

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES FACTEURS ASSOCIÉS AU TRAVAIL QUI INFLUENCENT LE STRESS
TRAUMATIQUE SECONDAIRE CHEZ LES INTERVENANTS SOCIAUX**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ANNABEL GROLEAU**

MAI 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Tristan Milot

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Tristan Milot

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Yves Lachapelle

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Cet essai vise à recenser les facteurs associés au travail qui influencent le stress traumatique secondaire (STS) chez les intervenants sociaux. Le traumatisme vicariant (TV) et le STS, tous deux des traumatismes indirects, sont similaires dans leurs manifestations (symptômes d'intrusion, d'évitement et d'activation neuro-végétative). Une exposition répétée à un contenu traumatique dans un contexte d'engagement empathique est typiquement associée au TV. Le type d'exposition traumatique du STS est beaucoup plus large, méconnu et susceptible de passer inaperçu chez les intervenants sociaux. Quels sont donc les éléments d'exposition associés plus largement au STS ? Et quels sont les éléments associés au travail qui influencent le STS chez les intervenants sociaux ? Au total, 14 articles ont été sélectionnés pour répondre à ces deux questions. Les résultats suggèrent que le contact direct avec une personne présentant un traumatisme ne serait pas nécessairement à l'origine du STS, mais que le contact avec le contenu traumatique serait plus susceptible de déclencher des symptômes posttraumatiques. De plus, les résultats suggèrent que le fait d'apprendre qu'un événement grave soit arrivé à un client pourrait avoir un potentiel traumatique. La réalité professionnelle, la supervision, le soutien au travail et la culture organisationnelle sont des variables significatives dans l'influence du STS.

Table des matières

Résumé	iii
Table des matières	iv
Remerciements	vi
Introduction	1
Cadre conceptuel	2
Le stress traumatique secondaire	2
Le traumatisme vicariant	3
État de la situation actuelle dans les milieux de travail en matière prévention	3
Objectif de l'étude	5
Questions de recherche	5
Méthode	6
Résultats	9
Concepts et variables étudiés	9
Participants	10
Réalité et contexte professionnel	12
L'exposition aux détails traumatiques	12
Le sentiment d'impuissance	12
Le type de clientèle	13
Rôles et mandats	13
La quantité de travail	13
La supervision	14
La fréquence et la régularité	14
Relation de confiance entre le superviseur et les intervenants	14
Le type de supervision	14
Le soutien au travail	15
Le soutien des supérieurs	15
Le soutien des collègues	15
La culture organisationnelle	15

Tabous et méconnaissance.....	16
Banalisation de la violence	16
Rehaussement de la productivité	16
Culture départementale favorisant le soutien	17
L'exposition au stress organisationnel.....	17
Discussion	19
Quels éléments de l'exposition indirecte devrions-nous considérer comme étant influents dans le stress traumatique secondaire ?.....	19
Quels sont les facteurs associés au travail qui influencent le stress traumatique secondaire?...20	
Recommandations.....	22
Forces et limites	23
Conclusion.....	24
Références	25

Remerciements

De par ses encouragements et ses précieux conseils, mes remerciements vont à Tristan Milot, Professeur au Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La réalisation de cet essai a été possible grâce à son expertise dans le domaine du traumatisme et en sa capacité de me recadrer vers la simplicité, vers l'essentiel. Mes remerciements vont également à ma collègue de travail et amie, Roxanne Desharnais, sur qui j'ai pu compter à toute heure de la journée lors de moments de découragement. Nos nombreuses interactions m'ont permis de passer à travers ce projet en gardant la tête haute.

Spécialement, je souhaite remercier mon mari sans qui la réalisation de mes études supérieures n'aurait pu être possible. Merci pour ces délicieux repas préparés avec amour et servis dans mon bureau alors que je travaillais sans relâche. Merci pour tes encouragements quotidiens, lors de l'été 2023, à rester persévérante et confiante lors de la rédaction de cet essai. Mes remerciements vont à mes amies, Éloïse, Kim et Maude et Eva qui ont fortement contribué à me soutenir émotionnellement lors de ces dernières années d'université. Je remercie ma mère et ma sœur de toujours avoir cru en moi et d'avoir démontré tant de fierté pour mes accomplissements. Une pensée particulière va à mon père, Michel Groleau, qui depuis ma tendre enfance m'encourageait à lire, à m'intéresser à la psychologie et à aller à l'université.

Introduction

Le trouble du stress posttraumatique est aujourd'hui largement documenté dans les écrits scientifiques et ses critères diagnostiques ont beaucoup évolué depuis 1980. Dans la troisième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III, 1980), un événement traumatique était conceptualisé comme un facteur de stress catastrophique sortant du cadre de l'expérience humaine habituelle (par exemple, guerres, torture, viol, catastrophes naturelles, etc.). En 2013, avec la publication du DSM-5, on élargissait le critère A pour y inclure certaines situations d'exposition indirecte telle qu'apprendre qu'un événement traumatique est arrivé à un proche ou être en contact de manière répétée avec des caractéristiques aversives d'un événement traumatique (APA, 2013). Par la modification de ce critère, on reconnaît donc que les effets délétères d'une situation de dangerosité, de menace, de tragédie, d'accident ou même de catastrophe se répercutent au-delà des personnes présentes au moment même de l'événement. Les effets du traumatisme comme les symptômes de reviviscence, de dissociation, d'hypervigilance, de changement cognitif et de l'altération de l'humeur peuvent donc se manifester chez les proches des victimes, chez les psychothérapeutes, aux intervenants en relation d'aide ou toute autre personne susceptible d'exercer un rôle d'aide auprès d'une clientèle traumatisée. Bien que ces changements dans le DSM-5 marquent une grande avancée en termes de la compréhension des traumatismes, les effets de l'exposition indirecte sont encore sous-estimés et peu compris dans le domaine de l'intervention sociale. Pourtant, ce type de traumatisme dans ce domaine est documenté sous le nom de traumatisme vicariant (TV) et stress traumatique secondaire (STS) depuis les années 1990 (Figley, 1995; McCann et Pealman, 1990). Il est donc possible de se questionner par rapport aux enjeux de transfert de connaissances, aux enjeux associés à la reconnaissance de la problématique, aux rôles de l'organisation dans l'aspect de la prévention et même, à l'influence du milieu de travail sur le développement et le maintien des symptômes du STS chez les intervenants sociaux. Ainsi, cet essai a pour but de recenser les facteurs associés à la sphère de travail influençant le STS chez les intervenants sociaux.

Cadre conceptuel

Cette section aborde le traumatisme indirect, notamment deux des formes définies dans la documentation : le STS et le TV. L'objectif et les questions de recherche sont ensuite précisés.

