



Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes¹ communautaires en santé mentale

Carole Vanier*

Daniel Fortin*

L'objectif de cette recherche exploratoire est d'identifier les principales sources de stress au travail et d'épuisement professionnel chez les intervenantes en santé mentale œuvrant en milieu communautaire et d'examiner le soutien social qu'elles reçoivent. Les informations ont été recueillies au cours d'entrevues individuelles et d'entrevues de groupe auxquelles ont participé 19 intervenantes provenant de trois centres de crise de Montréal. Les principaux facteurs de stress qu'identifient les participantes ont trait à des dimensions relevant de l'intervention auprès des usagers et du rôle d'intervenante. Des difficultés spécifiques au travail en milieu communautaire sont aussi rapportées. Le soutien reçu des collègues de travail et la qualité des relations avec la direction ressortent comme facteurs importants de protection contre le stress et l'épuisement.

L'étude du stress au travail et de l'épuisement professionnel fait l'objet d'un intérêt marqué, comme en témoignent les nombreux écrits scientifiques sur le sujet au cours des récentes décennies. Selon Lazarus et Folkman (1984), le stress psychologique est une relation particulière entre la personne et son environnement que la personne évalue comme pouvant léser ou excéder ses ressources et menacer son bien-être. Plusieurs auteurs considèrent qu'un stress soutenu et prolongé où les demandes de l'environnement de travail épuisent ou dépassent les ressources personnelles, peut conduire à l'épuisement professionnel (Brill, 1984; Leiter, 1991; Maslach et Jackson, 1986; Maslach et Schaufeli, 1993).

Maslach et Jackson (1986) définissent l'épuisement professionnel comme un syndrome d'épuisement émotionnel, de déperson-

* C. Vanier est étudiante au doctorat en psychologie et D. Fortin, Ph.D., est professeur au Département de psychologie, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS), Université du Québec à Montréal.

nalisation et de manque d'accomplissement personnel qui se développe principalement chez les personnes travaillant en contact direct avec une clientèle en difficulté. L'épuisement émotionnel se traduit par un sentiment d'épuisement et de vide émotionnel intérieur. La dépersonnalisation a trait au développement d'attitudes et de sentiments négatifs et cyniques envers la clientèle. Le manque d'accomplissement personnel se manifeste par des sentiments d'incompétence professionnelle et de manque de réalisation personnelle dans le travail.

L'épuisement professionnel entraîne des conséquences néfastes pour l'individu et l'organisation et peut affecter la qualité des services offerts. Il est à l'origine de troubles de santé physique et de détresse psychologique, de problèmes de comportement et de performance au travail, de problèmes interpersonnels avec les clients, les amis et les membres de la famille et d'attitudes négatives envers la clientèle, le travail et la vie en général (Kahill, 1988; Maslach, 1986).

Le taux d'épuisement professionnel est en constante progression, particulièrement dans les professions d'aide. La prévalence de ce problème serait d'environ 15 % chez les professionnels de la santé et de l'éducation (Vézina *et al.*, 1992). Plusieurs études soulignent que les travailleurs en santé mentale exercent une profession à risque élevé de stress et d'épuisement professionnel (Patrick, 1984; Pines et Maslach, 1978). Ces problèmes se posent avec encore plus d'acuité chez les personnes intervenant auprès d'une clientèle psychiatrique lourde, chronique ou en crise (Mirabi *et al.*, 1985; Oberlander, 1990; Weaver, 1984).

L'intervention en santé mentale est un travail difficile, exigeant et stressant. Des dimensions inhérentes au travail en relation d'aide ainsi que des facteurs environnementaux et organisationnels peuvent contribuer au développement du stress chez les intervenants (Maslach, 1978; Ratliff, 1988). Ainsi, les contacts fréquents, intenses et chargés d'émotion avec des personnes en difficulté, les besoins immenses des clients, l'absence de progrès marqué et les résultats souvent intangibles créent un contexte de travail particulièrement lourd et exigeant. À ces difficultés peuvent s'ajouter des contraintes ou des pressions provenant de la charge de travail, des conditions d'emploi et des relations interpersonnelles. Par ailleurs, le soutien reçu au travail et dans le milieu familial et social peut aider la personne à répondre aux exigences de son travail et atténuer l'impact du stress sur son état psychologique (Vézina *et al.*, 1992).

La majorité des études sur le stress et l'épuisement professionnel dans le domaine de la santé mentale ont été réalisées auprès de personnes travaillant en milieu psychiatrique institutionnel (Hiscott et Connop, 1989; Pelletier, 1986; Pines et Maslach, 1978) et ne reflètent pas la réalité du milieu communautaire. En fait, on dispose de peu d'information sur la nature, les exigences et les difficultés de l'intervention en santé mentale dans la communauté. Seuls quelques articles récents font brièvement état du rôle et de la tâche des intervenants (Lefebvre et Coudari, 1991; Péladeau *et al.*, 1991). Dans le contexte du *virage ambulatoire* où les intervenants sont appelés de plus en plus à travailler dans la communauté, il devient important d'améliorer notre connaissance et notre compréhension du travail en milieu communautaire et des exigences et des difficultés qu'il comporte. À cette fin, une étude exploratoire est conduite auprès d'intervenantes de centres de crise. Une approche qualitative permettra d'apprécier la spécificité de l'intervention en milieu communautaire, d'explorer la situation du point de vue des intervenantes et d'améliorer notre compréhension des phénomènes à l'étude.

L'objectif de la présente recherche est d'identifier les principales sources de stress au travail auxquelles sont confrontées les intervenantes communautaires en santé mentale et d'examiner le soutien social qu'elles reçoivent. Afin de bien cerner le sujet d'étude, nous formulons deux questions. Premièrement, quelles sont les principales sources de stress que rencontrent les intervenantes dans leur tâche et leur environnement de travail? Deuxièmement, quelles sont, au travail et à l'extérieur du travail, les sources d'aide et de soutien sur lesquels peuvent s'appuyer les intervenantes?

Considérant la nature exploratoire de l'étude, la recherche fait appel à un nombre restreint de participantes. Elle cherche plus à approfondir l'expérience de travail des intervenantes dans leur perspective qu'à répondre aux critères de représentativité et de validité statistiques d'une recherche quantitative. Les résultats de l'étude exploratoire permettront d'éclairer et d'orienter une recherche quantitative prévue pour une étape ultérieure.

Une brève recension des écrits fera d'abord ressortir les principaux facteurs de stress et les dimensions du soutien social identifiés dans les professions d'aide, plus particulièrement en milieu psychiatrique. La méthode décrira ensuite le déroulement de la recherche ainsi que le mode de cueillette et d'analyse des données. Enfin, les résultats seront présentés et discutés.

