Les thèmes abordés en entrevues représentant des pistes de solutions au risque de FC seront abordés de façon individuelle. Dans un deuxième temps, les émotions vécues par l'ensemble des intervenants et permettant l'élaboration de pistes de solution seront décortiquées. Une critique de ce projet de recherche complètera cette discussion.

4.1 L'analyse des résultats des questionnaires

4.1.1 La fatigue de compassion.

Les résultats démontrent que les personnes ayant obtenu un score élevé pour la FC n'ont pas toutes obtenu un score fort pour le risque d'épuisement professionnel. Notre définition de la FC inclut l'épuisement professionnel parmi ses symptômes, toutefois nos résultats prouvent qu'il n'est pas un résiduel obligatoire.

Nous avons constaté que trois des intervenants rencontrés démontrant des risques de FC, avaient par le passé, pris congé de leur travail pour des raisons d'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel est une partie intégrante de la FC, sans être un facteur présent dans tous les cas observés. La notion d'épuisement professionnel inclut une dévalorisation du travail de l'individu. Les intervenants rencontrés qui détiennent un score élevé au niveau de l'épuisement ont tout de même un score haut pour la satisfaction du travail et une vision positive de leur efficacité personnelle envers leur travail. Ce résultat va à l'encontre de la définition initiale que nous avons choisie et qui incluait le burnout parmi les symptômes de la FC (Figley, 1995). Cette observation renforce la croyance suggérant que la FC est un état, produit par un stress et que ce stress, s'il est mal géré peut amener à une dépression, ou un épuisement professionnel (Cohen et Wills 1985, Bandura 1997).

4.1.2 La violence vécue.

La violence subie en milieu de travail pour les intervenants en SSPT ne se limite pas à la croyance première de l'assaut physique du client sur l'intervenant. Cette croyance alimente d'ailleurs à l'externe une peur comme le racontait Rouma en entrevue :

J'allais me promener avec les patients (les autres membres du personnel lui demandaient) « T'as pas peur, tu vas te promener avec les patients? » Les patients ils me disaient : [Rouma] T'es l'infirmière la plus protégée de [la clinique A], tant que t'es avec nous autres, il va rien t'arriver; on va te défendre contre tout le monde. »

Cette anecdote explique la différence de perception et d'attitude qu'un intervenant peut avoir envers les clients atteints de SSPT et une personne extérieure. La présence d'un risque de violence paralyse parfois les individus. Le point amené par Rouma est que malgré le risque dont elle a connaissance, elle rationalise la situation et effectue son travail comme elle le ferait avec tout autre patient. La réponse que certains d'entre eux lui ont formulée abonde dans le même sens. Ils reçoivent de l'aide, pour améliorer leurs conditions et non pas pour se créer d'éventuels problèmes en agressant quelqu'un.

La partie de questionnaire sur la violence nous informe à propos de la violence subie le plus fréquemment par les intervenants. Il s'agit de violence verbale de la part des collègues. Nous pouvons supposer que la proximité des gens à l'intérieur d'une équipe de travail et la nature en soit de la tâche crée un environnement propice au stress. Ce stress peut alimenter de la colère et de la frustration, ceci amenant parfois des envolées verbales plutôt violentes. Ainsi, parmi les intervenants rencontrés 6 d'entre eux ont subi des réflexions abusives de la part de leurs collègues de façons répétées.

Ces actes de violence sont caractérisés par des abus verbaux ou des commentaires à caractère sexuel. Aucune intervention physique n'a été mentionnée. Nous sommes en mesure de croire que ces agissements sont des conséquences immédiates de la pression que subissent les intervenants. Il est à noter que la violence entre collègues n'a pas été mentionnée en entrevue. Il existe donc une violence au sein de l'équipe de soutien, il faut que les intervenants trouvent

l'équilibre entre leurs personnalités et leurs tâches afin de limiter le plus possible les frustrations entre collègues.

La colère des clients a pour sa part été mentionnée et dans plusieurs cas justifiée par les intervenants. Ils justifient les épisodes violents des clients par la souffrance dont ils sont victimes, la frustration provoquée par l'attente de certains traitements ou la mise en place de programmes de soins qui pour des raisons administratives ne sont pas constamment mis en place au moment de la demande.

4.1.3 Les croyances envers la réalité (WAS).

Les travaux de Janoff-Bulman (1992) sur les croyances envers la réalité quotidienne concluaient que les croyances des individus sont au départ positives envers le monde qui nous entoure et la générosité de ce monde. Il a été démontré que les expériences de vie des individus modulaient les croyances de ces derniers. Nos résultats abondent dans ce sens, les intervenants rencontrés sont confrontés à des récits d'évènements traumatisants dans le cadre habituel de leur travail et leurs réponses le démontrent. Les croyances au niveau de la bienveillance du monde et de la signification du monde sont modérées. De plus, au niveau des croyances de leur propre valeur en tant qu'individu, le score est faible. Ce score s'explique par le fait que les intervenants sont conscients qu'il existe plusieurs sujets sur lesquels ils ne peuvent agir. Ils ne peuvent pas influencer, ou « contrôler » pour reprendre l'expression de Janoff-Bulman, constamment le monde qui les entoure. Nous arrivons à cette conclusion en constatant les scores obtenus avec les questionnaires portant sur la FC et la violence.

4.1.4 L'auto efficacité perçue.

Les événements vécus au travail déterminent aussi la manière par laquelle l'intervenant perçoit ses propres capacités (Bandura 1997). Donc, la violence vécue en milieu de travail, la détresse ressentie et la fatigue peuvent selon Bandura influencer la perception d'un individu lorsqu'il juge sa propre efficacité. Malgré les résultats sur la violence et la FC, les intervenants rencontrés possèdent une perception positive de leur efficacité.

Bandura précise (1997) qu'un individu qui doute de ses capacités connaîtra une baisse de motivation, une diminution de la rapidité d'exécution de ses tâches et de son temps de réaction. Si cette situation perdure, il devient une « victime facile » du stress et de la dépression (Bandura, 1997, p. 39).

4.2 Observations des résultats des entrevues

Il est intéressant de noter certaines particularités à cette analyse qualitative des entrevues. Premièrement, lorsque l'on observe les données obtenues par le biais des entrevues, il n'y a aucune réponse qui fait l'unanimité chez les intervenants. Des thèmes codés pour l'analyse de l'entrevue, aucun ne peut être associé à la moitié des entrevues effectuées. Les codes les plus utilisés, après la fusion des codes répétitifs ou ayant une même signification lorsque le contexte d'utilisation est pris en considération, n'interpellent que quatre intervenants sur dix. Il est donc possible d'affirmer dès le début de l'analyse, que les perceptions des conditions de travail et des situations vécues sont définitivement personnelles et particulières à chacun des individus. Cela même s'ils dépendent d'un réseau commun d'accès aux clients et aux ressources matérielles et financières pour leur travail.

L'intervenant qui suite à un épuisement de travail a décidé de rester dans le même milieu, mais de ne plus travailler avec la clientèle atteinte de SSPT, travaille encore en psychiatrie active, et souhaiterait travailler de façon parallèle pour soutenir les intervenants actuels des cliniques de SSPT.

Deux des intervenants qui ont été victimes d'épuisement professionnel ne partagent pas la même vision envers le « risque » que représente leur fonction. Pascal observe les situations en fonction d'un risque de stress vicariant et reste à l'écoute de ses propres besoins afin de limiter les risques. *« Cette souffrance-là qu'on projette, je te dirais que tout intervenant doit faire attention à se protéger. Le traumatisme comme tel, ça, c'est interpellant, mais je pense que c'est une réalité concrète ici qui affecte notre capacité d'être en relation avec les clients. Pas d'incapacité, mais ça teinte notre façon d'être avec eux et de s'en détacher. »*

François perçoit la fatigue de compassion comme inexistante et juge que l'intervenant doit savoir lui-même jauger la compassion dont il doit faire preuve dans le cadre de son travail. *« Je pense que si la compassion est bien « gagée » dans le sens que tu vas prendre sympathie, empathie. Si ta compassion devient plus sympathique, tu peux t'épuiser. Si tu restes empathique, une bonne empathie bien modulée avec des, des, de l'empathie saine, bien modulée, bien ventilée, avec de bonnes soupapes, de bonnes assises tu pourras pas t'épuiser. Je regarde Mère Térésa, c'était inépuisable, mais elle avait une compassion bien balancée, je pense. »*

Nous pouvons observer que toute critique envers le travail d'un individu reste personnelle et intériorisée. Les critiques les plus évidentes émises par les participants de cette recherche ont été prononcées lors des questions du bloc deux de l'entrevue. De ce fait, les pistes de réponses à la question de départ du mémoire ne peuvent être considérées comme des réponses indépendantes, mais comme un amalgame des seconde et troisième parties de l'entrevue. Ce qui nous porte à croire que c'est une question importante. Nous croyions au départ que les pistes de solutions seraient uniquement énoncées lors de la dernière partie de l'entrevue. Nous avons constaté que les deux parties de l'entrevue permettent d'établir des pistes de solution. Les intervenants ne sont pas des spécialistes des RH, leurs réponses n'étaient donc pas toujours exprimées en termes spécifiques de gestion.

Seulement sept des codes observés apparaissent, pour au moins un intervenant, dans les deux parties de l'entrevue. Il s'agit de l'administration, la charge de travail, l'équilibre, l'équipe, les ressources, le soutien et le stress. Les codes administration, équipe, soutien et stress ont interpellé plus de la moitié des répondants en plus d'être globalement utilisés plus de 25 fois chacun, c'est-à-dire parmi les codes les plus utilisés. Leur importance au niveau de la répétition en fait un choix d'analyse prioritaire.

4.2.1 L'Administration

Le code administration représente l'équipe de gestion, la direction des institutions de soins. Les réflexions des participants s'appliquent de façon locale; leur chef de service, leur gestionnaire d'équipe, leur directeur de secteur et non envers le système ministériel général qui chapeaute les organisations de travail.

