
Traumatisme secondaire : Implication du soutien social dans la résilience chez les intervenants venant en aide aux réfugiés et/ou aux migrants

Auteur : Caillibot, Nora

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22153>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

UNIVERSITÉ DE LIÈGE

Faculté de Psychologie, Logopédie et
Sciences de l'éducation

Département de
Psychologie Psycho-
traumatisme
Adaptation, Résilience
et CHangement
(ARCH)



Traumatisme secondaire :
Implication du soutien social dans la résilience chez les
intervenants venant en aide aux réfugiés et/ou aux migrants

Mémoire
Année académique 2023-2024

Nora CAILLIBOT

Promotrice : Adelaïde BLAVIER

Lectrices : Céline LECLERCQ, Mireille MONVILLE

Résumé

Introduction : Travailler auprès de réfugiés et/ou migrants peut s'avérer un métier à risque de développement de traumatisme secondaire (Cunningham, 2003 ; Bride, 2007). Dans cette étude, nous avons cherché à comprendre comment certains intervenants parviennent à faire preuve de résilience dans ce contexte. Plus précisément, nous avons analysé comment le support social joue un rôle dans la résilience car il n'existe, à notre connaissance, aucune étude approfondie qui examine comment les différents types de support social contribuent à celle-ci.

Objectif : L'objectif principal de cette recherche est de comprendre l'influence des différents types de support social sur la résilience au traumatisme secondaire chez les intervenants travaillant auprès de réfugiés et/ou migrants.

Méthodologie : Cette étude s'appuie sur une approche quantitative en utilisant des instruments psychométriques validés afin d'examiner les relations entre la résilience, le traumatisme secondaire et le soutien social perçu. L'échantillon, constitué de 67 professionnels recrutés dans divers services en Wallonie, a été évalué à l'aide de questionnaires comportant : des données sociodémographiques, l'Échelle de Stress Traumatique Secondaire (STSS), la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), et la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Les analyses statistiques, réalisées avec Jamovi, incluent des corrélations et des régressions linéaires pour explorer les hypothèses.

Résultats : Bien qu'aucune corrélation significative n'ait été observée entre les scores globaux de résilience et de traumatisme secondaire, ni entre les scores globaux de résilience et de soutien social, des analyses plus approfondies ont révélé des corrélations significatives au niveau des sous-dimensions. Le *soutien social d'une personne spécifique* était positivement associé à certaines dimensions de la résilience, telles que *l'acceptation du changement* et le *sentiment de contrôle interne*. Par ailleurs, la *satisfaction des collègues* a émergé comme un facteur déterminant car il semble toujours corrélé positivement avec la résilience globale et présente des effets sur des sous-dimensions, tels que la *compétence personnelle*, le *contrôle interne*, et la *spiritualité*.

Conclusions : Les conclusions de ce mémoire mettent en évidence que le soutien social, en particulier celui fourni par les collègues, joue un rôle crucial dans la résilience des intervenants. Ces résultats pourraient avoir des implications dans la formation et la gestion des équipes d'intervention auprès des réfugiés et/ou migrants. Renforcer la résilience via le soutien social des collègues pourrait donc constituer une stratégie efficace pour optimiser la performance, l'engagement et le bien-être des travailleurs (Dutta & Rangnekar, 2024). Une recherche qualitative complémentaire serait intéressante afin de mieux saisir les expériences individuelles et la diversité des perceptions du soutien social dans cette population.

Mots-clés : Résilience, Support social, Traumatisme secondaire, Intervenants, Réfugiés, Migrants.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude à Mme Blavier Adelaïde, ma promotrice, ainsi qu'à Mme Leclercq Céline et Mme Monville Mireille, mes lectrices, pour leur expertise et leurs conseils dans ce mémoire. Je souhaite remercier chaleureusement Mme Chartier Stéphanie pour son accompagnement et son soutien dans la réalisation de cette recherche.

Un grand merci à mon ami et camarade, dont le soutien inébranlable et les conseils avisés ont été déterminants à chaque étape de ce projet.

Enfin, je suis reconnaissante envers ma famille qui m'a soutenue et encouragée tout au long de ce parcours.

Table des matières

I. Introduction	5
II. Revue de la littérature	8
a. Être intervenant auprès de réfugiés et/ou migrants	8
b. Traumatisme secondaire ou traumatisme vicariant	9
c. Facteurs de vulnérabilité au traumatisme secondaire ou vicariant	13
d. Résilience.....	15
i. Facteurs de protection	17
ii. Le soutien social	21
III. Objectifs de ce mémoire.....	23
IV. Méthodologie	24
a. Participants	24
b. Enquête.....	26
c. Méthode d'analyse des données	29
V. Résultats.....	30
a. Statistiques descriptives de la population interrogée.....	30
b. Analyses statistiques des résultats	37
i. Analyses préliminaires.....	37
ii. Première hypothèse.....	38
iii. Deuxième hypothèse.....	40
iv. Troisième hypothèse	41
v. Quatrième hypothèse	45
VI. Discussion	51
VII. Conclusion.....	62
Liste de références.....	65
Annexes	75