RECENSION DES ÉCRITS

Sources de stress et d'épuisement professionnel

La recension des écrits révèle que le travail en santé mentale et l'environnement de travail génèrent de nombreuses sources de stress pour les intervenantes. Compte tenu du nombre et de la diversité des facteurs identifiés, cette section présente un résumé de ces conditions environnementales. Parmi les principaux facteurs, on retrouve divers aspects de la tâche, des facteurs reliés à la clientèle, des dimensions relevant des relations interpersonnelles et de la supervision, et des facteurs organisationnels.

La tâche

Plusieurs recherches citent des caractéristiques spécifiques du travail en relation d'aide et en santé mentale comme source importante de stress. Ainsi, les principaux facteurs de stress que rapportent des psychothérapeutes (Farber et Heifetz, 1981, 1982) ont trait à l'absence de succès thérapeutique, à l'épuisement personnel consécutif au travail, aux exigences de la relation thérapeutique, aux conditions de travail et au comportement des clients. Des intervenants de centres de crise soulignent que les aspects les plus difficiles de leur travail comprennent la faible rémunération, les interruptions à la routine de la vie familiale, les horaires de travail ainsi que la tension physique et émotive associée au travail et aux horaires (Weaver, 1984). Le temps consacré aux tâches administratives figure parmi les stressseurs que rencontrent des intervenants en santé mentale et est relié à des attitudes négatives envers le travail et la clientèle (Pines et Maslach, 1978). Enfin, des infirmières travaillant en milieu communautaire identifient comme principales sources de stress la surcharge de travail, le manque de coopération des clients et des membres de la famille et les situations inconnues (Walcott-McQuigg et Ervin, 1992).

La clientèle

Un grand nombre de facteurs à l'origine du stress des intervenants se rapporte aux caractéristiques des clients et aux contacts avec la clientèle. Parmi ces facteurs, on relève la sévérité des problèmes et la chronicité des cas (Hiscott et Connop, 1989; Maslach, 1978; Oberlander, 1990; Pines et Maslach, 1978) ainsi que la durée et la fréquence des contacts directs (Maslach et Jackson, 1982; Savicki et Cooley, 1987). Le risque de stress s'accroît lorsque le contact avec le client est très perturbant, difficile et frustrant (Maslach, 1978). L'attitude et le comportement négatifs de certains clients, par exemple la résistance, l'hostilité et

l'agressivité, exercent aussi une influence significative (Ackerley *et al.*, 1988; Browner *et al.*, 1987; Farber et Heifetz, 1981; Hiscott et Connop, 1989). Il en est de même de l'absence de feed-back ou d'un feed-back négatif de la clientèle (Eisenstat et Felner, 1984; Maslach, 1978).

La surcharge de travail, plus spécifiquement le nombre de clients, est un autre facteur potentiel de stress des intervenants (Hiscott et Connop, 1989; Pines et Maslach, 1978). L'impact négatif de la surcharge s'accroît lorsque le soutien des collègues est insuffisant et lorsque l'intervenant se sent inefficace avec les clients (Koeske et Koeske, 1989). Dans ces conditions défavorables, trois aspects de la charge de travail apparaissent particulièrement néfastes : le nombre de clients rencontrés quotidiennement, le nombre d'heures par jour en contact direct avec la clientèle et le pourcentage d'interventions de crise.

Les relations interpersonnelles

Le travail en relation d'aide pour les intervenantes œuvrant en contexte organisationnel implique de nombreux contacts avec les supérieurs et les collègues. Ces interactions peuvent être empreintes de soutien mais elles peuvent aussi s'avérer une source de stress. À cet égard, Pines et Maslach (1978) soulignent que des professionnels en santé mentale ayant de bonnes relations de travail apprécient davantage leur emploi, se sentent plus à l'aise de s'exprimer, ont une attitude plus positive envers les clients et estiment qu'ils réussissent bien dans leur travail. Par ailleurs, des études rapportent que les relations interpersonnelles en milieu de travail constituent d'importants stressseurs pour des infirmières en psychiatrie (Cronin-Stubbs et Brophy, 1985; Donat *et al.*, 1991; Trygstad, 1986). D'autres recherches démontrent le risque accru d'épuisement chez les intervenants lorsque les relations interpersonnelles au travail sont hostiles et exemptes de soutien (Pines et Kafry, 1978; Savicki et Cooley, 1987). Un manque de confiance mutuelle et une communication verticale allant du haut vers le bas (O'Driscoll et Schubert, 1988) ainsi qu'une communication inadéquate de la part du supérieur (Gillespie et Numerof, 1991) sont aussi des prédicteurs significatifs de l'épuisement. De plus, les mauvaises relations avec la communauté en général représentent une importante source de stress pour les intervenants (Maslach, 1982).

Peu d'études ont examiné la supervision clinique du travail en santé mentale en rapport avec le stress des intervenants. Quelques écrits suggèrent qu'une supervision inadéquate peut conduire au stress et à l'épuisement (Chemiss, 1980; Harrison, 1980; Shapiro, 1982). Deux

aspects du comportement du superviseur semblent déterminants : une faible considération du superviseur envers l'employé et un encadrement rigide (Seltzer et Numerof, 1988).

Les facteurs organisationnels

Plusieurs recherches confirment le rôle important qu'exercent les facteurs organisationnels dans le développement du stress et de l'épuisement professionnel. Parmi ces facteurs, on retrouve le manqué d'autonomie et de contrôle dans le travail (Constable et Russell, 1986; Savicki et Cooley, 1987), une faible participation au processus de décision (Jackson, 1983; O'Driscoll et Schubert, 1988), le manque de reconnaissance professionnelle (Friesen et Sarros, 1989), l'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle (Himle et Jayaratne, 1990; Jackson et Schuler, 1985; Maslach et Jackson, 1982). Plus de la moitié des situations identifiées comme très stressantes par des infirmières en psychiatrie se rapportent à des aspects administratifs ou organisationnels (Dawkins *et al.*, 1985). De même, on observe une relation positive entre les exigences administratives et la détresse et l'anxiété chez des infirmières travaillant dans un hôpital psychiatrique (Jones *et al.*, 1987).

