

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MIEUX COMPRENDRE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES
INTERVENANTS EN SANTÉ MENTALE : CONTRIBUTION INDIRECTE DES
TRAUMAS INTERPERSONNELS VÉCUS DURANT L'ENFANCE VIA LES
ÉCHECS DE MENTALISATION DES TRAUMAS

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ARIANE DALLAIRE

FÉVRIER 2026

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

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Julie Maheux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Roxanne Lemieux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

codirectrice de recherche

Jury d'évaluation :

Julie Maheux, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Marie-Pier Vaillancourt-Morel, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluatrice interne

Isabelle Daigneault, Ph. D.
Université de Montréal

évaluatrice externe

Ce document est rédigé sous la forme d'article(s) scientifique(s), tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 360) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le (les) article(s) a (ont) été rédigé(s) selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité de programmes de cycles supérieurs du département de psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Table des matières

Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Article scientifique – Traumas interpersonnels vécus durant l’enfance chez les intervenants en santé mentale et épuisement professionnel : effet indirect des échecs de mentalisation des traumas	1
Résumé	3
Summary	4
Introduction	5
Épuisement professionnel	6
Traumas vécus par les intervenants dans leur vie personnelle	9
Mentalisation générale et mentalisation des traumas et des contextes d’adversité	12
Objectifs et hypothèses	15
Méthode	16
Participant·es et procédures	16
Instruments	19
Données sociodémographiques et professionnelles	19
Childhood Trauma Questionnaire	19
Questionnaire des échecs de mentalisation du trauma	20
Maslach Burnout Inventory	21
Analyses statistiques	21
Résultats	23

Analyses préliminaires.....	23
Effets directs et indirects des traumas interpersonnels durant l'enfance sur l'épuisement professionnel via les échecs de mentalisation des traumas.....	25
Discussion.....	30
Traumas interpersonnels durant l'enfance et épuisement professionnel.....	31
Traumas interpersonnels durant l'enfance et déficits de mentalisation des traumas.....	33
Échecs de mentalisation des traumas et épuisement professionnel.....	35
Forces et retombées de l'étude.....	39
Limites et recherches futures.....	41
Conclusion.....	43
Références.....	44
Annexe A. Affiche de recrutement.....	53
Annexe B. Formulaire de consentement.....	54
Annexe C. Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains.....	58
Annexe D. Questionnaire sociodémographique.....	59

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques de l'échantillon ($n = 138$)	18
2	Corrélations entre les variables étudiées	25
3	Effets directs et indirects testés entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et la dimension épuisement émotionnel de l'épuisement professionnel	27
4	Effets directs et indirects testés entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et la dimension dépersonnalisation de l'épuisement professionnel.....	28
5	Effets directs et indirects testés entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et la dimension inefficacité de l'épuisement professionnel.....	29

Liste des figures

Figure

- 1 Relations hypothétiques entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et l'épuisement professionnel..... 16
- 2 Modèles d'effets directs et indirects testés entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et les trois dimensions de l'épuisement professionnel.....26

Remerciements

Je souhaite d'abord exprimer ma profonde gratitude à mes directrices de recherche, Julie Maheux et Roxanne Lemieux, pour leur soutien au cours des dernières années. Merci de m'avoir soutenue tout au long de ce parcours doctoral parfois tumultueux. Vos conseils, vos encouragements, votre bienveillance et votre compréhension m'ont été d'une grande aide, particulièrement dans les moments plus difficiles, lorsque ma motivation et ma confiance fluctuaient. Je vous remercie d'avoir cru en moi tout au long de ce processus. Je tiens également à remercier Roxanne de m'avoir offert, dès mon arrivée au doctorat, des opportunités en assistantat de recherche. Ces expériences m'ont permis d'acquérir une foule d'habiletés et se sont avérées très stimulantes.

Je tiens à souligner l'apport de l'ensemble des intervenants ayant donné de leur temps afin de participer à ce projet de recherche. Votre contribution est inestimable et énormément appréciée. Je remercie également le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et les Fonds de recherche du Québec pour leur appui financier.

Je souhaite remercier Annie Lemieux pour l'aide précieuse apportée en lien avec les analyses statistiques nécessaires à mon projet. Je remercie également Christiane Hamelin de m'avoir aidée pour la mise en page de cet essai.

Je remercie mes amies, avec qui j'ai passé des heures dans des cafés à travailler, et aussi à discuter de tout et de rien. Je garde plusieurs souvenirs mémorables de ces

moments à la fois ludiques et riches en échanges inspirants, et je suis choyée d'avoir développé des amitiés si fortes avec vous.

Enfin, je souhaite remercier mes parents et mon conjoint. Votre soutien inconditionnel et continu durant l'ensemble de mon parcours universitaire m'a permis de persévérer et de me rendre à la ligne d'arrivée, et ce, malgré les embûches rencontrées. Votre écoute, vos encouragements et votre compréhension ont une valeur inestimable à mes yeux. J'ai énormément de chance de vous avoir eus à mes côtés durant mon parcours.

Article scientifique

Traumas interpersonnels vécus durant l'enfance chez les intervenants en santé mentale et épuisement professionnel : effet indirect des échecs de mentalisation des traumas

**Traumas interpersonnels vécus durant l'enfance chez les intervenants en santé
mentale et épuisement professionnel : effet indirect des
échecs de mentalisation des traumas**

Ariane Dallaire¹, Julie Maheux² et Roxanne Lemieux³

¹ Doctorante en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec, G8Z 4M3, Canada

² Professeure au Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec, G8Z 4M3, Canada

³ Professeure au Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec, G8Z 4M3, Canada

Un soutien financier a été octroyé à Ariane Dallaire par le biais de bourses de maîtrise du Conseil de recherches en sciences humaines et des Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (<https://doi.org/10.69777/258021>).

Toute correspondance doit être adressée à Roxanne Lemieux, Ph. D., Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec, G8Z 4M3, Canada.

Résumé

Les intervenants en santé mentale effectuent une profession exigeante sur le plan émotionnel, ce qui peut les rendre vulnérables à l'épuisement professionnel. Une expérience de traumatismes interpersonnels durant l'enfance (TIE) pourrait théoriquement accentuer cette vulnérabilité. Or, les études empiriques sont contradictoires quant au rôle des traumatismes sur la vulnérabilité à l'épuisement professionnel, laissant croire que d'autres mécanismes pourraient être en cause, dont la capacité à réfléchir de façon cohérente aux traumatismes vécus. La présente étude a pour objectif de tester des modèles d'effets directs et indirects des TIE sur trois dimensions de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, inefficacité), en considérant le rôle des échecs de mentalisation des traumatismes. Des questionnaires en ligne portant sur ces thématiques ont été remplis par 138 intervenants en santé mentale. Les résultats montrent que les TIE ne sont pas liés significativement et directement aux dimensions de l'épuisement professionnel, mais qu'ils sont liés indirectement aux dimensions épuisement émotionnel et dépersonnalisation par le biais des échecs de mentalisation des traumatismes. L'étude met en évidence que ces échecs à réfléchir aux traumatismes vécus constituent un mécanisme par lequel les TIE influencent l'épuisement professionnel. Ces résultats suggèrent l'importance de soutenir la capacité des intervenants à réfléchir de façon cohérente à leurs propres expériences traumatiques. Les implications pour la formation et la pratique des intervenants sont discutées.

Mots-clés : traumatismes interpersonnels, intervenants en santé mentale, épuisement professionnel, mentalisation des traumatismes et des contextes d'adversité

Summary

Mental health professionals perform an emotionally demanding work, which can make them vulnerable to burnout. Childhood experiences of interpersonal trauma (CIT) could theoretically accentuate this vulnerability. However, empirical studies are contradictory regarding the role of trauma on vulnerability to burnout, suggesting that other mechanisms may be involved, including the ability to reflect coherently on the traumas experienced. The present study aims to test models of direct and indirect effects of CIT on three dimensions of burnout (emotional exhaustion, depersonalization, inefficacy) while considering the role of failures in the mentalization of trauma and adversity. Online questionnaires were completed by 138 mental health professionals. The results show that CIT is not significantly directly linked to burnout dimensions, but that it is indirectly linked to emotional exhaustion and depersonalization through failures in the mentalization of trauma and adversity. The study therefore highlights that these failures could represent a pathway through which CIT influence burnout. These results highlight the importance of supporting professionals' ability to reflect on their own traumatic experiences. Implications for professionals' training and practice are discussed.

Keywords: interpersonal trauma, mental health professionals, burnout, mentalization of trauma and adverse relationships

Introduction

L'intervention en santé mentale nécessite d'interagir quotidiennement avec des individus vulnérables ou en détresse, ayant vécu diverses expériences d'adversité et présentant des enjeux multiples et complexes (Sucich et al., 2023; Warren et al., 2013). Bien que cette profession soit enrichissante et puisse apporter des bénéfices personnels aux intervenants (p. ex., da Cunha & Vandenberghe, 2024), elle comporte son lot de défis : exposition à des récits difficiles ou à des agirs violents, résistance au changement ou rechutes des clients, imputabilité quant à leur sécurité, etc. (Le Pain et al., 2021; Warren et al., 2013). L'intervention est susceptible de faire vivre des sentiments complexes et potentiellement envahissants, tels que l'impuissance, la frustration, la tristesse et la peur. Les intervenants doivent également composer avec une double charge émotionnelle, en contenant à la fois les émotions de leurs clients et les leurs (Maheux et al., 2022). Il est reconnu que cette charge, à laquelle s'ajoutent de multiples facteurs organisationnels (p. ex., surcharge de travail, manque de soutien, de supervision et de reconnaissance, faible autonomie professionnelle, vécu d'événements traumatiques au travail) peut les prédisposer à l'épuisement professionnel (p. ex., Labrecque et al., 2024; Le Pain et al., 2021; O'Connor et al., 2018; van Hoy & Rzeszutek, 2022; Yang & Hayes, 2020). Il n'est donc pas surprenant que jusqu'à 60 % des intervenants rapportent un niveau élevé ou très élevé de détresse psychologique au travail (Ocampo-Picard, 2017). Au Québec, de 2014 à 2019, le secteur des soins de santé et des services sociaux est celui où les dépenses liées aux lésions psychologiques au travail ont été les plus élevées, totalisant 224 millions de

dollars, soit 22 % de l'ensemble des coûts estimés attribuables aux lésions psychologiques au travail (Lebeau et al., 2024).

L'épuisement professionnel est relié à l'absentéisme, au présentéisme, à la diminution de la satisfaction au travail et au roulement de personnel (Johnson-Kwochka et al., 2020; Yang & Hayes, 2020). Ces enjeux s'avèrent préoccupants en raison de la pénurie d'intervenants pouvant offrir des services en santé mentale (Fleury, 2023; Yang & Hayes, 2020). À la fin de l'année 2025, plus de 11 500 personnes étaient en attente d'un service de première ligne en santé mentale au Québec, dont plus de 5000 considérées hors délai (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025)¹. Puisque l'importance d'intervenir rapidement afin d'éviter la détérioration des individus a été maintes fois démontrée (Eichstedt et al., 2024), il est nécessaire de se préoccuper du bien-être psychologique des intervenants.

Épuisement professionnel

Il n'existe pas de consensus dans la littérature sur la définition de l'épuisement professionnel (Turnbull & Rhodes, 2021). Celle de Maslach et Leiter (2016), parmi les plus citées, stipule qu'il s'agit d'un syndrome psychologique découlant d'une exposition chronique à des stressors émotionnels et interpersonnels au travail provoquant une diminution progressive des ressources émotionnelles. L'épuisement professionnel comporte trois dimensions, soit l'épuisement émotionnel (épuisement des ressources

¹ Cette statistique est mise à jour quotidiennement. Le chiffre indiqué est celui du 13 décembre 2025.

émotionnelles, fatigue), la dépersonnalisation (cynisme, attitudes et comportements négatifs, détachés ou indifférents à l'égard des clients, des collègues et de l'organisation) et la diminution du sentiment d'accomplissement personnel (sentiment d'inefficacité).