I. Introduction

À la fin de 2022, l'United Nations High Commissioner for Refugees (UNCHR) comptabilise environ 108,4 millions de personnes déplacées de force dans le monde, en raison de persécutions, conflits, violences, violations des droits de l'homme ou d'évènements troublant gravement l'ordre public (UNHCR, 2022). En Belgique, on enregistre 36 871 personnes demandant l'asile (c.-à-d. personne arrivée dans un pays, introduisant une demande d'asile auprès des autorités compétentes qui détermineront si elle a effectivement besoin d'une protection internationale, pour accéder au statut de réfugié et au droit de rester dans le pays) (UNHCR, 2022). Les principaux pays d'origine des demandeurs d'asile en 2022 sont : l'Afghanistan (6 156), la Syrie (3 545), la Palestine (2 802), le Burundi (2 736) et l'Érythrée (1 953) (UNHCR, 2022). Par ailleurs, depuis l'invasion de l'Ukraine par la Russie en février 2022, l'UNCHR en Belgique comptabilise (dernière mise à jour le 02 mai 2023) 71 446 réfugiés ukrainiens dans le pays, dont 70 686 placés sous un régime de protection national temporaire (c.-à-d. statut de protection européen qui garantit qu'en cas d'afflux important de réfugiés dans l'Union Européenne, les réfugiés ne doivent pas passer par une longue procédure, et qui donne l'accès à tous les droits relatifs à l'étranger en séjour légal) (UNHCR, 2023).

Une population de réfugiés peut être amenée à devoir faire face à un certain nombre d'évènements traumatiques subis dans leur pays ou bien sur la route de l'exil, incluant ainsi un risque élevé de développement de troubles psychologiques (Binder et al., 2020). Une méta-analyse, basée sur 52 articles, a pointé que les problèmes liés à la santé mentale chez les réfugiés seraient les principales causes de maladies, en plus des maladies infectieuses (Bozorgmehr et al., 2016). Plus particulièrement, nous pouvons identifier des impacts directs de la guerre sur la santé mentale des réfugiés où les taux de PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), de dépression, de toxicomanie ou encore de suicide y sont plus élevés (Charlson et al., 2019 ; Morina et al., 2018b ; Slone & Mann, 2016). De ce fait, si nous constatons des risques pour la santé mentale des réfugiés, qu'en est-il des risques encourus par les personnes qui interviennent auprès de cette population ?

Il apparaît que ce nombre conséquent de réfugiés et de migrants implique une

demande majeure de support professionnel et psychologique (Arsenault, 2021). Face à une guerre comme celle qui implique l'Ukraine et la Russie, les systèmes d'accueil et de santé des pays qui prennent en charge les réfugiés peuvent être confrontés à des demandes importantes et complexes d'une population nouvellement arrivée (Bouchard et al., 2022). En quelques chiffres pour la Belgique : du 10 mars 2022 au 31 janvier 2023, c'est plus de 65 000 attestations de protection temporaire qui ont été délivrées par les agents de l'Office des Étrangers, et de mars à septembre 2022, c'est plus de 28 000 Ukrainiens qui sont passés par l'accueil de la Croix Rouge (Centre de crise National, 23 février 2023). L'urgence de la situation implique de savoir prendre des décisions rapides, d'élaborer efficacement des stratégies et des mesures à appliquer, et de rassembler les effectifs d'intervention (Bouchard et al., 2022). Ceci peut donc mettre directement au défi le corps médical et social mais aussi de façon plus globale, le système sociétal du pays lui-même (Binder et al., 2020). En Wallonie, plusieurs types de structures peuvent venir en aide aux réfugiés (e. g. réfugiés ukrainiens) et aux migrants sur l'aspect psychosocial ou plus généralement dans le domaine de la santé mentale comme : les Services de Santé Mentale (SSM), les Centres Publics d'Action Sociale (CPAS), les équipes spécialisées dans l'accompagnement psychosocial des personnes étrangères et d'origine étrangère (e. g. ASBL Tabane) ou encore des groupes informels de praticiens thérapeutes belges proposant des consultations en langue étrangère ou non (site officiel de la Wallonie, *je suis un réfugié ukrainien*).

En outre, des métiers au contact direct avec des réfugiés peuvent s'avérer être des métiers à risque élevé de développement de troubles de la santé mentale (Pryce, Shackelfor, & Price, 2007 ; Binder et al., 2020 ; Madrid & Schacher, 2006 ; Shah, 2010). En d'autres termes, il semblerait que, de par le contact avec des personnes traumatisées, ces professionnels pourraient être affectés psychologiquement (Cunningham, 2003 ; Bride, 2007). Même si toutes les personnes travaillant autour de la prise en charge des réfugiés n'ont pas un rôle nécessairement fondé sur un suivi psychologique au sens propre du terme, elles doivent tout de même assurer un accompagnement et un support dans leur intégration (Binder et al., 2020). L'exposition à un contenu traumatique peut donc entraîner un risque chez ces travailleurs à développer des symptômes comparables au PTSD, pouvant vivre les expériences traumatisantes des victimes par procuration (Binder et al., 2020).

Kindermann et al. (2017) ont remarqué que le taux de PTSD chez une population d'intervenants interprètes était légèrement supérieur par rapport à la population générale, apportant ainsi un argument supplémentaire à l'hypothèse de départ supposant qu'une population d'interprètes constitue un groupe à risque de développement de traumatismes. De son côté, Bride (2007) établit que parmi les travailleurs sociaux interrogés dans son étude : 70,2 % ont ressenti la semaine précédente au moins un symptôme de PTSD, 55 % répondaient aux critères pour au moins un des principaux groupes de symptômes du PTSD, et 15,2 % répondaient aux critères de base pour un diagnostic de PTSD. De nouveau, parmi les intervenants interrogés dans l'étude de Kindermann et al. (2017), les auteurs ont observé une prévalence de 21 % au traumatisme secondaire chez 64 interprètes travaillant auprès de réfugiés et 6 % souffrant de symptômes sévères du traumatisme secondaire. Si ces résultats mettent en avant un risque chez certains travailleurs de développer un traumatisme, qu'est-ce qui peut déterminer que d'autres aient la capacité de garder un état de santé mental stable ?