Le soutien social

Le soutien social constitue une des principales ressources pouvant atténuer le niveau de stress au travail et l'impact du stress occupationnel sur la santé psychologique (House, 1981). L'étude du soutien social est toutefois une question complexe qui soulève de nombreuses controverses par rapport à la définition et aux effets du soutien social. Compte tenu de la nature exploratoire de notre étude qui vise essentiellement à examiner auprès des intervenantes le soutien qu'elles reçoivent, nous nous limiterons ici à faire état des principales recherches sur le sujet.

La meilleure façon de comprendre et de définir le soutien social est de considérer ses diverses dimensions ou fonctions (Tousignant, 1992). Ainsi, Cobb (1976) définit le soutien social comme une information amenant la personne à croire qu'elle est aimée, estimée, valorisée et qu'elle appartient à un réseau de communication et de soutien mutuel. Le soutien social peut exercer un effet direct positif sur la santé psychologique (LaRocco *et al.*, 1980; Winnubst *et al.*, 1982). Il peut aussi agir comme modérateur dans la relation entre le stress au travail et la santé (Cohen et Wills, 1985; LaRocco *et al.*, 1980; Winnubst *et al.*, 1982).

Le soutien social reçu en milieu de travail a fait l'objet de plusieurs études dans les professions d'aide. Toutes les recherches montrent l'influence bénéfique du soutien social sur le bien-être des intervenants, le soutien du supérieur et des pairs étant régulièrement associé à un degré moindre de stress et d'épuisement. Ces résultats sont obtenus chez des infirmières (Beehr *et al.*, 1990; Constable et Russell, 1986), des enseignants (Russell *et al.*, 1987, Schwab *et al.*, 1986), des travailleurs sociaux (Himle *et al.*, 1991), des psychologues (Ross *et al.*, 1989) et des intervenants en santé mentale (Leiter, 1988, 1991; Savicki et Cooley, 1987). Par ailleurs, quelques études révèlent un effet positif du soutien des membres de la famille et des amis (Kahill, 1986; Marshall et Barnett, 1992). D'autres études démontrent que le soutien du supérieur et des pairs a un effet modérateur sur la relation entre les stressés du travail et l'épuisement professionnel (Constable et Russell, 1986; Etzion, 1984).

En résumé, le soutien social est un facteur important pour contrer le développement du stress et de l'épuisement professionnel.

La recension des écrits a permis de dégager des pistes de recherche auprès des intervenantes du milieu communautaire, de préciser les thèmes de l'étude et de construire le canevas d'entrevue.

MÉTHODE

Milieu

La recherche est réalisée auprès du personnel de trois centres de crise situés sur l'île de Montréal. L'ensemble des services que dispense un centre de crise couvre la gamme des interventions en santé mentale offertes dans la communauté. En effet, un centre de crise offre généralement une intervention de crise ponctuelle et à court terme, un service d'hébergement, une intervention à moyen terme de même qu'un suivi à plus long terme dans la communauté.

Les centres de crise participant à l'étude desservent des secteurs très défavorisés de Montréal. Il s'agit de territoires à haute densité de population dont une forte proportion vit dans de faibles conditions socio-économiques. On y retrouve également un pourcentage élevé de personnes ayant des antécédents psychiatriques.

Participant

L'équipe de travail d'un centre de crise se compose habituellement d'agentes d'évaluation et d'intervention, d'intervenantes œuvrant dans

la communauté et d'animatrices. La présente étude inclut des représentantes des deux premiers groupes.

Dix-neuf intervenants et intervenantes acceptent de participer à la recherche suite à l'invitation qui leur est adressée par l'intermédiaire de la direction de chaque organisme. De ce nombre, dix proviennent d'un même centre de crise, six sont à l'emploi d'un deuxième organisme et les trois autres travaillent dans un autre centre.

Douze des 19 participants sont des femmes. La moyenne d'âge se situe au début de la trentaine. Plus de la moitié vivent en couple. Ils détiennent majoritairement (89 %) un diplôme universitaire, principalement en travail social ou en psychologie. Les autres ont une formation de niveau collégial ou possèdent de l'expérience en intervention communautaire.

Collecte des données

La cueillette de l'information s'effectue au cours d'entrevues individuelles en profondeur et d'entrevues de groupes. Les dix intervenantes du premier centre de crise participent aux entrevues individuelles alors que les participantes des deux autres organismes prennent part aux entrevues de groupe. L'objectif est d'obtenir, à travers le témoignage des intervenantes, des données reflétant les expériences personnelles vécues au travail et les perceptions individuelles qui s'y rattachent.

Afin de réaliser cet objectif, nous avons choisi d'utiliser une approche méthodologique qui, combinant entrevue individuelle et entrevue de groupe, tire avantage des forces de chacun des deux modes d'entretien. En effet, alors que l'entrevue de groupe favorise les échanges entre les intervenantes et l'exploration des divers aspects d'une question, l'entrevue individuelle permet d'approfondir l'expérience et le point de vue de chaque participante.

Entrevues individuelles

La durée moyenne des entrevues individuelles est d'environ une heure et demie. Leur déroulement s'appuie sur un guide d'entrevue standardisé à questions ouvertes développé à partir des thèmes identifiés dans notre analyse de la recension des écrits. Ce mode d'entrevue présente l'avantage d'assurer l'uniformité dans la formulation et la séquence des questions, de réduire le biais de l'interviewer et de faciliter l'analyse des données (Patton, 1991). Les questions abordées se rapportent aux principaux facteurs de stress au travail et au soutien reçu. Le tableau 1 présente la liste des thèmes retenus.

Tableau 1
Thèmes abordés dans les entretiens individuelles

I. Le stress au travail

- A. La charge de travail et les pressions venant de la tâche
 - 1. La quantité de travail et la surcharge
 - 2. Les difficultés rencontrées dans le travail
 - 3. Les exigences de la tâche et la tension émotionnelle
 - 4. La structure du travail et le partage des tâches
 - 5. La tenue des dossiers et les tâches administratives
- B. Les conflits ou les pressions provenant de l'environnement extérieur
 - 1. Les contacts
 - 2. Les difficultés rencontrées
 - 3. Les demandes incompatibles

II. Le soutien social

- A. Les relations avec la direction
 - 1. Les rapports avec la direction
 - 2. Le soutien reçu
 - B. Les relations avec les collègues
 - 1. Le soutien reçu
 - 2. Les conflits
 - C. Le soutien extérieur au milieu de travail
-

Entretiens de groupe

Le déroulement des entretiens de groupe s'inspire de la technique des groupes test (« focus groups »). Le groupe test se compose d'un petit nombre de participants relativement homogènes et représentatifs du groupe d'origine. L'objectif est d'examiner en profondeur tous les aspects d'un sujet précis. L'animation est confiée à un modérateur qui voit à favoriser la participation de tous les membres et à susciter l'échange et l'interaction (Stewart et Shamdasani, 1990).

