

# Burnout, stress traumatique secondaire et détresse psychologique chez les intervenant(e)s et les gestionnaires dans le milieu communautaire au Québec. Portrait de la situation pendant la pandémie de la COVID-19

## Burnout, Secondary Traumatic Stress and Psychological Distress of Intervention Workers and Managers in the Community Sector in Quebec. Portrait of the Situation During the COVID-19 Pandemic

Alexis H Truong, Isabelle Le Pain, Anthony Malone, Katharine Larose-Hébert, Véronique Gauthier et Dominique Deblois

Volume 49, numéro 1, printemps 2024

Mosaïque

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1112526ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1112526ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Truong, A. H., Le Pain, I., Malone, A., Larose-Hébert, K., Gauthier, V. & Deblois, D. (2024). Burnout, stress traumatique secondaire et détresse psychologique chez les intervenant(e)s et les gestionnaires dans le milieu communautaire au Québec. Portrait de la situation pendant la pandémie de la COVID-19. *Santé mentale au Québec*, 49(1), 49–68. <https://doi.org/10.7202/1112526ar>

Résumé de l'article

**Objectifs** Cet article s'intéresse aux difficultés émotionnelles (DÉ) vécues par les intervenant(e)s et les gestionnaires oeuvrant dans 3 regroupements d'organisations communautaires (santé mentale, itinérance et pour personnes handicapées) durant la pandémie de la COVID-19 au Québec. Plus spécifiquement, nous documentons les manifestations, parfois concomitantes, de burnout (BO), de stress traumatique secondaire (STS) et de détresse psychologique (DP) rapportées par les participant(e)s. Une comparaison est aussi effectuée entre les participant(e)s qui ont rapporté jouer un rôle de gestion ou non.

**Méthode** Les analyses reposent sur les réponses de près de 300 personnes à un questionnaire en ligne qui comportait 140 items, incluant des échelles sur les risques psychosociaux, la qualité de vie professionnelle et la DP.

**Résultats** Nos résultats montrent qu'une majorité de participant(e)s souffrent de DÉ, vivant parfois un niveau de BO, de STS moyen ou de DP élevé, ou une combinaison de 2 ou 3 difficultés de façon concomitante. Les chances d'obtenir un résultat plus élevé pour le BO et la DP étaient plus élevées chez les personnes qui avaient un rôle de gestion que celles qui n'en avaient pas.

**Conclusion** Contrairement à la tendance qui se concentre sur l'amélioration des capacités d'adaptation individuelle au stress, les DÉ vécues par les intervenant(e)s constituent des enjeux collectifs qui requièrent à cet effet des solutions collectives. Deux limites sont la question de la représentativité de l'échantillon, ainsi que la façon dont celui-ci pourrait aussi refléter ou non la réalité des intervenant(e)s travaillant dans le réseau public au Québec ou dans ce champ ailleurs au Canada.

# **Burnout, stress traumatique secondaire et détresse psychologique chez les intervenant(e)s et les gestionnaires dans le milieu communautaire au Québec. Portrait de la situation pendant la pandémie de la COVID-19**

Alexis H Truong<sup>a</sup>

Isabelle Le Pain<sup>b</sup>

Anthony Malone<sup>a</sup>

Katharine Larose-Hébert<sup>c</sup>

Véronique Gauthier<sup>d</sup>

Dominique Deblois<sup>e</sup>

**RÉSUMÉ Objectifs** Cet article s'intéresse aux difficultés émotionnelles (DÉ) vécues par les intervenant(e)s et les gestionnaires œuvrant dans 3 regroupements d'organisations communautaires (santé mentale, itinérance et pour personnes handicapées) durant la pandémie de la COVID-19 au Québec. Plus spécifiquement, nous documentons les manifestations, parfois concomitantes, de burnout (BO), de stress traumatique secondaire (STS) et de détresse psychologique (DP) rapportées par les participant(e)s. Une comparaison est aussi effectuée entre les participant(e)s qui ont rapporté jouer un rôle de gestion ou non.

---

a. Université d'Ottawa.

b. Université de Sherbrooke.

c. Université TÉLUQ, Québec.

d. Université du Québec à Rimouski.

e. Université Laval, Québec.

**Méthode** Les analyses reposent sur les réponses de près de 300 personnes à un questionnaire en ligne qui comportait 140 items, incluant des échelles sur les risques psychosociaux, la qualité de vie professionnelle et la DP.

**Résultats** Nos résultats montrent qu'une majorité de participant(e)s souffrent de DÉ, vivant parfois un niveau de BO, de STS moyen ou de DP élevé, ou une combinaison de 2 ou 3 difficultés de façon concomitante. Les chances d'obtenir un résultat plus élevé pour le BO et la DP étaient plus élevées chez les personnes qui avaient un rôle de gestion que celles qui n'en avaient pas.

**Conclusion** Contrairement à la tendance qui se concentre sur l'amélioration des capacités d'adaptation individuelle au stress, les DÉ vécues par les intervenant(e)s constituent des enjeux collectifs qui requièrent à cet effet des solutions collectives. Deux limites sont la question de la représentativité de l'échantillon, ainsi que la façon dont celui-ci pourrait aussi refléter ou non la réalité des intervenant(e)s travaillant dans le réseau public au Québec ou dans ce champ ailleurs au Canada.

**MOTS CLÉS** organisations communautaires, burnout, stress traumatique secondaire, détresse psychologique, stress

## **Burnout, Secondary Traumatic Stress and Psychological Distress of Intervention Workers and Managers in the Community Sector in Quebec. Portrait of the Situation During the COVID-19 Pandemic**

**ABSTRACT Objectives** This article looks at emotional difficulties experienced by intervention workers and managers from three associations of community organizations (mental health, homelessness and for people with disabilities) in Quebec during the COVID-19 pandemic. More specifically, we document manifestations, sometimes concurrent, of burnout, secondary traumatic stress and psychological distress reported by participants, comparing participants who reported having a management role with those who did not.

**Method** Analyses were conducted based on responses of almost 300 participants to an online questionnaire comprised of 140 items, including scales pertaining to psychosocial risks, professional life quality and psychological distress.

**Results** Our results show that many participants experience emotional difficulties, often experiencing mid levels of burnout, secondary traumatic stress and mid or high levels of psychological distress, or sometimes a combination of two or three difficulties concomitantly. The odds were higher for participants with management roles to obtain a higher score for burnout and psychological distress than for those who did not have a management role.