Cette capacité de résilience est un concept psychologique qui divise les auteurs dans l'élaboration de sa définition. Une première explication serait d'interpréter la résilience comme un ensemble de caractéristiques qu'un individu détient ou met en place pour favoriser une adaptation positive face à l'adversité (Chan et al., 2016). Dans l'étude de Kindermann et al. (2017), les auteurs expliquent la résilience au travers de facteurs, appelés facteurs de résilience, qu'ils définissent comme des éléments menant à une plus faible vulnérabilité face au risque de développement d'un traumatisme secondaire. Un des facteurs importants soulevé par la littérature serait d'ailleurs le support (ou soutien) social (Antonucci et al., 2014 ; Harrison et Westwood, 2009 ; Kindermann et al., 2017 ; Lérias et Byrne, 2003 ; Michalopoulos & Aparicio, 2012). Cependant, il semblerait qu'aucune étude n'ait encore analysé l'implication du support social dans la résilience au traumatisme secondaire chez les intervenants, en examinant et en confrontant l'influence des différents types de supports sociaux.

Au travers de ce mémoire et de la considération détaillée de ce facteur, nous allons donc tenter de répondre à la problématique suivante : quelle est l'implication des différents types de supports sociaux dans la résilience au traumatisme secondaire

chez les intervenants auprès de réfugiés et/ou migrants ? Ainsi, l'objectif de cette recherche quantitative est de pouvoir améliorer le bien-être des intervenants, en les formant sur les risques et stratégies à adopter.

II. Revue de la littérature

En premier lieu, avant de plonger dans le cœur des concepts de traumatisme ou de résilience, il apparaît essentiel de définir les différentes caractéristiques et enjeux liés à notre population de recherche. Dans ce mémoire et en se basant sur la revue systématique de Fernandes et al. (2022), le terme d' « intervenant auprès de réfugiés et/ou migrants » fera donc référence à toute personne venant en aide à cette population, au travers de rôles thérapeutiques et/ou pratiques (e. g. psychothérapeute, infirmier, assistant social, personnel administratif, interprète, bénévole, etc.).

a. Être intervenant auprès de réfugiés et/ou migrants

D'après Silove et al. (2017), lorsque l'on devient réfugié, cinq systèmes adaptatifs fondamentaux sont perturbés : (1) les systèmes de sûreté et de sécurité, (2) les liens et réseaux interpersonnels, (3) la justice, les rôles et les identités, (4) la signification et (5) la cohérence existentielles. De façon indirecte, l'expérience du réfugié qui implique conflit, dislocation, fuite, transition et réinstallation, vient affaiblir les structures et institutions sociales et exerce des effets néfastes sur la santé mentale des individus (Silove et al., 2017). L'objectif pour les intervenants est donc de promouvoir et d'agir pour l'intégrité de ces cinq piliers psychosociaux (Silove et al., 2017).

Il est aussi important de noter que la diversité culturelle d'une population de réfugiés implique une augmentation de la complexité pour leur venir en aide (Fernandes et al., 2022). En effet, la somatisation s'exprime souvent au travers d'idiomes culturels, tels que la tristesse rapportée par des douleurs au cœur ou encore des pensées récurrentes manifestées par des maux de tête (Fernandes et al., 2022). De plus, lorsque l'on intervient auprès de réfugiés, il est fondamental d'intégrer et

de comprendre le rôle de la famille et de la communauté, notamment dans le traitement et la gestion de leur santé mentale (Fernandes et al., 2022). Or, un fossé entre la théorie et la pratique des intervenants existe : cette compétence culturelle n'est que très peu présente dans les formations professionnelles, ce qui entraîne un risque de submersion des travailleurs lorsqu'ils débutent dans ce secteur (Marsella, 2010 ; Wylie et al., 2018).

Dans une étude qualitative effectuée par Splevins et al. (2010), les intervenants interrogés (c.-à-d. interprètes) ont déclaré que leur travail les avait amenés à revoir leurs priorités de vie, à valoriser leur mode de vie et à faire d'eux de « meilleures personnes ». Travailler auprès de cette population peut donc enrichir ou élargir les perspectives, accroître l'empathie et aboutir à une capacité accrue de gestion du stress ou à faire face à l'adversité (Iheduru et al., 2022). Quand on parle de valeurs importantes chez les intervenants auprès de réfugiés, on retrouve chez de nombreux travailleurs des notions rattachées aux droits de l'homme, au besoin de justice et au désir de changement (Fischman, 1998 ; Tribe & Patel, 2007). Iheduru et al. (2022) remarquent que les personnes qui choisissent de travailler auprès de demandeurs d'asile détiennent souvent ce désir de changer la vie des autres. Cependant, cet engagement pourrait être compromis par différents obstacles, comme la législation et la politique gouvernementale, et ainsi créer un sentiment d'épuisement et d'impuissance (Engström et al., 2008 ; Isaac, 1997). Dans le cadre des demandeurs d'asile, lorsque les valeurs (i.e. le désir de changement) sont menacées par le contexte politique, cela peut contribuer à un épuisement professionnel, une fatigue compassionnelle ou encore une insatisfaction générale par rapport à la carrière choisie (Iheduru et al., 2022).