L'instrument utilisé est un guide d'entretien comprenant un nombre restreint de questions ouvertes. L'ordre de présentation des questions s'opère selon une approche dite d'entonnoir. La séquence débute par des questions générales suivies graduellement de questions plus précises, ces dernières permettant de scruter davantage des aspects spécifiques du sujet à l'étude (Stewart et Shamdasani, 1990).

Nous avons réalisé trois entretiens de groupe réunissant trois personnes par groupe avec les intervenantes provenant de deux centres de crise. L'auteure assure la conduite de ces rencontres de discussion qui

durent en moyenne une heure et demie. Au cours des échanges, les participantes s'expriment sur les difficultés rencontrées dans leur travail et dans leurs relations interpersonnelles au travail. Quatre questions servent de point de départ à la discussion : 1) Quels sont les aspects de votre travail qui vous paraissent les plus difficiles ou les plus stressants? 2) Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans votre travail auprès des usagers? 3) Comment décrivez-vous les relations interpersonnelles dans votre milieu de travail? 4) Comment décrivez-vous les rapports avec les intervenants extérieurs à l'organisme où vous travaillez?

Analyse des données

Les données recueillies sont soumises à une analyse de contenu (L'Écuyer, 1990). Dans une première étape, l'audition complète de l'enregistrement de chaque entrevue permet une familiarisation avec le matériel et une découverte du sens général se dégageant des entretiens. La deuxième étape consiste à subdiviser le contenu de chaque entrevue en fonction des thèmes abordés. La transcription sur fiches des extraits d'entrevue se rapportant à chacun des thèmes s'effectue en demeurant le plus près possible des propos, commentaires et observations des intervenantes. La troisième étape prévoit une synthèse du matériel recueilli et la délimitation de thèmes principaux. Cette tâche implique d'abord le regroupement et la classification par thème des informations extraites des entrevues. Elle consiste ensuite à dégager les catégories permettant d'organiser et de classer les données. Une synthèse des données complète cette étape d'analyse et conduit à l'identification des thèmes et sous-thèmes. Enfin, l'examen critique des thèmes et sous-thèmes identifiés et l'élaboration d'une synthèse des résultats à l'aide d'énoncés descriptifs des différents aspects de la situation terminent l'analyse.

RÉSULTATS

Le stress au travail

La charge de travail et les pressions venant de la tâche

De façon générale, les intervenantes considèrent ne pas avoir de surcharge de travail. À leur avis, la surcharge est occasionnelle et découle surtout de trois facteurs : les cas difficiles ou sévères, le manque de personnel, principalement lors d'absences ou de périodes de vacances, et les tâches connexes à accomplir. Quelques intervenantes soulignent que le manque de travail est démotivant pour elles. Plutôt, elles se sentent stimulées par une quantité plus grande de travail.

Les intervenantes rencontrent principalement quatre types de difficulté dans leur travail. La première concerne certains clients, plus spécifiquement les clients agressifs et ceux qui ont une faible motivation. Des intervenantes soulignent que la personnalité de quelques clients de même que des problématiques auxquelles elles sont plus sensibles soulèvent des obstacles importants pour elles. D'autres reconnaissent être profondément touchées par la colère et l'agressivité de certains clients et par les situations d'intense violence auxquelles elles sont confrontées. Plusieurs confient avoir souvent peur d'être agressées par des clients, que ce soit au centre de crise ou à la résidence du client. À ce sujet, une intervenante ayant plus de six ans d'expérience révèle : « J'ai toujours voulu me faire croire que je n'avais pas peur quand j'étais dans ces situations-là mais je viens de me rendre compte, il n'y a pas longtemps, que j'ai peur. »

La deuxième difficulté a trait aux ressources extérieures. À cet égard, on mentionne les désaccords occasionnels avec les intervenants extérieurs, le manque de ressources dans la communauté, principalement la pénurie de logements, le grand nombre et la lourdeur des démarches à effectuer pour obtenir de petites choses, et les complications administratives.

Comme troisième source de problème, les intervenantes font part des difficultés qu'elles rencontrent dans l'évaluation du client et dans l'élaboration du plan de travail avec lui.

Enfin, la quatrième difficulté est reliée au caractère temporaire et à court terme de l'intervention. À ce sujet, une intervenante note que son travail peut être considéré comme un « éternel recommencement ». Une autre déplore « ne pas voir les changements, les effets bénéfiques et positifs des interventions ». Elle ajoute : « Quand la personne va bien, on ne la voit pas. On voit toujours les personnes dans les situations les plus pénibles. Cela peut être dur à long terme. »

Les exigences de la tâche

Au regard des exigences de la tâche et de la tension émotive qu'elle génère, les propos recueillis permettent d'identifier trois types d'exigence. Le premier insiste sur l'importance d'être toujours en bonne forme physique et psychologique car le travail demande une disponibilité constante et une attention soutenue. Les intervenantes doivent continuellement être à l'écoute, ouvertes, présentes et accueillantes. Comme le souligne une intervenante, elles ont parfois l'impression, après une période de travail, d'être « siphonnées ».

Le deuxième type d'exigence se rapporte à la lourdeur des cas. Les intervenantes sont régulièrement en contact avec une clientèle en situation de grands besoins. Le manque d'habiletés du client, le peu de ressources dans la communauté et le manque de collaboration extérieure accentuent les difficultés qu'elles rencontrent. Elles se sentent mal outillées pour faire face à la sévérité des problèmes et doivent souvent faire preuve de polyvalence et de débrouillardise.

Le troisième type de difficulté touche aux exigences du travail au plan émotif. Plusieurs intervenantes soulignent le profond sentiment d'impuissance qu'elles ressentent dans des situations particulièrement tragiques ou pathétiques ou dans leurs interventions auprès de personnes non motivées ou ayant peu d'habiletés. Une intervenante en parle en ces termes : « Constaté que le portrait est tellement lourd. Par où vais-je commencer? Quelle est la première chose qui peut lui donner de l'espoir, du réconfort? Et en même temps, tu constates que tu es pas mal impuissante. » Pour sa part, une participante rapporte que ce sentiment est très présent chez elle lorsqu'elle intervient auprès « de personnes qui sont impuissantes et qui nous rendent impuissantes, de personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas aller plus loin dans leur cheminement ou encore qui ont envie de se faire prendre en charge ». De plus, les intervenantes vivent souvent de l'inquiétude par rapport aux clients. Cette situation prévaut lorsque l'intervenante est particulièrement touchée par les difficultés de la personne ou lorsqu'elle a beaucoup d'affinités avec elle. L'intervenante est alors très affectée par la situation; elle adhère aux problèmes de la personne et souhaite régler toutes les difficultés, ce qui lui demande un grand investissement d'énergie.