Une méta-analyse estimant les niveaux d'épuisement professionnel chez des intervenants en santé mentale de professions variées ($n = 9409$; infirmières, médecins, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux) et de différents pays regroupe plusieurs écrits ayant utilisé le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) ($n = 33$) (O'Connor et al., 2018). Les résultats révèlent que le taux de prévalence était de 40 % pour l'épuisement émotionnel, de 22 % pour la dépersonnalisation et de 19 % pour l'inefficacité. Ici, au Québec, les taux de prévalence rapportés par les psychothérapeutes ($n = 240$) sont moindres, se chiffrant respectivement à 22 %, 12 % et 4 % (Laverdière et al., 2018). Ailleurs dans le monde, plus de la moitié des psychothérapeutes ($n = 8808$) rapporte des niveaux modérés à élevés d'épuisement professionnel selon une revue systématique (Simionato & Simpson, 2018). Bien que ces prévalences varient d'un pays à l'autre (van Hoy & Rzeszutek, 2022), elles demeurent préoccupantes, car l'épuisement professionnel peut entraîner, en plus des répercussions sur l'offre de services en santé mentale, plusieurs conséquences sur les professionnels et leurs clients.

L'épuisement professionnel a notamment été associé à diverses difficultés chez les intervenants, comme des maux physiques, une vulnérabilité accrue aux troubles mentaux (p. ex., anxiété, dépression), une diminution de l'estime de soi, des questionnements sur

leur identité professionnelle et leur choix de carrière et de l'isolement social (Bell et al., 2024; Finan et al., 2022; Vivolo et al., 2024; Yang & Hayes, 2020). Sur le plan clinique, les intervenants épuisés peuvent s'avérer moins empathiques, sensibles et disponibles émotionnellement, et peuvent présenter des comportements d'évitement cognitif, émotionnel ou comportemental envers certaines tâches ou clients (Vivolo et al., 2024; Yang & Hayes, 2020). Cela peut compromettre leur capacité à créer et à maintenir une alliance thérapeutique ainsi que diminuer l'efficacité et la qualité des soins, altérant les progrès et le bien-être des clients (Bell et al., 2024; Yang & Hayes, 2020).

Or, alors que certains intervenants développeront des symptômes d'épuisement au cours de leur carrière, d'autres maintiendront un état de bien-être et une bonne santé mentale malgré les stressors et les facteurs organisationnels défavorables auxquels ils sont exposés (O'Connor et al., 2018). Divers facteurs de risque ou de protection individuels ont été reliés à l'épuisement professionnel chez les intervenants. Un plus jeune âge et moins d'années d'expérience au sein de la profession sont fréquemment associés à davantage d'épuisement professionnel (p. ex., McCormack et al., 2018; O'Connor et al., 2018; Simionato & Simpson, 2018; van Hoy & Rzeszutek, 2022). Un niveau d'études plus élevé est aussi relié à une augmentation de l'épuisement professionnel (p. ex., Yang & Hayes, 2020). Le névrosisme et la réactivité émotionnelle, les stratégies d'adaptation évitantes ou centrées sur les émotions et certaines composantes de l'empathie (contagion émotionnelle, empathie cognitive) ont aussi été liés positivement à l'épuisement professionnel (Simionato & Simpson, 2018; van Hoy & Rzeszutek, 2022; Zhang et

al., 2024). À l'inverse, l'extraversion, la résilience, l'intelligence émotionnelle et les stratégies de coping centrées sur le problème, la pleine conscience, les comportements de *self-care* et le sentiment d'autoefficacité ont été identifiés comme des facteurs de protection de l'épuisement professionnel (Labrecque et al., 2024; McCormack et al., 2018; Simionato & Simpson, 2018; van Hoy & Rzeszutek, 2022; Yang & Hayes, 2020).

Ainsi, bien que diverses variables individuelles aient déjà été associées à l'épuisement professionnel, peu d'études permettent de comprendre les mécanismes psychologiques par lesquels certaines de ces variables contribuent à la sévérité de l'épuisement professionnel des intervenants. Or, il apparaît crucial de s'y intéresser afin de clarifier les processus explicatifs sous-jacents à l'épuisement professionnel, notamment en vue d'identifier des cibles de prévention et d'intervention potentielles (van Hoy & Rzeszutek, 2022). Les traumatismes vécus durant l'enfance par les intervenants et leur façon de composer avec ceux-ci méritent notamment d'être explorés.

Traumas vécus par les intervenants dans leur vie personnelle

Plus du tiers de la population générale a vécu des traumatismes interpersonnels durant l'enfance (TIE) (Afifi et al., 2025), incluant des abus physiques, sexuels ou émotionnels et de la négligence physique ou émotionnelle. Chez les intervenants, bien que les prévalences varient selon les études, elles surpassent grandement celles rapportées dans la population générale, jusqu'à 82,5 % des intervenants rapportent un tel historique dans leur vie personnelle (Henderson et al., 2025; Mercer et al., 2023). Les TIE peuvent entraîner des

conséquences sur plusieurs sphères de fonctionnement, et ce, jusqu'à l'âge adulte (Godbout et al., 2018). Plusieurs de ces sphères sont d'ailleurs sollicitées en intervention, telles que les relations interpersonnelles, la régulation émotionnelle et la vulnérabilité au stress.

Considérant les répercussions des TIE, il est possible qu'un passé traumatique puisse être associé à un risque accru d'épuisement professionnel, car les ressources adaptatives des intervenants sont grandement sollicitées lors des interactions avec les clients. Néanmoins, les résultats des études sur le lien entre un vécu traumatique chez les intervenants et l'épuisement professionnel varient, tel que l'illustrent les résultats des deux revues systématiques réalisées sur le sujet (Leung et al., 2023; Mercer et al., 2023). La grande majorité des études recensées ($n = 10/11$) par Leung et ses collègues (2023) n'a identifié aucun lien entre un historique de trauma et l'épuisement professionnel chez les intervenants (p. ex., Kulkarni et al., 2013; Ray et al., 2013; Sodeke-Gregson et al., 2013). Mercer et ses collègues (2023) se sont penchés sur des expériences d'adversité vécues au cours de l'enfance (ACEs), lesquelles englobent un ensemble élargi de situations d'adversité, chez les travailleurs de la santé et des services sociaux. Ils concluent que les professionnels ayant vécu des ACEs sont plus susceptibles de rapporter du stress au travail, mais que la littérature s'avère contradictoire en ce qui a trait à l'épuisement professionnel, notamment chez les intervenants en santé mentale. Ainsi, d'une part, certains auteurs ont observé un lien positif significatif entre les TIE et l'épuisement professionnel (p. ex., Brown et al., 2022; La Mott & Martin, 2019; Parker et al., 2022; Rossi et al., 2012; Skar et al., 2023). D'autre part, une relation négative significative entre

les TIE et l'épuisement professionnel a également été observée dans deux études (Corbett-Hone & Johnson, 2022; Hiles Howard et al., 2015). Dans l'étude de Corbett-Hone et Johnson (2022), la variance de l'épuisement professionnel était principalement attribuable à un trauma partagé, c'est-à-dire que les professionnels ayant un historique de trafic humain similaire à celui de leurs clients présentaient des niveaux plus faibles d'épuisement professionnel.

Les divergences dans les différents écrits pourraient notamment être expliquées par la conceptualisation des variables. Entre autres, certaines études incluent les traumas vécus durant l'enfance seulement (p. ex., Brown et al., 2022; Hiles Howard et al., 2015; La Mott & Martin, 2019; Milne et al., 2024; Stevens et al., 2002), alors que d'autres incluent aussi ceux vécus à l'âge adulte (p. ex., Corbett-Hone & Johnson, 2022; Devilly et al., 2009; Ray et al., 2013). Certaines études ne précisent pas les événements traumatiques examinés ou questionnent la présence subjective d'un historique de trauma, sans en spécifier la nature exacte (p. ex., Ben-Porat & Itzhaky, 2014; Rossi et al., 2012; Skar et al., 2023; Sodeke-Gregson et al., 2013). Enfin, certains auteurs n'utilisent pas de questionnaire validé (p. ex., Killian, 2008), ou utilisent seulement certains items d'un questionnaire existant (p. ex., Icekson et al., 2024; Kulkarni et al., 2013). Ces résultats contradictoires suggèrent également qu'une expérience de TIE peut être liée à différentes issues quant à l'épuisement professionnel, et que la seule présence d'un tel historique ne permet pas de prédire les difficultés psychologiques vécues (Hiles Howard et al., 2015; Milne et al., 2024).

À cet égard, certains auteurs ont tenté d'élucider les mécanismes psychologiques sous-jacents reliant les TIE à l'épuisement professionnel. Ces études ont établi un lien indirect significatif entre les ACEs et l'épuisement professionnel par le biais de la résilience (Milne et al., 2024) ou par le biais des styles d'attachement anxieux et évitant (Icekson et al., 2024). Ces résultats suggèrent que l'influence directe des TIE sur les difficultés liées au travail pourrait s'expliquer, en tout ou en partie, par d'autres phénomènes. Or, à notre connaissance, il s'agit des seules études réalisées auprès d'intervenants en santé mentale ayant tenté de mieux comprendre les mécanismes explicatifs de la relation entre les TIE et l'épuisement professionnel. Les capacités de mentalisation liées aux traumas et à l'adversité des intervenants représentent une piste prometteuse à explorer étant donné la possibilité d'intervenir sur celles-ci.

Mentalisation générale et mentalisation des traumas et des contextes d'adversité

La mentalisation consiste en la capacité d'un individu à interpréter et à donner un sens à ses comportements et à ses réactions ainsi qu'à celles d'autrui en termes d'états mentaux (Bateman & Fonagy, 2010). De bonnes capacités de mentalisation permettent l'élaboration d'une compréhension cohérente de ce qui se passe en soi et chez autrui, favorisant une meilleure régulation émotionnelle et une meilleure adaptation lors de situations de stress, tout en permettant de donner un sens aux expériences d'adversité (Castellini et al., 2024; Schwarzer et al., 2024). Or, les TIE compliquent le déploiement de bonnes capacités de mentalisation, puisque celles-ci se développent lors d'interactions avec des figures d'attachement sensibles et réflexives face au monde intérieur de l'enfant

(Berthelot et al., 2013; Yang & Huang, 2024). Néanmoins, il existe des différences individuelles chez les individus ayant vécu des traumatismes (Berthelot et al., 2022, 2024). Les capacités de mentalisation n'étant par ailleurs pas statiques, il est possible d'améliorer celles-ci par le biais de l'entraînement et de la psychothérapie, par exemple (Ensink et al., 2013; Lüdemann et al., 2021).

Dans une étude de Castellini et ses collaborateurs (2024) réalisée auprès d'étudiants en psychiatrie ($n = 645$), la mentalisation jouait un rôle médiateur entre les TIE et deux dimensions de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel et dépersonnalisation). Dans une autre étude, les déficits de mentalisation prédisaient positivement et significativement les trois dimensions de l'épuisement professionnel chez des médecins et des infirmières ($n = 406$; Safiye et al., 2022). Enfin, des scores plus élevés de certitude envers les états mentaux prédisaient davantage d'épuisement professionnel un an plus tard dans un échantillon restreint de psychothérapeutes ($n = 40$) (Brugnera et al., 2023). Les auteurs soutiennent que les psychothérapeutes présentant trop de certitude face aux états mentaux seraient plus engagés émotionnellement auprès de leurs clients, mais plus à risque de s'identifier excessivement à ceux-ci. En somme, bien que davantage d'études soient nécessaires, la mentalisation apparaît pertinente à investiguer en lien avec l'épuisement professionnel.