**Conclusion** Contrary to an observed tendency of focusing on the bettering of individual adaptation skills to stressful situations, emotional difficulties experienced by intervention workers are a collective issue that therefore requires collective solutions. Two limits of this study are the question of the sample's

representativity, as well as the way our results could reflect or not the situation of intervention workers in the public sector in Quebec or elsewhere in Canada.

**KEYWORDS** community organizations, burnout, secondary traumatic stress, psychological distress, stress

## Introduction

Depuis le début de la pandémie, plusieurs sont celles et ceux qui ont été sensibilisés aux questions liées à la santé mentale. La santé mentale des jeunes, en particulier, a fait couler beaucoup d'encre. Un autre sujet important a été la santé mentale de celles et ceux qui sont chargés de prendre soin de la population québécoise, dont les intervenant(e)s de première ligne (Maltais et coll., 2022). L'Observatoire de l'action communautaire autonome (2022) a d'ailleurs produit un rapport sur les impacts de la crise de la COVID-19, détaillant, entre autres, l'effet des conditions de travail sur la santé mentale des travailleur(-euse)s communautaires. Même avant la pandémie, la question des difficultés vécues par les intervenant(e)s avait été identifiée comme un enjeu majeur par les organismes dans le milieu communautaire au Québec. À titre d'exemple, Laliberté et Tremblay s'intéressaient déjà en 2007 aux risques psychosociaux pouvant générer des problèmes de santé mentale chez les employé(e)s au sein des organismes communautaires de la région de Québec. Elles ont conclu que les situations dites psychopathogènes vécues par les employé(e)s interrogé(e)s relevaient, entre autres, d'un manque d'autonomie décisionnelle et de demandes psychologiques élevées. Similairement, Ethier (2012) a également mis de l'avant que les intervenant(e)s pouvaient vivre de la souffrance au travail en raison de leur désillusion, d'un manque d'autonomie professionnelle, d'une marginalisation professionnelle ressentie ou d'un manque de soutien de la part de leur équipe de travail. Plus récemment, une recherche menée par Meunier et Giroux (2020) auprès de 851 intervenant(e)s communautaires de Montréal a aussi montré que l'épuisement professionnel est en constante augmentation et que le niveau de détresse émotionnelle vécu par leurs répondant(e)s s'avérait élevé.

Les résultats que nous présenterons ici émergent d'une recherche-action participative initiée par 3 organismes partenaires: le Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec (RAIIQ),

l'Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR) et le Regroupement des organismes de personnes handicapées de la région 03 (ROP 03). Financée par une subvention d'engagement partenarial du Conseil de recherches en sciences humaines, cette recherche vise à promouvoir des transformations concrètes dans le milieu de l'intervention. Ce partenariat a notamment mené à la création du projet Difficultés Émotionnelles et Pouvoir d'AgiR au Travail (DÉPART) au sein du volet action, qui vise à épauler les intervenant(e)s œuvrant dans le milieu communautaire. Au niveau théorique, cette recherche nous a aussi permis de mieux définir la place et l'importance du travail émotionnel en contexte d'intervention, notamment au regard des prescriptions émotionnelles (Larose-Hébert et coll., 2024), des dissonances émotionnelles (Le Pain et coll., en évaluation) et des risques psychosociaux (Le Pain et Larose-Hébert, 2024) au travail dans le milieu de l'intervention communautaire.

Dans le présent article, nous venons compléter les analyses qualitatives produites à ce jour pour documenter de manière concrète la prévalence de difficultés émotionnelles (DÉ) chez les intervenant(e)s et les gestionnaires dans le milieu communautaire pendant la pandémie. Cet article répond directement à un besoin formulé par les organismes partenaires et les intervenant(e)s du milieu, c'est-à-dire leur souhait de « prendre le pouls » des difficultés vécues par leurs pairs, sur le terrain. Documenter ces réalités leur est crucial, puisque cela leur apparaît influencer de manière directe la qualité et les possibilités de déploiement de leurs services. Nous entendons par DÉ l'ensemble des symptômes (anxiété, crainte, envahissement, nervosité, insomnie, stress, etc.), ayant fait ou non l'objet d'un diagnostic. Plus spécifiquement, nous avons choisi de nous concentrer sur le burnout, le stress traumatique secondaire et la détresse psychologique. Nos objectifs sont ainsi de (1) mieux documenter ces difficultés vécues par les intervenant(e)s du milieu communautaire à l'aide d'outils reconnus et de (2) comparer les résultats obtenus pour les personnes jouant un rôle de gestion ou non pour mieux évaluer les différences entre les personnes occupant ces 2 rôles. Compte tenu du contexte de pandémie, nous nous attendions à observer des niveaux élevés de burnout (BO), de stress traumatique secondaire (STS) et de détresse psychologique (DP). Notre hypothèse de départ était que les participant(e)s ayant un rôle de gestion obtiendraient des niveaux plus élevés de DÉ, puisqu'elles et ils semblaient confrontés plus directement aux conséquences de la pandémie sur l'organisation du travail dans les équipes.

## **Risques psychosociaux au travail**

Nous savons que les intervenant(e)s sociaux(-ale)s sont confronté(e)s à plusieurs risques psychosociaux et que ceci a fait émerger la question des DÉ comme un enjeu important avant le début de la pandémie (Le Pain et coll., 2021 ; Singer et coll., 2020) et depuis (Le Pain et Larose-Hébert, 2024 ; Fu et coll., 2022 ; Holmes et coll., 2021). Les risques psychosociaux au travail sont définis comme étant des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (Gollac, 2012). Selon le RAIQ, l'AGIR et le ROP 03, la pandémie liée à la COVID-19 est venue exacerber plusieurs des difficultés que vivaient déjà leurs intervenant(e)s dans le milieu communautaire. Nous savons que la majorité des organismes membres de ces 3 regroupements ont dû maintenir leurs services accessibles durant la crise sociosanitaire, puisque les populations desservies étaient particulièrement vulnérables aux mesures de confinement et au virus lui-même – que ce soit en raison de leur situation d'instabilité résidentielle, de pauvreté, de santé mentale, d'incapacité ou d'isolement. Lors d'une consultation effectuée dans le cadre de l'Assemblée générale des organismes membres du RAIQ à l'été 2020, les intervenant(e)s ont d'ailleurs exprimé vivre beaucoup d'épuisement. La possibilité de vagues successives multipliait également leurs inquiétudes face à la situation. Les intervenant(e)s membres de l'AGIR et du ROP 03 ont aussi rapporté vivre des expériences similaires. Or, à ce jour, nous n'avons pas encore une mesure claire des difficultés vécues sur le terrain ou de leur prévalence au moment de la pandémie, dans un contexte où les conditions de travail semblaient s'être détériorées.