Le stress traumatique secondaire

Le STS représente l'émergence de symptômes similaires au trouble du stress posttraumatique (Figley, 1995) comme l'évitement, la présence d'images mentales non désirées, l'hypersensibilité aux stimuli et un fonctionnement quotidien altéré (Branson, 2019). Ces symptômes peuvent survenir soudainement à la suite d'une seule exposition à la détresse humaine (Branson, 2019; Cummings *et al.*, 2021; Figley, 1995). Ce concept est associé au fait que l'intervenant se sent submergé par le désir d'aider et présente un sentiment d'impuissance à sa capacité de venir en aide à la personne en détresse (Branson, 2019; Figley, 1995).

Le STS est plus susceptible de se développer chez les intervenants de première ligne qui rencontrent des personnes souffrantes, mais qui ne développent pas d'engagement empathique à long terme (Branson, 2019). Il pourrait s'agir par exemple d'un intervenant de la protection de la jeunesse qui doit faire un placement d'urgence d'un enfant en famille d'accueil et qui se sent impuissant face à la détresse de celui-ci. Il pourrait s'agir également d'un intervenant dans une équipe de postvention, qui doit intervenir auprès d'une famille en crise suite à un décès par suicide.

La prévalence STS est difficile à établir. Les résultats de trois études seront présentés pour donner une idée globale du STS. Toutefois, ces résultats ne peuvent être généralisés à l'heure actuelle. Les études ont toutes utilisé l'Échelle de stress traumatique secondaire (ÉSTS ; Bride, Robinson, Yegidis et Figley, 2004), un instrument conçu pour évaluer la fréquence des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'éveil associés au STS résultant du travail avec des populations traumatisées. Les résultats montrent que les intervenants ayant ressenti au moins un symptôme associé au STS ont été estimés entre 48% et 65% des participants. Ensuite, le symptôme le plus couramment rapporté serait celui d'intrusion. Ce symptôme serait rapporté entre 40,5% et 57% des participants (Bride, 2007 ; Choi, 2011 ; Lee *et al.*, 2018)

Le traumatisme vicariant

Le TV prend notamment la forme d'altérations cognitives d'un professionnel qui, dans le cadre de son travail, doit établir une relation empathique avec un client et doit tenter de comprendre son vécu subjectif. Ces manifestations peuvent se manifester par le déni, l'engourdissement émotionnel, la baisse d'estime, le cynisme, etc. Ce phénomène s'installe à la suite d'une exposition prolongée et répétée à des détails de nature traumatique (Branson, 2019; Cummings *et al.*, 2021; McCann et Pearlman; 1990).

Deux théories existent pour expliquer ce phénomène. La première théorie est que certains récits traumatiques seraient susceptibles de venir ébranler de manière négative et persistante les schémas cognitifs des intervenants (McCann et Pearlman, 1990). Par exemple, un intervenant exposé à des récits de viol pourrait se questionner par rapport à la bonté humaine et à sa propre sécurité. La deuxième théorie serait que le fait de recevoir des récits traumatiques pourrait venir perturber le système d'imagerie en mémoire des intervenants (Paivio, 1986; cité dans McCann et Pearlman : 1990). L'intervenant intériorise les souvenirs traumatiques du client et peut en venir à avoir des fragments de souvenirs associés au récit (images intrusives et cauchemars). Les images peuvent être déclenchées par un stimulus qui était auparavant neutre. De façon générale, les souvenirs traumatiques seraient temporaires, mais lorsque ceux-ci sont directement liés aux schémas de l'intervenant, il est plus susceptible que l'altération du système de mémoire devienne permanente.

État de la situation actuelle dans les milieux de travail en matière prévention

Le traumatisme indirect est documenté chez les intervenants depuis 1990 (Figley, 1995; McCann et Pearlman, 1990). Pourtant, la méconnaissance de ce syndrome persiste au Québec dans les milieux organisationnels où travaillent les intervenants sociaux (Fortin, 2014; Le pain *et al.*, 2021). Ce phénomène serait encore mal compris, voire souvent confondu avec d'autres phénomènes comme l'épuisement professionnel, la fatigue de compassion ou même le trouble du stress posttraumatique (Branson, 2019). D'autre part, selon une méta-analyse portant sur les

pratiques organisationnelles et individuelles en relation avec le traumatisme indirect chez les intervenants sociaux, il semble qu'une majorité d'organisations ne reconnaissent pas leur part de responsabilité dans la prévention du STS, la cause de l'apparition de ce syndrome étant plutôt attribuée à des vulnérabilités individuelles des intervenants (Ashley-Binge et Cousins, 2020). Ainsi, la méconnaissance de ce phénomène, autant dans sa définition que dans sa compréhension, pourrait limiter grandement le champ d'action préventif.

Un autre obstacle à la prévention du STS, ou même à son traitement, pourrait résulter dans l'organisation en elle-même. Figley souligne que l'initiation des symptômes traumatiques peut être liée à une forme de contagion traumatique au sein d'un système (1995). Comme on peut le remarquer dans un système familial, il est possible d'observer que lorsqu'une personne présente une détresse traumatique, l'ensemble de la famille peut être susceptible de développer ces mêmes symptômes sans être exposé à l'aspect traumatique en question. Parallèlement, le milieu de travail est un système constitué d'interactions complexes entre les intervenants, les clients et l'organisation. Ainsi, la souffrance d'un client peut avoir des répercussions sur les intervenants et l'organisation. À même titre, une souffrance organisationnelle peut avoir des répercussions sur les intervenants et les clients. C'est dans ce contexte que l'on parle de contagion traumatique entre divers membres du système. Sandra Bloom, psychiatre, va même jusqu'à soumettre l'hypothèse d'un traumatisme organisationnel (2010). Un milieu de travail qui est soumis à un stress chronique va tenter de préserver son homéostasie par une boucle de rétroaction de comportements adaptatifs et nuisibles à long terme. L'utilisation de stratégies de coping qui ont permis une adaptation par le passé sera surutilisée et pourrait devenir à long terme toxique pour les membres du système. Concrètement, cela peut mener une organisation à ne pas prendre en compte l'impact du traumatisme indirect chez les intervenants, à développer des stratégies susceptibles d'exacerber la détresse psychologique chez les professionnels et chez les clients, ainsi qu'à maintenir les pratiques qui les placent à risque de développer un traumatisme indirect (Bloom, 2005; Bloom et Farragher, 2013). La détresse des intervenants devient alors le symptôme d'un système malade, d'une organisation elle-même traumatisée. Ainsi, si l'on veut prévenir efficacement, il importe d'explorer ce phénomène dans son intégralité, dans son système.