Étant donné que les capacités de mentalisation s'avèrent spécifiques au contexte dans lequel elles sont déployées (Luyten et al., 2020), des chercheurs ont proposé le concept de

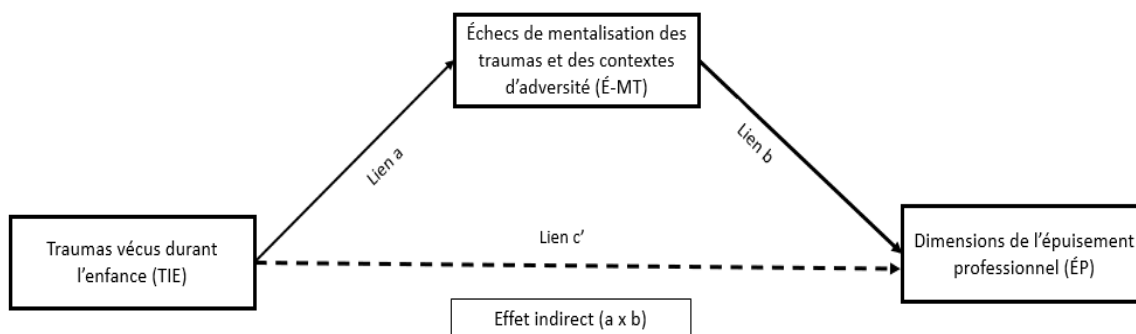
mentalisation des traumatismes et des contextes d'adversité. Celui-ci réfère à la capacité des individus à réfléchir aux états mentaux et aux répercussions psychologiques et relationnelles des situations difficiles vécues afin de leur attribuer un sens. Cette capacité pourrait mieux prédire l'adaptation des individus que les événements eux-mêmes (Berthelot et al., 2022). À cet effet, les échecs de mentalisation des traumatismes, soit l'impossibilité de conserver une pensée cohérente en réfléchissant aux TIE ou aux relations difficiles vécues, ont été reliés à diverses difficultés dans la population générale, tels que des symptômes intériorisés et dissociatifs, des dysfonctionnements de la personnalité et de la violence conjugale perpétrée ou subie (Berthelot & Garon-Bissonnette, 2025; Berthelot et al., 2022; Gamache et al., 2022). Les échecs de mentalisation des traumatismes joueraient aussi un rôle médiateur dans le lien entre le fonctionnement de la personnalité et divers symptômes psychologiques (Gamache et al., 2022). Pour ce qui est des intervenants, dès 1995, Figley avançait que les traumatismes non résolus pouvaient être activés lors des contacts avec les clients et les rendre plus vulnérables. Les auteurs d'une plus récente étude suggèrent également que les intervenants dont les traumatismes n'ont pas été résolus pourraient être plus affectés par les récits des clients faisant écho à leur vécu (Ben-Porat & Ithzaky, 2014). Or, à notre connaissance, aucune étude n'a investigué le rôle des échecs de mentalisation des traumatismes dans le lien entre les TIE et l'épuisement professionnel chez les intervenants en santé mentale.

Objectifs et hypothèses

L'objectif général de l'étude est de tester des modèles d'effets directs et indirects des traumas vécus par les intervenants sur l'épuisement professionnel, mesuré selon trois dimensions soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'inefficacité, en considérant les échecs de mentalisation des traumas. Les hypothèses de recherche sont les suivantes : (1) la sévérité des TIE sera associée positivement aux échecs de mentalisation des traumas; (2) les niveaux d'échecs de mentalisation des traumas seront associés positivement aux trois dimensions de l'épuisement professionnel; et (3) la sévérité des TIE sera associée aux trois dimensions de l'épuisement professionnel indirectement, via les échecs de mentalisation des traumas lorsque ces derniers seront considérés. La Figure 1 présente le modèle théorique testé. En raison de la conceptualisation tridimensionnelle de l'épuisement professionnel, chaque dimension sera examinée séparément. Diverses covariables sont considérées dans les analyses, selon leurs liens avec les principales variables à l'étude : l'âge (relation négative; p. ex., Simionato & Simpson, 2018), le niveau d'études (relation positive avec l'épuisement professionnel; Yang & Hayes, 2020; relation négative avec les échecs de mentalisation des traumas; Garon-Bissonnette et al., 2023), le vécu d'un événement traumatique dans le cadre de l'emploi (relation positive; Radey & Wilke, 2024) et la supervision (facteur de protection de l'épuisement professionnel selon divers travaux quantitatifs et qualitatifs; McCormack et al., 2018; O'Connor et al., 2018; Turnbull & Rhodes, 2021; van Hoy & Rzeszutek, 2022).

Figure 1

Relations hypothétiques entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et l'épuisement professionnel



Méthode

Participant·es et procédures

L'étude adopte un devis quantitatif transversal et s'est déroulée en ligne durant la pandémie de COVID-19, de novembre 2020 à novembre 2021. Les professionnels ont été contactés via diverses associations, ordres professionnels, listes de diffusion et réseaux sociaux ciblant des intervenants au Québec. Pour pouvoir participer, ils devaient effectuer de la relation d'aide, des interventions psychosociales ou de la psychothérapie de façon active (contacts directs) à raison d'au moins cinq heures par semaine, depuis au moins six mois (voir l'affiche de recrutement en Annexe A et le formulaire de consentement en Annexe B). Peu d'études sur l'épuisement professionnel ont été réalisées au Québec auprès d'intervenants en santé mentale. Des professionnels de diverses professions exerçant en santé mentale ont été recrutés dans l'étude par souci d'inclusivité et compte tenu qu'ils ont en commun l'exposition quotidienne à la souffrance d'autrui et la grande charge

émotionnelle associée à celle-ci. La diversification des professions a également permis de rejoindre davantage de personnes et, par le fait même, d'obtenir une plus grande puissance statistique. Des 184 participants ayant débuté la participation à l'étude, 160 (environ 87 %) l'ont complétée. Des tests t pour échantillons indépendants démontrent qu'aucune différence significative n'a été identifiée entre les intervenants inclus dans l'échantillon et ceux n'ayant pas terminé la complétion quant à la sévérité des TIE [$t(182) = 0,33$, $p = 0,742$], l'âge [$t(174) = -1,10$, $p = 0,274$], le fait de bénéficier de supervision [$t(182) = -0,17$, $p = 0,863$] et le vécu d'un événement traumatique au travail [$t(81,26) = 1,01$, $p = 0,314$]. Tel que démontré par des tests exacts de Fisher, les deux groupes ne diffèrent pas non plus sur le genre ($p = 0,251$), le niveau d'études ($p = 0,627$) ou le fait d'avoir vécu ou non un arrêt de travail ($p = 0,847$). Dû à un trop faible taux de réponse par les participant·es n'ayant pas complété l'étude, il n'est pas possible de comparer les deux groupes sur l'épuisement professionnel ($n = 0$) et les échecs de mentalisation des traumas ($n = 2$).

L'échantillon final est composé de 138 personnes (86,2 % de femmes) âgées entre 22 et 70 ans ($M = 38,92$, $ÉT = 11,33$). Le Tableau 1 montre que celles-ci sont majoritairement psychologues (53,6 %), éducatrices spécialisées (10,9 %), ou travailleuses sociales (10,1 %), et que la majorité (92 %) détient un diplôme universitaire. Un peu plus du tiers (36,2 %) rapporte un vécu d'évènement traumatique dans le cadre de l'emploi; la nature de l'évènement n'a toutefois pas été questionnée. Une proportion similaire (31,6 %) signale au moins un arrêt de travail au cours de sa carrière.

Tableau 1*Caractéristiques de l'échantillon (n = 138)*

Variables	%	n
Genre		
Femme	86,2	119
Homme	12,4	17
Non binaire	1,4	2
Âge		
18-25 ans	7,2	10
26-35 ans	34,8	48
36-45 ans	34,8	48
46-55 ans	11,6	16
56 ans et plus	11,6	16
Niveau d'études		
Collégial	8,0	11
Certificat	4,3	6
Baccalauréat	23,9	33
Maîtrise	29,7	41
Doctorat/Post-doctorat	34,1	47
Profession		
Psychologue	53,6	74
Éducateur spécialisé	10,9	15
Travailleur social	10,1	14
Infirmière en santé mentale	6,5	9
Sexologue	5,8	8
Autres (p. ex., médecin, ergothérapeute)	13,1	18
Milieu(x) de pratique		
Public	36,2	50
Privé	20,3	28
Communautaire	13,0	18
Public et privé	21,0	29
Autres combinaisons de milieux	9,4	13
Recours à la supervision		
Oui	59,4	82
Non	40,6	56
Évènement traumatique dans l'emploi actuel		
Oui	36,2	50
Non	63,8	88

Tableau 1*Caractéristiques de l'échantillon (n = 138) (suite)*

Variables	%	<i>n</i>
Arrêt de travail		
Aucun	68,4	93
Un	20,6	28
Deux ou plus	11,0	15

Concernant la supervision, 59,4 % de l'échantillon en bénéficie. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'université des chercheuses qui en sont responsables (Julie Maheux et Roxanne Lemieux) (voir Annexe C).

Instruments

Données sociodémographiques et professionnelles

Un questionnaire a été créé afin de décrire l'échantillon sur le plan sociodémographique (p. ex., âge, niveau d'études, profession), et professionnel (p. ex., milieu de pratique, vécu d'un événement traumatique dans le cadre de l'emploi, recours à la supervision). Le questionnaire est présenté en Annexe D.

Childhood Trauma Questionnaire

Le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ-28 : Bernstein et al., 2003, traduit par Lacharité et al., 2002) permet d'évaluer cinq formes d'abus et de négligence vécues avant l'âge de 18 ans, soit les abus physiques (p. ex., « j'étais puni·e avec une ceinture, un bâton, une corde ou un autre objet dur »), sexuels (p. ex., « je crois que j'ai été abusé·e

sexuellement ») et émotionnels (p. ex., « je sentais que quelqu'un dans la famille me haïssait »), de même que la négligence émotionnelle (cotation inversée; p. ex., « je me sentais aimé·e ») et physique (p. ex., « je n'avais pas suffisamment à manger »). Les 28 items (cinq par type d'évènement, trois items de validité) sont répondus sur une échelle allant de *jamais vrai* (1) à *très souvent vrai* (5). Le score de sévérité globale a été utilisé, un score plus élevé indiquant une plus grande ampleur d'exposition à de la maltraitance ou à de la négligence. Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach est bon ($\alpha = 0,82$).

Questionnaire des échecs de mentalisation du trauma

Le *Questionnaire des échecs de mentalisation du trauma* (Berthelot et al., 2022) évalue les échecs de mentalisation des traumas et des contextes d'adversité chez les individus ayant vécu ou non des traumas. La consigne du questionnaire est la suivante : « Le questionnaire suivant concerne des expériences difficiles que vous auriez pu vivre au cours de votre vie. Ces expériences incluent des situations au cours desquelles vous avez vécu de fortes émotions négatives (p. ex., vous être senti·e trahi·e, blessé·e , abandonné·e, utilisé·e, non respecté·e, effrayé·e ou dépassé·e). » Les 29 items sont répondus sur une échelle allant de *totalemment en désaccord* (0) à *totalemment d'accord* (4) et sont divisés en sept sous-échelles, soit grandiosité, identification avec la victime, identification avec l'agresseur, justification du trauma, désorganisation de la pensée, absorption et évitement des pensées. Seul le score global a été utilisé dans la présente étude. L'alpha de Cronbach est bon ($\alpha = 0,86$).

Maslach Burnout Inventory

Le MBI (Maslach et al., 1997, traduit par Dion & Tessier, 1994) a été utilisé afin de mesurer l'épuisement professionnel. L'outil de 22 items évalue des attitudes ou des sentiments envers le travail, les pratiques professionnelles et les relations avec les clients. Il mesure les trois dimensions de l'épuisement professionnel selon les travaux de Maslach, soit l'épuisement émotionnel (9 items; p. ex., « je me sens émotionnellement vidé·e par mon travail »), la dépersonnalisation (5 items; p. ex., « je suis devenu·e plus insensible envers les gens depuis que je fais ce travail ») et le sentiment d'accomplissement personnel (8 items; p. ex., « je m'occupe très efficacement des problèmes de mes clients »). Cette dernière dimension est représentée, dans la présente étude, par le terme « inefficacité ». Les scores ont été inversés afin d'assurer une cohérence directionnelle entre les dimensions. L'intervenant doit indiquer, sur une échelle allant de *jamais* (0) à *chaque jour* (6), à quelle fréquence il ressent ce qui est décrit. Les scores aux items de chaque dimension sont additionnés séparément afin d'obtenir leurs sous-totaux. Pour les trois dimensions, des scores plus élevés correspondent à des niveaux plus élevés d'épuisement professionnel. L'alpha de Cronbach est excellent ($\alpha = 0,92$) pour l'épuisement émotionnel et acceptable pour la dépersonnalisation ($\alpha = 0,71$) et l'inefficacité ($\alpha = 0,70$).

Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées avec SPSS 29.0. Un test de puissance a priori a été réalisé afin de déterminer la taille d'échantillon nécessaire à la présente étude. Le logiciel

G*Power ne permet pas d'estimer la puissance statistique associée aux effets indirects dans les modèles de médiation. Celle-ci a donc été estimée à l'aide d'une règle empirique suggérant un minimum de 10 participants par paramètre (VanVoorhis & Morgan, 2007). La présente étude comporte 11 paramètres, incluant les effets de cinq variables sur les échecs de mentalisation et de six variables sur la dimension de l'épuisement professionnel. Un échantillon de 110 participants était conséquemment nécessaire afin de détecter des tailles d'effet moyennes à grandes. Étant donné le peu de données manquantes, celles-ci ont été remplacées par la moyenne obtenue à la sous-échelle à laquelle correspondaient les items manquants, pour les trois instruments validés utilisés (MBI, CTQ et QEMT). Une winzoration des données a été appliquée au 95^e percentile afin de limiter l'influence des données extrêmes sur les analyses tout en conservant un maximum de participant·es et de puissance statistique. Des tests non paramétriques ont été effectués, puisque les distributions des instruments validés présentaient une asymétrie positive, la plupart des intervenants présentant des valeurs basses sur les variables mesurées. Des corrélations de Spearman et des tests de Mann-Whitney et de Kruskal-Wallis ont permis de vérifier les liens entre les variables et avec les covariables potentielles. Des analyses de médiation via l'extension PROCESS v4.2 ont été effectuées. Les coefficients des équations ont été estimés par régression des moindres carrés ordinaires (OLS). Les effets indirects ont été calculés comme le produit des coefficients $a \times b$ (voir Figure 1), et sa significativité a été évaluée à l'aide d'une procédure de rééchantillonnage (*bootstrap*) à 10 000 répétitions pour construire l'intervalle de confiance à 95 % (Hayes, 2022). Le lien indirect est considéré significatif si l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur 0. Cette

stratégie, particulièrement utile pour l'étude des effets indirects, tient compte de la non-normalité des distributions et permet une estimation plus précise que d'autres approches médiatrices (Shrout & Bolger, 2002).

Résultats

Analyses préliminaires

Plus de la moitié de l'échantillon (60,1 %) a vécu au moins un type de TIE ($M = 40,65$, $ÉT = 12,14$). Bien que les proportions d'intervenants ayant vécu des TIE varient selon les études, ce pourcentage s'avère similaire à plusieurs écrits ayant rapporté des prévalences supérieures à 50 % pour cette population (p. ex., Hiles Howard et al., 2015; Kulkarni et al., 2013; Milne et al., 2024). Pour leur part, les niveaux d'échecs de mentalisation des traumatismes ($M = 5,48$, $ÉT = 2,87$) s'apparentent à ceux de l'étude de validation initiale de l'instrument réalisée auprès de la population générale ($M = 5,22$, $ÉT = 3,43$) (Berthelot et al., 2022). Les niveaux d'épuisement émotionnel ($M = 21,48$, $ÉT = 11,71$) semblent similaires à ceux observés à partir du même instrument dans les méta-analyses et revues systématiques réalisées auprès d'intervenants en santé mentale ($M = 21,11$, $ÉT =$ non rapporté) (O'Connor et al., 2018) et de psychothérapeutes ($M = 19,69$, $ÉT =$ non rapporté) (Simionato & Simpson, 2018), mais apparaissent plus élevés que les niveaux observés auprès de psychothérapeutes québécois ($M = 14,39$, $ÉT = 9,86$) (Laverdière et al., 2018). Pour leur part, les niveaux de dépersonnalisation ($M = 4,70$, $ÉT = 3,92$) sont comparables à ceux obtenus auprès des psychothérapeutes québécois ($M = 4,08$, $ÉT = 3,73$) (Laverdière et al., 2018), mais semblent moins élevés

que ceux rapportés dans les méta-analyses auprès de psychothérapeutes ($M = 5,56$, $ÉT =$ non rapporté) (Simionato & Simpson, 2018) et d'intervenants en santé mentale ($M = 6,76$, $ÉT =$ non rapporté) (O'Connor et al., 2018). Enfin, les niveaux d'accomplissement personnel observés ($M = 39,76$, $ÉT = 4,81$) apparaissent similaires à ceux des psychothérapeutes québécois ($M = 39,80$, $ÉT = 5,81$) (Laverdière et al., 2018) et des psychothérapeutes en général ($M = 39,30$, $ÉT =$ non rapporté) (Simionato & Simpson, 2018). Ils semblent toutefois plus élevés que ceux d'intervenants en santé mentale de professions et de provenances variées ($M = 34,60$, $ÉT =$ non rapporté) (O'Connor et al., 2018), suggérant un plus haut niveau d'accomplissement chez les professionnels de notre étude. Rappelons que, pour les analyses subséquentes, l'accomplissement personnel est opérationnalisé sous le terme « inefficacité » et coté de manière inversée afin de faciliter l'interprétation et la discussion des résultats.

Les corrélations entre les variables sont présentées dans le Tableau 2. Les résultats montrent une corrélation positive et significative entre les TIE et les échecs de mentalisation des traumas, ainsi qu'entre les échecs de mentalisation des traumas et deux dimensions de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel et dépersonnalisation). Aucun lien n'a été observé entre les TIE et les dimensions de l'épuisement professionnel.

Tableau 2*Corrélations entre les variables étudiées*

Variables	2	3	4	5	6	7	8	9
(1) Sévérité des traumas	0,39**	0,00	-0,00	-0,12	0,24**	-0,13	0,15	0,01
(2) Échecs de mentalisation des traumas	–	0,21*	0,27**	0,13	-0,09	-0,29**	0,11	-0,12
(3) Épuisement émotionnel		–	0,46**	0,39**	-0,16	0,12	0,27**	-0,25**
(4) Dépersonnalisation			–	0,35**	-0,10	-0,01	0,15	-0,27**
(5) Inefficacité				–	-0,25**	-0,03	0,13	-0,15
(6) Âge					–	0,12*	0,16	-0,12
(7) Scolarité						–	-0,15	-0,01
(8) Évènement traumatique au travail							–	-0,11
(9) Supervision								–

Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

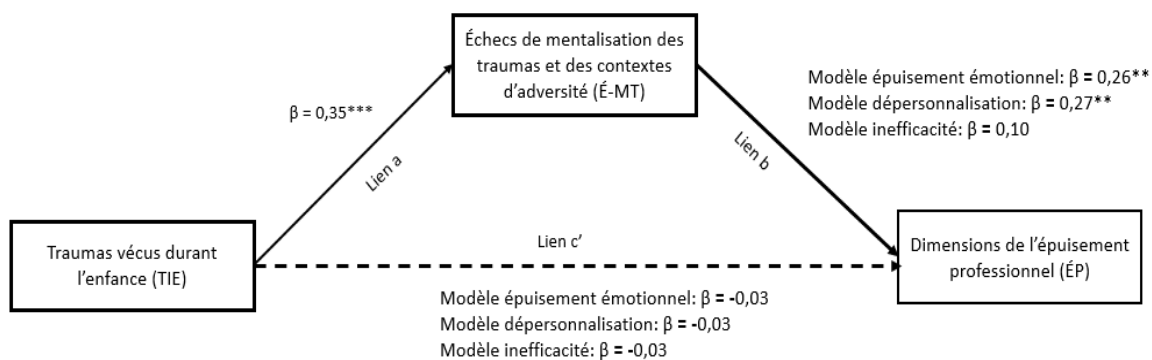
Effets directs et indirects des traumas interpersonnels durant l'enfance sur l'épuisement professionnel via les échecs de mentalisation des traumas

Des modèles d'effets directs et indirects (voir Figure 2 et Tableaux 3 à 5) ont été conduits afin d'explorer les liens entre les TIE et chacune des dimensions de l'épuisement professionnel, en considérant les échecs de mentalisation des traumas et en contrôlant pour les covariables significativement liées aux échecs de mentalisation des traumas ou à l'épuisement professionnel dans les corrélations ou lors d'études précédentes, soit l'âge, le niveau d'étude, la supervision et un vécu traumatique dans le cadre de l'emploi. Pour chacun des modèles, un effet positif significatif récurrent est observé entre la sévérité des TIE et les échecs de mentalisation des traumas (lien a) ($b = 0,35$, IC 95% [0,19, 0,51],

$t = 4,28, p < 0,001$). Les analyses montrent que 21,90 % de la variance des échecs de mentalisation des traumas est expliquée par la sévérité des TIE et les covariables du niveau d'étude et de la supervision.

Figure 2

Modèles d'effets directs et indirects testés entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et les trois dimensions de l'épuisement professionnel



Note. Les covariables âge, niveau d'études, supervision et vécu d'un évènement traumatique dans le cadre de l'emploi actuel ont été prises en compte dans les analyses. Les coefficients présentés sont standardisés.

$**p < 0,01$. $***p < 0,001$.

Tableau 3

Effets directs et indirects testés entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et la dimension épuisement émotionnel de l'épuisement professionnel

Variables	<i>b</i>	<i>p</i>	IC à 95%
Variabiles principales			
Sévérité des traumas → Épuisement émotionnel (c')	-0,027	0,754	[-0,194; 0,141]
Sévérité des traumas → Échecs de mentalisation des traumas (a)	0,351	< 0,001***	[0,189; 0,514]
Échecs de mentalisation des traumas → Épuisement émotionnel (b)	0,258	0,003**	[0,092; 0,425]
Sévérité des traumas → Épuisement émotionnel (a × b)	0,091	—	[0,027; 0,176]
Covariabiles			
Âge → Épuisement émotionnel	-0,020	0,007**	[-0,034; -0,006]
Scolarité → Épuisement émotionnel	0,211	0,002**	[0,080; 0,342]
Supervision → Épuisement émotionnel	-0,466	0,004**	[-0,779; -0,153]
Évènement traumatique au travail → Épuisement émotionnel	0,616	< 0,001***	[0,298; 0,935]

Note. Les coefficients présentés sont non standardisés. Les intervalles de confiance à 95 % sont issus de procédures bootstrap à 10 000 rééchantillonnages. L'effet indirect (*a* × *b*) est considéré comme significatif lorsque l'intervalle de confiance n'inclut pas zéro
 * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 4

Effets directs et indirects testés entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et la dimension dépersonnalisation de l'épuisement professionnel

Variables	<i>b</i>	<i>p</i>	IC à 95%
Variabes principales			
Sévérité des traumas → Dépersonnalisation (c')	-0,032	0,727	[-0,210; 0,147]
Sévérité des traumas → Échecs de mentalisation des traumas (a)	0,351	< 0,001***	[0,189; 0,514]
Échecs de mentalisation des traumas → Dépersonnalisation (b)	0,270	0,003**	[0,093; 0,447]
Sévérité des traumas → Dépersonnalisation (a × b)	0,091	—	[0,027; 0,176]
Covariabes			
Âge → Dépersonnalisation	-0,012	0,128	[-0,027; 0,003]
Scolarité → Dépersonnalisation	0,043	0,544	[-0,096; 0,182]
Supervision → Dépersonnalisation	-0,479	0,005**	[-0,811; -0,146]
Évènement traumatique au travail → Dépersonnalisation	0,305	0,077	[-0,033; 0,643]

Note. Les coefficients présentés sont non standardisés. Les intervalles de confiance à 95 % sont issus de procédures bootstrap à 10 000 rééchantillonnages. L'effet indirect (*a × b*) est considéré comme significatif lorsque l'intervalle de confiance n'inclut pas zéro
 * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Tableau 5

Effets directs et indirects testés entre les traumas vécus durant l'enfance, les échecs de mentalisation des traumas et la dimension inefficacité de l'épuisement professionnel

Variables	<i>b</i>	<i>p</i>	IC à 95%
Variables principales			
Sévérité des traumas → Inefficacité (c')	-0,028	0,762	[-0,210; 0,154]
Sévérité des traumas → Échecs de mentalisation des traumas (a)	0,351	< 0,001***	[0,187; 0,514]
Échecs de mentalisation des traumas → Inefficacité (b)	0,096	0,297	[-0,085; 0,276]
Sévérité des traumas → Inefficacité (a × b)	0,034	—	[-0,024; 0,112]
Covariables			
Âge → Inefficacité	-0,028	< 0,001***	[-0,044; -0,013]
Scolarité → Inefficacité	0,055	0,441	[-0,086; 0,197]
Supervision → Inefficacité	-0,271	0,118	[-0,610; 0,069]
Évènement traumatique au travail → Inefficacité	0,381	0,032*	[0,034; 0,728]

Note. Les coefficients présentés sont non standardisés. Les intervalles de confiance à 95 % sont issus de procédures bootstrap à 10 000 rééchantillonnages. L'effet indirect ($a \times b$) est considéré comme significatif lorsque l'intervalle de confiance n'inclut pas zéro * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Les échecs de mentalisation des traumas sont associés positivement et significativement à deux dimensions de l'épuisement professionnel (lien b), soit l'épuisement émotionnel ($b = 0,26$, IC 95% [0,09, 0,43], $t = 3,07$, $p = 0,003$) et la dépersonnalisation ($b = 0,27$, IC 95% [0,09, 0,45], $t = 3,01$, $p = 0,003$). Ils ne sont toutefois pas associés à l'inefficacité ($b = 0,10$, IC 95% [-0,08, 0,28], $t = 1,05$, $p = 0,297$). Enfin, les TIE ne sont pas significativement associés avec l'épuisement émotionnel ($b = -0,03$, IC 95% [-0,19, 0,14], $t = -0,31$, $p = 0,754$), la dépersonnalisation ($b = -0,03$,

IC 95% [-0,21, 0,15], $t = -0,35$, $p = 0,727$) et l'inefficacité ($b = -0,03$, IC 95% [-0,21, 0,15], $t = -0,30$, $p = 0,762$). Toutefois, ils sont associés, indirectement et significativement, via les échecs de mentalisation des traumas, à un plus haut niveau d'épuisement émotionnel ($b = 0,09$, IC 95% [0,03, 0,18]) et de dépersonnalisation ($b = 0,09$, IC 95% [0,03, 0,18]) (lien c), en considérant la supervision (relation négative avec les deux dimensions), l'âge (relation négative avec l'épuisement émotionnel), le niveau d'études (relation positive avec l'épuisement émotionnel) et le vécu d'un événement traumatique au travail (relation positive avec l'épuisement émotionnel). Ces modèles expliquent 27,41 % de la variance de l'épuisement émotionnel et 18,05 % de la dépersonnalisation. Enfin, la sévérité des TIE ne prédit pas l'inefficacité via les échecs de mentalisation des traumas ($b = 0,03$, IC 95% [-0,02, 0,11]), cette dernière étant davantage prédite par un plus jeune âge ($b = -0,03$, IC 95% [-0,04, -0,01]) et le vécu d'un événement traumatique en milieu de travail ($b = 0,38$, IC 95% [0,03, 0,73]).