Les intervenants rencontrés exprimaient en général un certain malaise par rapport à l'Administration. Plusieurs ont exprimé avoir ressenti de la colère face aux décisions prises par leur supérieur. Rouma citait un exemple de colère ressentie envers l'Administration. « *La colère contre l'Administration qui nous a pas respectés t'sais, on fait des demandes. Les demandes étaient justifiées, c'était pas par caprices qu'on faisait des demandes, les demandes c'était toujours à partir des besoins.* »

Nathalie faisait pour sa part référence à de l'agressivité envers l'Administration. « *Quand on se sent pas écouté pis qu'on essaie de nommer qu'il y a un problème. Je ne frapperais personne, mais on peut ressentir de l'agressivité sans agir.* »

Le sentiment d'incompréhension fut mentionné à plusieurs reprises. Tout comme la déception liée au fait de ne pas être écouté, parfois même laissé pour compte. Envers un ancien membre de l'Administration Pascal mentionnait : « *Elle ne reconnaissait pas les réalités, la dangerosité, le potentiel des clients. Ça a été long avant qu'on fasse valoir qu'elle n'avait pas une lecture adéquate de la réalité de la clinique.* » Cette observation n'est pas un cas isolé, au moins un intervenant par institution énonçait cette idée soit envers l'administration précédente ou l'actuelle.

La responsabilisation des gestionnaires est intimement liée à la réalisation de ce que vivent les intervenants. Pour ces derniers, rien n'égale le soutien de l'Administration. Ce fait illustre parfaitement le point de Cerney (1995) spécifiant que le soutien est la clé de la diminution du risque de la FC. D'ailleurs, la notion de soutien sera abordée un peu plus tard.

Ce mémoire porte sur les pratiques de ressources humaines qui peuvent avoir un effet sur la FC. Ces pratiques guident le travail des équipes de gestion, l'Administration mérite que l'on s'attarde un peu plus à elle. Les notions associées à l'Administration sont de nature émotive : déception, colère, irritant, manque de soutien, manque de respect, manque d'écoute, latitude. Chacune de ces expressions a été utilisée par les intervenants pour qualifier le comportement de l'Administration. Il est à noter qu'en aucun cas nous ne leur avons demandé de nous parler de l'Administration ou de leur gestionnaire. Ces observations ont été obtenues en cours d'entrevue alors que les intervenants étaient interrogés sur leur expérience de travail ou sur les émotions déjà ressenties en cours d'emploi.

Il est significatif que tous les intervenants, sauf un, aient mentionné l'administration à un moment ou à un autre au courant de l'entrevue. L'Administration n'a pas qu'un rôle de coordination, si tel était le cas, les intervenants ne ressentiraient pas de l'émotion envers « une entité dirigeante », les attentes n'auraient pas de connotation personnelle. Les intervenants s'attendraient à obtenir des directives claires et les outils nécessaires à leurs tâches. Toutefois, ce n'est pas si simple. Les intervenants rencontrés, toutes professions confondues, s'attendent à trouver dans leur relation avec les gestionnaires la même dynamique que celle émanant de leur équipe de travail. De plus, en raison de la complexité humaine intrinsèque au travail, l'importance de pouvoir se rattacher à quelque chose de stable et concret permet une stabilité nécessaire pour la bonne exécution du travail. Cette stabilité existe par la présence de l'Administration, par ses gestes, ses décisions. Nathalie qui parlait de l'amélioration souhaitée au niveau de l'équipe de gestion mentionnait exactement ce fait : *« Je choisirais pour vraiment faire une équipe de gestion avec tout le restant du centre qu'on ait tous la même vision et on se mette d'accord par rapport à ce qu'on doit faire et comment on doit le faire pour se rendre au même but. »*

4.2.2 Le travail d'équipe

À la fois force et énergie du travail, le groupe peut miner la dynamique et l'effort lors de tension interne et de réprimande. Le soutien interne émane de l'équipe permet un équilibre dans les tâches et dans la façon dont l'énergie sera utilisée. L'équipe est à la fois la chose qui manque aux travailleurs individuels et aussi la source de malaises inconnus par ces derniers.

Le concept d'équipe de travail est très important pour tous les intervenants. Bien que toutes les personnes rencontrées rencontrent leurs clients de façon individuelle, tous ont mentionné l'équipe de travail. Parmi les intervenants, un des répondants travaille seul, sans équipe immédiate de travail. Cet individu fait toutefois allusion à une équipe de travail en référence aux autres professionnels présents dans l'institution. L'équipe de travail se définit de plusieurs manières : il s'agit de l'équipe de professionnels traitant la même clientèle dans le même établissement; des professionnels travaillant en étroite collaboration sur un plan d'intervention ou une thérapie; les intervenants exécutant la même profession sur différents quarts de travail à l'intérieur d'un même établissement. Une chose est constante, la notion d'équipe est grandement valorisée par les intervenants en santé mentale.

L'équipe de travail est tributaire de plusieurs éléments du soutien en milieu de travail. Les intervenants ont mentionné le soutien immédiat de leurs collègues en cas de difficulté, et la présence d'humour en milieu de travail, afin d'alléger le stress. Le soutien qu'offre une équipe est à la fois physique et psychologique. Le soutien est physique lorsqu'il s'agit d'être prêt à intervenir en situation de crise. Rouma nous expliquait qu'elle avait convenu d'une méthode d'intervention avec l'une de ses collègues. Lorsque l'une d'entre elles avait une entrevue avec un nouveau client, ou un client qui semble être perturbé, il était convenu que si l'entretien durait plus d'une heure, la collègue venait frapper à la porte du bureau. Ce geste leur permettait d'être rassurées parce que si l'intervenante éprouvait des difficultés, elle pouvait à ce moment-là faire intervenir sa collègue. Le fait de savoir qu'une autre intervenante était disponible et à l'affût permet de diminuer la pression entourant les premières prises de contact avec les clients. C'est ce que nous considérons à la fois un soutien physique et psychologique.

L'équipe de travail, aux yeux des intervenants, a plus qu'une fonction opérationnelle. Il ne s'agit pas de réunir des personnes dotées de compétences particulières et de les faire travailler de force sur un projet. L'équipe de travail effectue le lien entre la structure organisationnelle des établissements et les relations de travail des intervenants. L'équipe de travail pour les intervenants représente une force, un soutien, un apport de connaissance, une motivation, une crainte dans certains cas. La force d'une équipe de travail réside à la fois dans sa diversité et sa cohésion. Plus explicitement, l'équipe composée d'intervenants provenant de milieux différents sera enrichie de ces connaissances diverses. Toutefois, comme le précisait Nathalie, l'unité permet un travail plus efficace. « *Une équipe vraiment unie sur la destination commune identifiée ferait beaucoup pour diminuer notre stress* ». L'équipe de travail offre un soutien à la fois professionnel et moral. À la question portant sur la présence d'humour au travail, 9 des 10 intervenants ont mentionné rire quotidiennement avec les membres de leur équipe de travail.

L'humour est un mécanisme de défense, lorsqu'il est appliqué à soi-même. L'humour est alors utilisé pour refaire sortir les aspects ironiques et insolites de situations traumatisantes (Ionescu et coll. 1997). L'humour permet, entre autres, de dédramatiser les situations. La joie ressentie au travail est reliée à l'équipe dans plus de la moitié des cas. Le soutien de première ligne est fourni de façon immédiate par un membre de l'équipe de travail, avant la famille de l'intervenant ou leurs amis. Spontanément, l'équipe est évoquée dans les souvenirs d'émotions positives et négatives.

Nous allons jusqu'à avancer qu'au même titre que le client est le centre des activités de l'intervenant, l'équipe du travail est la force centrifuge de l'univers de l'intervenant. Lorsque nous avons demandé aux participants ce qu'ils changeraient dans leur travail, les seules fois où l'équipe de travail a été mentionnée furent pour que l'équipe puisse avoir une direction commune et que les intervenants partagent le même enthousiasme. Nathalie souhaite pour ses collègues et elle-même : « *qu'on devienne une équipe unie, que on ait tous la même vision.* » Josiane s'est jointe à une nouvelle équipe il y a quelques mois. Ses coéquipiers ont plusieurs années d'ancienneté dans l'organisation. « *Que mes collègues aient la même enthousiasme que moi. Il y en a qu'ils l'ont, il y en a qu'ils l'ont perdu.* »

Aucune connotation envers le nombre d'intervenants devant composer cette équipe de travail, les responsabilités, les réunions. Aucune référence technique sur les activités de l'équipe. Seulement deux commentaires sur les attitudes personnelles des membres des équipes de travail. Sur l'équipe de travail, repose donc l'atmosphère et la capacité des intervenants à donner le meilleur d'eux-mêmes. Évidemment, l'inverse est aussi vrai. Une équipe de travail moins équilibrée peut être une source de stress et de malaise au travail. Josiane faisait ainsi référence à une ancienne équipe : « *C'était un travail d'équipe sauf que si on était pas... Il fallait pas trop montrer nos faiblesses parce que sinon on se faisait... Disons que l'équipe était plus difficile.* » Cet extrait d'entrevue peut sembler au premier abord une simple critique d'une mauvaise expérience. Toutefois lorsque l'on sait que c'est cette même équipe qui apporte le soutien immédiat aux intervenants, il est normal de s'interroger sur l'efficacité de travail de cette équipe. L'intervenant qui parlait ainsi de son ancienne équipe travaille maintenant dans un autre établissement où l'équipe lui semble beaucoup plus unie. De l'aveu de l'intervenant, la première équipe de travail lui causait un léger stress, car l'atmosphère de travail était teintée d'une pression de performance.

La performance est un thème récurrent dans les entrevues. Les intervenants mentionnent de leur propre chef une pression de performance. Cette pression provient des clients et des intervenants eux-mêmes. Les clients ont des attentes et des besoins pressants pour la majorité. Les intervenants se fixent des objectifs en fonction des demandes des clients et des exigences relatives au Ministère A. Il faut ici prendre le temps d'expliquer que les demandes de compensations des clients doivent être complétées dans un délai prédéterminé par le Ministère en fonction du type de demande. Ces délais peuvent varier de quelques semaines à quelques mois. Ce sont ces contretemps qui causent une pression de performance aux intervenants. Il s'agit de la cause première d'anxiété personnelle ressentie par les personnes rencontrées. Le sentiment d'urgence de certains dossiers crée chez certains intervenants rencontrés un stress de performance. Ils se jugent eux-mêmes sur le travail accompli et le temps utilisé pour atteindre ces résultats. La clé du succès dans une telle situation semble être détenue par Louis : « *L'important dans le travail ici c'est de bien apprendre à déterminer les priorités. C'est plus facile à gérer quand tu commences à connaître les intervenants dans les*

différents milieux. » On retourne à nouveau à la notion d'équipe et d'interdépendance entre intervenants.