Si l'intérêt principal de notre problématique se dirige vers le concept de la résilience chez les intervenants, cette notion est toutefois intimement liée à la notion de traumatisme secondaire ou vicariant. Avant de définir plus en détail la résilience, commençons tout d'abord par comprendre ce qu'est et ce qui peut provoquer ce type de traumatisme.

b. Traumatisme secondaire ou traumatisme vicariant

Au cours des dernières décennies, il a été largement démontré, à travers des livres ou des articles, que les professionnels travaillant directement avec des survivants de traumatisme peuvent être affectés psychologiquement (Iheduru et al., 2022).

C'est dans les années 90 que nous commençons à définir les thérapeutes comme des personnes à risque qui peuvent vivre des expériences traumatiques au travers de leur travail auprès de survivants de violences physiques ou encore sexuelles (Mc Cann & Pearlman, 1990). Plus tard, cette classification a été élargie à une plus grande population. Nous parlons désormais de risques pour tous ceux qui viennent en aide à des survivants ou des personnes traumatisées comme : les travailleurs sociaux de première ligne (Pryce, Shackelfor, & Price, 2007), les professionnels du système judiciaire (Levin & Greisberg, 2003 ; Peters, 2007) ou encore les prestataires de soins (Madrid & Schacher, 2006 ; Shah, 2010). Jenkins et Baird (2002) incluent, de leur côté, un groupe cible plus étendu : ils décrivent le traumatisme secondaire comme toutes les réactions indésirables soudaines des personnes qui aident ou veulent venir en aide aux survivants d'un traumatisme.

D'après Figley (1995), l'environnement de travail en lien direct avec les traumatismes peut avoir pour conséquence une tension et une préoccupation face à la souffrance des autres, ce qui caractérise le traumatisme secondaire. Les symptômes sont similaires à ceux du PTSD et incluent des états d'éveil, des pensées ou des images intrusives, l'évitement des pensées ou rappels d'expériences traumatisantes. Dans l'étude de Lerias et Byrne (2003), nous relevons comme symptômes du traumatisme secondaire : revivre l'évènement, évitement persistant, augmentation de l'anxiété et de l'excitation, altération (des relations sociales, professionnelles, autres domaines) ou détresse.

Chez certains auteurs, nous retrouvons une notion forte de répétition et d'accumulation dans l'élaboration de la définition du traumatisme vicariant (e. g. Pearlman & Saakvitne, 1995 ; Munroe, 1991).

De fait, Pearlman & Saakvitne (1995) définissent le traumatisme vicariant comme l'impact cumulatif sur un professionnel de l'apprentissage des détails des

expériences traumatisantes vécues par les victimes. De façon plus spécifique, ces mêmes auteurs expliquent que détailler un matériel traumatique relèverait : de descriptions graphiques d'évènements épouvantables, de témoignages de la cruauté des humains les uns envers les autres et de la position de témoin ou participant à des reconstitutions traumatisantes. Ceci provoquerait une altération des schémas cognitifs et des systèmes liés au sens qu'attribue un individu à une situation (Pearlman & Saakvitne, 1995). Aussi, dans une étude menée par Munroe (1991) sur 138 thérapeutes exerçant dans l'administration des anciens combattants, nous constatons qu'une exposition cumulée aux individus traumatisés par le combat était significativement corrélée aux symptômes intrusifs chez les travailleurs.

Toutefois, pour d'autres auteurs, nous ne retrouvons pas nécessairement cet aspect répétitif de l'exposition à un matériel traumatique dans les définitions (e.g. Mc Cann & Pearlman, 1990 ; Desbiendras, 2019).

En effet, le terme de traumatisme vicariant peut être caractérisé par une transformation dans l'expérience interne chez le thérapeute qui résulte d'un engagement empathique au matériel traumatique du patient (Mc Cann & Pearlman, 1990). Autrement dit, à la suite d'un engagement empathique avec les expériences traumatisantes du patient et de leurs séquelles, il se produirait, chez le thérapeute ou le travailleur en traumatologie, un changement dans sa vision de la réalité qui l'entoure (Pearlman & Mac Ian, 1995). Barrington et Shakespeare-Finch (2014) ont d'ailleurs souligné que le choc et la difficulté liés au traitement des expériences traumatiques des patients ont abouti chez les professionnels à des croyances de plus en plus négatives à l'égard de soi, des autres et de l'environnement. Dans une étude de Desbiendras (2019), deux mécanismes concernant l'empathie sont mis en avant. Le premier se réfère à la capacité de se mettre consciemment à la place du patient, sans perdre son identité propre. L'auteur considère ce premier mécanisme comme un facteur de protection et une source de résilience. Pour le deuxième mécanisme, l'empathie devient inconsciente et s'ancre dans une forme de partage affectif et automatique avec le patient. C'est par ce deuxième mécanisme de l'empathie, où le thérapeute s'imprègne de la vision du monde du patient, que le traumatisme vicariant peut se développer (Desbiendras, 2019).