Objectif de l'étude

L'objectif de cet essai est de recenser les études portant sur les facteurs associés au travail qui influencent le traumatisme secondaire chez les intervenants sociaux afin d'identifier des pistes de solutions pour outiller les organisations dans la prévention du STS.

Questions de recherche

L'essai tentera de répondre aux questions suivantes : 1) quels éléments de l'exposition indirecte influencent le STS chez les intervenants sociaux ? ; 2) Quels sont les facteurs associés au travail qui influencent le STS?

Méthode

Une recension des écrits a été réalisée. La base de données EBSCO a été consultée. Les mots-clés trauma*, stress*, social worker*, social service worker*, welfare worker*, support worker*, educator*, social intervener*, social adviser* et psychoeducator* ont été utilisés dans la section "abstract". La recherche a été précisée de façon à chercher les articles de type "Peer reviewed journal". Cette première étape a permis de repérer 322 articles se situant entre 1990 et 2022. Beaucoup d'articles traitaient du stress et de l'anxiété vécue par les intervenants sociaux, mais ne faisaient pas référence de l'aspect traumatique de leur travail (exposition traumatique ou symptômes associés). Pour cette raison, le mot-clé stress* a été éliminé de la formule. Ce changement a permis d'identifier 169 articles.

À la lecture des 169 titres, 79 articles ont été exclus parce qu'ils traitaient de « traumatisme crânien » ou de « pratiques éducatives des enseignants envers les enfants traumatisés ». À la lecture des 90 résumer restants, 25 articles ont été exclus parce qu'ils abordaient plus largement la notion de traumas sans aborder spécifiquement le traumatisme indirect. À ce moment, il restait 65 articles. La question de recherche s'est précisée pour se concentrer sur les facteurs organisationnels influençant le STS chez les intervenants sociaux.

En parcourant la section méthode, les études dont l'échantillon ne correspondait pas exactement aux intervenants sociaux ont été éliminées (par ex. : personnel soignant de l'hôpital et professeurs). La décision a été prise d'exclure les études composées uniquement de psychologues/psychothérapeutes par souci de préserver une homogénéité dans le bassin d'échantillon et de représenter le plus fidèlement possible le contexte de travail unique des intervenants sociaux (travailleurs sociaux, de psychoéducateurs, d'agents en relation humaine et d'éducateurs spécialisés). À cette étape de la recherche, il était déjà connu qu'il existe différents types d'expositions indirectes. Le premier type étant très documenté, spécifique, plus associé à la psychothérapie et aux TV. Le deuxième étant moins balisé conceptuellement, plus large dans sa définition, moins connu, plus associé au STS, mais plus susceptible de toucher les intervenants sociaux. Bref, ce critère d'exclusion avait pour but de documenter les types d'expositions les plus

susceptibles de toucher les intervenants sociaux sans avoir une surreprésentation de l'exposition associée au TV.

En examinant les variables étudiées, les études ne faisant pas référence à l'exposition indirecte ou au facteur organisationnel ont été éliminées. Les articles qui concernaient la fatigue de compassion, la détresse psychologique et à l'épuisement professionnel ont été éliminés si, ceux-ci ne comportaient pas un instrument de mesure susceptible de représenter les symptômes de STS (symptômes de reviviscence et évitement). Les articles qui concernaient un échantillon d'intervenants œuvrant dans un contexte de catastrophe naturelle ou de guerre ont été éliminés puisque ces échantillons étaient susceptibles de présenter à la fois un traumatisme direct et un traumatisme indirect. Bien que cette distinction ne soit pas toujours possible dans le domaine de l'intervention, il fut décidé de réaliser l'effort de contrôler certaines variables pouvant altérer nos résultats. De plus, cela rend l'échantillon plus homogène et maximise les chances de généraliser les résultats chez les intervenants œuvrant dans un contexte macro-systémique similaire à celle du Québec. À ce moment, 10 articles ont été retenus de la base de données « EBSCO ».

Une recherche a ensuite été effectuée sur Érudit avec une formule (traumatisme ou traumatismes) ET (secondaire OU vicariant OU procuration OU indirect). Cette formule s'appliquait aux résumés aux titres et aux mots-clés. Cela a donné 42 articles. À la lecture des titres, les articles concernant les traumatismes physiques ont été exclus. Pour qu'un article soit conservé, il devait répondre aux critères suivants : 1) cibler les traumatismes chez les intervenants sociaux et 2) aborder les facteurs organisationnels ou environnementaux. Il restait à ce moment 11 articles qui ont été lus dans leur totalité. Les articles ne faisant pas référence à une étude empirique, les études ne portant pas l'attention sur le critère indirect du traumatisme et les études dont les résultats font davantage référence à des variables individuelles qu'organisationnelle. À cette étape, 4 articles ont été retenus de la base de données « ÉRUDIT » pour un total de 14 articles en tout.

La liste de références des 14 articles sélectionnés a été consultée. Lorsque les titres des recherches incluaient à la fois des termes représentant le traumatisme indirect chez les intervenants

et les facteurs organisationnels, ils étaient lus. La majorité des documents étaient des guides de recommandation ou des revues littéraires. Une seule référence a été gardée puisqu'elle impliquait une étude empirique. Au total, 15 articles scientifiques ont été retenus.

Résultats

Il existe une grande variété de synonymes pour représenter le STS dans les écrits (traumatisme indirect, traumatismes secondaires, etc.). Parfois même, ce concept peut-être interchangeable avec d'autres phénomènes comme TV qui est un traumatisme plus spécifique que le STS, la fatigue de compassion ou même l'épuisement professionnel. Toutefois, l'ensemble des variables étudiées font référence à la fois à l'exposition indirecte et aux symptômes posttraumatiques chez les intervenants sociaux. Ainsi, par souci d'uniformiser les résultats et pour faciliter la compréhension, le terme STS sera utilisé plus largement. Finalement, les résultats de cette section font état des facteurs qui augmentent le risque de développer un STS (facteurs de risque) et les facteurs qui atténuent les facteurs de risque ou qui diminuent les risques de développer un STS (facteurs de protection).