4.2.3 La notion de soutien

La notion de soutien, qu'il s'agisse de sa présence ou de son absence, apparaît dans les entrevues de 8 intervenants. Le soutien est une notion de support fourni par l'équipe de travail lorsqu'observé, mais tributaire de l'Administration, lorsque manquant. Le manque de soutien est la première chose reprochée à l'Administration, il est la cause de déception et de colère. Bien plus que la charge de travail ou l'horaire.

L'influence du soutien sur la santé des individus a été démontrée par Cohen et Wills (1985) « Les individus mariés, ayant des amis et des membres de la famille pouvant leur apporter des ressources (au sens de soutien) matérielles et psychologiques sont en meilleure santé que les personnes ayant moins de contacts et de soutiens sociaux » (p.310). En entrevue, Rouma nous a raconté une anecdote sur des équipements, presque inexistantes, au départ de la clinique. Avec ses collègues, elle devait prévoir leurs besoins d'ordre matériel et déposer des demandes qui étaient parfois refusées. Cette situation illustre le manque de soutien que certains intervenants ont eu à vivre. Le soutien facilite donc le travail des intervenants. Par faciliter il faut comprendre que le soutien allège le stress et permet une meilleure exécution des tâches (Cohen et Wills, 1985).

Les intervenants associent le soutien à l'humour des membres de l'équipe, à la collaboration, à l'écoute des autres qui permettent de passer au travers des situations difficiles. « *J'aime beaucoup la partie interpersonnelle avec mon équipe, la dynamique avec mon équipe à moi. C'est très agréable le support mutuel, les blagues, t'sais alléger la lourdeur de la tâche ça aide beaucoup* » (Nathalie). « *T'as besoin d'en parler. À la fin de la soirée c'est sûr j'arrive chez nous, il y a mon conjoint je vais lui en parler un peu. Par contre, on va en parler ici à l'équipe. Je parle l'équipe ici. On se supporte beaucoup, on va se parler beaucoup. Si j'ai besoin je vais aller chercher la coordonnatrice, je vais aller chercher de l'aide si j'en ai*

besoin » (Louise). Sur le même sujet Louis mentionnait : « *On niaise, on fait des niaiseries, on fait des blagues parfois par rapport à des choses qui arrivent au travail, c'est une façon de dédramatiser.* » Ce qui diminue le stress et augmente la compréhension des actions.

Le soutien est aussi associé à une forme de reconnaissance par les membres de l'équipe de travail. Il est normal pour les intervenants de soutenir ceux qu'ils estiment dans leur travail. Louis spécifiait que le soutien de l'équipe permet de mieux atteindre ses objectifs. « *Le support je pense que tu l'as de tes collègues. Si t'as bien aiguillé tes trucs, t'as orienté, demandé dans les délais, tu t'es pris à temps, t'es bon pour coordonner, ton stress va diminuer.* »

Le soutien est un outil qui permet aux intervenants de mieux faire leur travail et aussi d'en supporter le stress qui en découle. Louise le mentionnait en entrevue : « *Je comprends maintenant les filles qui étaient ici et qui sont parties. Ça prend l'appui de quelqu'un parce qu'il arrive des situations que tu peux pas prévoir.* » Le soutien influence les réactions des intervenants et leur permet de faire face à leurs tâches et les obstacles qui se dressent devant eux.

Le soutien en temps de crise est offert par des professionnels, les programmes aux employés, les travailleurs sociaux, les psychologues, les médecins. Il s'agit tous de personnes consultées lors de période d'épuisement et de fatigue. Une autre sorte de soutien extérieure a été mentionnée en cours d'entrevue. Le soutien informationnel est une autre source de soutien que recherchent les intervenants. Il s'agit de « consultant expert ». Ce sont des spécialistes dans leur domaine : psychologie, psychiatrie, toxicologie. Ces personnes servent temporairement de référence, de guides, d'observateur critique; ils ont pour fonction de faciliter le travail des intervenants en leur montrant les modifications possibles à leurs façons de procéder. Ces personnes détiennent à la fois la connaissance et l'expérience. Ces personnes pourraient éventuellement représenter une solution au risque de développement de la FC. Toutefois, le nombre réduit de ces individus a pour effet de ne pas permettre à tous les intervenants de bénéficier de leurs conseils. Lorsqu'ils sont présents, ils le sont pour un temps déterminé. Il s'agit d'un travail de formateur, qui permet l'amélioration temporaire des

méthodes de travail. Ce soutien limité et extérieur est une valeur ajoutée à l'environnement de travail des intervenants ayant eu la chance de l'expérimenter.

Bernard a fait référence à ces experts lors de son entrevue. « *Pour faciliter mon travail avoir un genre de forum c'est important, avoir des points de vues différents pour se soutenir, pour avoir une supervision de l'extérieur aussi avoir de l'expertise. Ça donne espoir quand quelqu'un nous amène des idées nouvelles. C'est probablement la chose qui m'aide le plus à vaincre la fatigue de compassion. La formation et la supervision c'est un peu du Peptobismol pour digérer tout ce que les patients nous donnent en vrac.* » Le soutien ne se limite pas à la présence des autres lors de moments difficiles, c'est aussi ce qui permet de faire avancer certains intervenants.

4.2.4 Le stress dans le travail

Le stress dans le travail des intervenants prend différentes formes. Il peut s'agir de la rencontre avec un nouveau client, de la mise en place d'une nouvelle thérapie, d'un délai trop serré pour traiter un dossier, d'un client instable, du statut de son emploi, d'un conflit entre équipier ou avec l'équipe de gestion. Louis expliquait que pour lui le stress fait partie du travail en raison de la nature même de son travail. « *Le client a des attentes, le patron a des attentes, t'as tes propres attentes, pis tous les collègues autour ont pas non plus la même définition des urgences selon eux.* » La réaction au stress n'est pas uniforme non plus. Bien que pour la plupart d'entre eux le stress implique cette notion d'urgence et quelque chose de négatif, un sentiment d'inconfort, il peut aussi s'agir d'une motivation. Le stress est associé généralement à une perte de moyens, de faculté, le fait d'hésiter face à une situation. C'est agir rapidement avec une situation inattendue. Une des intervenantes, Karine, envisage différemment le stress : « *Si c'est une situation technique stressante, je suis à mon apogée quand ça bouge.* »

Les moyens de négocier avec le stress sont peu nombreux pour les intervenants rencontrés. Il s'agit de se préparer dans son travail, de demander de l'aider avant d'être submergé par la situation. Tous par contre agissent de la même manière après avoir vécu une situation

stressante. La discussion entre collègues est la première solution, la ligne d'action immédiate après un évènement stressant. Pascal nous apprenait que l'équipe dont il fait partie a une alternative pour contrer le traumatisme vicariant. « *On veut se mettre un mécanisme pour en parler en équipe. On veut se faire une journée par année, une journée de ressoucement.[...] Décompresser pis faire un espèce de talking, une discussion émotive. (sic) »*

4.2.5 La surcharge de travail

La surcharge de travail apparaît dès que l'on demande à un individu de réaliser une activité de plus que sa capacité habituelle. Il peut s'agir de la prise en charge d'un dossier supplémentaire, de l'ajout d'une heure de consultation à la semaine de travail, d'un rapport supplémentaire à émettre lors d'une demande de prestation de service. Peu importe la forme que prend la surcharge de travail, elle a un effet constant : un effet démoralisateur. Une surcharge de travail n'est jamais bien perçue. Le risque que cette surcharge soit permanente se répercute dans la fatigue associée au travail.

La charge de travail n'a pas été souvent mentionnée clairement en entrevue. Seulement la moitié des intervenants ont littéralement utilisé cette expression. Toutefois, le thème a été abordé par tous d'une façon ou d'une autre. Que ce soit par le souhait de voir plus d'intervenants se joindre à leurs cliniques, que le nombre de comptes-rendus soit diminué ou encore que le nombre de clients sous sa responsabilité soit limité. Lorsque nous avons demandé à Louis ce qu'il changerait à son travail, la réponse fut claire : « *Je nomme tous les temporaires permanents. J'engagerais d'autres personnels encore, pour alléger la charge de travail en soi. »*

Par exemple, lorsque nous avons demandé à Bernard de décrire son travail nous lui avons demandé si le temps lui venait à manquer, il nous a répondu ceci : « *Ouais, effectivement c'est... la clientèle nous accapare et le reste on le fait quand on peut. »* Toutes ces réflexions sont des indicateurs de risque de fatigue, les intervenants voient clairement un fardeau se dresser devant eux. À François, un intervenant qui en entrevue nous indiquait que sa charge

de travail était supérieure à la moyenne provinciale, nous lui avons demandé s'il souhaitait voir s'ajouter à l'équipe un autre intervenant. L'idée lui avait déjà traversé l'esprit, mais sa réponse fut limpide : « *Le réseau ne l'acceptera pas. J'aime mieux rester réaliste pis changer ce que je peux changer qui va rester à long terme.* » Cet individu sait pertinemment qu'il a besoin d'aide, mais qu'il devra s'accommoder des moyens du bord.

Quelques intervenants ont mentionné avoir de l'espoir envers l'équipe et leur travail, car ils se sont fait annoncer l'embauche éventuelle de nouveaux intervenants. Ils ont ainsi espoir en une meilleure performance au niveau de la prestation des services et possiblement une stabilisation au niveau de la charge de travail.

La capacité de chacun à effectuer son travail est bien personnelle, et à la fois est la base sur laquelle repose la qualité de vie au travail. Un intervenant qui se sent coincé par les délais et le nombre de dossiers à traiter subira une pression supplémentaire. Il est logique de croire que cette pression influencera la satisfaction de compassion au travail de l'individu et par le fait même pourra augmenter le risque de fatigue de ce dernier. Tel que le mentionne Bandura (1997) la perception d'un manque au niveau des aptitudes personnelles d'un individu influencera sa performance et les croyances qu'il entretient envers l'éventuel échec ou la réussite possible de ses actions.

4.2.6 Compétences personnelles

Les capacités personnelles font appel aux connaissances de l'intervenant, à son niveau d'énergie, à ce qu'il juge être capable de réaliser, à sa qualité d'écoute. Tout ce qui fait de lui un être humain en interaction avec son environnement. Les capacités personnelles ne se limitent pas aux savoir-faire correspondants au travail. Elles influencent la perception de l'intervenant sur ce qu'il peut ou non faire. Quelques intervenants ont mentionné qu'ils aimeraient pouvoir améliorer leurs connaissances et leurs aptitudes à répondre et diagnostiquer plus efficacement les clients. Leur travail dépend directement de ces capacités. Ce choix est motivé par la volonté de l'intervenant de réaliser le meilleur travail possible. Ce désir est l'implication directe de la ligne de pensée des intervenants qui spécifie leur obligation du moyen, mais non des résultats.