Plusieurs reconnaissent que les tâches administratives reliées à la tenue des dossiers exigent un effort de leur part. Elles jugent cependant ces tâches importantes et nécessaires puisqu'elles permettent la communication entre intervenantes tout en aidant à clarifier et à préciser leur pensée. Il ne s'agit pas pour elles d'une surcharge de travail mais d'une tâche qui exige un effort de synthèse et de rédaction ainsi qu'une période de travail spécifiquement consacrée à cette fin.

Enfin, les intervenantes mentionnent que les locaux de travail exigus et inadéquats, les horaires de travail et le salaire insuffisant constituent pour elles des aspects insatisfaisants de leur travail.

Les conflits ou les pressions provenant de l'environnement extérieur

De l'avis des personnes interviewées, le contact avec les ressources extérieures est généralement bon. Les divergences, les frictions

et l'incompréhension ne se rencontrent qu'en de rares occasions. Plusieurs intervenantes considèrent que la qualité des rapports avec les ressources extérieures peut influencer la qualité de l'intervention. Elles apportent donc une attention et un effort particuliers au développement et au maintien du meilleur contact possible avec ces ressources.

Les difficultés que rencontrent les intervenantes dans leurs relations avec les ressources extérieures se situent à deux plans. Elles découlent premièrement de la méconnaissance du centre de crise et du travail qui y est effectué. Cette situation entraîne parfois des rapports plus froids et plus distants avec les intervenants extérieurs ainsi qu'un manque de collaboration et d'information de la part de certains milieux hospitaliers. La deuxième source de problèmes est reliée aux divergences d'opinion sur des dossiers. Les intervenantes sont alors confrontées à un écart entre la demande du centre hospitalier et les besoins du client et à une divergence entre leur propre vision du dossier et les attentes du milieu hospitalier.

Les répondantes déplorent également le manque de reconnaissance des organismes communautaires par les milieux institutionnel et gouvernemental. Pour elles, cette faible considération se traduit, entre autres, par un financement insuffisant des organismes communautaires et par un écart salarial entre le secteur communautaire et le réseau public. Elle entraîne aussi, à leur avis, une pression supplémentaire pour les intervenantes. À ce sujet, une participante déclare : « En plus de notre travail, il faut constamment se battre pour se faire reconnaître, pour avoir de l'argent, pour pouvoir être ce qu'on est, pour être différents. Et ça, pour moi, c'est comme une double tâche qu'on a à assumer si on ne veut pas perdre notre emploi. Dans le milieu communautaire, il faut tout le temps que tu te battes pour garder ton emploi. »

Le soutien social

Le soutien de la direction

Toutes les répondantes insistent sur l'importance de la qualité des rapports avec la direction. Plusieurs aspects de ces relations apparaissent déterminants tels l'ouverture, la souplesse, la disponibilité, l'écoute, le soutien moral dans les difficultés vécues, le respect des décisions prises par l'intervenante, la reconnaissance de son autonomie dans le travail, la consultation et la participation des intervenantes lors de décisions importantes. L'encadrement et le leadership qu'exerce la direction ressortent également comme des dimensions pouvant permettre, comme le souligne une intervenante, de « rassembler » et de « canaliser

vers la tâche » les expériences, les aptitudes, les compétences et les valeurs des intervenantes. Par ailleurs, le manque de respect pour le travail des intervenantes, la pression pour une production de travail et l'exercice d'un contrôle sont des aspects susceptibles d'affecter négativement la qualité des rapports interpersonnels.

Toutes les participantes reconnaissent la nécessité d'une supervision clinique adéquate. Une intervenante rappelle que « la travailleuse en a personnellement et professionnellement besoin ». Pour certaines, la supervision clinique qu'assure la direction auprès d'elles constitue une source de soutien appréciable. Toutefois, la majorité préfère que la supervision clinique soit exercée par une personne extérieure à l'organisme afin d'éviter que la direction assume un double mandat conflictuel de supervision et d'évaluation.

Le soutien des collègues

Le lien avec les collègues de travail se révèle le facteur le plus fortement relié au bien-être des intervenantes et à l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes dans leur travail. Toutes reconnaissent l'importance de bonnes relations avec leurs collègues et du soutien et de l'encouragement reçus des autres intervenantes. Les échanges entre intervenantes se produisent principalement à trois occasions : lors d'échanges informels dans le milieu de travail, lors de réunions et lors de rencontres sociales après le travail. Ces moments d'échanges permettent l'expression de plusieurs formes de soutien comme l'écoute, la compréhension, le soutien moral et affectif, le partage d'informations et d'opinions sur la conduite de l'intervention, l'approbation et la valorisation du travail effectué.

Les conflits occasionnels entre intervenantes sont souvent reliés à une mésentente concernant le plan d'intervention et, de façon plus spécifique, à un désaccord sur l'approche à adopter auprès de clients, au mode de fonctionnement et au style d'intervention. Des tensions interpersonnelles peuvent aussi se développer lorsque la supervision d'équipe et le leadership de la direction se révèlent déficients. Ainsi, une intervenante attribue les difficultés rencontrées dans le travail d'équipe lors de conflits au « manque de supervision d'équipe » et au fait qu'il n'y a « personne pour nous ramasser dans nos conflits, nos discussions, nos questions, nos comportements non verbaux et nos non-dits ». Elle est également convaincue que l'absence de supervision et de soutien d'équipe peut être un élément de stress. Pour sa part, une participante décrit les conséquences d'une telle situation en ces termes : « On se confronte dans nos archétypes, dans nos valeurs d'intervention, dans

nos attitudes, dans nos attentes remplies et non rencontrées. On se confronte à tous les niveaux. Il y a de la perte de temps, d'énergies et d'efforts. »

Le soutien extérieur au milieu de travail

Quatre constatations émergent des commentaires formulés par les participantes sur le soutien reçu à l'extérieur du travail. Premièrement, un grand nombre d'intervenantes ne considèrent pas nécessaire d'obtenir du soutien extérieur, le soutien reçu au travail s'avérant suffisant pour elles. À cet égard, plusieurs insistent sur l'importance de réussir à se « déconnecter » du travail et d'établir une division nette entre le travail et la vie personnelle.