Concepts et variables étudiés

Deux études ont utilisé le terme traumatisme indirect (Badger *et al.*, 2008; King, 2022). Cinq études ont utilisé le terme stress traumatique secondaire (Baugerud *et al.*, 2018; Choi, 2011; Dagan *et al.*, 2015; Dagan *et al.*, 2016; Quinn et Nackerud, 2019). Trois études ont utilisé le terme traumatisme vicariant (Fortin, 2014; Howlett et Collins, 2014; Joubert *et al.*, 2013). Une étude a utilisé le terme de "*work related trauma*" (Horwitz, 2006). Quatre autres ont défini le phénomène du traumatisme indirect avec les variables de l'exposition indirecte et celle des difficultés émotionnelles, le bien-être psychologique ou la détresse posttraumatique (Filion, 2021; Fouda Mah, 2022; Le Pain *et al.*, 2021; Regehr *et al.*, 2004). Concernant les variables à l'étude, les symptômes d'intrusions, d'évitement et d'hyperactivation ont été mesurés par six études avec le "*Secondary Traumatic Scale*" (Bride, Robinson, Yegidis, et Figley, 2004), par deux études avec "*The post-traumatic Check-list-Civilian*" (Wathers, Herman, Juska et Keane, 1993) et par une étude avec "*The impact of Events scale*" (Zilberg, Weiss et Horowitz, 1982). Trois études ont mesuré le sentiment de peur liée au STS lié au travail avec "*The professional Quality of life 5*" (Stamm, 2010). Une étude a utilisé le "*The Traumatic Stress Institute Belief Scale*" (Adams, Matto et Harrington, 2001) pour mesurer les croyances perturbées qui peuvent être causées par un traumatisme direct ou par une exposition répétée aux histoires traumatisantes. Quatre autres études

de type qualitatives abordaient ces éléments sous forme de questionnaire maison. D'autres variables ont été étudiées comme la charge de travail, le soutien, la culture organisationnelle (voir le tableau 1).

Participants

Au total, 15 études publiées entre 2006 à 2022 ont été retenues pour cet essai, pour un total de 3003 participants. Huit ciblaient les professionnels travaillant pour la protection de la jeunesse, représentant 2363 participants. Deux études ciblaient les intervenants travaillant auprès de famille vivant une crise (consommation et violence), représentant 371 participants. Deux études ciblaient les intervenants travaillant auprès de clientèle ayant des problèmes physiques (traumatologie et oncologie), représentant 137 participants. Deux études ciblaient les intervenants travaillant auprès de victimes de violence (CALACS, maison d'hébergement pour femmes violentées), représentant 19 participants. Puis, des études ont été faites sur les intervenants sociaux de manière plus générale, sans faire d'association avec un domaine d'intervention (N=113). Huit études ont examiné les liens entre le traumatisme indirect et l'exposition, 10 avec la charge de travail, 8 avec la supervision, 11 avec le soutien au travail et 7 avec la culture organisationnelle.

Tableau 1*Synthèse des résultats observés dans les études*

Légende ✓ : Lien démontré; NS: Non significatif

Références		Dagan et al. (2016)	Quinn et al. (2019)	Dagan et al. (2015)	Regehr et al. (2004)	King 2022	Badger et al. (2008).	Choi 2011	Horwitz (2006)	Joubert et al. (2013)	Le Pain et al. (2021)	Filon 2021	Fortin 2014	Bauger et al.(2018)	Howlett et Collins, (2014)	Fouda Mah (2022)
Exposition	Clientèle					NS		NS								
	Évènements	✓		✓		✓			✓	✓						
	Contenu traumatique			✓												
Supervision	Relation		✓										✓		✓	
	Efficacité	✓														
	Qualité							NS								
	Disponibilité												✓			
	Fréquence		NS							✓						
	Accessibilité											✓				
	Type de supervision									✓	✓					
Soutien	Amis et famille	NS		NS			NS									
	Supérieurs				✓			✓		✓	✓		✓		✓	✓
	Collègues							✓	NS	✓	✓	✓		✓		
Charge de travail	Taille et lourdeur	✓	✓	✓	✓							✓	✓			✓
	Type de client		NS	✓	✓						✓	✓	✓			
Autres facteurs organisationnels	Exigences professionnels				✓										✓	
	Stress associé au rôle	✓													✓	
	Efficience										✓	✓				✓
	Méconnaissance du STS										✓		✓			
	Banalisation de la violence										✓					
	Stratégies/politiques							✓		✓		✓				✓
	Concordance entre mission, valeurs, etc	✓						✓			✓		✓	✓		
	Environnement de travail stressant				✓		✓					✓				
Revenu personnel		✓						NS					✓		✓	

Réalité et contexte professionnel

L'exposition aux détails traumatiques

Le lien entre le nombre d'heures passées en contact direct avec une clientèle traumatisée et les symptômes posttraumatiques a été étudié par trois études (Choi, 2011; Horwitz, 2006; King, 2022), mais ce lien ne s'est pas révélé significatif. Toutefois, il semblerait que le contact avec des détails traumatiques soit un élément qui augmente le risque de développer un STS (Dagan *et al.*, 2015; Horwitz, 2006). De plus, ce type d'exposition pourrait se faire en écoutant le récit d'un client traumatisé ou en écoutant le récit d'autres intervenants ayant eux-mêmes été exposés à des récits. De plus, les résultats de l'étude de Horwitz (2006) ont démontré un taux similaire d'exposition indirecte au traumatisme entre les superviseurs et les intervenants. La force du lien entre l'exposition indirecte et l'intensité des symptômes posttraumatiques étaient également similaire dans les deux groupes. Les résultats suggèrent donc qu'un superviseur qui, dans le cadre de son travail, doit entendre des faits rapportés de nature traumatique soit aussi susceptible de développer un STS que l'intervenant engagé directement avec le client.

Le sentiment d'impuissance

Les intervenants de la protection de la jeunesse sont plus susceptibles d'être témoin de la maltraitance chez les enfants et sont plus à risque de développer un STS (Dagan *et al.*, 2016). Dans le cadre de leur travail, les intervenants de la protection de la jeunesse sont appelés à superviser des contacts entre un parent et leurs enfants et à être dans un rôle d'observateur où ils sont témoins de violence ou de négligence causant du tort ou de la détresse psychologique à l'enfant. En raison d'aspects juridiques, administratifs ou du manque de ressources, ces intervenants sont susceptibles de vivre des situations où ils se sentent dans l'incapacité à améliorer la situation de l'enfant, ce qui est associé au développement du STS (Horwitz, 2006).

Le type de clientèle

Les intervenants ayant des dossiers dans lesquels les clients rapportent une souffrance élevée (Fortin, 2014), de grandes difficultés (Dagan *et al.*, 2015; Filion, 2021; Le Pain *et al.*, 2021) une charge émotive forte (Filion, 2021) ou dans lesquels les clients sont plus « difficiles » et perturbateurs (Regehr *et al.*, 2004) sont à risque de développer un STS. Sont également à risque de développer un STS les intervenants qui ont une grande proportion de clients traumatisés dans leur charge de travail (Dagan *et al.*, 2015) et qui ont des difficultés d'introspection, de motivation, de mobilisation et d'agressivité (Fortin, 2014). Ainsi, le fait de varier les tâches et le type de client est un facteur de protection pour le STS (Joubert *et al.*, 2013).