Comme le soulignent Richard et Laflamme (2016), « pires sont les conditions de travail, plus probable et plus grande est la souffrance psychique (et morale). » Il s'avère donc important de mieux comprendre les risques et les causes structurelles et organisationnelles de cette souffrance ainsi que la façon dont ces facteurs contribuent aux DÉ vécues par les intervenant(e)s. Au niveau des travailleur(-euse)s de la santé, certaines études établissent un lien entre les difficultés vécues et l'accroissement des attentes quant aux rôles que ces personnes jouent, à l'augmentation de leur charge de travail ou à la complexification des tâches liées à leur emploi (Diehl et coll., 2011 ; Kulkarni et coll., 2013 ; Clarke-Walper et coll., 2020 ; Feng et coll., 2017). D'autres études soulignent aussi les conditions difficiles dans lesquelles ces

personnes travaillent, c'est-à-dire des environnements parfois marqués par une grande pression, où les employé(e)s doivent gérer des demandes contradictoires, où un haut niveau de fonctionnement continu peut être attendu, où des décisions rapides doivent être prises quant à la vie des personnes qu'elles et ils accompagnent et où les heures de travail sont longues (Illic et coll., 2017 ; Cicognani et coll., 2009 ; Thielman et Cacciatore, 2014 ; Kulkarni et coll., 2013 ; Zou et coll., 2016 ; Bentley et coll., 2021).

À cela s'ajoute la question des risques et des stratégies mises en place pour les mitiger. Effectivement, nous savons que le travail de certain(e)s professionnel(le)s comprend parfois des risques, les amenant à être dans des interactions conflictuelles avec des usager(-ère)s de service, avec leurs collègues ou avec leurs gestionnaires, ou encore à être témoin de situations difficiles, comme des situations de violence physique, psychologique ou émotionnelle (Toqueer et coll., 2021 ; Baka, 2021 ; Sadeghipor et coll., 2021 ; Itzhaki et coll. 2018 ; Clarke-Walper et coll., 2020). Or, plusieurs auteur(e)s notent un manque de stratégies, de ressources ou de support social et professionnel pour appuyer efficacement les travailleuses et les travailleurs qui font face à ces enjeux (Bentley et coll., 2021 ; Thieleman et Cacciatore, 2014 ; Wagaman et coll., 2015 ; Ashgar et coll., 2018). Mieux comprendre l'état de situation en regard des DÉ est donc important à la fois pour jauger les conséquences des défis, risques et enjeux liés au travail, mais aussi pour développer des approches et stratégies bien ajustées au besoin des personnes premières concernées. D'autant plus que régulièrement, ce sont essentiellement les stratégies d'interventions d'adaptation individuelle au stress qui sont proposées, puisqu'elles s'inscrivent dans l'approche du *stress-coping* (Le Pain et coll., 2021).

Au cours des dernières décennies, différents outils ont été développés pour tenter de mesurer l'effet des risques psychosociaux et l'incidence des enjeux en santé mentale liée directement au travail. À cet égard, le BO se retrouve parmi les concepts les plus connus du grand public. Bien que l'expression BO est couramment utilisée comme un synonyme de surmenage ou épuisement professionnel, cette première appellation est ici utilisée pour souligner la composante émotionnelle et pour distinguer ce concept d'autres formes d'épuisement, dont l'épuisement physique (Chapelle, 2016). Notons aussi qu'il existe plusieurs définitions du phénomène de burnout et que les modèles utilisés varient en fonction des facteurs et dimensions considérées pour différentes populations (Chapelle, 2016). Un modèle couramment

utilisé est celui développé par Maslach et Leiter (1997 ; Collins et Long, 2003 ; Chapelle, 2016), qui intègre 3 dimensions, c'est-à-dire : 1) l'épuisement émotionnel ; 2) la déshumanisation de la relation à l'autre et la composante du cynisme ; et 3) la perte du sentiment d'accomplissement personnel, qui réfère aux sentiments d'incompétence, du manque de réussite et de la productivité au travail (Chapelle, 2016 ; Collins et Long, 2003).

Dans un deuxième temps, le modèle du processus d'induction et de réduction des traumatismes chez les intervenant(e)s développé par Figley (1995) émerge aussi des recherches sur le BO. S'inspirant des cadres théoriques sur le stress et l'adaptation de Maslach (1976) et de Maslach et Jackson (1981), Figley a développé un modèle de la fatigue de compassion où le STS et la fatigue de compassion se mesurent principalement par le niveau et la quantité des réactions au stress (Figley, 2005 ; Figley et Ludick, 2017). Plus spécifiquement, Ludick et Figley (2017) définissent les STS comme étant les conséquences qui découlent du travail auprès des personnes directement ou indirectement traumatisées, telles que mesurées par la prévalence de diverses réactions au stress partageant les mêmes caractéristiques que le trouble de stress posttraumatique (Figley, 2003). De son côté, la fatigue de compassion est définie comme la lassitude mentale qui résulte des efforts répétés et associés au fait d'assister à la douleur émotionnelle et physique de l'autre (Figley et Ludick, 2017). C'est ainsi que les difficultés vécues sont ici comprises comme émergeant chez l'intervenant(e) en raison de l'aide ou du désir d'aider une personne qui souffre ou qui vit un traumatisme.

Une troisième mesure servant souvent à évaluer l'état de santé mentale des individus, que nous utiliserons, est celle de la DP. Cette mesure peut être comprise comme le résultat « d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus », souvent associé à l'anxiété et la dépression dans la durée (Camirand et Nanhou, 2008). Sa particularité est en quelque sorte sa « non-spécificité », n'étant pas liée à une « psychopathologie » ou un trouble psychiatrique particulier (Dohrenwen et coll., 1980). Elle mesure ainsi différents phénomènes, comme la nervosité, la perte d'espoir, l'agitation, la perte de plaisir, le sentiment d'effort constant et le fait de se sentir sans valeur (Kessler et coll., 2010). La DP semble aussi être associée à plusieurs troubles de l'humeur et à l'anxiété, permettant d'obtenir des informations quant à l'état mental de différentes populations (Camirand et Nanhou, 2008).