Une deuxième remarque concerne le conjoint et la famille. Ici, l'important n'est pas tellement de pouvoir se confier mais plutôt d'avoir une bonne relation avec l'entourage immédiat, laquelle s'accompagne souvent d'accueil et d'écoute et favorise l'expression du « trop plein ». À ce sujet, une intervenante précise : « Je ne vais pas nécessairement raconter les détails des pires situations que je rencontre mais je vais parler de ce que je vis personnellement. » Une autre ajoute : « Quand je parle de ma journée, je ne parle pas à l'autre de mon travail, je parle de moi dans mon travail. C'est une grosse nuance, une nuance qui fait que je conserve l'écoute que je recherche, que je conserve la relation aussi. »

La troisième constatation a trait aux amis. Ceux-ci ne sont pas utilisés comme source de soutien mais partagent plutôt les moments de détente et de divertissement de même que les activités sportives et les loisirs.

Enfin, une dernière observation se rapporte au soutien que plusieurs intervenantes déclarent obtenir en participant à diverses activités extérieures au travail. Pour plusieurs, les cours, les colloques ou congrès, les rencontres sociales, les groupes de soutien, la thérapie et les activités sportives sont autant d'occasions de ressourcement et de soutien additionnel.

Trois conclusions se dégagent des propos recueillis sur le soutien social. Premièrement, les collègues de travail constituent la principale source de soutien des intervenantes. Deuxièmement, les amis et la famille ne sont pas nécessairement des sources de soutien en regard du stress au travail, mais un entourage permettant de se détendre semble favoriser de meilleures dispositions pour le travail. Enfin, la qualité des relations avec la direction, le leadership qu'elle exerce et une supervision adéquate apparaissent être des éléments indispensables du soutien que requièrent les intervenantes dans leur travail.

Le tableau 2 présente une synthèse des informations recueillies auprès des participantes.

Tableau 2
Facteurs de stress et facteurs de protection identifiés par les intervenantes

Facteurs de stress	Facteurs de protection
Tâche	Soutien social de la direction
surcharge de travail	ouverture et souplesse
cas difficiles, sévères	disponibilité et écoute
manque de personnel	soutien moral
tâches connexes	respect du travail et des décisions
clientèle	reconnaissance de l'autonomie
clients agressifs, peu motivés	participation aux décisions
ressources extérieures	encadrement et leadership
désaccords entre intervenants	supervision clinique externe
manque de ressources communautaires	supervision et soutien d'équipe
lourdeur des démarches	
évaluation et plan d'intervention	Soutien social des collègues
contexte court terme de l'intervention	échanges informels au travail
	réunions d'équipe
Exigences et tension émotive	rencontres sociales après le travail
disponibilité physique et psychologique	écoute, soutien moral et affectif
lourdeur des cas et besoins des clients	échange d'informations
exigences émotives	approbation et valorisation
sentiment d'impuissance	
tâches administratives	Soutien social extérieur au travail
	importance de se « déconnecter » du travail
Autres	relation avec le conjoint et la famille favorisant l'accueil et l'écoute
locaux de travail	activités de détente avec les amis
horaires de travail	autres activités : cours, colloques, congrès, groupes de soutien, etc.
salaires	
Environnement extérieur	
méconnaissance de l'organisme et du travail effectué	
divergences théoriques	
manque de reconnaissance	

Discussion

De façon générale, les résultats de cette étude exploratoire sont comparables à ceux d'autres recherches dans le domaine de la relation

d'aide touchant les facteurs de stress et d'épuisement et les sources de soutien social. Plus spécifiquement, les données révèlent que les participantes, comme leurs collègues œuvrant en milieu institutionnel, sont confrontées à plusieurs difficultés inhérentes à l'intervention en santé mentale. Cette situation relève plus particulièrement du processus même d'intervention auprès d'une clientèle en difficulté et des exigences du rôle d'intervenante (Farber et Heifetz, 1982; Maslach, 1978). Ainsi, la nature, la sévérité et la chronicité des problèmes des usagers, le contact constant avec la souffrance ou l'agressivité d'autrui et l'intensité émotionnelle des rapports avec les clients jouent un rôle déterminant dans le stress que vivent les intervenantes. Les exigences d'accueil, de disponibilité et d'écoute et les exigences d'attention à soi et à sa propre vulnérabilité face aux problèmes des usagers imposent d'autres pressions. S'ajoutent à ce contexte difficile des sentiments d'échec et d'impuissance reliés à des clients peu motivés, à des résultats souvent intangibles et à des interventions temporaires, à court terme et sans cesse à renouveler.

Le sentiment d'impuissance que ressentent les intervenantes face à leur travail rejoint une dimension souvent considérée dans l'étude du stress au travail, soit la perception d'un manque de contrôle sur le travail et sur les résultats. La plupart des théories du stress reconnaissent que le manque de contrôle est une importante source de stress qui peut affecter la santé mentale et le bien-être des travailleurs (Ganster, 1989). La manque de contrôle perçu est relié à l'épuisement professionnel chez des psychologues (Ackerley *et al.*, 1988). De même, l'épuisement professionnel est plus marqué dans les emplois combinant une charge de travail élevée et un sentiment de faible contrôle (Landsbergis, 1988).

Les résultats suggèrent également que le stress des participantes est davantage relié à l'aspect qualitatif et émotionnel de l'intervention qu'à ses dimensions quantitatives comme, par exemple, la durée ou la fréquence des contacts avec les clients (Savicki et Cooley, 1987). De plus, les conditions de travail ne ressortent pas comme des facteurs majeurs de stress pour les participantes, contrairement aux résultats obtenus auprès d'intervenants du milieu institutionnel. Alors que pour ces derniers, la surcharge de travail associée au nombre de dossiers (Hiscott et Connop, 1989) et le temps consacré à des tâches administratives (Pines et Maslach, 1978) représentent d'importants facteurs de stress, ces conditions ne prévalent pas dans le cas des répondantes. Il serait intéressant de vérifier comment les différences de structure organisationnelle et de mode de gestion entre les organismes communautaires et les établissements du milieu institutionnel influencent les conditions de tra-

vail et la tâche des intervenantes et, ultimement, leur niveau de stress et d'épuisement.