Discussion

L'objectif de la présente étude était de tester des modèles d'effets directs et indirects des traumas interpersonnels vécus durant l'enfance par les intervenants (TIE) sur les trois dimensions de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, inefficacité), en considérant le rôle des échecs de mentalisation des traumas comme mécanisme explicatif entre les TIE et l'épuisement. Ces modèles s'avèrent pertinents à explorer étant donné que les capacités de mentalisation peuvent être améliorées (Ensink et al., 2013; Lüdemann et al., 2021) et que la mentalisation des traumas pourrait expliquer

en partie pourquoi les TIE peuvent être associés, à l'âge adulte, à un risque accru d'épuisement professionnel. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude à documenter les relations entre ces trois variables.

Les résultats obtenus appuient partiellement les hypothèses proposées et indiquent que les TIE sont associés positivement et indirectement à deux des trois dimensions de l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, via les échecs de mentalisation des traumas. Ces résultats corroborent ceux d'autres études soulignant que le fonctionnement psychologique de l'individu ne dépend pas uniquement des événements d'adversité vécus, mais s'explique notamment par la façon dont l'individu réfléchit et comprend ceux-ci (Berthelot et al., 2022). Ainsi, la difficulté à donner un sens cohérent aux événements difficiles vécus apparaît plus déterminante que l'exposition à ces événements. Toutefois, les TIE n'ont ni lien direct ni lien indirect par le biais des échecs de mentalisation avec l'inefficacité spécifiquement, infirmant partiellement l'une de nos hypothèses. Cette composante de l'épuisement professionnel est plutôt associée, dans notre étude, à un plus jeune âge et au vécu d'un événement traumatique dans l'emploi actuel. Ces résultats sont discutés ci-après.

Traumas interpersonnels durant l'enfance et épuisement professionnel

Tel que souligné précédemment, et en concordance avec une partie de la littérature, les TIE ne sont pas associés directement aux dimensions de l'épuisement professionnel (p. ex., Kulkarni et al., 2013; Ray et al., 2013; Sodeke-Gregson et al., 2013). Dans la

population générale, bien que les TIE soient associés à une pluralité de conséquences durables, plusieurs individus ayant un historique de traumatismes affichent un fonctionnement préservé, suggérant que d'autres mécanismes explicatifs doivent être pris en compte pour bien comprendre l'adaptation des individus (Berthelot & Garon-Bissonnette, 2025). L'absence de lien direct pourrait aussi s'expliquer par des mécanismes sous-jacents reliés aux traumatismes encore peu explorés à ce jour et non inclus dans la présente étude (p. ex., style d'attachement, régulation émotionnelle, psychothérapie personnelle) (Castellini et al., 2024; Icekson et al., 2024; Skar et al., 2023; van Hoy & Rzeszutek, 2022; Zhang et al., 2024).

Toutefois, d'autres travaux ont identifié une relation significative entre les traumatismes et l'épuisement professionnel (p. ex., Brown et al., 2022; Hiles Howard et al., 2015; La Mott & Martin, 2019; Parker et al., 2022). D'une part, la taille limitée de l'échantillon de notre étude constitue une explication possible aux divergences observées entre ces études et la nôtre. La plupart des études ayant obtenu un lien significatif avaient des échantillons de près ou de plus de 200 participants, leur conférant une meilleure puissance statistique.

D'autre part, ces travaux se distinguent de la présente étude par les instruments de mesure utilisés pour mesurer les variables (Simionato & Simpson, 2018; Xu et al., 2023). Plusieurs études ayant trouvé un lien significatif entre les TIE et l'épuisement professionnel ont utilisé l'*ACE Questionnaire* qui évalue de manière dichotomique (oui/non) un plus large spectre d'expériences d'adversité au cours de l'enfance (p. ex., maladie mentale ou

incarcération d'un parent). Dans le cadre de l'étude actuelle, les TIE ont plutôt été mesurés à l'aide du CTQ qui permet d'évaluer la fréquence d'évènements traumatiques survenus dans la vie des individus, selon cinq formes. À ce sujet, une étude récente a démontré que les associations entre certains types de traumas et leurs répercussions variaient selon l'instrument utilisé (*ACE Questionnaire* ou CTQ) (Xu et al., 2023). Ensuite, le MBI utilisé dans la présente étude pour mesurer l'épuisement professionnel met davantage l'accent sur la fatigue reliée au travail, le désengagement et le sentiment d'efficacité professionnelle. À l'inverse, le ProQOL, utilisé dans la majorité des études ayant obtenu un lien significatif, questionne davantage l'expérience identitaire et émotionnelle des intervenants. Il est possible que cette conceptualisation, davantage axée sur l'expérience interne, permette de capter des vécus se rapprochant davantage de ceux associés aux TIE que les items du MBI et favorisent la découverte d'un lien entre les variables.

Traumas interpersonnels durant l'enfance et déficits de mentalisation des traumas

Le lien positif significatif obtenu entre les TIE et les échecs de mentalisation des traumas suggère que plus les TIE sont sévères, plus les intervenants présentent des difficultés à se faire une représentation cohérente de ceux-ci (Berthelot et al., 2022). Ce résultat, allant dans le sens de notre hypothèse, pourrait s'expliquer par le fait que les individus ayant vécu des traumas plus sévères aient bénéficié d'un contexte moins favorable au développement de leurs capacités de mentalisation et aient développé des mécanismes moins adaptés de gestion des émotions et des pensées associées aux traumas (p. ex., déni, évitement, justification) (Berthelot et al., 2013).

Par ailleurs, bien que la corrélation entre les TIE et les échecs de mentalisation des traumas soit modérée dans notre étude ($r_s = 0,39$), elle semble moins élevée que dans d'autres travaux ($r_s = 0,49$; Berthelot et al., 2022). Ce constat met en évidence la complexité des liens entre les TIE et les échecs de mentalisation des traumas, les caractéristiques des traumas vécus n'expliquant qu'une partie de la variabilité de ceux-ci. Il souligne également l'importance de tenir compte de multiples facteurs personnels et environnementaux afin de mieux comprendre ces associations (Berthelot et al., 2024). Une part importante des intervenants de notre échantillon (60,1 %) a été exposée à des TIE. Cette proportion s'avère beaucoup plus élevée que le taux observé dans la population générale canadienne (p. ex., 34,4 %; Afifi et al., 2025), mais demeure cohérente avec de nombreuses études ayant identifié des niveaux plus élevés de TIE chez les intervenants (p. ex., Brown et al., 2022; Hiles Howard et al., 2015; Mercer et al., 2023). Il est plausible qu'étant donné leur choix de carrière, leur formation et la nature de leur profession, les intervenants soient encouragés à réfléchir à leurs expériences de vie et soient plus enclins à aller chercher du soutien psychologique au besoin, ce qui pourrait contribuer à diminuer la force observée entre les TIE et les échecs de mentalisation des traumas.

Enfin, d'autres variables personnelles et contextuelles doivent être considérées dans le lien entre les TIE et les échecs de mentalisation des traumas. Dans la présente étude, les covariables âge, niveau d'études et supervision ont été retenues afin de tenir compte de divers facteurs susceptibles d'être associés aux échecs de mentalisation des traumas. Il se peut, par exemple, que les intervenants plus âgés aient eu plus d'opportunités de réfléchir

aux traumas vécus (passage du temps, relations mentalisantes, travail personnel) (Berthelot et al., 2014). Il est également plausible que les capacités de mentalisation continuent de se développer durant la formation et la carrière professionnelle, notamment par la supervision. Davantage d'études sont toutefois nécessaires afin d'examiner ces hypothèses, ces variables n'ayant pas été modélisées comme modératrices (facteurs de protection) dans la présente étude.

Échecs de mentalisation des traumas et épuisement professionnel

Les résultats des modèles révèlent que les échecs de mentalisation des traumas ont un lien positif significatif sur l'épuisement émotionnel. Tel que vu précédemment, certains auteurs ont établi des liens entre les capacités générales de mentalisation et l'épuisement professionnel (Brugnera et al., 2023; Castellini et al., 2024; Safiye et al., 2022). Pour leur part, dans la population générale, les échecs de mentalisation des traumas ont été reliés à la tendance à avoir recours à la dissociation et aux symptômes de stress post-traumatique, suggérant que de présenter des distorsions dans la manière de réfléchir aux événements de vie difficiles vécus rend plus vulnérable à l'envahissement, particulièrement en contexte relationnel et en situation de stress (Berthelot et al., 2022). Or, les intervenants doivent composer avec une double charge émotionnelle : la leur et celle de leurs clients. La détresse de ces derniers peut réactiver les vécus peu mentalisés ou non résolus des intervenants, entraînant des émotions et des pensées douloureuses et potentiellement difficiles à contenir et à gérer (Ben-Porat & Itzhaky, 2014; Figley, 1995). Plus concrètement, les intervenants présentant davantage d'échecs de mentalisation des

traumas pourraient avoir de la difficulté à départager ce qui leur appartient de ce qui appartient au client, être plus prompts à se sentir surchargés et envahis par les récits entendus, voire s'identifier excessivement à la détresse des clients (Brugnera et al., 2023). Une contagion émotionnelle et des difficultés de distanciation et de prise de perspective pourraient aussi découler de la résonance entre leur vécu et celui du client (Onnis, 2016). Au fil du temps, il est possible que la charge affective associée aux vécus peu élaborés et les stratégies inadaptées mises en place deviennent énergivores et mènent à l'épuisement émotionnel des intervenants, qui peineraient alors à offrir un soutien émotionnel adéquat. Ainsi, porter une charge affective supplémentaire contribuerait à un trop-plein et à un éventuel épuisement des ressources (Ben-Porat & Itzhaky, 2014).

Les échecs de mentalisation des traumas ont également un lien positif significatif avec la dépersonnalisation. Les échecs de mentalisation des traumas se manifestent notamment via des distorsions cognitives permettant de mettre à distance des affects douloureux liés aux traumas, mais rendant difficile l'intégration de ces affects à l'expérience. Conséquemment, ces émotions s'avèrent potentiellement déstabilisantes et peuvent influencer la personne, notamment dans ses interactions avec autrui (Gamache et al., 2022). En contexte professionnel, il se peut que les intervenants s'identifient à la victime (blâme de soi), à l'agresseur (utilisation d'agressivité dans les relations interpersonnelles) ou encore fassent preuve de grandiosité (dénier de la vulnérabilité). Ces endossements pourraient donner lieu à des comportements s'apparentant à la dépersonnalisation (p. ex., frustration ou impatience envers les clients, distanciation, surinvestissement) ou à une

difficulté à identifier qu'ils ont besoin d'aide ou à aller chercher du soutien. Par ailleurs, il est possible que la réactivation d'émotions non mentalisées mène certains intervenants à se sentir résignés ou à avoir peu d'espoir quant au processus de changement et, conséquemment, qu'ils se désengagent au fil du temps. La tendance au cynisme et à l'irritabilité pourrait également s'expliquer par des affects de colère ou d'injustice liés aux antécédents traumatiques non mentalisés.