De plus, Peter Levine (2020) émet l'idée qu'être confronté au récit d'une victime peut être synonyme de la création d'une autre réalité chez l'intervenant. En effet, ce même auteur ajoute que la ligne entre le réel et l'imaginaire est très fine pour le cerveau. Le langage peut ainsi « créer des images mentales chez la personne qui reçoit la parole » et intégrer, de ce fait, le contenu traumatique rapporté (Desbiendras, 2019). Au travers d'une écoute de ce matériel traumatique, l'auditeur va développer une image interne de l'évènement dans sa mémoire et va revivre celui-ci en présence de rappels spécifiques en lien avec le patient (Steed & Downing, 1998).

Ce type de traumatisme est cependant à distinguer des autres symptomatologies qui peuvent être en lien avec l'aspect traumatique.

La fatigue de compassion est un concept qui renvoie à « un débordement du professionnel ou d'un aidant, ainsi qu'un épuisement face à la souffrance d'autrui » (Bouvier, 2019). Nous ne retrouvons pas nécessairement cette pathologie dans le milieu professionnel et contrairement au traumatisme vicariant, elle peut ne pas être toujours liée à une exposition au matériel traumatique de la victime ou à des caractéristiques cliniques d'un trauma (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Le burnout est, quant à lui, une pathologie liée essentiellement à l'activité professionnelle (Jenkins & Baird, 2002). Cette réponse survient à la suite d'une exposition prolongée à des situations interpersonnelles exigeantes et confronte l'individu à un épuisement émotionnel et physique, ainsi qu'à une dépersonnalisation et un accomplissement personnel réduit (Maslach et al., 2001). En d'autres termes, le burnout est la réponse à une large gamme de facteurs de stress et à un ennui chronique sur le lieu de travail, souvent caractérisé par une perte de sens professionnelle, un manque de compensation, de reconnaissance ou de satisfaction (Shoji et al., 2015 ; Montero-Marín et al., 2009).

Après avoir défini ce qu'est le traumatisme secondaire et vicariant, attardons-nous sur ce qui peut les provoquer. Nous allons donc recenser les facteurs qui peuvent amener une plus grande vulnérabilité chez les intervenants.

c. Facteurs de vulnérabilité au traumatisme secondaire ou vicariant

Les facteurs prétraumatiques sont des facteurs de prédisposition au traumatisme car, présents avant l'évènement, ils peuvent s'avérer comme des facteurs de risque notamment pour les intervenants (Brillon, 2007).

Brillon (2007) relève un premier facteur de vulnérabilité qui pourrait être représenté par les facteurs de stress. De fait, elle développe que cela pourrait participer à l'affaiblissement des résistances ou bien des mécanismes d'adaptation de la victime. Nous identifions aussi des facteurs relatifs à la présence de symptômes dépressifs, anxieux ou encore à l'usage de drogues, tel que l'abus d'alcool (Brillon, 2007).

Les traumatismes antérieurs peuvent aussi prédisposer aux symptômes post-traumatiques (Kindermann et al., 2017). Si ces traumatismes sont graves et se sont déroulés en bas-âge, le risque est d'autant plus grand (Green, 1994). S'ajoute un risque de développement de PTSD lorsque la victime témoigne de conceptions antérieures rigides, absolues, voire extrêmes concernant la vie ou le monde qui l'entoure, qu'elles soient négatives ou positives (Perloff, 1983 ; Janoff-Bulman et Friez, 1983 ; Weinstein, 1980). La non-résolution de traumatismes personnels antérieurs chez les personnes intervenantes peut s'avérer comme un facteur de risque que ce soit dans le développement d'un PTSD ou bien d'un traumatisme secondaire (Baird & Kracen, 2006). Il paraît cependant important de mentionner qu'il existe une grande variabilité interindividuelle : des évènements de vie antérieurs difficiles peuvent à la fois s'avérer être des facteurs de risque, mais aussi être un moyen pour l'individu de développer des mécanismes de résilience robustes (Brillon, 2007).

Un autre facteur de vulnérabilité est le style attributionnel : habitude que l'être humain a d'attribuer une responsabilité, une explication ou un sens à ce qui lui arrive (Brillon, 2007). Si parfois la tendance d'attribution est externe (c.-à-d. les facteurs extérieurs sont responsables de la situation), elle peut être aussi interne (c.-à-d. se déclarer comme responsable des évènements) (Brillon, 2007). Ainsi, des personnes qui ont l'habitude d'attribuer de façon interne des évènements négatifs et

au contraire, d'attribuer des événements positifs à des facteurs extérieurs, auront plus de risque de développer des symptômes post-traumatiques (Mikulincer et Solomon, 1988 ; 1989).

Le style d'attachement aurait aussi une influence sur le risque de développement du traumatisme secondaire (Kindermann et al., 2017). L'association entre l'attachement et le traumatisme secondaire serait bidirectionnelle : nous retrouvons à la fois un effet de l'attachement sur le traumatisme secondaire et un effet du traumatisme secondaire sur l'attachement (Lahav et al., 2015). Par conséquent, un style d'attachement rejetant (Kindermann et al., 2017) ou des insécurités d'attachement pourraient avoir un impact sur le niveau de développement du traumatisme secondaire (Lahav et al., 2015). De plus, nous remarquons dans l'étude de Lahav et al. (2015) qu'un attachement anxieux pourrait augmenter la vigilance liée aux signaux menaçants, intensifier les réponses liées à la peur, encourager la rumination sur les menaces et ainsi, contribuer au développement du traumatisme secondaire. Ces mêmes auteurs mettent en avant que des difficultés de régulation émotionnelle, que nous retrouvons par exemple avec le style d'attachement évitant, peuvent amplifier la détresse ressentie et favoriser le développement du traumatisme secondaire (Lahav et al., 2015).