Les résultats de cette étude traduisent par ailleurs la spécificité du travail en milieu communautaire. Certains facteurs de stress mentionnés par les intervenantes rendent compte des difficultés particulières qu'elles rencontrent. La brièveté des interventions, le manque de ressources dans la communauté auxquelles elles pourraient référer des usagers, la complexité des démarches auprès de lourdes bureaucraties et les contacts parfois difficiles avec les intervenants extérieurs accentuent la tension déjà présente dans leur travail. Une pression additionnelle s'ajoute avec la méconnaissance de leur rôle et de leur travail par le milieu institutionnel, le manque de collaboration de certains hôpitaux et la faible reconnaissance de la contribution du milieu communautaire aux services de santé mentale. Ces résultats mettent en évidence l'impact négatif sur les intervenantes des mauvaises relations avec la communauté (Maslach, 1982) et du manque de reconnaissance professionnelle (Friesen et Sarros, 1989). Ils témoignent cependant de la préoccupation des participantes envers les conséquences néfastes que peuvent avoir les mésententes avec les intervenants extérieurs sur la qualité des services offerts aux usagers.

L'importance qu'accordent les intervenantes au respect de leur autonomie professionnelle et à la participation aux décisions de l'organisme rejoint la vision de plusieurs auteurs qui reconnaissent un lien entre ces facteurs organisationnels et l'épuisement professionnel (Jackson, 1983; Savicki et Cooley, 1987).

Enfin, les résultats démontrent l'influence positive des bonnes relations avec la direction et les collègues de travail ainsi que du soutien reçu. Ces résultats vont dans le même sens que les nombreuses études réalisées sur le sujet. De façon plus particulière, les données soulignent les attitudes et comportements de la direction susceptibles d'être sources de soutien pour les intervenantes. Elles mettent aussi en relief les principaux motifs de mésentente avec les collègues. Par ailleurs, elles rendent compte du rôle déterminant qu'exerce le soutien reçu des pairs. En effet, comme dans l'étude de Weaver (1984), le partage avec les collègues de travail est une source de soutien fréquemment utilisée par les répondantes pour contrer le stress au travail. À la lumière de ces résultats, il apparaît souhaitable que les directions des organismes offrent à leur personnel une supervision de qualité et favorisent les occasions de rencontre, d'échange et de collaboration entre intervenantes pour les aider à faire face au stress de leur travail et ainsi prévenir l'épuisement professionnel.

Bien que la présente étude soit exploratoire, elle constituait néanmoins une étape incontournable pour bien comprendre et cerner les différentes facettes du stress relié à l'intervention communautaire en santé mentale. Elle permet de dégager des pistes de recherche pertinentes au milieu communautaire. Ainsi, il sera intéressant d'examiner auprès des intervenantes communautaires les relations entre les différents facteurs de stress, l'épuisement professionnel et le bien-être psychologique. Il sera également pertinent d'étudier le rôle des stratégies d'adaptation qu'utilisent les intervenantes face aux différentes situations de stress au travail. Enfin, une comparaison des différents types d'organismes communautaires en santé mentale par rapport aux facteurs de stress permettra de mieux comprendre comment ces facteurs influencent la vulnérabilité au stress et à l'épuisement. La présente étude apporte ainsi un soutien à la formulation d'hypothèses de recherche sur les liens entre les différents facteurs environnementaux et l'épuisement professionnel des intervenantes. Enfin, elle servira d'appui et de guide pour une étude de l'épuisement professionnel en milieu communautaire qui fera l'objet d'une prochaine recherche.

Note

1. Considérant la participation majoritaire des femmes à cette recherche, nous utilisons le féminin pour désigner l'ensemble des participants et participantes.

RÉFÉRENCES

- ACKERLEY, G.D., BURNELL, J., HOLDER, D. C., KURDEK, L.A., 1988, Burnout among licensed psychologists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 624-631.
- BEEHR, T.A., KING, L.A., KING, D.W., 1990, Social support and occupational stress: talking to supervisors, *Journal of Vocational Behavior*, 36, 61-81.
- BRILL, P.L., 1984, The need for an operational definition of burnout, *Family and Community Health*, 6, 4, 12-24.
- BROWNER, C.H., ELLIS, K.A., FORD, T., SELSBY, J., TAMPOYA, J., YEE, C., 1987, Stress, social support, and health of psychiatric technicians in a state facility, *Mental Retardation*, 25, 31-38.
- CHERNISS, C., 1980, *Staff Burn Out: Job Stress in the Human Services*, Sage Publications, Beverly Hills.
- COBB, S., 1976, Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

- COHEN, S., WILLS, T.A., 1985, Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- CONSTABLE, J.F., RUSSELL, D.W., 1986, The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses, *Journal of Human Stress*, 12, 20-26.
- CRONIN-STUBBS, D., BROPHY, E.B., 1985, Burnout: can social support save the psych nurse?, *Journal of Psychosocial Nursing*, 23, 7, 8-13.
- DAWKINS, J.E., DEPP, F.C., SELZER, N.E., 1985, Stress and the psychiatric nurse, *Journal of Psychosocial Nursing*, 23, 11, 9-15.
- DONAT, D.C., NEAL, B., ADDLETON, R., 1991, Situational sources of stress for direct care staff in a public psychiatric hospital, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14, 4, 76-81.
- EISENSTAT, R.A., FELNER, R.D., 1984, Toward a differentiated view of burnout: Personal and organizational mediators of job satisfaction and stress, *American Journal of Community Psychology*, 12, 411-430.
- ETZION, D., 1984, Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship, *Journal of Applied Psychology*, 69, 615-622.
- FARBER, B.A., HEIFETZ, L.J., 1981, The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: a factor analytic study, *Professional Psychology*, 12, 621-630.
- FARBER, B.A., HEIFETZ, L.J., 1982, The process and dimensions of burnout in psychotherapists, *Professional Psychology*, 13, 293-301.
- FRIESEN, D., SARROS, J.C., 1989, Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 179-188.
- GANSTER, D.C., 1989, Worker control and well-being: a review of research in the workplace in Sauter, S.L., Hurrell, J.J., Cooper, C., eds., *Job Control and Worker Health*, John Wiley and Sons, Chichester, 3-24.
- GILLESPIE, D.F., NUMEROF, R.E., 1991, Burnout among health service providers, *Administration and Policy in Mental Health*, 18, 161-171.
- HARRISON, W.D., 1980, Role strain and burnout in child protective service workers, *Social Science Review*, 54, 31-44.
- HIMLE, D.P., JAYARATNE, S., 1990, Burnout and job satisfaction: their relationship to perceived competence and work stress among undergraduate and graduate social workers, *Journal of Sociology and Social Welfare*, 17, 93-108.