Rôles et mandats

Trois études menées auprès d'intervenants de la protection de la jeunesse ont observé que les exigences envers le rôle des intervenants (p. ex., assurer la sécurité des enfants, témoigner à la cour peuvent être un facteur d'influence pour le STS (Baugerud *et al.*, 2018; Dagan *et al.*, 2016; Regehr *et al.*, 2004). En effet, la nature du rôle de l'intervenant à la protection de la jeunesse est à la fois autoritaire et thérapeutique, ce qui crée souvent un conflit de rôle et une surcharge associée au STS (Dagan *et al.* 2016). De plus, ils sont également appelés à intervenir dans un contexte de crise, ce qui serait également associé au STS (Dagan *et al.* 2015). Une autre étude a également démontré qu'un intervenant de la protection de la jeunesse qui apprend une blessure grave ou même le décès d'un client est à risque de développer un STS (King, 2022). En effet, le fait d'être exposé à des critiques médiatiques et des enquêtes du coroner dans ce type de situation pourrait être un traumatisme associé aux exigences du rôle.

La quantité de travail

Sept études ont permis d'observer que la charge de travail avait un rôle à jouer dans STS chez les intervenants sociaux (Baugerud *et al.*, 2018; Dagan *et al.*, 2016; Fortin, 2014; Fouda Mah, 2022; Le pain *et al.*, 2021; Quinn et Nackerud, 2019; Regehr *et al.*, 2004). Les éléments qui ont été identifiés comme étant préventifs sont les possibilités de prendre des congés, le programme d'aide aux employés et les conditions de travail pour se ressourcer (Filion, 2021; Joubert *et al.*, 2013).

La supervision

La fréquence et la régularité

La fréquence et la régularité des supervisions ont été identifiées comme des facteurs pour le STS chez les intervenants sociaux dans l'étude de Joubert et ses collaborateurs (2013). D'autres études n'ont cependant pas ce lien (Choi, 2011; Quinn et Nackerud, 2019). Au-delà du fait de prévoir les rencontres à l'avance et d'assurer une constance, l'accessibilité et la disponibilité des rencontres informelles sont un facteur associé à la prévention du STS (Filion, 2021; Fortin, 2014).

Relation de confiance entre le superviseur et les intervenants

Le développement d'une relation de confiance entre l'intervenant et le superviseur est un facteur de protection pour le STS (Dagan *et al.*, 2015; Fortin, 2014; Howlett et Collins). En effet, la capacité du superviseur à soutenir émotionnellement ses intervenants (Fortin, 2014; Fouda Mah, 2022; Le Pain *et al.*, 2021) en offrant par exemple de stratégies pour mieux gérer l'impact émotionnel (Joubert *et al.*, 2013) et une attitude de respect, d'empathie, de non-jugement, de congruence et d'inconditionnalité (Dagan *et al.*, 2015; Howlett et Collins, 2014) a été reconnue comme un facteur de protection. En ce sens, un superviseur qui se montre calme, ouvert d'esprit, à l'écoute, disponible mentalement (Fortin, 2014), bienveillant, respectueux, soucieux de bien communiquer, soutenant et favorisant l'entraide (Le Pain *et al.*, 2021) sont des qualités qui ont été soulignées comme étant protecteur. De plus, un superviseur en mesure de favoriser un bon climat décisionnel où les professionnels se sentent libres d'exprimer leur opinion en groupe (Filion, 2022) a également été souligné comme étant un facteur de protection.

Le type de supervision

La perception des participants quant à l'importance des supervisions d'équipe diverge selon les études. Dans l'étude de Joubert et ses collaborateurs (2013), les rencontres d'équipe sous forme de session mensuelle et animée par un consultant externe ont été très appréciées puisque cela

permettait aux intervenants d'avoir un espace pour discuter de cas complexes et favorisait le soutien par les pairs. Les participants ont indiqué que ces séances ont contribué à favoriser une culture d'ouverture et d'échange au sein du groupe de professionnels. Toutefois, les rencontres cliniques individuelles ne devraient pas être remplacées par des rencontres d'équipe (Joubert *et al.*, 2013), par des rencontres administratives (Le pain *et al.*, 2021) ou des supervisions destinées à la formation (Howlett et Collins, 2014).

Le soutien au travail

Le soutien des supérieurs

Le soutien des supérieurs (Baugerud *et al.*, 2018; Choi, 2011; Le Pain *et al.*, 2021) et le soutien des syndicats (Regehr *et al.*, 2004) sont des facteurs d'influence pour le STS. Toutefois, le soutien de la direction n'a pas été établi comme étant un facteur d'influence (Regehr *et al.*, 2004).

Le soutien des collègues

Le soutien de la part des collègues de travail est un facteur de protection pour le STS (Baugerud *et al.*, 2018; Choi, 2011; Le Pain *et al.*, 2021). En effet, les travailleurs sociaux ont identifié l'importance des rencontres informelles avec leurs collègues pour parler de leurs défis (Joubert *et al.*, 2013), pour ventiler au sujet de situations difficiles au travail, en partageant leurs émotions et en soulignant mutuellement les bons coups (Filion, 2021). L'étude quantitative de Horwitz (2006) auprès d'intervenants de la protection de la jeunesse n'a pas été en mesure d'identifier de lien significatif entre le soutien des collègues (p. ex., la fréquence de commentaires positifs au travail, se confier aux autres par rapport à leur travail et la perception de soutien au travail) et le STS.

La culture organisationnelle

Cette section abordera le lien entre le STS et la culture organisationnelle favorisant le soutien, le rehaussement de la productivité, les tabous, la méconnaissance des conséquences du

travail d'intervenants et la banalisation de la violence. Au total, sept études ont permis de documenter le rôle de la culture organisationnelle sur le STS.

Tabous et méconnaissance

Il a également été souligné une méconnaissance de leur ordre professionnel quant à la réalité de la pratique en contexte de protection de la jeunesse. Ces mêmes intervenants ont eux-mêmes démontré une méconnaissance par rapport aux conséquences possibles de leur travail, notamment en ce qui concerne le STS (Le pain *et al.*, 2021). Ce constat d'une méconnaissance du phénomène du TV et du STS chez les intervenants sociaux a également été remarqué dans une autre étude au Québec. Sur six intervenants en relation d'aide, cinq d'entre eux ignoraient complètement le concept (Fortin, 2014). De plus, selon une étude qualitative, il existerait un grand tabou au sujet du STS dans les organisations de la protection de la jeunesse (Le pain *et al.*, 2021). Par exemple, lorsque des difficultés émotionnelles sont abordées avec l'employeur, il y aurait majoritairement une réaction de responsabilisation individuelle comme étant le résultat d'un manque de capacité adaptative de l'intervenant.