## Méthode

### Mesures

Les analyses du volet quantitatif de ce projet à méthode mixte portent sur des données que nous avons recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne comportant 140 items. Ce questionnaire a été partagé à l'aide de la plateforme *SurveyMonkey* et a été divisé en 4 sections. En plus de questions sociodémographiques, les 3 outils suivants ont été utilisés :

- *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)*. La version que nous avons utilisée a été validée en français en grande partie, au Canada, par Burr et coll. (2019) et comporte 82 items principalement tirés des versions II et III de l'original. Les dimensions que nous avons considérées pour la présente analyse sont le stress, le stress cognitif, le stress somatique, les troubles de sommeil, les conflits liés à l'équilibre travail-famille, les demandes émotionnelles et l'état de santé générale perçu. Les items utilisés ont été mesurés à l'aide de 3 échelles de Likert à 5 niveaux allant de « Presque jamais/Jamais » (0) à « Toujours » (100), de « Dans une très faible mesure » (0) à « Dans une très grande mesure » (100) et de « Pauvre » (0) à « Excellente » (100).
- Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL). La version que nous avons utilisée provient de la traduction en français de la cinquième version, produite par Stamm (2009; 2010). Elle nous permet de mesurer à la fois les expériences de BO et de STS. Ce questionnaire comporte 30 questions qui évaluent ces 2 construits et la satisfaction de compassion à raison de 10 items chaque, mesurées à l'aide d'une échelle de Likert allant de « Jamais » (1) à « Très souvent » (5).
- Échelle de détresse psychologique de Kessler (K6). Cet outil mesure spécifiquement la détresse psychologique à l'aide de 6 items, caractérisés par une échelle de Likert à 5 niveaux allant de « Jamais » (0) à « Tout le temps » (4).

### Participant(e)s

Le questionnaire a été partagé au cours de l'été et de l'automne 2021 par les 3 regroupements partenaires et collaborateurs au projet – c'est-à-dire le RAIIQ, l'AGIR et le ROP 03. Ces regroupements représentent près d'une centaine d'organisations communautaires dans la région de la Capitale-Nationale. Au total, 370 participant(e)s (*N*) ont répondu au questionnaire, mais seulement entre 273 et 294 personnes ont répondu de manière complète aux items utilisés dans cet article.

## Procédures

Les activités de recodage et les analyses ont été produites à l'aide du logiciel SPSS 28. Nous avons utilisé les procédures identifiées dans les directives associées au COPSOQ, au ProQOL et au K6 pour calculer le résultat de chaque participant(e) sur différents construits et différentes dimensions à l'aide des items pertinents. Certains items ont été inversés avant d'être additionnés. Pour le BO et le STS du ProQOL et la DP du K6, nous avons recodé les résultats en trois catégories allant de « Faible » à « Élevée » selon les normes usuelles. Pour le BO et le STS du ProQOL, les valeurs associées à un score « Faible » allaient de 0 à 22, ensuite de 23 à 41 pour un score « Moyen » et de 42 et plus pour un score « Élevé ». Pour le K6, les valeurs allant de 0 à 7 étaient associées à un score « Faible », celles allant de 8 à 12 étaient associées à un score « Modéré » et celles allant de 13 à 24 étaient associées à un score « Élevé ». Un item de la section sociodémographique concernant le type de travail effectué a été utilisé pour comparer les réponses des participant(e)s qui occupaient aussi un rôle de gestion.

Au niveau des analyses, nous avons effectué des tests *t* de Student pour comparer les résultats pour le COPSOQ. Nous avons ensuite fait des tests de type khi carré pour vérifier si les différences observées entre les gestionnaires et les intervenant(e)s étaient statistiquement significatives pour les résultats sur le BO, le STS et la DP. Nous avons également fait un test V de Cramer et des rapports de chances pour mesurer les tailles d'effets. Finalement, nous présentons aussi les analyses de fréquences et des corrélations entre les différentes mesures pour documenter la prévalence de ces DÉ et clarifier la façon dont les construits se recourent.

## Résultats

Une majorité de participant(e)s se sont identifiées comme des femmes ( $n = 227, 76,7\%$ ), comme ne faisant pas partie d'un groupe minorité visible ( $n = 286, 94,7\%$ ) ou comme n'ayant pas de limitations fonctionnelles ( $n = 282, 94,0\%$ ). La majorité des participant(e)s ( $n = 204, 66,9\%$ ) ont aussi répondu ne pas avoir des enfants à la maison et ne pas être des proches aidant(e)s ( $n = 269, 88,2\%$ ). Une majorité de participant(e)s ont répondu ne pas avoir un rôle de gestion ( $n = 229, 75,1\%$ ). La moyenne d'âge était de 36,4 ans ( $s = 11,8$ ) et la moyenne d'années passées à travailler en intervention communautaire était de 10 années ( $s = 8,6$ ).

Dans le Tableau I, il est possible d'observer les résultats sur différentes mesures associées au domaine « Santé et bien-être » du COPSOQ. Peu de différences statistiquement significatives apparaissent entre les réponses des gestionnaires et des intervenant(e)s sur les différentes dimensions, sinon pour la variable de conflits liés à l'équilibre entre le travail et la famille ( $p = <0,001$ ), où la moyenne obtenue par les gestionnaires (39,5) était plus élevée que celles des intervenant(e)s (22,9). Ceci nous indique que le travail semblait avoir davantage de conséquences adverses sur la vie privée des participant(e)s qui avaient un rôle de gestion.

TABLEAU I

### Comparaison des moyennes obtenues sur différentes dimensions du COPSOQ

	Total			Gestionnaires			Intervenant(e)s		
	<i>n</i>	Moyenne	<i>s</i>	<i>n</i>	Moyenne	<i>s</i>	<i>n</i>	Moyenne	<i>s</i>
Santé perçue	285	54,4	20,2	71	55,3	20,2	214	54,1	20,2
Stress	282	46,0	17,4	71	47,8	16,0	211	45,4	17,9
Stress cognitif	281	38,4	19,6	71	38,1	18,21	210	38,5	20,0
Stress somatique	284	29,7	17,2	71	30,2	16,8	213	29,5	17,4
Demandes émotionnelles	294	62,6	17,6	74	63,9	15,8	220	62,2	18,2
Troubles du sommeil	284	37,9	21,4	71	39,1	21,2	213	37,5	21,5
Conflit travail-famille***	284	27,0	20,3	70	39,5	19,5	214	22,9	18,8

Dans le Tableau II, près de la moitié des répondant(e)s avait un niveau de BO moyen (44,7 %), contre environ une personne sur trois pour un niveau moyen de STS (35,9 %). Dans les deux cas, personne n'a obtenu un niveau élevé pour le BO et le STS. En ce qui a trait à la DP, plus de la moitié des répondant(e)s ont obtenu un résultat dit modéré (36,7 %) ou élevé (19,4 %).