En outre, les traits de personnalité auraient aussi une influence sur le développement de symptômes de PTSD (Brillon, 2007). Il est possible de constater des difficultés post-traumatiques plus grandes chez les personnes qui présenteraient dans leur personnalité : une forme de « rigidité », une tendance à vouloir tout contrôler, des traits narcissiques ou des faibles capacités d'adaptation aux changements (Brillon, 2007). En se basant sur le modèle de personnalité du Big Five (McCrae & Costa, 2003), Gil (2015) postule qu'à ce jour le trait de personnalité qui montre un impact négatif évident sur la gestion des traumatismes, tels que le traumatisme secondaire ou encore vicariant, est le névrosisme (c.-à-d. tendance à réagir avec de fortes émotions à des événements indésirables (Gil, 2015)). Shuwiekh et al. (2018) concluent qu'en plus du névrosisme, des stratégies de coping inadaptées ou un affect négatif pourraient influencer le développement du traumatisme.

Pour finir, l'âge et le sexe de la personne peuvent être des facteurs de risque.

En effet, certains auteurs affirment qu'être plus jeune peut rendre davantage vulnérable (Garbarino, 1993) tout comme le fait d'être de sexe féminin (Kindermann et al., 2017). Ainsi, être une femme doublerait le risque de développer des symptômes post-traumatiques (Brillon, 2007).

Nous avons donc pu comprendre comment le traumatisme secondaire ou vicariant chez l'intervenant peut se développer et quels facteurs peuvent intervenir dans sa vulnérabilité. Lorsque certains peuvent présenter des symptômes ou des risques de développement de cette psychopathologie, nous avons vu précédemment que d'autres sont capables de garder une certaine stabilité mentale. Comment expliquer ce phénomène appelé résilience et quels sont les facteurs qui rentrent en jeu ?

d. Résilience

Afin de mieux comprendre le terme de résilience, il est important de pouvoir le distinguer du concept de rétablissement. Bonanno (2004) explique que le processus de rétablissement implique une trajectoire chez l'individu au cours de laquelle le fonctionnement « normal » cesse temporairement afin de laisser place à une psychopathologie. Avant de pouvoir revenir au niveau initial de fonctionnement, cette période peut durer plusieurs mois, voire plusieurs années (Bonanno, 2004). En revanche, la résilience peut se définir comme « la capacité des adultes, dans des circonstances par ailleurs normales, qui sont exposés à un événement isolé et potentiellement très perturbant, tel que le décès d'un proche ou une situation de violence ou de danger de mort, à maintenir des niveaux relativement stables et sains de fonctionnement psychologique et physique... ainsi que la capacité de vivre des expériences génératives et des émotions positives » (Bonanno, 2004). Une notion importante à intégrer dans le concept de résilience est notamment que, à court terme, les personnes peuvent émotionnellement et physiquement sentir une dysrégulation mais cela n'empêche pas significativement leur fonctionnement global (Bonanno et al., 2007).

Pour Allen et al. (2011), le concept de résilience se rapporte à un processus

d'attention et de priorisation des comportements, pensées et sentiments qui facilitent le bien-être d'un individu dans un contexte spécifique. Les auteurs présentent deux variables modératrices qui peuvent interagir dans la résilience : les attributs protecteurs-stabilisateurs, qui permettent de diminuer la baisse de compétences lorsque se présente un risque pour la personne, et les attributs protecteurs-améliorateurs, donnant la possibilité d'améliorer ces compétences qui sont en jeu.

D'après Connor et Davidson (2003), il existerait un type résilient qui expliquerait le phénomène de résilience. En effet, ils considèrent que l'apprentissage de précédentes expériences stressantes permet d'acquérir progressivement tous les ingrédients nécessaires pour disposer d'une « capacité à faire face au stress avec succès » (Connor & Davidson, 2003). Cette conception de la résilience sera par la suite reconsidérée par Bonanno (2021) car jugée comme insuffisante. Une de ses principales explications réside dans le fait qu'il existe une multitude de questionnaires mesurant la résilience, au travers de caractéristiques ou comportements différents et qui peuvent parfois se baser sur des facteurs qui ne sont pas empiriquement fondés (e. g. la spiritualité). De ce fait, si nous identifions des ingrédients essentiels à la résilience, cela n'explique pas les divergences présentes dans les variables utilisées pour les mesurer (Bonanno, 2021).