Une connaissance accrue des troubles auxquels sont confrontés les clients permet une meilleure compréhension de leur situation. L'intervenant devient plus à l'aise, a un meilleur contrôle sur ses choix et ses actions, un locus interne plus développé et éventuellement une confiance en soi supérieure. Ce qui se reflète à long terme dans une meilleure satisfaction de compassion, ce qui se traduit par une diminution du risque de FC.

La vie personnelle des intervenants n'est pas toujours dissociable de la vie au travail. En réponse à ce fait, François mentionnait « *Augmenter mon énergie, parce que souvent j'arrive chez nous le soir : je suis brûlé, j'suis vidé. [...] Je fais le strict minimum des fois, je suis en dessous de ce que j'aimerais donner.* » Dans un même ordre d'idée, Nathalie souhaite voir une amélioration au niveau de sa gestion de stress. Elle juge qu'en ce moment sa capacité à diminuer son stress et le laisser dans le bureau à la fin de la journée de travail est loin d'être optimale. « *Je sors malheureusement trop souvent de ma journée très stressée.* » Les capacités personnelles sont influencées par les ressources disponibles.

4.2.7 Ressources

Le code ressources qualifie les ressources matérielles, monétaires, les outils transmis aux clients, le temps disponible, les locaux où sont établies les différentes cliniques et la disponibilité de conseillers externes. Nous tenons à préciser que lorsque les ressources financières ont été mentionnées par les intervenants, il ne s'agit pas de conditions salariales les touchant directement. Nous trouvons important de clarifier ce fait. Les intervenants qui ont fait référence à un manque d'argent demandaient plus de ressources pour les clients, plus d'embauche de personnel. Leur priorité n'a pas été leur bien-être, mais la réponse la plus adéquate possible aux besoins des clients. Ce qui démontre une fois de plus la position centrale des clients dans le travail des intervenants. Les clients sont la première considération des individus que nous avons rencontrés.

Solange suggère d'améliorer la prestation de service en modifiant le principe des cliniques actuelles. « *Je pourrais donner un fonds de secours, des fonds de dépannage. Je pourrais donner sur-le-champ des outils aux gens. Il y aurait les services immédiats de psychiatrie,*

d'évaluation et de traitements psychiatriques, psychologiques, service social. Comme dans une clinique sans rendez-vous, les gens pourraient entrer et les soins seraient dispensés là. » Solange nous a fourni une vision très complète de ce qu'elle modifierait dans son milieu de travail. Elle utiliserait une augmentation des ressources financières et matérielles, afin d'améliorer les conditions de prestations de services à la clientèle souffrant de SSPT.

Pascal propose dans sa région une idée semblable : *« Je nous doterais d'un budget qui nous permettrait de faire plein de trucs qu'on veut faire : ressources d'hébergement spécifiques pour cette clientèle-là, un studio de gym pour qu'ils puissent s'entraîner, une maison de répit pour les familles. Toutes des choses facilitantes (sic) ».*

4.2.8 Le climat de travail

Le climat de travail regroupe à la fois le principe d'environnement de travail et la relation de travail à l'intérieur de l'équipe. Les changements souhaités à ce niveau correspondent à l'entente entre collègues, au respect mutuel auquel chacun peut prétendre. L'enthousiasme et l'humour sont des conditions inhérentes à l'atmosphère de travail auxquelles les intervenants sont très attachés. Josiane mentionnait toutefois souhaiter que ses collègues partagent son enthousiasme envers les défis que représente la clientèle atteinte de SSPT. L'atmosphère est aussi tributaire de la relation qu'entretient l'intervenant avec l'Administration. Cette situation, plus délicate à gérer, influence le moral des troupes et peut affecter à la longue la satisfaction au travail des intervenants. Nathalie, qui occupe aussi un poste de gestion, souhaite une amélioration de l'atmosphère générale de travail. Selon elle, l'atmosphère se reflète dans toutes les activités du groupe et a un effet potentiellement bénéfique. *« Avoir une atmosphère de bureau dans lequel le stress est diminué et où on peut avoir un peu plus de plaisir. »*

4.2.9 Les horaires de travail

Ce qui constitue la préoccupation première des intervenants au niveau de leur équilibre est l'équilibre travail-famille. Cet équilibre est intimement lié à la notion d'horaire de travail. Rouma a mentionné le fait que les intervenants en santé mentale au niveau provincial bénéficient d'une journée supplémentaire de congé mensuel. Cette journée lui semblait une bonne idée pour améliorer les conditions de travail. Louise ne travaille pas à cinq jours semaine pour « se protéger », elle détient un poste de 5 jours semaines dans un autre département. Elle ne l'occupe pas pour l'instant, car elle travaille avec les personnes atteintes de SSPT. « *Je réalisais que j'avais pu 20 ans, cinq soirs semaine c'était trop par contre. Mon poste c'est 2 soirs semaine. Si un jour je suis fatiguée, je m'en vais sur mon poste régulier pis j'arrête ça là.* » Pascal occupe actuellement un poste à cinq jours semaine. Il aimerait bien voir son horaire être modifié. « *C'est correct de s'épanouir dans le travail, mais moi je aucun problème à m'épanouir dans ma vie personnelle [...] travailler 4 jours ça serait encore mieux.* »

4.2.10 Les émotions

Lors des entrevues, deux intervenants ont qualifié leur travail de « passion ». Ces deux mêmes intervenants ont été en arrêt de travail pour épuisement professionnel dans le cadre de leur travail actuel. Rouma mentionnait à propos de son travail : « *J'ai fait ça, c'est une passion t'sais c'est comme, j'ai adoré voir les résultats qu'on avait chez la clientèle, mais j'en faisais trop.* » Louise nous expliquait que selon elle, la perception que développe une personne envers son travail influence sa capacité à agir et sa manière de gérer sa fatigue. « *T'aimes ça ou t'aimes pas ça. Si t'aimes pas ça, ben tu vas te fatiguer pareil, tu vas t'écoeurer. Pas pour les mêmes raisons, mais tu vas être fatigué, tu vas être tanné. Tandis que si t'aimes ça, tu t'impliques. Il y a un risque de fatigue, que tu vois pas tes limites.* » La ligne entre s'impliquer suffisamment et trop semble floue.

Il est primordial que nous spécifiions un fait : la plupart des entrevues réalisées dans le cadre de ce projet de recherche étaient dotées d'une grande charge émotionnelle. Même les intervenants qui paraissaient en pleine possession de leurs moyens ont laissé transparaître des signes de déception, de nervosité, de malaise, de crainte et parfois de retenue. D'autres ont été assez ouverts pour laisser place à de la bonne humeur, de la joie, de la tristesse. Ces émotions ont parfois été provoquées par des questions, parfois par les propres réflexions des personnes interviewées, parfois par le fait que certains d'entre eux revivaient l'anecdote qu'ils nous racontaient. Nous nous concentrons dans cette partie aux émotions ressenties par les intervenants et leurs liens avec les clients, l'équipe de travail et l'administration.

4.2.10.1 Les clients

Les émotions associées à la clientèle des intervenants sont multiples : agressivité, colère, compassion, confiance, empathie, déception, désillusion, espoir, joie, reconnaissance, sympathie, frustration, inquiétude. Toutes ces émotions sont vécues à différents degrés, par différentes personnes. Cependant, nous remarquons que certaines émotions sont ressenties par différents intervenants dans des situations similaires. Par exemple, la déception est vécue lors de l'échec d'un traitement et que cet échec est imputable au client. Les intervenants ayant mentionné être déçus par des clients le sont lorsque le client arrête un traitement ou stagne dans sa progression. Ce sentiment de déception rappelle un sentiment d'abandon. L'intervenant est abandonné par le client en cours de route. Cette allusion peut sembler forte, mais lorsque les intervenants font référence à un client qui se suicide, ils mentionnent sans exception la déception dans ce cas précis. Le client ayant abandonné la thérapie et l'intervenant.

« Je suis déçu par rapport à certains clients, par rapport à leur évolution potentielle » (Pascal).

« Quand tu fais un programme pis il y en a un qui consommait avant d'entrer. Pis il t'arrive une soirée, il est ben gelé. T'es déçue » (Louise).

« J'ai fondé des grands espoirs disons, dans un client que j'ai inscrit dans un programme et que je voulais qu'il aille au bout. Euh... pour une raison xyz, ça n'a pas fonctionné. Mais des fois on est déçu, on le prend quand même un peu personnel. On se dit : J'pensais qu'il... que c'était une bonne idée » (Louis).

Par opposition, la joie est associée aux clients soit en raison de l'humour dont ils font preuve lorsque leurs situations s'améliorent ou bien lorsque l'intervenant note des changements positifs dans l'évolution du client. Dans un même ordre d'idée, la notion d'enthousiasme caractérise la même situation. *« Des fois, ils sont drôles je suis obligée de rire, pis ça amène une certaine... Si il y a du stress ça fait du bien ça détend. Il y a des gars, ils ont beaucoup d'humour, surtout les dernières semaines, les derniers jours qu'ils sont ici » (Louise).*

La compassion, la sympathie et l'empathie sont des émotions intimement liées à la clientèle. Ces émotions complexes et complémentaires ne sont pas ressenties simultanément. Les sujets de leurs affectations sont différents. La compassion est ressentie lorsque l'intervenant réalise la souffrance qui est infligée au client. La sympathie se rapporte généralement à la famille des clients. L'empathie permet à l'intervenant de se détacher tout en comprenant les implications pour le client et une compréhension limitée de ce qu'il a subi. Le travail des intervenants repose sur cette compréhension et sur le fait qu'ils ne doivent pas oublier qu'elle est limitée. Louis mentionnait au sujet de ces émotions : *« Faut pas que tu juges, faut que tu regardes froidement ce qui se passe avec ton client. Parce que même si t'es empathique tu peux pas dire au client : je sais ce que tu vis [...] à moins que t'aies vécu la même chose, pis encore là, tu vis pas de la même façon »*. Il est important pour l'intervenant de se dissocier de ce que vit le client, afin de rester objectif, de faire son travail au mieux et de réduire le risque de fatigue émotionnelle.