En lien avec les covariables, une scolarité plus longue a été reliée à davantage d'épuisement émotionnel. Il se peut que les études supérieures fatiguent précocement les intervenants, et que les intervenants plus scolarisés travaillent auprès de cas plus complexes (Yang & Hayes, 2020). Un manque d'expérience pourrait par ailleurs expliquer qu'un plus jeune âge soit associé à plus de symptômes d'épuisement émotionnel (Bell et al., 2024). Par la suite, au fil des ans, il est plausible que les intervenants deviendraient plus confiants et apprendraient à mieux gérer la charge émotionnelle inhérente à leur emploi (McCormack et al., 2018; O'Connor et al., 2018; Simionato & Simpson, 2018). En cohérence avec plusieurs écrits, la supervision a été reliée à moins d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation (p. ex., O'Connor et al., 2018; Turnbull & Rhodes, 2021; van Hoy & Rzeszutek, 2022; Yang & Hayes, 2020). Celle-ci joue un rôle protecteur en permettant aux professionnels de réfléchir à leurs cas et de mentaliser leur vécu professionnel, mais également d'obtenir du soutien en cas d'évènement traumatique, de déceler les signes précoces d'épuisement professionnel et de fournir un

soutien en lien avec celui-ci (Finan et al., 2022; Martin et al., 2021; Radey & Wilke, 2024; Turnbull & Rhodes, 2021).

Aucun lien n'a été constaté entre les échecs de mentalisation des traumas et l'inefficacité. Il se peut que l'inefficacité consiste davantage en une évaluation cognitive que les intervenants se font de leurs capacités et accomplissements, et que cette évaluation soit moins perméable aux affects non mentalisés liés aux expériences d'adversité, contrairement à l'épuisement émotionnel et au cynisme. La plus faible variance obtenue à la sous-échelle de l'inefficacité a également pu nuire à la découverte d'un lien significatif. À ce sujet, il est possible que les intervenants évitent de partager leur sentiment d'inefficacité en raison de la désirabilité sociale, ou encore qu'ils en soient simplement moins conscients.

L'inefficacité a plutôt été reliée au fait d'avoir vécu un événement traumatique dans le cadre de l'emploi, rejoignant divers écrits ayant établi un lien entre les comportements violents des clients et l'augmentation des symptômes d'épuisement professionnel et de détresse chez les intervenants (Radey & Wilke, 2024). L'interprétation de ce résultat s'avère toutefois limitée étant donné que la question portant sur les événements vécus ne permettait pas d'en spécifier la nature et qu'il se peut que les professionnels y aient répondu en faisant référence à des événements très distincts. L'inefficacité est également expliquée par un plus jeune âge, laissant supposer que les plus jeunes intervenants pourraient avoir des attentes irréalistes envers leur rôle en début de pratique pouvant

mener à du découragement (Simionato & Simpson, 2018; van Hoy & Rzeszutek, 2022). Les niveaux d'inefficacité rapportés étaient faibles, bien que similaires à d'autres études (Laverdière et al., 2018; Simionato & Simpson, 2018).

Forces et retombées de l'étude

La présente étude a permis d'explorer des sujets sensibles, soit les répercussions des expériences de vie difficiles des intervenants et leurs liens avec la vulnérabilité à l'ÉP. Cette thématique peu abordée, tant dans la littérature scientifique que dans la formation et les milieux professionnels (Finan et al., 2022), s'avère délicate, étant chargée émotionnellement et reliée à une crainte de stigmatisation ou de jugement (Camenzuli-Chetcuti & Haslam, 2021).

Bien que plusieurs écrits aient été publiés dans les dernières années, l'épuisement professionnel et le bien-être psychologique des intervenants en santé mentale ont été beaucoup moins étudiés que ceux des professionnels de la santé physique, et peu d'études ont été réalisées au Canada (McCormack et al., 2018; Mercer et al., 2023; O'Connor et al., 2018). La littérature est également peu étoffée quant aux mécanismes impliqués dans le lien entre l'épuisement professionnel et les TIE. La présente étude permet d'envisager différentes issues associées aux antécédents traumatiques sur la vie professionnelle, sensibilise au fait que les expériences de vie ne sont pas une fatalité et identifie un des processus impliqués dans le lien entre les TIE et l'épuisement professionnel et sur lequel

il est possible d'intervenir afin de contribuer à la prévention de l'épuisement professionnel.

À la lumière des résultats, il s'avère pertinent d'aborder davantage les expériences difficiles vécues par les intervenants et d'effectuer des changements dans les milieux. Dès la formation initiale, une amorce de travail sur ces enjeux chargés émotionnellement s'avère importante. Pour ce faire, il importe d'éduquer et de sensibiliser aux thématiques d'intérêt, en soulignant l'importance de prendre conscience des événements difficiles et de réfléchir à leur influence sur le fonctionnement personnel et professionnel. Cela pourrait être intégré aux cours universitaires via des exercices ou des travaux de réflexion, le tout encadré par des professionnels dûment formés. Des groupes d'entraînement à la mentalisation (p. ex., Ensink et al., 2013) pourraient également être offerts afin de soutenir les capacités des futurs professionnels et les aider à repérer leurs zones de vulnérabilité, dans l'optique de mobiliser, par la suite, des ressources pouvant les outiller (p. ex., psychothérapie personnelle).

Les organisations gagneraient, elles aussi, à encourager les intervenants à développer leurs capacités de mentalisation. En plus d'un soutien concret en ce sens (p. ex., formations, co-développements, encouragements à utiliser des ressources externes telles que la psychothérapie personnelle), la mise en place d'un climat organisationnel favorable, empreint de non-jugement et d'ouverture, est primordiale. Il est également important que les organisations proposent suffisamment de ressources de soutien. Ceci

peut se traduire notamment par une offre de supervision individuelle ou de groupe (Johnson et al., 2020; Skar et al., 2023), du mentorat individuel offert aux jeunes professionnels ou encore par un *débriefing* rapide et adéquat en cas de vécu d'évènement traumatique en milieu de travail.

Limites et recherches futures

Certaines limites doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. L'étude adopte un devis transversal et corrélationnel, il est donc impossible d'établir des liens de causalité ni de confirmer la direction des liens, notamment entre les échecs de mentalisation des traumas et l'épuisement professionnel. Un devis longitudinal permettrait de mieux comprendre les processus sous-tendant le développement de l'épuisement professionnel et de confirmer le rôle prédictif de la mentalisation des traumas sur son émergence (van Hoy & Rzeszutek, 2022). Un tel devis gagnerait également à inclure davantage de variables liées à l'environnement de travail (p. ex., sentiment de contrôle ou d'autonomie au travail, clarté des rôles, soutien des collègues, caractéristiques des clients) (Labrecque et al., 2024; O'Connor et al., 2018; Yang & Hayes, 2020), les facteurs organisationnels jouant eux aussi un rôle important dans la vulnérabilité à l'épuisement professionnel (Maslach & Leiter, 2016). Cette modélisation permettrait d'obtenir une compréhension plus globale des processus menant à l'épuisement professionnel et des interactions pouvant survenir entre les facteurs organisationnels et les caractéristiques individuelles (p. ex., Zhang et al., 2024).

Ensuite, l'ensemble des variables à l'étude a été mesuré de façon autorapportée, impliquant des biais dus à la désirabilité sociale et à la difficulté des participant·es à bien évaluer leur situation. Néanmoins, par la nature même des variables, il était souhaitable de capter la perception des intervenants face à leurs expériences personnelles et professionnelles.

Par ailleurs, la variance élevée de diverses variables à l'étude suggère que des sous-groupes pourraient être présents au sein de l'échantillon (Garon-Bissonnette et al., 2023). Ainsi, répliquer l'étude afin d'investiguer les profils latents d'échecs de mentalisation des traumas identifiés par Berthelot et Garon-Bissonnette (2025) pourrait permettre de voir si ceux-ci s'appliquent à une population d'intervenants. Il serait également pertinent de croiser ces profils avec ceux de l'épuisement professionnel (Leiter & Maslach, 2016). En outre, le nombre limité d'hommes dans l'échantillon mitige la généralisation des résultats. Or, certains écrits suggèrent que l'épuisement professionnel serait vécu différemment par les hommes (McCormack et al., 2018), soutenant la pertinence d'en inclure en nombre suffisant dans les études futures.

Enfin, l'étude a été réalisée au Québec durant la pandémie de COVID-19, limitant la généralisation géographique et temporelle des résultats, l'épuisement professionnel étant vécu différemment selon le contexte géographique, le moment et les mœurs (McCormack et al., 2018). L'échantillon inclut également une diversité de professions. Or, les intervenants exercent dans des contextes variés et peuvent avoir des tâches et des rôles

distincts auprès de la clientèle. Les études futures gagneraient à recruter de plus grands échantillons composés de divers professionnels afin de pouvoir identifier de potentielles différences entre les professionnels.

Conclusion

La présente étude a permis d'explorer, chez une population d'intervenants en santé mentale, les liens entre deux thématiques fort importantes en termes de santé publique, soit les TIE et l'épuisement professionnel, en introduisant à la réflexion les échecs de mentalisation des traumas et des contextes d'adversité, une variable novatrice et prometteuse pouvant servir de levier intéressant en raison de sa nature dynamique. L'étude souligne l'importance de mentaliser les expériences difficiles vécues afin de favoriser leur intégration et, potentiellement, de contribuer à la prévention de l'épuisement professionnel. Elle met aussi en relief diverses caractéristiques inhérentes aux intervenants (âge, niveau d'études) et aux organisations (supervision, vécu d'évènements traumatiques) à considérer afin de minimiser les risques d'épuisement professionnel.

Références

- Afifi, T. O., McCarthy, J.-A., Osorio, A., MacGowan, L., Taillieu, T. L., Stewart-Tufescu, A., Sareen, J., MacMillan, H. L., Tonmyr, L., Colman, I., Ferro, M. A., Anderson, K. K., & Edwards, J. (2025). Child abuse prevalence estimates in Canada; comparisons of nationally representative data from 2012 to 2022: A population-based study. *The Lancet Regional Health – Americas*, 45, Article 101072. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101072>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bell, C., Roberts, G. L., Milllear, P. M., Allen, A., Wood, A. P., Kannis-Dymand, L., Jona, C. M., & Mason, J. (2024). The emotionally exhausted treating the mentally unwell? A systematic review of burnout and stress interventions for psychologists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), Article e2909. <https://doi.org/10.1002/cpp.2909>
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2014). Burnout among trauma social workers: The contribution of personal and environmental resources. *Journal of Social Work*, 15(6), 606-620. <https://doi.org/10.1177/1468017314552158>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Berthelot, N., & Garon-Bissonnette, J. (2025). Characterizing the heterogeneity of disruptions in the resolution of trauma among women exposed to childhood maltreatment. *Development and Psychopathology*, 37(3), 1176-1189. <https://doi.org/10.1017/S0954579424001019>
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2(1), 9-15. <https://doi.org/10.3917/cnmi.131.0009>
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2014). Mentalisation efficiente du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 3(1), 6-20. <https://doi.org/10.3917/cnmi.132.0006>

- Berthelot, N., Garon-Bissonnette, J., Muzik, M., Simon, V., Menke, R., Stacks, A. M., & Rosenblum, K. L. (2024). Resolving trauma: The unique contribution of trauma-specific mentalization to maternal insightfulness. *Development and Psychopathology*, 37(3), 1280-1293. <https://doi.org/10.1017/S095457942400110X>
- Berthelot, N., Savard, C., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Ensink, K., & Godbout, N. (2022). Development and validation of a self-report measure assessing failures in the mentalization of trauma and adverse relationships. *Child Abuse & Neglect*, 128, Article 105017. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105017>
- Brown, E. M., Carlisle, K. L., Burgess, M., Clark, J., & Hutcheon, A. (2022). Adverse and positive childhood experiences of clinical mental health counselors as predictors of compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress. *Professional Counselor*, 12(1), 49-64. <https://doi.org/10.15241/emb.12.1.49>
- Brugnera, A., Zarbo, C., Scalabrini, A., Compare, A., Mucci, C., Carrara, S., Tasca, G. A., Hewitt, P., Greco, A., & Poletti, B. (2023). Attachment anxiety, reflective functioning and well-being as predictors of burn-out and psychological distress among psychotherapists: A longitudinal study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(3), 587-598. <https://doi.org/10.1002/cpp.2823>
- Camenzuli-Chetcuti, M. L., & Haslam, M. B. (2021). Compassion fatigue and mental health nursing: The final taboo?. *British Journal of Mental Health Nursing*, 10(4), 1-5. <https://doi.org/10.12968/bjmh.2021.0027>
- Castellini, G., Tarchi, L., Cassioli, E., Ricca, V., Abbate Daga, G., Aguglia, A., Albert, U., Atti, A., Barlati, S., & Blasi, G. (2024). The interplay between mentalization, personality traits and burnout in psychiatry training: Results from a large multicenter controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 149(3), 177-194. <https://doi.org/10.1111/acps.13649>
- Corbett-Hone, M., & Johnson, N. L. (2022). Psychosocial correlates of mental health work with human trafficking survivors: Risk and resilience. *Psychological Services*, 19(S1), 84-94. <https://doi.org/10.1037/ser0000615>
- da Cunha, O. R., & Vandenberghe, L. (2024). Improved self-and relational regulation: The relationship with the client changes the therapist. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24(4), 1280-1287. <https://doi.org/10.1002/capr.12745>
- Deville, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 373-385. <https://doi.org/10.1080/00048670902721079>

- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 210-227. <https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.2.210>
- Eichstedt, J. A., Turcotte, K., Golden, G., Arbuthnott, A. E., Chen, S., Collins, K. A., Mowat, S., & Reid, G. J. (2024). Waitlist management in child and adolescent mental health care: A scoping review. *Children and Youth Services Review*, 160, Article 107529. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107529>
- Ensink, K., Maheux, J., Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N., & Parent, K. (2013). The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 23(5), 534-547. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.800950>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Dans B. H. Stamm (Éd.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). The Sidran Press.
- Finan, S., McMahon, A., & Russell, S. (2022). "At What Cost am I Doing This?" An interpretative phenomenological analysis of the experience of burnout among private practitioner psychotherapists. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(1), 43-54. <https://doi.org/10.1002/capr.12483>
- Fleury, M. J. (2023). Notions et brève évaluation de la qualité des services en santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 13-27. <https://doi.org/10.7202/1109832ar>
- Gamache, D., Savard, C., Lemieux, R., & Berthelot, N. (2022). Impact of level of personality pathology on affective, behavioral, and thought problems in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(1), 41-51. <https://doi.org/10.1037/per0000479>
- Garon-Bissonnette, J., Dubois-Comtois, K., St-Laurent, D., & Berthelot, N. (2023). A deeper look at the association between childhood maltreatment and reflective functioning. *Attachment & Human Development*, 25(3-4), 368-389. <https://doi.org/10.1080/14616734.2023.2207558>
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2018). Répercussions liées aux traumas complexes. Dans T. Milot, N. Godbout, & D. Collin-Vézina (Éds), *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (pp.57-90). Presses de l'Université du Québec.
- Hayes, A. F. (2022). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (3^e éd.). The Guilford Press.

- Henderson, A., Jewell, T., Huang, X., & Simpson, A. (2025). Personal trauma history and secondary traumatic stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(1), 13-30. <https://doi.org/10.1111/jpm.13082>
- Hiles Howard, A. R., Parris, S., Hall, J. S., Call, C. D., Razuri, E. B., Purvis, K. B., & Cross, D. R. (2015). An examination of the relationships between professional quality of life, adverse childhood experiences, resilience, and work environment in a sample of human service providers. *Children and Youth Services Review*, 57, 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.08.003>
- Icekson, T., Kaye-Tzadok, A., & Zeiger, A. (2024). Job burnout among the helping professions: The roles of childhood maltreatment, attachment styles and perceived supervisor support. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(2), Article e2975. <https://doi.org/10.1002/cpp.2975>
- Johnson, J., Corker, C., & O'Connor, D. B. (2020). Burnout in psychological therapists: A cross-sectional study investigating the role of supervisory relationship quality. *Clinical Psychologist*, 24(3), 223-235. <https://doi.org/10.1111/cp.12206>
- Johnson-Kwochka, A., Wu, W., Luther, L., Fischer, M. W., Salyers, M. P., & Rollins, A. L. (2020). The relationship between clinician turnover and client outcomes in community behavioral health settings. *Psychiatric Services*, 71(1), 28-34. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900169>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. <https://doi.org/10.1177/153476560831908>
- Kulkarni, S., Bell, H., Hartman, J. L., & Herman-Smith, R. L. (2013). 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(2), 114-130. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2013.8>
- La Mott, J., & Martin, L. A. (2019). Adverse childhood experiences, self-care, and compassion outcomes in mental health providers working with trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1066-1083. <https://doi.org/10.1002/jclp.22752>
- Labrecque, L., Larouche, A., Gauthier-Boudreau, J., & Lalande, D. (2024). Risk and protective factors for burnout among psychologists and neuropsychologists: A scoping review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(4), 299-312. <https://doi.org/10.1037/pro0000573>

- Lacharité, C., Desaulniers, R., & St-Laurent, D. (2002). *Le questionnaire des traumatismes vécus dans l'enfance*. GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., & Morin, A. J. S. (2018). Psychological health profiles of Canadian psychotherapists: A wake up call on psychotherapists' mental health. *Psychologie canadienne*, 59(4), 315-322. <https://doi.org/10.1037/cap0000159>
- 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/10.7202/1085529ar>
- Lebeau, M., Bilodeau, J., & Busque, M. A. (2024). *Le coût des lésions psychologiques liées au travail au Québec*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail (R-1196-fr). <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-1196-fr.pdf?v=2024-07-09>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Leung, T., Schmidt, F., & Mushquash, C. (2023). A personal history of trauma and experience of secondary traumatic stress, vicarious trauma, and burnout in mental health workers: A systematic literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl. 2), S213-S221. <https://doi.org/10.1037/tra0001277>
- Lüdemann, J., Rabung, S., & Andreas, S. (2021). Systematic review on mentalization as key factor in psychotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), Article 9161. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179161>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 297-325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Maheux, J., Ethier, C., & Trépanier, E. (2022). La régulation émotionnelle et la mentalisation chez les professionnels en relation d'aide : compétences émotionnelles et interpersonnelles au cœur de la pratique. *Service social*, 68(1), 67-85. <https://doi.org/10.7202/1089870ar>

- Martin, P., Lizarondo, L., Kumar, S., & Snowdon, D. (2021). Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes: A mixed methods systematic review. *PloS ONE*, *16*(11), Article e0260156 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260156>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach Burnout Inventory* (3^e éd.). Dans C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Éds), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 191-218). Scarecrow Education.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, *15*(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The prevalence and cause(s) of burnout among applied psychologists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, *9*, Article 1897. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>
- Mercer, L., Cookson, A., Simpson-Adkins, G., & van Vuuren, J. (2023). Prevalence of adverse childhood experiences and associations with personal and professional factors in health and social care workers: A systematic review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *15*(Suppl. 2), S231-S245 <https://doi.org/10.1037/tra0001506>
- Milne, L., Ratuszniak, A., & Nguyen, H. (2024). How adverse childhood experiences impact the professional quality of life of residential care workers: Resilience as a mediator for burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, *3*, 1423451. <https://doi.org/10.3389/frcha.2024.1423451>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux : Santé mentale*. Power BI [Logiciel informatique] <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTIzOTc5NDZjNmZlIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVMOGItNDhA3NS1iZjZjLWF1MjRiZTFhNzk5MiJ9>
- Mosler, F., Christogianni, A., Singleton, S., Hales, T. G., Rennie, J., Colvin, L. A., & Caes, L. (2025). Assessing exposure to childhood adversity in adults: A systematic review of validated Self-Report Childhood Adversity Questionnaires. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *94*(6), 389-412. <https://doi.org/10.1159/000547529>
- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, *53*, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>

- Ocampo-Picard, R. (2017, janvier 22). Détresse psychologique répandue chez les travailleurs de la santé. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201701/22/01-5061948-detresse-psychologique-repandue-chez-les-travailleurs-de-la-sante.php>
- Onnis, L. (2016). Empathie et psychothérapie systémique. Implications théoriques et cliniques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 56(1), 253-280. <https://doi.org/10.3917/ctf.056.0253>
- Parker, M. M., Opiola, K., Subhit, A., Kelly, C. T., & Pezzella, A. (2022). The role of adverse childhood experiences in counselor trainee's burnout and wellness and the moderating role of social support. *Journal of Counselor Leadership and Advocacy*, 9(2), 126-141. <https://doi.org/10.1080/2326716X.2022.2076265>
- Radey, M., & Wilke, D. (2024). Client violence and emotional health among child protection services workers. *Occupational Health Science*, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s41542-024-00212-z>
- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19(4), 255-267. <https://doi.org/10.1177/1534765612471144>
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., Curtolo, C., Tansella, M., Thornicroft, G., & Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 933-938. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.029>
- Safiye, T., Vukčević, B., Gutić, M., Milidrag, A., Dubljanin, D., Dubljanin, J., & Radmanović, B. (2022). Resilience, mentalizing and burnout syndrome among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Serbia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), Article 6577. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116577>
- Schwarzer, N.-H., Heim, N., Gingelmaier, S., Fonagy, P., & Nolte, T. (2024). Mentalizing as a predictor of well-being and emotion regulation: Longitudinal evidence from a community sample of young adults. *Psychological Reports*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00332941241261902>
- Shoman, Y., Marca, S. C., Bianchi, R., Godderis, L., van der Molen, H. F., & Guseva Canu, I. (2021). Psychometric properties of burnout measures: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e8. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001134>

- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7(4), 422-445. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.4.422>
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1431-1456. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>
- Skar, A.-M. S., Shevlin, M., & Vang, M. L. (2023). Does personal therapy and supervision protect against burnout and secondary traumatization? A cross-sectional study among Danish child protection workers. *Traumatology*, 29(2), 93-101. <https://doi.org/10.1037/trm0000372>
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Stevens, M., & Higgins, D. J. (2002). The influence of risk and protective factors on burnout experienced by those who work with maltreated children. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 11(5), 313-331. <https://doi.org/10.1002/car.754>
- Sucich, J., Breitbart, V., Williams, S., Sanichar, N., Candelaria-Arce, E., Frankle, W. G., & Davison-Duffy, S. (2023). Prevalence of childhood trauma in a community-based mental health clinic. *Community Mental Health Journal*, 59(6), 1136-1149. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01094-1>
- Turnbull, M. G., & Rhodes, P. (2021). Burnout and growth: Narratives of Australian psychologists. *Qualitative Psychology*, 8(1), 51-61. <https://doi.org/10.1037/qup0000146>
- van Hoy, A., & Rzeszutek, M. (2022). Burnout and psychological wellbeing among psychotherapists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 928191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928191>
- VanVoorhis, C. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43-50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
- Vivolo, M., Owen, J., & Fisher, P. (2024). Psychological therapists' experiences of burnout: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Mental Health & Prevention*, 33, Article 200253. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2022.200253>

- Warren, C. S., Schafer, K. J., Crowley, M. E. J., & Olivardia, R. (2013). Demographic and work-related correlates of job burnout in professional eating disorder treatment providers. *Psychotherapy, 50*(4), 553-564. <https://doi.org/10.1037/a0028783>
- Xu, H., Li, M., Cai, J., Yuan, Y., He, L., Liu, J., Wang, L., & Wang, W. (2023). Comparison of ACE-IQ and CTQ-SF for child maltreatment assessment: Reliability, prevalence, and risk prediction. *Child Abuse & Neglect, 146*, 106529. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106529>
- Yang, L., & Huang, M. (2024). Childhood maltreatment and mentalizing capacity: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 149*, Article 106623. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106623>
- Yang, Y., & Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy, 57*(3), 426-436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>
- Zhang, Y., Ma, H., Wang, Y., Du, X., & Chi, D. (2024). Burnout and its associated factors in psychotherapists. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, 43*(26), 22508-22518. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05977-8>

Annexe A – Affiche de recrutement

Fonctionnement psychologique et professionnel des intervenants en santé mentale ayant vécu des expériences de vie difficiles avant l'âge de 18 ans



- * Vous êtes un(e) **intervenant(e) en santé mentale**?
- * Vous désirez réfléchir, de façon confidentielle, à vos **expériences personnelles et professionnelles**?
- * Vous êtes sensible au **développement de meilleures pratiques** dans votre domaine, en lien avec les expériences de vie difficiles vécues par les professionnels en santé mentale?

Nous menons présentement un projet de recherche visant à **mieux comprendre les difficultés professionnelles que peuvent rencontrer les intervenants exerçant en santé mentale**, domaine reconnu pour être exigeant. Plus spécifiquement, notre étude s'intéresse au **fonctionnement psychologique et professionnel des intervenants** ayant ou non vécu des événements de vie difficiles avant l'âge de 18 ans.