En outre, dans une étude réalisée par Hernández et al. (2007), les auteurs mettent en avant l'idée qu'il existerait un effet bénéfique pour les thérapeutes à travailler dans des contextes sociaux extrêmement traumatisants. L'apprentissage des moyens pour faire face à l'adversité mis en place par les patients aurait un effet sur les thérapeutes, qui serait renforcé s'ils y apportent une attention (Hernández et al., 2007). Ils avancent donc l'idée qu'un processus de résilience spécifique se développe à la suite d'un travail psychothérapeutique avec les survivants de traumatisme : ce serait la résilience vicariante. Hernández et al. (2007) définissent ce processus comme une réponse à la résilience des patients traumatisés produisant ainsi un effet unique et positif qui transforme les thérapeutes. En d'autres termes, la résilience vicariante serait une transformation interne chez le thérapeute en réponse à un engagement empathique avec le matériel traumatique du patient (Hernández et al., 2007). Ce phénomène serait commun et naturel : si les travailleurs peuvent être

affectés négativement par les récits traumatiques, les capacités et la récupération des personnes avec lesquelles ils travaillent pourraient avoir une influence sur leurs capacités de résilience individuelles (Hernández et al., 2007). Cette idée d'impact positif est aussi partagée par Barrington et Shakespeare-Finch (2014), qui affirment que le traitement des expériences traumatiques des individus peut amener « un élargissement » ou une « ouverture d'esprit » chez les intervenants. Kindermann et al. (2017) font cependant remarquer que la transmission du traumatisme, en termes de traumatisme secondaire, est considérablement plus fréquente que la transmission de la résilience.

À présent, investiguons les facteurs de protection sous-jacents à la résilience car, si transmettre cette capacité apparaît comme un phénomène moins courant, existe-t-il des facteurs qui favorisent ou permettent directement d'être résilient ?

i. Facteurs de protection

Dans le domaine de la résilience, nous pouvons dégager dans la littérature plusieurs types de recommandations et facteurs de protection qui rentrent en jeu dans le traumatisme. Bonanno (2021) explique toutefois que, étant un processus de réajustements et rééquilibrages, les prédicteurs à la résilience montrent des effets globaux modestes, car ils ne seraient pas bénéfiques dans toutes les situations ou à tout moment.

Tout d'abord, dans une idée de prévention, Pearlman & Saakvitne (1995) avancent que la formation et la supervision des thérapeutes en traumatologie devraient contenir une base théorique solide sur les effets du traumatisme psychologique, la perspective relationnelle avec une attention particulière sur la notion de contre-transfert, ainsi que sur la compréhension globale du traumatisme vicariant et de ses enjeux. D'autres auteurs suggèrent que former les travailleurs sociaux, sur les risques du traumatisme vicariant et sur les stratégies à mettre en place, permettrait de diminuer l'impact du trauma au travers d'une surveillance plus accrue et d'un meilleur traitement des effets (Salloum et al., 2015 ; Itzick and Kagan, 2017). Cette idée est renforcée par Mirdal et al. (2012) qui partagent l'importance

primordiale de la psychoéducation, que ce soit au travers d'informations sur les réactions post-traumatiques ou encore sur les stratégies d'adaptation face à des situations stressantes. Kindermann et al. (2017) recommandent dans leur étude que les intervenants (c.-à-d. les interprètes) doivent bénéficier d'une expérience de formation qui leur permette de prendre conscience de leurs facteurs de stress potentiels, de manière à entamer des démarches plus rapides de prise en charge. Afin de modérer les impacts négatifs face au travail avec les réfugiés, Akinsulure-Smith et al. (2018) ont aussi suggéré d'inclure, pour les intervenants, une formation basée sur l'amélioration des traits d'intelligence émotionnelle, au travers de la compréhension, l'identification et l'expression des émotions. En effet, une réflexion régulière sur soi peut approfondir la compréhension et la prise de conscience des impacts potentiels du travail avec des réfugiés (Iheduru et al., 2022). Par conséquent, la conscience et le processus continu de réflexion doivent être des compétences à développer et à cultiver, afin de prévenir les sentiments d'impuissance qui peuvent souvent apparaître dans des contextes de travail d'immigration (Lipsky et al., 2009).

D'après Desbiendras (2019), il est important pour les intervenants de se mettre en condition face au type d'interventions qu'ils vont mener : c'est le temps de préparation. Hunter et Schofield (2006) expliquent que, dans leur population interrogée, cette préparation peut se faire de différentes façons : certains méditent ou lisent, d'autres préparent la pièce avant la consultation (e. g. allumer des bougies). Au moment de l'intervention, il est préférable pour le sujet d'adopter une posture adéquate pour ne pas être tenté par une forme de « curiosité morbide » (curiosité pourtant inhérente au fonctionnement humain) et pour éviter au maximum de s'exposer à des visions mentales inutiles (Desbiendras, 2019). Également, construire du sens dans le discours au contenu traumatique a été souligné comme bénéfique (Mirdal et al., 2012). Il peut se faire plus précisément au travers d'une structuration et d'un recadrage du discours, d'une normalisation et démythification des symptômes, d'une construction de liens entre les mots, les sentiments et les sensations corporelles du patient, ainsi que la création de plans futurs ou d'une vision portée vers l'avenir (Mirdal et al., 2012). D'ailleurs, dans cette idée de résilience vicariante décrite plus haut et afin d'aider les intervenants à faire face aux défis professionnels et personnels, Edelkott et al. (2016) et Engström et al. (2008) suggèrent de se concentrer sur l'observation de la résilience des réfugiés à qui ils

viennent en aide. Puis, il est nécessaire que les professionnels déchargent l'ensemble des informations vicariantes qu'ils auront emmagasinées car ce temps de décharge est un moment où ils peuvent « évacuer les images mentales et les émotions qu'ils n'ont pas vécues mais qu'ils ont reçues en provenance du patient » (Desbiendras, 2019). Les thérapeutes qui travaillent avec des personnes traumatisées ont donc besoin de relations de soutien, confidentielles et professionnelles dans lesquelles ils ont l'opportunité de pouvoir traiter le matériel traumatique (Pearlman & Saakvitne, 1995). Bouvier (2019) insiste sur l'importance au travail de cet espace de supervision et d'intervision, décrit comme un lieu bienveillant, neutre, où les professionnels peuvent se remettre en question, s'accompagner et se conseiller mutuellement pour permettre un meilleur bien-être dans l'exercice de leur métier.