L'inquiétude correspond à une émotion vécue directement en référence au comportement potentiel du client. Il s'agit d'une appréhension au sujet de gestes que pourrait poser un client lors d'une crise. Cette émotion est viscérale, seule une dépersonnalisation de la part de l'intervenant peut en venir à bout.

Il est difficile pour les intervenants de juger de la qualité de leur travail ou de l'influence qu'ils exercent. Louis spécifiait en entrevue que parfois les choses les plus importantes pour un client seront des choses anodines pour l'intervenant. *« Tu sais, on a jamais l'idée de l'impact de ce qu'on dit, de quel impact ça peut vraiment avoir sur quelqu'un [...] tu peux dire quelque chose à quelqu'un, ça va te paraître banal, mais il te revient avec ça plus tard, pis pour lui ça été WOW! »*

La reconnaissance est aussi présente dans la relation intervenant-client. Les intervenants qui ont mentionné la reconnaissance au niveau de la clientèle ont précisé ne pas s'attendre à ce que les clients expriment une quelconque forme de reconnaissance. Toutefois, la moitié d'entre eux ont mentionné avoir reçu des marques de reconnaissance de leur client à différents degrés : un sourire, une lettre, une mention auprès du supérieur. Cette reconnaissance, à laquelle aucun d'entre eux ne s'attendait, vaut son pesant d'or pour l'estime de soi de l'intervenant. *« Leur sourire c'était notre salaire »* cette phrase prononcée par Rouma exprime l'importance que les intervenants accordent aux réactions des clients.

Cette reconnaissance offerte par les clients est la motivation supplémentaire qui permet aux intervenants de rester mobilisés envers leur travail. Rouma mentionnait ce fait en entrevue. *« C'est au bout d'un an qu'on a vu l'importance qu'on a, le rôle qu'on joue, l'importance que ça a pour cette clientèle-là [...] Toute la reconnaissance qu'on a retiré c'est ça qui nous fait aller, qui nous a permis de continuer. »* François mentionnait à propos de clients qui valorisaient son travail *« Là t'es plus qu'enthousiaste, c'est le débordement de joie, t'es fou braque. C'est une méchante reconnaissance »*. Ce qui est particulier avec la reconnaissance est qu'elle n'est pas à sens unique pour les intervenants. Bien entendu, ils apprécient que les clients soient reconnaissants, mais ils le sont aussi envers ces derniers. Louise et Rouma ont précisé être reconnaissantes envers les clients, car elles ont *« beaucoup, beaucoup appris d'eux autres. »*

Les intervenants mentionnent les clients naturellement lorsque l'on évoque l'espoir. Ils n'ont pas espoir dans la guérison en tant que telle, mais dans le potentiel des clients; dans leur force d'améliorer leurs situations et de persévérer dans cette voie. « *Je crois que les SSPT, c'est qu'on peut les aider sur le moment présent. [...] Ils guériront pas là, mais au moins essayer d'aider pour le mal de vivre.* » (Louise)

4.2.10.2 L'équipe de travail

L'équipe de travail, au même rang que la clientèle, fait vivre plusieurs émotions positives et négatives aux intervenants. Par contre, l'équipe interpelle moins les souvenirs des intervenants. Les émotions plus négatives tel le sentiment d'avoir été humilié, déçu ou en colère correspondent à des incidents isolés, mais existaient. Lorsque nous avons abordé le sentiment d'humiliation, François se rappelait une situation où l'équipe l'a laissé seul. « *Me faire engueuler par une boss en pleine réunion devant toute une équipe [...] ça j'ai trouvé ça rough parce que là j'ai eu aucun support de l'équipe. Dans cette période-là, personne est venu me supporter.* » Nous retrouvons ici la notion de support que nous avons déjà abordée. Les émotions qui permettent une cohésion d'équipe, d'évoluer en groupe sont plus souvent partagées par les intervenants. Toutefois, seule la confiance interpelle plus de la moitié des participants. La reconnaissance, la joie et la sympathie font appel à des relations spécifiques à l'intérieur de l'équipe et non à l'ensemble des collègues. L'équipe semble donc être considérée comme acquise, puisqu'imposée par l'Administration. Ce fait explique, à notre avis, le fait que bien que l'équipe génère des émotions, elles ne sont pas vécues en majorité par les intervenants.

4.2.10.3 L'Administration

Il s'agit du sujet le plus amèrement critiqué. Les émotions les plus dures sont évoquées en relation avec l'équipe de gestion des intervenants. La colère est le dénominateur commun le plus important. Les émotions des intervenants sont nourries par une impression d'incompréhension de la part de leurs supérieurs hiérarchiques. Le sentiment de ne pas être

écouté par ces derniers laisse place à la déception et à la désillusion. Une incompréhension envers leur travail et les conditions dans lesquelles ils doivent le réaliser. L'impression que leurs besoins ne sont pas écoutés et que leurs demandes ne sont pas traitées de façon équitable. Malgré toutes ces émotions, aucun intervenant n'a mentionné être frustré par cette situation ou par le comportement de la direction.

4.2.10.4 Les intervenants eux-mêmes

Nous tenons à mentionner que les émotions auxquelles les intervenants se sont personnellement identifiés correspondent à ce qui pourrait être jugé comme des reproches, des critiques. Il s'agit de la culpabilité, l'anxiété, la colère, la déception, la honte. En contrepartie, 3 intervenants ont avoué avoir confiance en eux et un a même précisé être quelqu'un de joyeux.

Il faut porter attention aux émotions négatives, car elles influencent la satisfaction personnelle qu'éprouvent les intervenants. D'ailleurs, trois des intervenants ayant mentionné éprouver de l'anxiété envers leur capacité ou leur performance présentent un risque de FC selon le test ProQOI.

CHAPITRE V

PISTES DE SOLUTION ET CRITIQUE DE LA RECHERCHE

Dans cette section, nous aborderons les pistes de solutions possibles pour diminuer le risque de fatigue de compassion. Nous spécifierons ensuite les limites et les forces de la recherche que nous avons réalisée, ainsi que l'apport de celle-ci.

5.1 Comment diminuer le risque de FC?

Notre projet de recherche avait pour but de trouver s'il est possible de diminuer le risque de FC chez les intervenants en santé mentale. Il a été démontré qu'il y a bien présence d'un risque de FC chez les intervenants rencontrés. Les intervenants ont mentionné souffrir d'un manque de soutien, de connaissances, d'écoute, d'être à la recherche d'un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Aucun reproche n'a été fait envers les politiques d'embauche, les descriptions de tâches ou les processus d'évaluation du personnel. Nous mettrons donc de côté ces pratiques de ressources humaines.

Il s'agit donc d'adapter les pratiques de rétention aux besoins des intervenants. Il semble que la rémunération directe ne soit pas un levier décisionnel dans le cas présent. Il faut donc s'attarder aux conditions immédiates de travail : les tâches, horaires et services offerts aux intervenants. Un service de consultation pour offrir un soutien personnalisé et indépendant de la direction. La mise en place d'un système de formation continue améliorerait les conditions de travail actuel. Bien que les intervenants rencontrés soient au service du Ministère A, tous ne bénéficient pas des mêmes avantages pour ce qui est des ressources de formation disponibles et du temps nécessaire de libération pour suivre ces séances de perfectionnement. Le développement de la gestion de carrière est ici tout indiqué.

La création d'horaire de travail flexible pourrait être une solution envisageable. Les intervenants sont ouverts à l'idée de récupérer une journée pour eux par semaine. Il faudrait évaluer la possibilité de transposer la semaine de 5 jours sur une semaine de 4 jours. Les

intervenants devraient être consultés afin d'évaluer si l'augmentation de 2 heures à la journée actuelle de travail crée une surcharge de travail ou un étalement souhaitable. Le but ici est d'accommoder les intervenants et non pas d'augmenter leur charge de travail ou leur stress.

Les solutions touchant les pratiques de ressources humaines pour les équipes de travail sont plus difficiles à identifier. La formation des équipes doit être conçue par la direction, par contre il est fortement suggéré que les intervenants déjà en place puissent participer au processus de sélection lors de l'embauche de nouveaux professionnels. Cette suggestion a une double utilité. Dans un premier temps, le climat organisationnel se trouve amélioré, car les intervenants déjà présents n'ont pas à se sentir menacés par l'arrivée de nouveaux collègues qu'ils ont choisis. Les nouveaux intervenants ayant déjà eu un contact avec l'équipe existante lors du processus de sélection verront leur adaptation facilitée. Deuxièmement, le fait de consulter les intervenants les responsabilise envers l'équipe de travail et facilite par le fait même leur mobilisation.

Les programmes de mentors représentent une alternative dans la gestion des ressources humaines. Il s'agirait d'un programme où un nouvel employé accompagne un intervenant d'expérience durant une période de transition. Le but d'un tel programme est de permettre au nouvel intervenant de s'acclimater à son environnement de travail et de pouvoir partager l'expérience de quelqu'un déjà implanté dans le milieu de la santé mentale. Cette solution permet aussi au mentor d'avoir une personne avec qui partager son travail et crée ainsi un réseau de soutien mutuel.

Au niveau des équipes de gestion, il est essentiel d'établir un dialogue entre les représentants de l'Administration et les intervenants. La plus grande source de mécontentement réside dans la relation gestionnaire-intervenant. Toutes les pratiques de gestion pourront être mises en place si la relation n'est pas améliorée. Il ne s'agira que de modifications à court terme dont les retombées s'effaceront rapidement.

5.2 Les limites de la recherche

La première limite de ce projet de recherche se situe dans le sujet même. Nous nous sommes limités aux intervenants en santé mentale, sans prendre en considération le personnel de soutien administratif des cliniques spécialisées qui pourraient avoir des contacts récurrents avec les clients. Ceci représente une limite, car nous présumons que le simple fait de côtoyer les clients ne suffit pas à favoriser le développement de la FC. Cette présomption devrait être vérifiée.

Une seconde limite est culturelle, les personnes rencontrées exercent toutes leur profession dans la même province. Nous ne prenons donc pas le facteur culturel en considération dans cette étude. Selon les recherches sur la résilience, il a été démontré que la culture de référence d'un individu influence ses capacités d'adaptation et de résilience. La taille de l'échantillon peut être considérée comme une limite potentielle, puisque seulement 5 % des personnes ayant répondu à la proposition de recherche ont accepté de nous rencontrer.