La seule association statistiquement significative que nous avons pu identifier à l'aide de khi carrés entre les gestionnaires et les intervenant(e)s était une association faible entre le type de rôle et le BO ( $p = 0,046$ ; *V* de Cramer = 0,12). Cela nous indique que les gestionnaires étaient ici proportionnellement plus nombreux(-euse)s à avoir

TABLEAU II

## Présence de BO, de STS et de DP chez les gestionnaires et les intervenant(e)s

	Total		Gestionnaires		Intervenant(e)s	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Burnout</b>						
Faible	152	55,3	31	44,9	121	58,7
Moyen	123	44,7	38	55,1	85	41,3
Élevé	-	-	-	-	-	-
<b>Stress traumatique secondaire</b>						
Faible	175	64,1	45	68,2	130	62,8
Moyen	98	35,9	21	31,8	77	37,2
Élevé	-	-	-	-	-	-
<b>Détresse psychologique</b>						
Faible	122	43,9	29	41,4	93	44,7
Modérée	102	36,7	24	34,3	78	37,5
Élevée	54	19,4	17	24,3	37	17,8

un niveau de BO plus élevé que les intervenant(e)s. Le fait d'être gestionnaire augmentait ainsi de 74,5% les chances qu'une personne vive un BO moyen. Bien que les analyses de khi carré pour le STS et la DP n'étaient pas significatives, les rapports de chance nous amènent à voir qu'être intervenant(e) augmentait de 26,9% les chances d'avoir un niveau de STS moyen et que le fait d'être gestionnaire augmentait aussi de 48,2% les chances d'obtenir un niveau de DP élevé, comparativement aux intervenant(e)s.

Notons que les phénomènes de BO, de STS et de DP ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils se recoupent à différents niveaux. Pour notre échantillon, nous avons observé une relation modérée entre le BO et le STS ( $r = 0,54$ ) et entre le STS et la DP ( $r = 0,51$ ), ainsi qu'une relation forte entre le BO et la détresse psychologique ( $r = 0,66$ ). En d'autres mots, il existe des associations entre ces trois variables et elles tendent à bouger « dans la même direction », puisque les coefficients sont positifs. Pour visualiser ces recouvrements d'une autre façon, nous proposons de vous présenter les fréquences et pourcentages de participant(e)s qui avaient reçu un résultat faible, moyen/modéré ou élevé sur une ou plusieurs des mesures.

TABLEAU III

**Concomitance du BO, du STS et de la DP**

Résultats obtenus	<i>n</i>	%	% cumulatif
BO moyen, STS moyen et DP élevée	28	10,5	10,5
BO moyen, STS moyen et DP moyenne	27	10,2	20,7
BO moyen, STS moyen et DP faible	6	2,3	22,9
BO moyen, STS faible et DP élevée	13	4,9	27,8
BO moyen, STS faible et DP moyenne	31	11,7	39,5
BO faible, STS moyen et DP élevée	3	1,1	40,6
BO faible, STS moyen et DP moyenne	15	5,6	46,2
BO moyen, STS faible et DP faible	13	4,9	51,1
BO faible, STS moyen et DP faible	16	6,0	57,1
BO faible, STS faible et DP élevée	6	2,3	59,4
BO faible, STS faible et DP moyenne	25	9,4	68,8
BO faible, STS faible et DP faible	83	31,2	100,0
<b>Total</b>	266	100,0	100,0

Le Tableau III nous permet de répondre, en partie, à une question qui nous avait été partagée par les partenaires de la recherche : quel pourcentage des participant(e)s vivaient du BO, du STS et/ou de la DP ? En ce sens, nous pouvons dire qu'environ deux personnes sur trois (68,8 %) ont obtenu au moins un résultat moyen/modéré ou élevé sur le BO, le STS ou la DP. En revanche, c'est près d'une personne sur trois (31,2 %) qui a obtenu un niveau faible sur ces trois mesures. Ce tableau permet aussi de voir que 20,7 % des répondant(e)s avaient obtenu un niveau moyen/modéré ou élevé pour les trois mesures, c'est-à-dire le BO, le STS et la DP. Finalement, c'est 25,6 % des répondant(e)s avaient obtenu moyen/modéré ou élevé sur deux des construits et 22,6 % des répondant(e)s avaient obtenu un tel score sur un seul des construits.

### Discussion et implications cliniques

Les résultats doivent être interprétés avec prudence, puisqu'ils ne sont qu'un portrait restreint et relativement isolé de la situation dans différents organismes communautaires de la Capitale-Nationale, en période pandémique. Cela dit, nous sommes d'avis que dresser un tel portrait est nécessaire pour permettre aux intervenant(e)s de ce

milieu de mieux comprendre leur réalité collective et de répondre à ces enjeux. En ce sens, ces résultats ouvrent certaines pistes de réflexion et génèrent d'autant plus de questions. Puisque peu de recherches ont, à ce jour, chiffré les DÉ vécues par différentes populations professionnelles au Québec – et en particulier pendant la pandémie –, il est difficile d'évaluer et de comparer les résultats obtenus dans le cadre de notre étude à des études similaires.

D'un côté, nous pourrions dire que les pourcentages que nous avons obtenus sont plus faibles que ceux rapportés par Jauvin et coll. (2019) dans leur rapport sur le travail émotionnellement exigeant dans les centres jeunesse au Québec. Effectivement, 62,4 % des participant(e)s à leur étude ont obtenu en 2017 un niveau moyen pour la mesure de BO (comparativement à notre résultat de 44,7 %), tandis que 77,9 % de leur participant(e)s ont obtenu un niveau moyen pour le STS (comparativement à notre résultat de 35,9 %) (Jauvin et coll., 2019 : 42-43). Les pourcentages qu'ils ont obtenus dans un contexte pré-pandémique étaient donc plus élevés que ceux que nous avons obtenus, dans un champ de l'intervention psychosociale bien connu pour ses nombreux défis. Dans un deuxième temps, les pourcentages que nous avons obtenus sont plus élevés que ceux obtenus par Maltais et coll. (2015) pour des intervenant(e)s membres d'équipes d'urgence, leur équipe ayant rapporté un niveau moyen de BO pour 38,6 % de leur répondant(e)s et un niveau moyen de STS pour 21 % de celles et ceux-ci (Maltais et coll., 2015 : 14). On voit ici que les pourcentages obtenus par Maltais et son équipe avant le début de la pandémie étaient inférieurs aux nôtres, signalant que nos participant(e)s étaient proportionnellement plus nombreux(ses) à vivre un niveau moyen de BO ou de STS, sans nécessairement obtenir des scores dits élevés.