Banalisation de la violence

Selon les intervenants de la DPJ (Le Pain *et al.*, 2021), bien que l'employeur reconnaisse la violence subie dans l'activité professionnelle des intervenants, il l'envisagerait comme inhérente au travail en protection de l'enfance, ce qui contribuerait à sa banalisation. De plus, le degré d'aisance qu'un intervenant présente en contexte de comportements violents est considéré comme une qualité professionnelle dans ce milieu. Ainsi, lorsqu'un intervenant verbalise ses insatisfactions en lien avec une situation de violence vécue, ses compétences professionnelles seraient remises en question avant même de reconnaître certaines conditions inadéquates pour assurer leur sécurité au travail.

Rehaussement de la productivité

Trois études (Filion, 2021; Fouda Mah, 2022; Le Pain *et al.*, 2021) ont démontré que plus un intervenant social vit de la pression à rehausser sa productivité, plus il est à risque de développer

un STS. Une étude a démontré que plus un intervenant social a d'exigences professionnelles, plus il est à risque de développer un STS (Baugerud *et al.*, 2018). Une autre étude a démontré que plus un intervenant social a de la pression à la performance, plus il est à risque de développer un STS (Fouda Mah, 2022).

Culture départementale favorisant le soutien

Selon l'étude de Joubert et ses collaborateurs (2013), une culture départementale qui encourage le soutien entre les pairs, notamment par la mise en place de politique de porte ouverte, par la configuration des bureaux ouverts ou en allouant du temps le matin pour les discussions informelles sont des facteurs influant pour le STS. Une bonne ambiance au travail est nécessaire, car les tensions sociales et l'isolement social sont un facteur de risque (Fouda Mah, 2022). Les journées de « bien-être » pour favoriser un environnement de travail sain sont utilisées dans certains organismes pour favoriser les liens entre collègues. Toutefois, ces journées sont considérées comme étant une perte de temps pour les intervenants (Howlett et Collins, 2014) si elles ne sont pas organisées et dirigées par une personne d'autorité.

L'exposition au stress organisationnel

Le stress organisationnel a été souligné comme un facteur d'influence pour le STS (Badger *et al.*, 2008). Par exemple, un environnement de travail qui a eu beaucoup de changement (politiques, pratiques, règles, exigences, programmes, etc.) pourrait être un facteur de risque pour le STS (Regehr *et al.*, 2004).

Discussion

Cet essai avait pour objectif d'identifier les facteurs associés au travail qui influencent le STS chez les intervenants sociaux. Plus spécifiquement, les résultats de deux sous questions seront discutés : 1) quels éléments de l'exposition indirecte doivent être considérés comme étant influents dans le STS ? ; 2) Quels sont les facteurs associés au travail qui influencent le STS? Ensuite, une section est destinée aux recommandations et une autre aux forces et limites de l'essai.

Quels éléments de l'exposition indirecte doivent être considérés comme étant influents dans le STS ?

La recension permet d'identifier divers éléments en lien avec le type d'exposition indirecte. D'abord, le fait d'être témoin de violence et de négligence (maltraitance) chez les enfants est souligné comme étant influant dans STS (Dagan *et al.*, 2016). En ce sens, les intervenants exposés à la maltraitance sont susceptibles de se sentir dans l'incapacité à améliorer la situation du client et ce sentiment est corrélé significativement avec les symptômes de STS (Horwitz, 2006). Ces résultats peuvent suggérer que le sentiment d'incapacité soit une variable d'influence au développement de symptômes de STS, ce qui est cohérent avec la vision de Figley quant à l'initiation des symptômes (1995).

Une seule étude a documenté lien entre le fait d'apprendre qu'un événement grave soit arrivé à un client tel qu'une blessure grave ou un décès et le déclenchement des symptômes posttraumatiques chez les intervenants sociaux (King, 2022). En effet, bien que les intervenants ne soient pas considérés comme des proches des victimes (Banson, 2019; Cumming *et al.*, 2021), le travailleur est appelé, dans sa pratique professionnelle, à développer un lien de confiance avec son client. Un intervenant dont le client décède peut donc vivre une grande souffrance. Parallèlement, d'autres études ont documenté que lorsque les intervenants apprennent qu'un de leur client est gravement blessé ou est décédé, d'autres variables du lien thérapeutique seraient en œuvre : le sentiment de responsabilité par rapport au client, aux critiques médiatiques, à l'examen de la

coronaire, à l'exposition aux conséquences de l'événement, etc. (Dagan *et al.*, 2016; King, 2022; Regehr *et al.*, 2004;).

Un intervenant qui est témoin d'événements triste comme l'annonce d'un diagnostic de cancer ou le fait d'être témoin de pertes fonctionnelles d'une maladie grave est associé au STS (Joubert *et al.*, 2013). En effet, les intervenants sociaux peuvent travailler avec une large clientèle et peuvent donc être appelés à accompagner des clients en attente de diagnostic d'une maladie grave. Ainsi, ces annonces de diagnostic, de même que les nombreux traitements invasifs, peuvent être en eux-mêmes traumatisants si l'on considère qu'ils viennent en atteinte à l'intégrité physique du client souffrant.

Quels sont les facteurs associés au travail qui influencent le STS ?

Les résultats ont démontré que, bien que la quantité de travail soit significative dans STS, d'autres variables sont importantes à considérer comme le type de clientèle (Dagan *et al.*, 2015; Fillion, 2021; Fortin, 2014; Le pain *et al.*, 2021; Regehr *et al.*, 2004;). De plus, les intervenants sociaux, par la nature de leur travail, jouent un rôle qui est lourd de responsabilités et d'exigences. Cela semble particulièrement vrai pour les intervenants de la DPJ confrontés à une diversité de situations difficiles, telles qu'intervenir en situation de crise, assurer la protection des mineurs, avoir un rôle d'autorité, gérer avec l'opposition des parents et documenter des situations en passant par les tribunaux (Dagan *et al.*, 2016; Regehr *et al.*, 2004).