La mesure du risque de FC qui a été effectuée par deux tests à une seule occasion peut être jugée comme une limite de la recherche. L'état d'esprit des participants au moment de répondre au questionnaire influence directement l'évaluation du risque de FC. Un second questionnaire à quelques semaines d'intervalles aurait pu éviter cette limite. Les changements de politiques de services au Ministère A au moment de la collecte de données sont considérés comme des limites à cette recherche. Les réponses obtenues en cours d'entrevues lors de la mise en place de nouvelles procédures ont pu être influencées par ces changements ponctuels.

Un autre fait qui peut être considéré une limite de la recherche est le fait que nous ne faisons aucune analyse différenciée selon le sexe. Nous avons jugé que l'échantillon était trop petit pour permettre de conclure si le sexe des répondants a une influence quelconque. De plus, nous n'avons pas observé dans notre échantillon de divergence importante entre les femmes et les hommes qui exercent la même profession.

5.3 Forces de la recherche

Le présent projet de recherche démontre clairement qu'il y a un problème organisationnel dans les cliniques spécialisées dans le traitement du SSPT. Les refus en bloc de discuter des conditions de travail et de la fatigue de compassion sont des indicateurs de cette situation. La possibilité de s'être concentré sur un seul type d'établissement permet une homogénéité de l'échantillon. Il est possible de croire que les résultats obtenus peuvent être généralisés pour les autres intervenants traitants la même clientèle au Québec. Le domaine de la recherche en santé mentale connaît plusieurs avancements majeurs en ce moment. Le fait que cette recherche soit liée à ce domaine la rend encore plus pertinente. Un des points forts de cette recherche est la détermination de la présence de FC chez les intervenants.

Le fait que l'entrevue ait été dirigée par une femme a permis certaines confidences. Les intervenants masculins ne se sont pas sentis menacés et le personnel féminin ne semble pas avoir eu de retenue au sujet d'expérience personnelle parfois délicate. La connaissance du milieu des soins prodigués aux patients atteints de SSPT mettait les intervenants en confiance immédiate, car il était inutile de justifier leur travail. Bien que la clientèle soignée en soit une composée de soldats et que le positionnement public envers l'armée canadienne et les missions à l'étranger soit mitigé, aucune tension n'était apparente lors de nos entrevues en raison de la connaissance préalable du travail des intervenants et de leur milieu. Ceci représente une force indéniable de notre travail, la confiance de la connaissance du milieu a facilité les commentaires des intervenants. L'intégrité du schéma d'entrevue a été assurée par le fait que toutes les entrevues ont été dirigées par la même personne.

5.4 Les apports de la recherche

Pour la pratique organisationnelle, ce mémoire de recherche démontre que les professionnels de la santé mentale ne sont pas protégés contre le risque de FC. Les pistes de solutions suggérées doivent permettre de développer de nouvelles pratiques de gestion organisationnelle et des ressources humaines. Les intervenants ont besoin d'aide pour mener

à bien leur travail et les entreprises faisant appel à leurs services se doivent de contribuer à leur bien-être pour assurer une continuité dans la prestation de services. Idéalement, la modulation des pratiques actuelles de gestion du personnel peut réduire les risques de FC, ce qui peut se traduire par une réduction des coûts liés à l'absentéisme et aux maladies professionnelles.

Au niveau académique, il s'agit d'un mémoire qui peut servir de base de comparaison pour une recherche semblable auprès d'intervenants soignant une clientèle différente ou des intervenants qui soigneraient des militaires actifs. Des comparaisons pourraient être ainsi faites dans le but de développer les connaissances à la fois sur la gestion du personnel et sur la FC. Il serait intéressant de comparer les demandes des intervenants en fonction de leurs champs de compétences. Les années d'expérience en santé mentale semblent avoir un effet modérateur sur les intervenants rencontrés, une recherche comparative sur les attentes des intervenants en fonction de leurs années d'expérience peut amener des changements au niveau des pratiques de gestion en cours de carrière.

CONCLUSION

Le risque de FC est une réalité pour une grande partie (6 sur 10) des intervenants soignant les personnes atteintes de SSPT que nous avons rencontrés. Un travail au niveau des horaires, de la consultation professionnelle pour soutenir les intervenants est nécessaire afin de limiter les risques et améliorer les conditions de travail. Les intervenants en santé mentale connaissent l'importance de leur travail, mais parfois s'oublie en cours de processus. La connaissance des risques et des implications pour les clients d'un SSPT est nécessaire pour que l'intervenant se sente à l'aise dans son travail. Malgré tout, pour citer François : « *L'adaptation à cet job-là, à cette clientèle-là, elle demande énormément.* » Le soutien est un élément vital pour diminuer le risque de FC, car une fois la journée terminée, les intervenants ont leur vie privée à gérer aussi. Parce qu'il est parfois impossible de faire une coupure entre la vie personnelle et le travail, le soutien de l'équipe de soins et de l'équipe de gestion devient la seule solution.

Le soutien compose l'élément clé de l'aide aux intervenants. Nos résultats de recherche abondent dans le même sens que ceux de Cerney (1995) et Cohen et Wills (1985). Il existe différents types d'outil de soutien que l'organisation peut fournir aux intervenants et ces outils auront une influence bénéfique en fonction de la personnalité de l'intervenant et sa situation. Les outils présentant une valeur intrinsèque pour les intervenants sont priorisés dans leur conception idéale du travail. Dans ce sens, la connaissance, le bien-être du patient, la possibilité d'en aider plus et mieux sont des objectifs qui sont plus importants que les besoins économiques des intervenants. Les pratiques de ressources humaines favorisant la gestion de carrière, par la mise en place de programme de formation et le développement des compétences, constituent une solution intéressante. Les personnes que nous avons rencontrées ont fait le souhait d'améliorer leurs connaissances et leurs habiletés à exercer leur profession. Il s'agit de soutien professionnel, soit par la création de programmes de formation créés à l'interne ou par des spécialistes en SSPT. Cette forme de soutien peut aussi prendre les traits d'un expert-conseil qui sera une référence en temps de doute ou d'incertitude, cela peut aussi prendre la forme d'un coach. Ce genre de support a un effet rassurant pour les

intervenants et permet de réduire l'anxiété que certains d'entre eux développent face à leurs habiletés personnelles.

Dans un même ordre d'idée, le soutien psychologique est essentiel (Cohen et Wills, 1985; Janoff-Bulman, 1992; Cerney, 1995; Bandura 1997). Le travail des intervenants en soins post-traumatiques est un travail demandant intellectuellement et émotionnellement. Un sentiment de « vide » se fait sentir chez certains intervenants en raison de la fatigue mentale et physique. Cet aspect n'a pas été longuement élaboré par les intervenants rencontrés. Nous associons cette sensation de vide au postulat de Dejours (2008) sur l'usure mentale. Le travail des intervenants leur demande de l'attention, du contrôle de soi, ainsi qu'une capacité à porter un jugement sur les attitudes et comportements des clients, sans juger le client en lui-même. Cette séparation d'activités mentales exige une grande concentration. Comme mentionnait Dejours (2008), l'usure du travail affaiblit la force mentale de l'individu avant de s'en prendre à son état physique. L'usure psychologique devient une réalité de l'individu avant que les symptômes apparents ne soient perceptibles. En ce sens, la FC peut être causée par le travail de l'individu et c'est à l'employeur de mettre en oeuvre tous les moyens possibles afin d'assurer la diminution du risque. Parmi ces moyens se trouvent l'accès à un programme d'aide aux employés, les rencontres en groupe telles que : les périodes de debriefing à l'extérieur et en milieu de travail, la création de groupes de discussion. Ces activités existent de façons informelles dans les équipes de travail de tous les intervenants rencontrés. Elles existent de façon formelle pour les employés du Ministère A.

Ce ne sont pas tous les intervenants présentant un risque de FC qui ont fait, ou présentent un risque de faire, un épuisement professionnel. Il semble que la perception que l'individu entretient envers son équipe de travail et ses habiletés personnelles influence sa manière de réagir au stress inhérent à ses tâches (Cohen et Wills, 1985; Janoff-Bulman, 1992; Bandura, 1997). L'attitude générale de l'individu aurait une influence directe sur son risque potentiel de FC. Nos résultats ont démontré que la satisfaction ressentie envers le travail n'est pas influencée par la présence d'un risque de FC chez les intervenants rencontrés.

La perception de l'efficacité personnelle, les croyances que les intervenants entretiennent sur

le monde qui les entoure et sur eux-mêmes, permettent de comprendre le développement du risque de FC. La FC reste un état, elle est particulière à chaque individu. Cette particularité la rend inégale, nous ne pouvons donner une recette qui permettra le développement de la FC ou encore l'assurance de son absence. Plusieurs facteurs rentrent en ligne de compte dans le cadre de référence de création de la FC : les expériences antérieures des intervenants, le nombre d'années d'expérience, le type de traumatisme que les clients ont subi, la présence de violence au travail, les difficultés personnelles de l'intervenant. Tous ces facteurs favorisent le développement de la FC, sans pour autant assurer son développement ou son apparition (Figley, 1995; 2002).

Les notions d'attitude personnelle et de résilience sont aussi importantes. Il serait intéressant de pousser la réflexion plus loin, à savoir si le développement de la capacité de résilience à un effet sur le développement de la FC. Boris Cyrulnik (2001) statuait lors d'une entrevue, que la résilience peut se développer à tout âge. Nous suggérons de faire une étude longitudinale auprès d'intervenants et de mesurer les variations de risque de FC dans le temps en complémentarité du développement de la résilience de ces individus.

Nous avons aussi abordé les styles d'écoute des intervenants. Un style dominant basé sur la personne (PO) affecte parfois le jugement des intervenants, ceci en raison du lien émotionnel que ce style favorise. Cela peut se produire lorsque la sympathie fait place à l'empathie. Le style d'écoute s'impose habituellement de façon « naturelle » pour un individu (Watson et Barker, 1995). La majorité des intervenants rencontrés possèdent deux styles dominants, le premier se concentre sur la personne, le second s'attarde au contenu. Le fait d'utiliser simultanément les deux styles d'écoute permet aux intervenants de ne pas se laisser envahir par le côté affectif des récits de leurs clients et de rester objectifs envers les informations recueillies. Ces deux styles d'écoute s'équilibrent dans la pratique de tous les jours.