En ce qui a trait aux études menées pendant la pandémie, les études hors du Canada publiées jusqu'à maintenant en lien au travail social montrent des pourcentages légèrement plus élevés sur les mesures de BO et de STS. Utilisant aussi le ProQOL pour évaluer l'expérience de travailleuses sociales en janvier 2021, Fu et coll. (2022) ont obtenu des niveaux moyens de BO, mais notent des niveaux élevés de STS chez leurs participant(e)s. Les pourcentages obtenus auprès de nos participant(e)s se trouvent aussi en deçà de ceux obtenus par Holmes et coll. (2021 : 500), qui ont obtenu des scores « moyens » de 63,7 % (comparativement à 44,7 %) pour le BO et de 49,6 % (comparativement à 35,9 %) pour le STS chez 124 intervenant(e)s en travail social sondé(e)s en avril et mai 2020, aux États-Unis. Or, comme pour les comparaisons

faites avec les études de Jauvin et coll. (2019) et de Maltais et coll. (2015), les comparaisons avec ces études sont difficiles à interpréter. Même si ces recherches portent sur le contexte de la pandémie, il s'agit de contextes professionnels et culturels différents et les collectes de données se sont aussi déroulées durant des vagues antérieures de la pandémie.

Quelle est la contribution de nos résultats et que dire, au final, des DÉ vécues par les intervenant(e)s et gestionnaires sondé(e)s? Comme on l'a noté, l'expérience des phénomènes de BO, de STS et de DP est relativement répandue dans notre échantillon, puisque deux personnes sur trois (68,9 %) ont obtenu un niveau moyen ou élevé sur une ou plusieurs de ces mesures. Ceci ne vient que confirmer ce que les représentant(e)s des organismes partenaires décriaient déjà : la situation est difficile pour plusieurs intervenant(e)s sur le terrain. En revanche, force est de constater que les participant(e)s n'ont pas obtenu de résultats élevés sur les mesures de BO et de STS – ce qui était contraire à nos attentes. Nous nous questionnons à savoir si l'explication de l'émergence des DÉ en raison d'une incapacité individuelle d'adaptation au stress demeure la meilleure explication. Effectivement, le volet qualitatif de notre recherche a permis d'identifier de nombreux facteurs organisationnels qui se transforment en facteurs de risques psychosociaux au travail, dont la surcharge de travail, les fortes exigences émotionnelles, les rapports sociaux au travail détériorés, ainsi que des conflits de valeurs (Le Pain et Larose-Hébert, 2024; Larose-Hébert et coll., 2024). Inversement, nous jugeons qu'il serait également intéressant d'explorer davantage les facteurs de protection qui ont contribué à diminuer les DÉ vécues par les intervenant(e)s au regard des mesures ici utilisées et à vérifier si certains de ces facteurs s'avèrent particuliers à l'organisation du travail dans ces organismes communautaires – dont l'approche horizontale ou participative qui caractérise les modes de gestion de plusieurs de ces organismes. Finalement, il serait également intéressant de comparer les résultats obtenus à ceux d'intervenant(e)s dans le secteur public au Québec durant la pandémie, dont la réalité a potentiellement été sensiblement différente.

Le fait qu'une portion non négligeable de notre échantillon vivait des enjeux multiples nous amène aussi à souligner l'importance de ne pas réduire les DÉ vécues à un seul construit ou à une seule échelle, puisque ces phénomènes se recourent. Faire ainsi offre un portrait réducteur de la situation, et risque de mener à des solutions incomplètes. Effectivement, une personne sur deux (46,3 %) a obtenu un

niveau moyen ou élevé sur deux des trois mesures, c'est-à-dire le BO, le STS et la DP. Un second constat est donc que les solutions qui devront être développées devront prendre en compte l'ensemble des DÉ vécues par les intervenant(e)s et s'organiser de manière collective. Il nous semble propice d'investir davantage la recherche sur les risques psychosociaux qui prolifèrent ou exacerbent l'expérience de DÉ – des pistes de solutions qui pourraient aussi soulager le poids placé sur les individus de « maîtriser » leur souffrance en donnant aux employeurs leur juste part de responsabilité dans la protection de la santé de leurs employé(e)s. En d'autres mots, de développer une vue d'ensemble des nombreux phénomènes rapportés par les intervenant(e)s dans le but d'adresser leurs causes communes et spécifiques de manière simultanée. La souffrance est un problème collectif qui requiert des réponses collectives, et continuer de reléguer la responsabilité aux individus ne saurait constituer une approche efficace à court, moyen ou long terme.

Le dernier constat que nous désirons poser concerne spécifiquement la question des demandes émotionnelles élevées identifiées par nos participant(e)s à travers l'échelle du COPSQ. Force est de constater que la santé mentale des employé(e)s est souvent liée, au moins en partie, au bien-être des personnes qu'elles et ils ont le mandat d'accompagner – en particulier lorsque les intervenant(e)s ont le bien-être de ces personnes à cœur et qu'elles et ils sont appelés à gérer à la fois leurs propres émotions et celles de leur interlocuteur(-trice), selon les meilleures pratiques (Larose-Hébert et coll., 2024). Nous savons d'ailleurs que l'engagement émotionnel au cœur du travail effectué par les intervenant(e)s est souvent pris pour acquis, parfois compris comme une « vocation » qui devient aussi attendue ou encouragée d'elles et d'eux (Le Pain et Larose-Hébert, 2024; Lamoureux, 2007). Or, il serait important de se pencher davantage sur cette question des demandes émotionnelles vécues par les intervenant(e)s, pour étudier la façon dont l'engagement émotionnel peut-être lié à, par exemple, la dépersonnalisation ou l'épuisement émotionnel contenu dans les études à partir du modèle de Maslach et Leiter (1997) et du STS dans le modèle de Figley (1995).