Tout(e) intervenant(e) correspondant aux critères suivants est invité(e) à participer à l'étude :

- Être un intervenant(e) en santé mentale (p.ex., psychologue, travailleur social, psychoéducateur, infirmière, psychiatre)
- Effectuer de la relation d'aide, des interventions psychosociales ou de la psychothérapie
- Consacrer au moins 5h par semaine à l'intervention (contacts directs) auprès de la clientèle
- Effectuer ce genre d'interventions depuis au moins six mois
- Avoir vécu ou non des expériences difficiles avant l'âge de 18 ans

Si vous correspondez à ces critères, vous êtes invité(e) :

- 1) À participer à un **sondage anonyme en ligne** d'une durée d'environ **30 à 40 minutes**.
- 2) À participer, si vous le souhaitez, à une **entrevue individuelle (1h-1h30)** portant sur l'**expérience de la relation d'aide des intervenants ayant vécu des expériences de vie difficiles**. Vous pourrez indiquer votre intérêt à recevoir de l'information si vous croyez être éligible à participer à ce volet au début du questionnaire.

Une **carte-cadeau de 30\$** sera tirée au hasard à chaque tranche de **20 participants au sondage**, parmi ceux qui souhaiteront participer au tirage.

Une **compensation financière de 20\$** sera offerte aux participants qui compléteront l'entrevue.

Cette étude est menée par Ariane Dallaire, candidate au doctorat en psychologie (Ph. D.), sous la direction de Roxanne Lemieux et de Julie Maheux, professeures-chercheuses à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR (CER-19-257-07.24 / 20-08-2019)

Pour obtenir plus d'informations ou pour participer, contactez l'étudiante responsable de l'étude à l'adresse courriel ariane.dallaire@uqtr.ca

ou scannez le code suivant :



Annexe B – Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT

(Volet quantitatif)

Titre du projet de recherche : Traumas complexes vécus par les intervenants en santé mentale : influences sur le fonctionnement psychologique et professionnel

Mené par : Ariane Dallaire, étudiante au doctorat continuum d'études en psychologie (profil intervention et recherche) au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Sous la direction de :

Julie Maheux, Ph. D., professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Roxanne Lemieux, Ph. D., professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche se partage en deux volets. L'objectif général du projet de recherche est de comprendre l'influence d'un vécu traumatique interpersonnel vécu par les intervenants en santé mentale sur leur fonctionnement psychologique et professionnel. Plus spécifiquement, le présent volet consiste à documenter les liens possibles entre les événements de vie difficiles vécus par les intervenants et leur fonctionnement psychologique et professionnel.

Nature et durée de votre participation

Dans le cadre de la présente étude, vous êtes invité·e à remplir différents questionnaires visant à mieux vous connaître en tant qu'intervenant et en tant que personne. Ces questionnaires concernent votre emploi et votre pratique professionnelle, vos expériences personnelles ainsi que votre degré de bien-être personnel et de bien-être au travail. La complétion de ces questionnaires pourrait prendre environ 30 minutes.

Par ailleurs, nous vous invitons, si vous êtes éligible, à participer à un second volet de l'étude. A la fin de ce formulaire d'informations et de consentement, vous pourrez simplement nous indiquer si vous êtes intéressé·e à recevoir davantage d'informations sur ce volet, afin d'évaluer si vous souhaitez y participer ou non. Vous pouvez participer à un seul volet de l'étude ou aux deux. Ce second volet consiste en une entrevue visant à explorer les perceptions des intervenants en santé mentale sur l'influence possible des événements de vie difficiles qu'ils ont vécus durant leur enfance sur leur expérience de la relation d'aide.

Risques et inconvénients

Le temps de passation des questionnaires est l'un des inconvénients de l'étude. Celle-ci pourrait également susciter une certaine fatigue chez vous; vous pourrez toutefois prendre des pauses lorsque vous en ressentirez le besoin, le questionnaire s'enregistrant automatiquement au fur et à mesure de la complétion.

Par ailleurs, puisque les questionnaires concernent des aspects de votre histoire personnelle, votre participation pourrait susciter des réflexions ou des réactions émotionnelles. Si cela se produit, n'hésitez pas à contacter l'étudiante menant cette recherche ou l'une des chercheuses qui dirigent cette étude. Au besoin, vous pourrez être guidé·e vers une ressource en mesure de vous aider.

Avantages ou bénéfices

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir à divers aspects de votre vie personnelle et professionnelle en toute confidentialité. Toutefois, il est également possible que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation. Malgré tout, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances au sujet des traumatismes vécus par les intervenants en santé mentale.

Compensation

Afin de vous dédommager pour le temps accordé à la recherche, nous ferons tirer une carte-cadeau d'une valeur de 30 \$ à chaque tranche de 20 participants. Pour être éligible à participer au tirage, vous devez toutefois laisser vos coordonnées à la fin du questionnaire.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles : seules l'étudiante et les chercheuses qui dirigent l'étude auront accès à vos réponses. Les données seront également anonymes : vos réponses seront identifiées par un numéro de code.

Si vous acceptez de nous fournir une adresse courriel ou un numéro de téléphone valides pour participer au tirage et/ou afin de recevoir de l'information au sujet du second volet de l'étude, vos coordonnées ne seront en aucun cas associées à vos réponses aux questionnaires, afin de garantir l'anonymat de vos réponses. Vos coordonnées seront utilisées uniquement dans le but d'entrer en contact avec vous. Vous pouvez également utiliser une adresse de courriel ne permettant pas l'identification si vous le désirez afin de préserver votre anonymat.

Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de thèse, d'articles et de communications scientifiques, ne permettront pas d'identifier les participants; l'anonymat et la confidentialité seront préservés.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante et ses directrices de thèse. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données de l'étude seront conservées pendant dix ans après la collecte de données et seront détruites par la suite.

Utilisation des données lors d'études futures

Avec votre consentement, les chercheuses responsables de cette étude pourraient utiliser les données recueillies auprès de vous pour réaliser d'autres analyses. Dans ces circonstances, ces autres projets de recherche seraient évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR avant leur réalisation. Vos données seraient conservées de façon sécuritaire dans une base de données protégée par un mot de passe à laquelle seules les directrices de cette recherche auraient accès. Tel que mentionné plus haut, votre identité et la confidentialité de vos données de recherche seraient préservées par un numéro de code. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pourrez demander la destruction de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche portant sur un thème connexe à la présente étude?

Je consens à ce que mes données de recherche soient utilisées à ces conditions :

Oui Non

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre d'y participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Dans le cas où vous décideriez de vous retirer en cours de l'étude, les données accumulées seront détruites.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Ariane Dallaire au ariane.dallaire@uqtr.ca

Déclaration de conflit d'intérêts : les chercheurs ne rapportent aucun conflit d'intérêts.

Surveillance des aspects éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone : (819) 376-5011, poste 2129, ou par courrier électronique : CEREH@uqtr.ca

CONSENTEMENT

Engagement de l'étudiante et des chercheuses responsables de ce projet de recherche

Je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Je certifie être disponible pour répondre aux questions des participants concernant le projet de recherche, que les réponses des participants ne seront en aucun cas pairées à des informations permettant de les identifier, et que les participants demeurent libres de mettre un terme à leur participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

<u>Ariane Dallaire</u>	_____	_____
Étudiante responsable de la recherche	Signature électronique	Date
<u>Julie Maheux</u>	_____	_____
Professeure-chercheuse	Signature électronique	Date
<u>Roxanne Lemieux</u>	_____	_____
Professeure-chercheuse	Signature électronique	Date

Consentement du participant

Je confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Traumatis complexes vécus par les intervenants en santé mentale : influences sur leur fonctionnement psychologique et professionnel*.

J'ai bien compris les conditions, les inconvénients et les bienfaits éventuels de ma participation.

J'ai pris note que l'étudiante menant la recherche et les deux chercheuses principales sont disponibles si j'ai des questions ou si je souhaite m'exprimer sur ma participation à la recherche.


Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

- Oui
 Non

Annexe C – Certificat d'éthique de la recherche avec des êtres humains

3055



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Traumas complexes vécus par les intervenants en santé mentale: influences sur le fonctionnement psychologique et professionnel**

Chercheur(s) : Ariane Dallaire
Département de psychologie

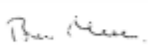
Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : **CER-19-257-07.24**


PÉRIODE DE VALIDITÉ : **Du 20 août 2020** **au 20 août 2021**

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.



Bruce Maxwell
Président du comité



Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création **Date d'émission :** 14 juillet 2020

Annexe D – Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES ET PERSONNELLES

Renseignements généraux

1. Âge : _____ (menu déroulant)

2. Sexe :
 - Homme
 - Femme
 - Autre

3. Statut matrimonial :
 - Célibataire
 - Marié / Union de faits
 - Divorcé / Séparé
 - Veuf / Veuve

4. Niveau d'études le plus élevé atteint :
 - Diplôme d'études secondaires
 - Diplômes d'études professionnelles (DEP)
 - Diplômes d'études collégiales
 - Certificat
 - Baccalauréat
 - Maîtrise
 - Doctorat
 - Post-doctorat

Parcours professionnel et travail actuel

1. Profession (cochez toutes les cases qui vous concernent) :
 - Psychologue
 - Travailleur social
 - Psychoéducateur
 - Infirmière
 - Médecin
 - Autre, précisez : _____

2. Nombre d'années de pratique en tant que professionnel·le : _____ (*menu déroulant*)
3. Milieu de pratique actuel :
- Public (p. ex., hôpital, CLSC)
 - Privé (p. ex., bureau privé, entreprise indépendante du secteur public)
 - Communautaire
 - Autres, précisez : _____
4. Nombre de mois et/ou d'années à votre poste actuel : _____ mois _____ années
5. Clientèles auprès desquelles vous œuvrez principalement (sélectionnez tout ce qui s'applique) :
- Enfants
 - Adolescents
 - Adultes
 - Couples
 - Familles
 - Groupes
6. Troubles ou problématiques apparentées auprès desquelles vous travaillez principalement (sélectionnez tout ce qui s'applique) :
- Troubles de l'humeur
 - Troubles anxieux
 - Troubles de l'usage de substances
 - Troubles des conduites alimentaires
 - Troubles de la personnalité
 - Troubles du spectre de l'autisme
 - Déficience intellectuelle
 - Troubles psychotiques
 - Troubles de l'adaptation ou liés à un traumatisme
 - Autres, précisez : _____

7. Nombre d'heures d'intervention directe effectué auprès de la clientèle :

- Entre 5 et 10 heures
- Entre 10 et 15 heures
- Entre 15 et 20 heures
- Entre 20 et 25 heures
- Entre 30 et 40 heures
- Plus de 40 heures

8. Bénéficiez-vous de supervision dans le cadre de votre travail?

- Oui
- Non

8.1 À quelle fréquence bénéficiez-vous de supervision?

- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Moins d'une fois par mois
- Au besoin
- Autres, précisez : _____

9. Avez-vous été victime d'un événement traumatique dans le cadre de votre emploi actuel?

- Oui
- Non

Santé psychologique

1. Avez-vous souffert d'une des difficultés suivantes, qu'elle ait été diagnostiquée ou non, depuis que vous exercez votre profession?

- Trouble dépressif
- Trouble anxieux
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Troubles des conduites alimentaires (p. ex., anorexie mentale, boulimie)
- Trouble de l'adaptation ou lié à un traumatisme
- Trouble de l'alternance veille-sommeil (p. ex., insomnie, hypersomnolence, apnée)
- Trouble lié à l'usage d'une substance
- Aucun trouble

2. Avez-vous souffert d'une des difficultés suivantes, qu'elle ait été diagnostiquée ou non, avant d'exercer votre profession?

- Trouble dépressif
- Trouble anxieux
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Troubles des conduites alimentaires (p. ex., anorexie mentale, boulimie)
- Trouble de l'adaptation ou lié à un traumatisme
- Trouble de l'alternance veille-sommeil (p. ex., insomnie, hypersomnolence, apnée)
- Trouble lié à l'usage d'une substance
- Aucun trouble

3. Avez-vous déjà vécu un ou plusieurs arrêt(s) de travail prescrit(s)?

- Oui, et au moins l'un d'eux était lié à mon emploi
- Oui, mais il n'était pas lié à mon emploi
- Non

3.1 Combien de fois avez-vous vécu un arrêt de travail dans le cadre de votre emploi? (*choix de réponses sous forme de menu déroulant*)

- Une
- Deux
- Trois
- Quatre
- Cinq ou plus