Le concept de la supervision a été étudié par plusieurs chercheurs. Toutefois, les notions de qualité des supervisions et de son efficacité ont énormément divergé dans sa définition, dans leurs instruments de mesure et dans leurs résultats (Choi, 2001; Dagan *et al.*, 2016). Cela rend donc difficile la généralisation. Il semblerait toutefois que l'aspect du lien de confiance entre le superviseur et l'intervenant ait été un élément de protection dans le STS (Dagan *et al.*, 2015; Fortin, 2014; Howlett et Collins, 2014). La majorité des études soulignait l'importance du respect et d'une communication saine et sans-jugement entre le superviseur et l'intervenant. De plus, il semblerait que l'accessibilité aux rencontres informelles ait été reconnue comme étant plus souvent

significative dans le STS que la fréquence et la régularité des rencontres. En ce qui concerne le type de supervision, la majorité des résultats obtenus ont été tirés d'études qualitatives, mais ce qui était rapporté le plus souvent était l'importance de l'équilibre entre les rencontres clinique et formative.

En ce qui concerne le soutien au travail, les études ont démontré un lien d'influence entre le soutien des supérieurs et le STS (Baugerus *et al.*, 2018; Choi, 2011; Le Pain *et al.*, 2021). Dans les études qualitatives, cet aspect était souvent abordé par les chercheurs, mais très peu élaboré par les participants (Joubert *et al.*, 2013; Le Pain *et al.*, 2021). Toutefois, l'aspect du soutien entre les collègues a été plus souvent commenté et décrit dans ce type d'études.

Quatrièmement, les résultats ont démontré des liens entre la culture organisationnelle et le STS. La pression à l'efficacité et à la performance a été soulignée comme un facteur d'influence dans le STS. Avec la pénurie de main-d'œuvre et la polyvalence de l'emploi d'intervenants au Québec, les professionnels des services sociaux sont sollicités de partout et incités à doubler la quantité de services (Filion, 2021). Toutefois, même si les services sont doublés et diversifiés, les exigences professionnelles restent. C'est-à-dire que les intervenants doivent agir avec compétences dans le rôle ou le poste qui leur a été confié et doivent offrir la même qualité de service en doublant leur productivité. Des éléments relatifs au stress organisationnel ont été identifiés comme étant un facteur influençant le STS (Badger *et al.*, 2008; Regehr *et al.*, 2004). Ces résultats concordent avec la vision de Bloom et de Farragher (2013) qui croient que l'exposition chronique au stress dans un milieu de travail est susceptible d'entraîner des défis chez les intervenants, chez les clients et chez l'organisation à s'autoréguler émotionnellement. Ainsi, il pourrait y avoir une boucle de rétroaction où le stress dans le système est maintenu, où les comportements délétères sont maintenus et où se cristallisent des interactions toxiques entre clients, intervenants et superviseurs. De plus, la méconnaissance de l'existence du STS semble être présente auprès des intervenants et des gestionnaires (Fortin; 2014; Le Pain *et al.*, 2021). Les tabous concernant la détresse professionnelle semblent persister. Le blâme de cette détresse psychologique semble rejeté sur l'aspect des variables individuelles des intervenants. Une banalisation de la violence serait présente dans les

milieux de la protection de la jeunesse. Si l'on se réfère à la théorie des systèmes, ces éléments pourraient être considérés comme des mécanismes pour préserver un équilibre (homéostasie) dans le système. Cette boucle de rétroaction toxique pourrait être responsable du maintien de la détresse chez les intervenants psychosociaux.

Recommandations

À la lecture des résultats obtenus et en lien avec des recommandations des chercheurs, des suggestions seront présentées afin de favoriser la prévention du STS ou la diminution des symptômes. En matière de prévention du STS chez les intervenants en protection de la jeunesse est de considérer la charge émotionnelle, contre transférentiel et traumatique lors de l'attribution des dossiers pour mieux l'équilibrer la charge des clients (Dagan *et al.*, 2015; Dagan *et al.*, 2016). Ces recommandations sont cohérentes avec celles de Quinn, Ji et Nackerud (2019) qui sont d'encourager des charges de travail raisonnables et à encourager à prendre des congés lorsque nécessaire. King (2022) suggère d'établir une pratique où il y a une flexibilité dans l'accomplissement des tâches et où les superviseurs sont compréhensifs par rapport aux défis liés au travail. Il est également suggéré d'offrir une supervision plus étroite avec les intervenants étant en suivi avec des clients dans des conditions de travail plus difficiles. Il est recommandé au superviseur clinique de fournir un environnement authentique, ouvert, compréhensif et accueillant pour les superviser. Cette façon d'établir et de préserver la confiance aurait un impact sur la diminution des symptômes de STS (Quinn *et al.*, 2019).

Il est aussi suggéré de sensibiliser davantage par rapport aux conséquences négatives du travail thérapeutique (Figley, 1994; Quinn *et al.*, 2019). Cela pourrait être fait par le biais de formations, et ce, pour diminuer les tabous envers le STS, pour mieux repérer les signes, mais également pour favoriser un climat de travail agréable (King, 2022). Ensuite, il est conseillé de contribuer à réduire l'ambiguïté des rôles en établissant des définitions et des limites claires. (Quinn *et al.*, 2019). Accroître le soutien aux travailleurs et faciliter la formation et la pratique des habiletés d'adaptation pour faire face aux effets négatifs de l'exposition aux traumatismes (King, 2022)

Forces et limites

Bien que l'importance de considérer l'interaction entre l'individu et son système ait été soulignée dans les approches théoriques, cet essai a uniquement visé les facteurs organisationnels lors de la recension des écrits. De plus, les facteurs politiques et économiques n'ont pas été ciblés spécifiquement. Ainsi, les facteurs d'influence se sont limités au microsystème.

Une autre limite concerne le fait que le concept de fatigue de compassion n'a pas été inclus dans la formule de recherche initiale. Or, durant la réalisation de l'essai, nous avons observé que certaines grilles d'évaluation de la fatigue de compassion ont également des sous-échelles de STS. Comme le terme fatigue de compassion et STS sont parfois interchangeables dans les écrits, il se peut qu'il y ait des articles faisant état de symptômes de reviviscence et d'évitement qui n'ont pas été recensés. Cependant, une des forces de l'essai est que l'ensemble des articles sélectionnés ont des concepts et des instruments de mesure représentant l'exposition indirecte et/ou des symptômes s'apparentant au STS chez les intervenants sociaux, ce qui a permis d'éliminer les articles faisant davantage référence à la détresse psychologique de manière générale, à l'épuisement professionnel, à la fatigue de compassion ou même au trouble du stress posttraumatique. De plus, en éliminant les échantillons uniquement composés de psychothérapeute, cela a permis de recenser des études traitant davantage du STS, un phénomène qui, comme nous l'avons vu, est susceptible de toucher les intervenants d'une façon différente que le TV. De plus, le critère d'exclusion des intervenants en contexte de catastrophe naturelle ou de guerre a permis d'isoler le phénomène du traumatisme indirect et de contrôler les résultats.