### **Forces et limites**

Dans le cadre de cette recherche-action participative menée en partenariat avec le RAIQ, l'AGIR et le ROP 03, nous avons voulu documenter les DÉ vécues par les intervenant(e)s et les gestionnaires pour offrir un portrait de la situation dans le milieu communautaire pendant



la pandémie. Selon nos partenaires qui œuvrent dans le milieu communautaire, les intervenant(e)s se trouvent dans une situation difficile, qui a été exacerbée par la pandémie. Nos résultats confirment qu'une majorité d'intervenant(e)s vivent des DÉ, vivant parfois un niveau de BO, de STS ou de DP plus élevé ou une combinaison de 2 ou 3 difficultés de façon concomitante. Nous argumentons qu'il s'agit ici d'enjeux collectifs et non pas individuels, lesquels requièrent aussi une réponse collective. Une limite de notre analyse concerne la représentativité de l'échantillon, laquelle est difficile à vérifier – ayant peu de données accessibles quant à la composition sociodémographique de la population travaillant en intervention dans le milieu communautaire au Québec. De plus, nous ne savons pas à quel point ces résultats reflètent la réalité d'intervenant(e)s travaillant dans d'autres milieux, comme celui des centres intégrés de santé et de services sociaux au Québec ou ailleurs au Canada.

Puisqu'il s'agit d'un milieu particulier, nous croyons qu'il s'avère dès lors important de recueillir des données plus récentes sur les services de santé et les services sociaux en dehors du milieu communautaire, par exemple en première ligne. Ceci permettrait de mieux comprendre comment les conditions de travail propres à ces milieux influencent l'expérience des intervenant(e)s depuis le début de la pandémie. Du côté des organisations communautaires, nous croyons qu'il serait aussi important de suivre de près l'évolution de cette situation et d'identifier les facteurs pouvant expliquer les difficultés vécues par les intervenant(e)s, pour non seulement éviter une détérioration de la situation, mais aussi y remédier ou l'atténuer.

## Remerciements

Nous aimerions remercier John Oudyk du Centres de santé des travailleurs(ses) de l'Ontario Inc. (OHCOW) pour ses nombreux conseils liés à l'utilisation du COPSOQ et de la version en français du questionnaire, validée par son équipe au Canada.

## RÉFÉRENCES

- Ashgar, S. et Oino, I. (2018). Leadership styles and job satisfaction. *Market forces*, 13(1), 1-13.
- Aubry, F., Didier, S. et Gervais, L. (2005). *Pour que travailler dans le communautaire ne rime plus avec misère*. Centre de formation populaire et Relais-Femmes.

- Baka, Ł. (2021). Coronavirus anxiety and exhaustion among Polish front-line healthcare workers—the mediation effect of insomnia. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 34(2), 263-273. <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.01745>
- Bentley, S. A., Black, A., Khawaja, N., Fylan, F., Griffiths, A. M. et Wood, J. M. (2021). The mental health and wellbeing survey of Australian optometrists. *Ophthalmic and physiological optics*, 41(4), 798-807. <https://doi.org/10.1111/opo.12823>
- Binhas, L. (2018). *Enquête salariale des organismes communautaires autonomes œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux*. CSMO-ÉSAC.
- Bourque, D. et Jetté, C. (2018). Nouvelle gestion publique et les rapports entre l'État et le secteur communautaire. Dans Grenier, J. et Bourque, M. (dir.), *Les services sociaux à l'ère managériale* (p.149-176). Presse de l'Université Laval.
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., Oudyk, J., Kristensen, T. S., Llorens, C., Navarro, A., Lincke, H. J., Bocéréan, C., Sahan, C., Smith, P., Pohrt, A. et international COPSOQ network. (2019). The third version of the Copenhagen psychosocial questionnaire. *Safety and health at work*, 10(4), 482-503. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002>
- Camirand H. et Nanhou, V. (2008, septembre). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005: Série enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (publication no 15). Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-15-la-detresse-psychologique-chez-les-quebecois-en-2005-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>
- Chapelle, F. G. (2016). Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux: burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 26(3), 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.06.003>
- Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L. et Prati G. (2009). Emergency workers' quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs and coping strategies. *Social indicators research*, 94(3), 449-463. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-009-9441-x>
- Clarke-Walper, K., Penix, E. A., Trachtenberg, F., Simon, E., Coleman, J., Magnavita, A., Ortigo, K., Regala, S., Marceau, L., Ruzek, J. I., Rosen, R. C. et Wilk, J. E. (2020). Efficacy of a web-based tool in reducing burnout among behavioral health clinicians: Results from the PTSD clinicians exchange. *Psychiatric research and clinical practice*, 2(1), 3-9. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190004>
- Collins, S. et 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*, 10(4), 417-424. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x>
- Cummings, C., Singer, J., Hisaka, R. et Benuto, L. T. (2021). Compassion satisfaction to combat work-related burnout, vicarious trauma, and secondary traumatic stress. *Journal of interpersonal violence*, 36(9-10), 5304-5319. <https://doi.org/10.1177/0886260518799502>
- Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Escobar Pinzon, L. C. et Dietz, P. (2021). Burdens, resources, health and wellbeing of nurses working in

- general and specialised palliative care in Germany — results of a nationwide cross-sectional survey study. *BMC nursing*, 20(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00687-z>
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G. et Mendelsohn, F. S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in the general population. *Archives of general psychiatry*, 37(11), 1229-1236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780240027003>
- Duval, M., Fontaine, A., Fournier, D., Garon, S. et René, J.-F. (2005). *Les organismes communautaires au Québec. Pratiques et enjeux*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Éthier, E. (2012). *L'effritement de l'idéal professionnel et les enjeux identitaires pouvant mener à un problème de santé mentale chez les intervenantes et chez les intervenants œuvrant au sein d'organismes communautaires et ayant une formation en travail social* [Mémoire de maîtrise, Université Sherbrooke]. Savoirs UdeS. <https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5719/MR91038.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fang Fu, Q. J., Yuting C. et Qi C. (2022). Resilience, perceived social support and professional quality of life among medical social workers during COVID-19 pandemic in Mainland China: A cross-sectional survey. *Social Work in Health Care*, 61(4), 261-279.
- Feng, D., Su, S., Yang, Y., Xia, J. et Su, Y. (2017). Job satisfaction mediates subjective social status and turnover intention among Chinese nurses. *Nursing and health sciences*, 19(3), 388-392. <https://doi.org/10.1111/nhs.12357>
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. Dans C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder* (p.1-20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2003). *Compassion fatigue: An introduction*. Traumatology institute at Tulane University.
- Figley, C. R., et Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. Dans S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (p. 573-593). American Psychological Association.
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2016). La souffrance psychique au travail: une affaire de gestion? *Intervention*, 144, 9-20.
- Holmes, M. R., Rentrop, C. R., Korsch-Williams, A. et King, J. A. (2021). Impact of COVID-19 Pandemic on Posttraumatic Stress, Grief, Burnout, and Secondary Trauma of Social Workers in the United States. *Clinical social work journal*, 49(4), 495-504. <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00795-y>
- Ilić, I. M., Arandjelović, M. Ž., Jovanović, J. M. et Nešić, M. M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout: Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna praca*, 68(2), 167-178. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>
- Itzhaki, M., Bluvstein, I., Peles Bortz, A., Kostistky, H., Bar Noy, D., Filshtinsky, V. et Theilla, M. (2018). Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in psychiatry*, 9(59), 6 pages. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00059>
- Jauvin, N., Freeman, A., Côté, N., Biron, C., Duschesne, A. et Allaire, É. (2019). *Une démarche paritaire de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant dans les centres jeunesse (R-1042)* [rapport scientifique]. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du