- HIMLE, D.P., JAYARATNE, S., THYNESS, P., 1991, Buffering effects of four social support types on burnout among social workers, *Social Work Research and Abstracts*, 27, 22-27.
- HISCOTT, R.D., CONNOP, P.J., 1989, Job stress and occupational burnout: gender differences among mental health professionals, *Social Service Review*, 74, 10-15.
- HOUSE, J.S., 1981, *Work, Stress, and Social Support*, Addison-Wesley, Reading.
- JACKSON, S.E., 1983, Participation in decision making as a strategy for reducing job-related strain, *Journal of Applied Psychology*, 68, 3-19.
- JACKSON, S.E., SCHULER, R.S., 1985, Ameta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36, 16-78.
- JONES, J.G., JANMAN, K., PAYNE, R.L., RICK, J. T., 1987, Some determinants of stress in psychiatric nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 24, 129-144.
- KAHILL, S., 1986, Relationship of burnout among professional psychologists to professional expectations and social support, *Psychological Reports*, 59, 1043-1051.
- KAHILL, S., 1988, Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence, *Canadian Psychology*, 29, 284-297.
- KOESKE, G.F., KOESKE, R.D., 1989, Work load and burnout: can social support and perceived accomplishment help?, *Social Work*, 34, 243-248.
- L'ÉCUYER, R., 1990, *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*, Presses de l'Université du Québec, Sillery.
- LANDSBERGIS, P.A., 1988, Occupational stress among health care workers: a test of the job-demands model, *Journal of Organizational Behavior*, 9, 217-239.
- LAROCO, J.M., HOUSE, J.S., FRENCH, J.R.P., 1980, Social support, occupational stress, and health, *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.
- LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S., 1984, *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, New York.
- LEFEBVRE, Y., COUDARI, F., 1991, L'Entremise : de l'autonomie à l'emprise... institutionnelle?, *Santé mentale au Québec*, 16, 2, 289-314.

- LEITER, M.P., 1988, Burnout as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team, *Group and Organization Studies*, 13, 111-128.
- LEITER, M.P., 1991, Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns, *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.
- MARSHALL, N.L., BARNETT, R.C., 1992, Work-related support among women in caregiving occupations. *Journal of Community Psychology*, 20, 36-42.
- MASLACH, C., 1978, The client role in staff burn-out, *Journal of Social Issues*, 34, 111-124.
- MASLACH, C., 1982, *Burnout: The Cost of Caring*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- MASLACH, C., 1986, Stress, burnout, and workaholism in Kilburg, R.R., Nathan, P.E., Thoreson, R.W., eds., *Professionals in Distress*, American Psychological Association, Washington, 53-75.
- MASLACH, C., JACKSON, S.E., 1982, Burnout in health professions: a social psychological analysis in Sanders, G., Suls, J., eds., *Social Psychology of Health and Illness*, Erlbaum, Hillsdale, 227-251.
- MASLACH, C., JACKSON, S.E., 1986, *Maslach Burnout Inventory Manual, Second Edition*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B., 1993, Historical and conceptual development of burnout in Schaufeli, W.B., Maslach, C., Marek, T., eds., *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*, Taylor and Francis, Washington, 1-18.
- MIRABI, M., WEINMAN, M.L., MAGNETTI, S.M., KEPPLER, K.N., 1985, Professional attitudes toward the chronic mentally ill, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 404-405.
- O'DRISCOLL, M.P., SCHUBERT, T., 1988, Organizational climate and burnout in a New Zealand social service agency, *Work and Stress*, 2, 199-204.
- OBERLANDER, L.B., 1990, Work satisfaction among community-based mental health service providers: the association between work environment and work satisfaction, *Community Mental Health Journal*, 26, 517-532.
- PATRICK, P.K.S., 1984, Professional roles at risk for burnout, *Family and Community Health*, 6, 4, 25-31.
- PATTON, M.Q., 1991, *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Sage Publications, Newbury Park.

- PÉLADEAU, N., MERCIER, C., COUTURE, L., 1991, Les centres de crise et les services en santé mentale : l'expérience du Sud-Ouest de Montréal, *Santé mentale au Québec*, 16, 2, 267-288.
- PELLETIER, M.C., 1986, *Burnout chez les infirmières travaillant en milieu psychiatrique*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- PINES, A., KAFRY, D., 1978, Occupational tedium in the social services, *Social Work* 23, 499-507.
- PINES, A., MASLACH, C., 1978, Characteristics of staff burnout in mental health settings, *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- RATLIFF, N., 1988, Stress and burnout in the helping professions, *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 69, 147-154.
- ROSS, R.R., ALTMAIER, E.M., RUSSELL, D.W., 1989, Job stress, social support, and burnout among counseling center staff, *Journal of Counseling Psychology*, 36, 464-470.
- RUSSELL, D.W., ALTMAIER, E., VAN VELZEN, D., 1987, Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers, *Journal of Applied Psychology*, 72, 269-274.
- SAVICKI, V., COOLEY, E., 1987, The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals, *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-252.
- SCHWAB, R.L., JACKSON, S.E., SCHULER, R.S., 1986, Educator burnout: sources and consequences, *Educational Research Quarterly*, 10, 3, 14-30.
- SELTZER, J., NUMEROF, R.E., 1988, Supervisory leadership and subordinate burnout, *Academy of Management Journal*, 31, 439-446.
- SHAPIRO, C.H., 1982, Creative supervision: an underutilized antidote, in Paine, W.S., ed., *Job Stress and Burnout: Research, Theory, and Intervention Perspectives*, Sage Publications, Beverly Hills, 213-228.
- STEWART, D.W., SHAMDASANI, P.N., 1990, *Focus Groups: Theory and Practice*, Sage Publications, Newbury Park.
- TOUSIGNANT, M., 1992, *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Presses Universitaires de France, Paris.
- TRYGSTAD, L.N., 1986, Stress and coping in psychiatric nursing, *Journal of Psychosocial Nursing*, 24, 10, 23-27.

- VÉZINA, M., COUSINEAU, M., MERGLER, D., VINET, A., LAURENDEAU, M.-C., 1992, *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*, Comité de la santé mentale du Québec, Gaëtan Morin Éditeur, Boucherville.
- WALCOTT-MCQUIGG, J.A., ERVIN, N.E., 1992, Stressors in the workplace: community health nurses, *Public Health Nursing*, 9, 65-71.
- WEAVER, J.D., 1984, Work-related stressors and means of coping among crisis intervention workers and their spouses, *Emotional First Aid*, 1, 14-24.
- WINNUBST, J.A.M., MARCELISSSEN, F.H.G., KLEBER, R.J., 1982, Effects of social support in the stressor-strain relationship: A Dutch sample, *Social Science and Medicine*, 16, 475-482.