En analysant les entrevues, nous avons pris conscience de l'importance du rôle de la gestion comme agent « réducteur » de tensions. Les intervenants comptent sur la gestion pour les encadrer, mais aussi pour les soutenir, les protéger, les écouter et les respecter et les comprendre. Les gestionnaires doivent être présents pour comprendre la réalité des

intervenants. Le travail des spécialistes en soins post-traumatiques est soumis à des directives précises qui parfois ne prennent pas les intervenants en considération. Ce que vivent les clients de ces cliniques et les intervenants est ancré dans une réalité particulière qui parfois est éloignée des réalités auxquelles sont confrontés les gestionnaires. Il serait intéressant d'analyser l'impact du style de gestion utilisée dans les cliniques et le risque de FC chez les intervenants.

Il y a une force liée à l'espoir sur laquelle tout semble reposer. Les intervenants sont très lucides par rapport à leur responsabilité et les limites de leur travail. Ils sont conscients qu'ils offrent un soulagement aux clients, mais que la guérison totale n'est pas l'objectif. Malgré tous les programmes, toutes les histoires qu'ils peuvent entendre au cours de leur travail, ils savent fondamentalement que pour se sauver eux-mêmes, ils doivent avant tout se rappeler qu'ils vont aider un individu à la fois, mais que la rémission ne sera jamais complète. Cet éveil à la réalité de la situation malgré la pression des observateurs externes et des familles des clients est la première étape à la prise de conscience permettant de minimiser le risque de fatigue de compassion.

Le travail en santé mentale est une passion et comme toute passion, le prix est souvent chèrement payé par l'individu. Ce don aux autres et ce don de soi qui permettent aux autres de trouver parfois le chemin, minimisant ainsi la souffrance et permettant aussi aux clients de pouvoir à nouveau avoir de l'espoir pour la vie civile qui se dresse devant eux. Le SSTP est une maladie, la fatigue de compassion est un état et la société se veut un endroit où la collaboration fait grandir tout le monde au bénéfice du bien commun et de son environnement.

Nous concluons que la FC est un risque réel auquel les intervenants sont confrontés. Le sujet est encore tabou dans le milieu professionnel de la santé mentale. Afin de diminuer la FC, les intervenants doivent prendre conscience du risque relié à leur travail et arrêter de prendre toute la responsabilité du risque en blâmant leurs capacités personnelles. Les gestionnaires doivent entourer les équipes de travail afin d'instaurer un dialogue et un réseau de soutien à même les équipes de travail. Le fait de reconnaître la présence du problème permettra d'améliorer les méthodes de travail et réduire le risque des intervenants.

APPENDICE A QUESTIONNAIRE

Événements représentant un stress

Veuillez compléter le formulaire avec le chiffre représentant le mieux vos expériences.
Veuillez vous référer au deux échelles ci-dessous. La première échelle qualifie les événements en fonction de votre expérience. La seconde décrit le niveau de stress que vous avez ressenti.

Décrivez votre expérience :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
je n'ai pas	un peu comme mon			semblable à mon			exactement mon			
experimnté expérience				expérience			expérience			
Niveau de stress vécu										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aucun	très peu			légèrement			extrêmement			
stress	stressant			stressant			stressant			

Décrivez votre expérience	Expérience de vie	Stress ressenti à ce moment-là	Stress ressenti maintenant
	J'ai été témoin ou ai assisté à un désastre naturel tel un tremblement de terre ou un ouragan		
	J'ai été témoin ou ai assisté a un désastre "humain" tel un désastre industriel ou un écrasement d'avion		
	J'ai été témoin ou victime d'un accident majeur ou d'une blessure grave		
	J'ai été témoin ou été victime d'une exposition à des produits chimiques ou radiation. Cet événement est arrivé à moi, ou un ami proche, ou un membre de ma famille		
	J'ai été témoin ou victime d'une maladie grave menaçant ma vie, ou celle d'un ami proche ou un membre de ma famille		
	J'ai été témoin ou ai vécu le décès de mon conjoint(e) ou d'un de mes enfants		
	J'ai été témoin ou ai vécu le décès d'un ami proche ou d'un membre de ma famille (autre qu'enfant ou conjoint)		
	Moi-même ou un ami proche ou un membre de ma famille a été enlevé ou pris en otage		
	J'ai (ou un ami proche, un membre de ma famille) été victime d'une attaque terroriste ou torturé(e)		
	J'ai été impliqué(e) dans un combat ou une guerre ou j'ai habité une région affectée par la guerre.		
	J'ai vu ou manipulé des corps de personnes décédées autrement que pour des funérailles		
	J'ai été témoin ou victime d'une attaque armée autrement que lors d'un combat ou avec ma famille		
	Étant enfant / adolescent(e) j'ai été frappe(e) étranglé(e) ou poussé(e) assez fortement pour être blessé(e)		
	Étant adulte, j'ai été frappé(e) étranglé(e) ou poussé(e) assez fortement pour être blessé(e)		
	J'ai été témoin, ou victime, d'un événement représentant un fort stress et n'étant pas mentionné plus haut. SVP spécifier		

Questionnaire sur la violence

Le milieu de travail et l'environnement d'un individu peut être source de violence. Cette violence peut influencer notre capacité à interagir avec les personnes qui nous entourent. Veuillez lire chaque phrase et indiquer à quelle fréquence, en cochant le si ces informations sont vraies pour vous (ces situations ont pu se déroulées dans le cadre d'un emploi antérieur).

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
1. Vous avez subi des abus verbaux de la part de votre supérieur hiérarchique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous avez subi des insinuations à connotation sexuelle de la part de votre supérieur hiérarchique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous avez du endurer du bla bla à connotation sexuelle de la part de votre supérieur hiérarchique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous avez subi des agressions physiques de la part de votre supérieur hiérarchique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous avez été harcelé(e) sexuellement (abus verbal ou physique) par votre supérieur hiérarchique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous avez été discriminé(e) à cause de votre race/ethnie par votre supérieur hiérarchique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vous avez été discriminé(e) à cause de votre orientation sexuelle par votre supérieur hiérarchique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous avez subi des abus verbaux de la part d'un(e) collègue de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous avez subi des insinuations à connotation sexuelle de la part d'un(e) collègue de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vous avez du endurer du bla bla à connotation sexuelle de la part d'un(e) collègue de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous avez subi des agressions physiques de la part d'un(e) collègue de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous avez été harcelé(e) sexuellement (abus verbal ou physique) par un(e) collègue de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous avez été discriminé(e) à cause de votre race/ethnie par un(e) collègue de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vous avez été discriminé(e) à cause de votre orientation sexuelle par un(e) collègue de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vous avez subi des abus verbaux de la part d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vous avez subi des insinuations à connotation sexuelle de la part d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vous avez du endurer du bla bla à connotation sexuelle de la part d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vous avez subi des agressions physiques de la part d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vous avez été harcelé(e) sexuellement (abus verbal ou physique) par un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
20. Vous avez été discriminé(e) à cause de votre race/ethnie par un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Vous avez été discriminé(e) à cause de votre orientation sexuelle par un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Vous avez subi des abus verbaux de la part de la famille d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vous avez subi des insinuations à connotation sexuelle de la part de la famille d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Vous avez du endurer du bla bla à connotation sexuelle de la part de la famille d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Vous avez subi des agressions physiques de la part de la famille d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vous avez été harcelé(e) sexuellement (abus verbal ou physique) par la famille d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Vous avez été discriminé(e) à cause de votre race/ethnie par la famille d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Vous avez été discriminé(e) à cause de votre orientation sexuelle par la famille d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le risque de détresse psychologique

Au cours de la dernière semaine...	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous êtes-vous senti(e) négatif(tive) envers les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Efficacité personnelle

Lisez attentivement chaque phrase et cochez le qui décrit le mieux.

Par rapport à vos dossiers...	Faux	Plutôt faux	Plutôt vrai	Vrai
1. J'arrive toujours à résoudre les dossiers difficiles, si j'insiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si quelqu'un me fait obstacle, je trouve toujours des moyens pour obtenir ce que je veux pour résoudre mes dossiers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. C'est facile pour moi de maintenir mes intentions et d'atteindre mes objectifs dans les dossiers que je traite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je sais que je peux maîtriser les événements imprévus de façon efficace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Grâce à mes compétences, je peux contrôler des situations inattendues.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'arrive à trouver une solution à tous mes dossiers si je fais l'effort nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je reste calme quand je suis confronté(e) à des difficultés dans mes dossiers, car je compte sur mes capacités à les résoudre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Face à un problème, je trouve d'habitude plusieurs solutions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Même si je suis coincé(e), je sais quoi faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quoiqu'il arrive, je sais en général comment m'en sortir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPENDICE B

SCHÉMA des entrevues

Introduction (explication de la façon dont l'entrevue va se dérouler)

Pour commencer, nous allons faire un peu votre portrait :

- Quel âge avez-vous?
- Dans quel pays êtes-vous né?
- à quelle religion appartenez-vous? Êtes-vous pratiquant?
- Quelle est votre scolarité, parcours académique?
- Depuis combien de temps faites-vous ce métier?
- Depuis combien de temps occupez-vous votre poste actuel?
- Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur?
- Quelles ont été vos expériences de travail antérieures?
- Avez-vous une expérience militaire, par exemple dans la réserve, les cadets ou l'armée en service actif?

À propos de votre travail...

- Pouvez-vous me décrire une journée type dans votre travail?
- Qu'est-ce que vous aimez le plus et que détestez-vous le plus dans votre travail?
- à l'extérieur de votre travail, rencontrez-vous des patients ou des personnes atteintes de SSPT?
- Qu'elle est la dernière fois où vous avez ri au travail? Pour quelle raison? (Cela est arrivé dans le cadre de votre emploi ou seulement sur les lieux de travail?)
- Qu'elle est la dernière fois où vous avez pleuré au travail? Pour quelle raison? (Cela est arrivé dans le cadre de votre emploi ou seulement sur les lieux de travail?)
- Avez-vous vécu une situation traumatisante au travail?
 - Qu'avez-vous fait pour passer à travers cette situation?
 - Avez-vous eu du soutien? De qui? Manifesté de quelle façon?
- Avez-vous vécu une situation stressante au travail?