Ensuite, les intervenants de la protection de la jeunesse sont surreprésentés dans ces études, ce qui ne rend pas possible la généralisation des résultats à une population plus large comme il était prévu initialement. En effet, les intervenants de crise du 811, les intervenants de crise en prévention du suicide et les équipes de postvention n'ont pas été représentés dans cet essai. Toutefois, trois études ont été réalisées avec une population québécoise et une autre sur une population de Toronto,

ce qui laisse un ratio acceptable (509 sur 3003 participants) en ce qui concerne les intervenants du Québec/Canada.

Conclusion

Initialement, la définition de l'exposition indirecte aux traumatismes se limitait au fait d'être exposé de façon chronique et répétitive à des détails traumatiques par le biais d'une relation empathique (McCann et Pearlman, 1990) ou par le fait d'être submergé par le désir d'aider une personne en détresse et de sentir incapable de le faire (Figley, 1995). La recension des écrits a permis de représenter l'exposition indirecte au-delà des définitions initiales. Tout d'abord, l'exposition au contenu traumatique pourrait se faire en n'étant pas en contact avec le client, mais en apprenant les détails traumatiques par d'autres personnes par exemple (Horwitz, 2006). Ensuite, le fait d'être avec un client et d'apprendre en même temps que lui une tragédie comme l'annonce d'un cancer par exemple (Joubert *et al.*, 2013) ou bien le fait d'apprendre plus tard qu'un client a été blessé gravement ou est décédé (King, 2022), sont des types d'expositions traumatiques qui ont été associés au STS. Ensuite, les concepts comme la supervision, la charge de travail, le soutien au travail et la culture organisationnelle ont également été nommés comme des facteurs d'influence. Bien que les résultats ne puissent se généraliser à l'ensemble des intervenants sociaux en raison des échantillons majoritairement composés d'intervenants de la DPJ, l'essai a tout de même pu mettre en lumière ces facteurs organisationnels pouvant être associés aux organisations de travail du Québec.

Références

- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1655>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ashley-Binge, S., & Cousins, C. (2020). Individual and organizational practices addressing social workers' experiences of vicarious trauma. *Practice: Social Work in Action*, 32(3), 191-207. <https://doi.org/10.1080/09503153.2019.1620201>
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work*, 33(1), 63-71. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.63>
- Baugerud, G. A., Vangbæk, S., & Melinder, A. (2018). Secondary Traumatic Stress, Burnout and Compassion Satisfaction among Norwegian Child Protection Workers: Protective and Risk Factors. *British Journal of Social Work*, 48(1), 215-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx002>
- Bloom, S. L. (2005). The Sanctuary Model of organizational change for children's residential treatment. *THERAPEUTIC COMMUNITIES -LONDON- ASSOCIATION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES*, 26(1), 61-78. <https://static1.squarespace.com/static/500ee7f0c4aa5f5d4c9fee39/t/53e3ebee4b0e0b89362cb9d/1407445998373/Bloom+TC+Sanctuary+Model+Organization+Development.pdf>
- Bloom, S.L. (2010). Trauma-organised systems and parallel process. *Managing Trauma in the Workplace : Supporting Workers and Organisations* (9) 139-153 <http://ebookcentral.proquest.com/lib/drexel-ebooks/detail.action?docID=57467>
- Bloom, S. L., & Farragher, B. J. (2013). *Restoring sanctuary : a new operating system for trauma-informed systems of care*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199796366.001.0001>
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology*, 25(1), 2-10.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Choi, G.-Y. (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work*, 35(3), 225-242. <https://doi.org/10.1080/03643107.2011.575333>
- Cummings, C. M. A., Singer, J. M. A., Hisaka, R. B. S., & Benuto, L. T. P. (2021). Compassion Satisfaction to Combat Work-Related Burnout, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic

- Stress. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), NP5304-NP5319.
<https://doi.org/10.1177/0886260518799502>
- Dagan, K., Itzhaky, H., & Ben-Porat, A. (2015). Therapists working with trauma victims: The contribution of personal, environmental, and professional-organizational resources to secondary traumatization. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(5), 592-606.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1037038>
- Dagan, S. W., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect*, 51, 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.008>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 1-20). Brunner/Mazel.
<https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1995-97891-001&site=ehost-live>
- Filion, K. (2021). *Les impacts de l'intervention en contexte d'agression sexuelle pour les intervenantes des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel*
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide : les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant*
- Fouda Mah, Y. H. (2022). *Le bien-être psychologique en relation d'aide : vers un modèle empirique intégrateur*
- Horwitz, M. J. (2006). Work-Related Trauma Effects in Child Protection Social Workers. *Journal of Social Service Research*, 32(3), 1-18. https://doi.org/10.1300/J079v32n03_01
- Howlett, S. L., & Collins, A. (2014). Vicarious traumatization: Risk and resilience among crisis support volunteers in a community organization. *South African Journal of Psychology*, 44(2), 180-190.
<https://doi.org/10.1177/0081246314524387>
- Joubert, L., Hocking, A., & Hampson, R. (2013). Social work in oncology—Managing vicarious trauma—The positive impact of professional supervision. *Social Work in Health Care*, 52(2-3), 296-310.
<https://doi.org/10.1080/00981389.2012.737902>
- King, E. A. (2022). Work-related trauma exposure: Influence on child welfare workers' mental health and commitment to the field. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000419>
- Le Pain, I., Larose-Hébert, K., Namian, D., & Kirouac, L. (2021). L'impact des facteurs organisationnels sur les difficultés émotionnelles : perceptions des intervenants sociaux de la Protection de la Jeunesse au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 32(2), 359-381.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1085529ar>

- Lee, J. J., Gottfried, R., & Bride, B. E. (2018). Exposure to client trauma, secondary traumatic stress, and the health of clinical social workers: A mediation analysis. *Clinical Social Work Journal, 46*(3), 228-235. <https://doi.org/10.1007/s10615-017-0638-1>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- Quinn, A., Ji, P., & Nackerud, L. (2019). Predictors of secondary traumatic stress among social workers: Supervision, income, and caseload size. *Journal of Social Work, 19*(4), 504-528. <https://doi.org/10.1177/1468017318762450>
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., & Chau, S. (2004). Predictors of post-traumatic distress in child welfare workers: a linear structural equation model. *Children and Youth Services Review, 26*(4), 331-346. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.02.003>