- travail. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/101021/n/travail-emotionnellement-exigeant>
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, M., Furukawa, T. A., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C. Y., Lara, C., Lee, S., Mneimneh, Z., Myer, L., Oakley-Browne, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Viana, M. C. et Zaslavsky, A. M. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO world mental health (WMH) survey initiative. *International journal of methods in psychiatric research*, 19 Suppl 1(Suppl 1), 4-22. <https://doi.org/10.1002/mpr.310>
- Kulkarni, S., Bell, H., Hartman, J. L. et Herman-Smith, R. L. (2018). Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers. *Journal of the society for social work and research*, 4(1), 114-130. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2013.8>
- Laliberté, D. et Tremblay, I. (2007). *Organisation du travail et santé mentale dans les organismes communautaires en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale: regard sur une situation méconnue*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique.
- Lamoureux, H. (2007). *L'action communautaire: Des pratiques en quête de sens*. VLB Éditeur.
- Larose-Hébert, K., Le Pain, I., Truong, A. H., Pitre, M. et Deblois, D. (2024). Prescriptions émotionnelles au travail dans le milieu communautaire: sources d'influence et mise en pratique. *Intervention*, 158(19-35).
- Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Pitre, M et Deblois, D. (en évaluation). Les dissonances émotionnelles au sein du milieu communautaire: comprendre les sources et les enjeux. *Intervention*.
- Le Pain, I. et Larose-Hébert, K. (2024). Les risques psychosociaux au travail des intervenantes dans les organisations communautaires. *Canadian Social Work Review, Volume 41, Number 1 (2024) / Revue canadienne de service social, 41(1)*.
- Le Pain, I., Kirouac, L., Larose-Hébert, K. et Namian, D. (2021). Mieux comprendre les difficultés émotionnelles chez les intervenants en protection de l'enfance: un mariage prometteur entre psychologie et sociologie. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 318-337.
- Ludick, M. et Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112-123. <https://doi:10.1037/trm0000096>
- Maltais, D., Bolduc, V., Gauthier, V. et Gauthier, S. (2015). The impact of the intervention in crisis, tragedy or disaster on the professional and personal lives of CSSS social workers in Quebec. *Intervention*, (142), 51-64.
- Maltais, D., Caillouette, J. et Grenier, J. (2022). *Pratiques d'intervention sociale et pandémie: innovations, mobilisation et transformations*. Presses de l'Université du Québec.
- Maslach, C. (1976). Burn-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. et Jackson, S. E. (1981). The measurement of experiences burnout. *Journal of occupational behavior*, 2, 99-113. <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S.E. et Leiter, M.P. (1997). *Maslach burnout inventory manual*. Consulting psychologists press.

- Meunier, S. et Giroux, A. (2020, juin). *La santé psychologique des travailleurs.seuses communautaires: les résultats de l'étude Engagé(e) envers ma santé* [Conférence]. Webinaire. Laboratoire de recherche sur la santé au travail.
- Observatoire de l'action communautaire autonome. (2022). *Crise de la COVID-19: Impacts sur les organismes d'action communautaire autonome du Québec*. [https://observatoireaca.org/wp-content/uploads/2022/01/Rapport-recherche\\_OB\\_ACA\\_web.pdf](https://observatoireaca.org/wp-content/uploads/2022/01/Rapport-recherche_OB_ACA_web.pdf)
- Richard, S. et Laflamme, S. (2016). La santé psychique des travailleuses sociales du Québec et de l'Ontario. *Intervention, 144*(55-70).
- Sadeghipor, N., Aghdam, B. et Kabiri, S. (2021). Evaluation of burnout and job stress in care worker and comparison between front-line and second-line in care worker during coronavirus epidemic. *Health science journal, SP*(3), 008.
- Stamm, B.H. (2009). Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue version 5 (ProQOL). <https://socialwork.buffalo.edu/content/dam/socialwork/home/self-care-kit/compassion-satisfaction-and-fatigue-stamm-2009.pdf> V.F. <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/French.pdf> (accédés en juillet 2022)
- Stamm, B.H. (2010). *The concise ProQOL manual*. <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Manual.pdf?ver=1622839353725>
- Thielman, K. et Cacciatore, J. (2014). Witness to suffering: Mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Social work, 59*(1), 34-41. <https://doi.org/10.1093/sw/swt044>
- Toqueer, U., Zardad, M. U., Toqueer, M., Riyaz, A., Khan, S. et Nazir, M. U. (2021). Stress gradation of medical practitioners during the pandemic (covid-19) along with ways to de-stress; a cross sectional study at tertiary care hospitals using Kessler's 10 psychological distress scale. *The professional medical journal, 28*(09), 1239-1244. <https://doi.org/10.29309/tpmj/2021.28.09.6238>
- Train, K. J. et Butler, N. (2013). A pilot study to test psychophenetics methodology for self-care and empathy in compassion fatigue, burnout and secondary traumatic stress. *African journal of primary health care and family medicine, 5*(1), 6 pages. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v5i1.497>
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C. et Segal, E. A. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers, *Social work, 60*(3), 201-209. <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>
- Zou, G., Shen, X., Tian, X., Liu, C., Li, G., Kong, L. et Li, P. (2016). Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Industrial health, 54*(5), 389-395. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2015-0103>