- Qu'avez-vous fait pour passer à travers cette situation?
- Avez-vous eu du soutien? De qui? Manifesté de quelle façon?
- Lors des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de santé? De quel ordre? Croyez-vous que ce soit relié à votre emploi?
- Avez-vous des enfants? S'ils vous demandaient conseil, les encourageriez-vous à faire le même travail que vous?
- Pensez-vous que les personnes puissent feindre le SSPT? Pourquoi?

Un petit exercice :

Je vais vous nommer des émotions dites-moi si vous l'avez déjà vécue au travail et si vous vous rappeler dans quelle circonstance :

- Sympathie
 - Joie
 - Reconnaissance
 - Amabilité
 - enthousiasme
 - Empathie
 - Colère
 - Déception
 - Espoir
 - Compassion
 - Agressivité
 - Neutralité
 - Confiance
 - Désillusion
 - Anxiété
 - Honte
 - Culpabilité
 - Humiliation
- Vous trouvez une lampe magique qui vous donne tous les pouvoirs, que faites-vous pour améliorer votre travail?
 - Est-ce que vous désirez ajouter quelque chose que vous jugez important et que nous n'aurions pas abordé?

Merci!

Conclusion de l'entrevue et remise du questionnaire.

APPENDICE C

Liste des codes pour l'analyse des entrevues

Codes utilisés pour l'analyse du bloc 2.

Codes	Fréquence d'utilisation	Nombre d'intervenants
Administration	25	9
Agressivité	1	1
aider	10	5
aimer	12	10
atmosphère	2	2
capacité personnelle	2	2
charge de travail	6	4
colère	11	9
collaboration	2	2
compassion	8	8
confiance	12	9
culpabilité	8	7
déception	16	9
désagréable	1	1
détester	15	9
empathie	8	6
enthousiasme	11	10
environnement	2	1
espoir	11	10
écoute	7	6
épuisement	7	4
équilibre	5	4
équipe	25	9
fatigue	7	6
fierté	1	1
forces canadiennes	3	3
humour	12	10
joie	10	9
ministère	2	2
passion	5	2
peur	8	5
reconnaissance	12	10
respect	6	4
ressources	2	2
rôle	2	1

Codes	Fréquence d'utilisation	Nombre d'intervenants
souffrance	4	4
soutien	24	8
SSPT	1	1
stress	24	8
sympathie	11	9
temps	9	6

Codes utilisés pour la question de lampe :

Codes	Fréquence d'utilisation	Nombre d'intervenants
administration	3	2
ajout personnel	4	3
argent	2	2
arrêter travail	1	1
atmosphère de travail	2	1
capacité personnelle	4	2
charge de travail	2	2
congé	1	1
connaissances	4	3
écoute	1	1
équilibre	2	2
équipe	3	3
formation	1	1
horaire	5	4
local	4	4
ne rien changer	2	2
nourriture	2	2
objectifs	1	1
outils	1	1
poste	1	1
ressources	2	2
soutien	3	2
stress	1	1

Codes révisés pour la question de la lampe

Codes révisés	Fréquence d'utilisation	Nombre d'intervenants
administration	3	2
ajout personnel	4	3
arrêter travail	1	1
atmosphère de travail	2	1
capacité personnelle	4	2
charge de travail	2	2
connaissances	5	4
équilibre	2	2
équipe	3	3
horaire	6	4
local	4	4
ne rien changer	2	2
nourriture	2	2
objectifs	1	1
outils	1	1
poste	1	1
ressources	4	4
soutien	4	2
stress	1	1

Codes utilisés dans les deux parties de l'entrevue.

Codes communs	Fréquence d'utilisation totale	Nombre d'intervenants	Présence 2 parties
administration	28	9	2
atmosphère de travail	4	3	0
capacité personnelle	6	4	0
charge de travail	8	5	1
équilibre	7	4	2
équipe	28	5	2
ressources	6	5	1
soutien	28	8	2
stress	25	7	1

BIBLIOGRAPHIE

Adams R., Boscarino J., Figley C.R. (2006) « Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study », *American Journal of Orthopsychiatry*, 2006 vol 76, no1, p.103-108.

American Psychiatric Association, (2000) DSM-IV-TR, Paris, Masson.

Aronoff J., Wilson J.P. (1985) *Personality in the Social Process*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum.

Bandura, A. (1997) *Sel-efficacy: The Exercise of Control*, New York, Freeman.

Baranowsky, A. B. (2002) Chapitre 8 « The Silencing Response in Clinical Practice : On the Road to Dialogue » in *Treating Compassion Fatigue* sous la direction de Charles R. Figley, New York, Brunner-Routledge. p.155-170

Beck, A.T. (1970) *Depression Causes and Treatment*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press.

Benight C.C, Bandura A. (2003) « Social Cognitive Theory of Posttraumatic Recovery : the Role of Perceived Self-Efficacy », *Behaviour Research and Therapy*, 42 (2004) p.1129-1148.

Block J.H., Kremen A.M. (1996) IQ and « Ego-Resilience: Conceptual and Empirical Connections and Separateness » *Journal of Personality and social Psychology*, vol. 70, p. 349-361.

Bonnano, G.A. (2004) « Loss, Trauma and Human Resilience » *American Psychologist*, vol 59, no 1, p. 20-28.

Bride B.E., Robinson M.M, Yegidis B., Figley C.R (2004) « Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale », *Research on Social Work Practice*, vol 14, no 1 (January), p.27-35.

Cerney M.S. (1995) «Chapter 7: Treating the “heroic treaters» In *Compassion Fatigue – Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, sous la direction de Charles R. Figley, London Brunner-Routledge. p. 131-148

Cohen S., Wills T.A., (1985) « Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis » *Psychological Bulletin*, vol. 98, no 2, p. 310-357.

Collins S., Long A., (2003) « Working with the Psychological Effects of Trauma: Consequences for Mental Health-Care Workers- a Literature Review » *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003, 10. p. 417-424.

Deighton R.M., Gurriss N., Traue Ha. (2007) « Factors Affecting Burnout and Compassion Fatigue in Psychotherapists Treating Torture Survivors: Is the Therapist's Attitude to Working Through Trauma Relevant? » *Journal Traumatic Stress*, vol 20, no 1 p. 63-75.

Dejours C. (2008 réédition) Travail, usure mentale, Paris, Bayard.

Dutton M.A. Rubinstein F. (1995) «Chapter 4 : Working with people with PTSD : research implication» In *Compassion Fatigue – Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, sous la direction de Charles R. Figley, London Brunner-Routledge, p. 82-100

Figley C.R. (1995) *Compassion Fatigue – Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York, Brunner-Routledge.

Figley, C. R. (2002) « Compassion Fatigue: Psychotherapists Chronic Lack of Self Care » *Psychotherapy in Practice* vol 58, no 11 p.1433-1441.

Figley, C.R. (2004) *Compassion Fatigue Educator Course Workbook*, Tallahassee, Florida State University et Green Cross Foundation.

Frost, P. J. (2003) *Toxic Emotions at Work*, Boston, Harvard Business School Press.

Frost P. J., Dutton J. E., Maitlis S., Lilius J. M., Kanov J. M., Worline M. C. (2007) « Seeing Organizations Differently: Three Lenses on Compassion » in *Handbook of Organization Studies* (2nd Ed.) London, Sage.

Gendron C., Lapointe A., Turcotte M.F. (2004) « Responsabilité sociale et régulation de l'entreprise mondialisée », *Relations industrielles*, vol 59, no 1, p. 73-98

Hecktor L. (2003) « Les mécanismes de défense – de la théorie à la pratique », *Santé mentale*, Février 2003, no 75, p. 20-25

Hudnall Stamm B.(1997) « Work-Related Secondary Traumatic Stress », *PTSD Research Quarterly*, (printemps 1997), vol 8, no2, p.1-8

Ionescu S., Jacquet M-M., Lhote C. (1997) *Les mécanismes de défense théorie et clinique*, Nathan, Paris.

Janoff-Bulman R. (1992) *Shattered Assumptions; Towards a New Psychology of Trauma*, New York, Free Press.

Kahn W. A. (2003). « The Revelation of Organizational Trauma ». *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 39, no.4, Décembre 2003, p. 364-380.

Kanov J., Maitlis S., Worline M.C., Dutton J.E., Frost P.J., Lilius J.M. (2004) « Compassion in Organizational Life », *American Behavioral Scientist*, vol.47, no 6, Février 2004, p. 808-827.

Kazdin, A E (2000) *Encyclopedia of Psychology*, Mars 2000, APA. Alan E Kazdin éditeur en chef, Washington, Oxford University Press

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Les Affaires (2007) « Le stress ce Mal-Aimé », *Les affaires*. 22 décembre 2007.

Luthans, F., Vogelgesang, G. R., Lester, P.B. (2006) « Developing the Psychological Capital of Resiliency » *Human Resource Development Review*, vol.5, no 1. Mars 2006 p. 25-44.

Maslach, C., Jackson S.E., Leiter M.P. (1996) *The Maslach Burnout Inventory* (3rd ed.) Palo Alto, Consulting Psychologists Press.

Maslach C., Schaufeli, Leiter M.P.(2001) « Job Burnout » *Annual Review of Psychology*, vol 52 p. 379-422.

Pearlman L.A., Saakvitne K, (1995) *Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorders*, chapter 8 » in *In Compassion Fatigue – Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, sous la direction de Charles R. Figley, London Brunner-Routledge. p. 150-177

Rinpoché S (1992) *Le livre tibétain de la vie et de la mort*, Paris, Le livre de Poche .

Ruter, M. (1990), « Competence Under Stress: Risk and Protective Factors » in Rolf J., Masten A.S., Cicchetti D., Nuechterlein K.H., Weintraub S. (editeurs) *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, new York, Cambridge University press. p. 236-256

Santé Canada (2006) *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*
No cat : HP5-19/2006F

Selye, H (1984) *The Stress of Life* revised edition, New York, McGraw-Hill

Ulrich D. (1998) « A New Mandate for Human Resources » version publiée in *Harvard Business Review*, Jan-Feb 2003, p.124-134

Watson, D., Clark, L.A. (1994) *The PANAS-X Manual for the Positive and Negative Affect Schedule- Expanded Form*, University of Iowa, version révisée août 1999

Watson, K.W, Barker L.L (1995) Listening Styles Profile, San Fransisco, Jossey-Bass / Pfeiffer.

Yehuda, R. (1998). « Resilience and Vulnerability Factors in the Course of Adaptation to Trauma. » NC-PTSD Clinical Quarterly, vol.8, no1, 3-6.