Au-delà du travail, un point important mis en avant dans un article d'Iheduru et al. (2022) est la notion d'auto-soin afin de se protéger du traumatisme secondaire. L'idée est que prendre soin de soi ne devrait pas être une tâche supplémentaire ou remise à plus tard lorsque le stress est très élevé (Iheduru et al., 2022). Ceci devrait faire partie d'un plan proactif qui s'adapte aux besoins personnels de chacun, où l'accent est mis sur des activités ou expériences apportant joie, paix, énergie, sentiment de confiance, de compétence ou d'ancrage (Iheduru et al., 2022). Neumann et Gamble (1995) ont développé dans leur étude une liste de mesures d'auto-soin, afin de favoriser la santé et le bien-être des thérapeutes face au risque de traumatisme vicariant. Celle-ci comprend : établir des limites strictes entre sa vie professionnelle et personnelle, limiter son exposition aux traumatismes de manière générale, avoir une vie personnelle et intime épanouissante, disposer d'un réseau de soutien, suivre une psychothérapie, renouer avec son corps au travers d'activités physiques, remarquer et partager des actes de gentillesse, ainsi que retrouver du sens via des pratiques spirituelles (Neumann & Gamble, 1995).

S'il existe des recommandations à mettre en œuvre avant, pendant ou après l'intervention pour contribuer à la protection des intervenants, il s'y ajoute aussi la présence préalable de facteurs de résilience spécifiques chez les individus.

Les facteurs de risque relatif au développement du traumatisme, tel que le PTSD, incluent notamment : le genre féminin, la minorité ethnique, le manque

d'éducation ou encore le jeune âge (Brewin et al., 2000). Il est donc possible que l'inverse de ces facteurs de risque soit un facteur de protection (c.-à-d. le genre masculin, l'ethnie caucasienne, le haut niveau d'éducation ou l'âge avancé) (Bonanno, 2004).

Un facteur de protection décrit largement dans l'étude de Kindermann et al. (2017) serait l'attachement. Les auteurs le caractérisent comme « un système motivationnel inné de perception, d'interprétation et de prédiction des interactions interpersonnelles ». Bartholomew et Horowitz (1991) expliquent que les enfants intériorisent les relations précoces d'attachement familiales sous forme de prototype, qu'ils viennent ensuite reproduire avec les individus présents hors de la sphère familiale. Cet attachement se construit au cours des expériences vécues et s'active plus particulièrement dans certaines situations comme celles relatives au besoin, à la maladie ou encore à des exigences excessives (Kindermann et al., 2017). Dans l'expérience de Kindermann et al. (2017), les résultats mettent en lumière que le style d'attachement joue un rôle dans le développement du traumatisme secondaire. Ainsi, un style d'attachement sécure (c.-à-d. à l'aise avec l'intimité et l'autonomie) et préoccupé (c.-à-d. préoccupé par les relations) diminuerait le risque de développement d'un traumatisme secondaire (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Kindermann et al., 2017). Une des explications données serait que, dans les deux cas, l'individu recherche la proximité dans ses relations et exige un soutien social (comportements considérés comme des facteurs de protection) (Kindermann et al., 2017). Si le style d'attachement est sécurisant, la tension psychologique est faible, tandis que si le style d'attachement est rejetant (c.-à-d. rejet de l'intimité, contre-dépendant), la tension psychologique devient plus élevée (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Kindermann et al., 2017). La sécurité de l'attachement est donc considérée comme un des facteurs déterminants pour la résilience psychologique et l'adaptation (Mikulincer & Shaver, 2007).

Parmi les facteurs protecteurs présents dans la population interrogée de l'étude de Kindermann et al. (2017), nous retrouvons aussi le sentiment de cohérence. Cette notion peut être décrite à l'aide de 3 composantes (Antonovsky, 1987) : (1) l'intelligibilité, qui fait référence à la capacité de compréhension d'un individu de son environnement, (2) la gérabilité, qui est une capacité intervenant

dans la prise en charge des problèmes et des défis de son environnement et (3) la signification, qui relève du sens donné à son environnement en lien avec l'investissement et l'engagement de l'individu. C'est pourquoi, un sentiment de cohérence élevé peut s'avérer comme un facteur de protection au traumatisme (Kindermann et al., 2017).

ii. Le soutien social

Le lien social représente un besoin fondamental pour tout être humain et joue un rôle essentiel dans le bien-être des individus (Lieberman, 2013). House et al. (1988) définissent le concept de soutien social comme un contenu ou une qualité importante des relations, où le soutien peut faire référence à l'aspect positif des relations (au travers de l'information, l'aide, l'attention ou l'inquiétude émotionnelle), favorisant ainsi la santé des individus. Autrement dit, le soutien social peut renvoyer à toutes les interactions et ressources provenant des autres qui peuvent être utiles pour aider une personne à composer avec une difficulté (Wills et Fegan, 2001). Selon la typologie de House (1981), on peut mettre en évidence quatre types de soutien social : (1) le soutien émotionnel (c.-à-d. une manifestation de confiance, d'empathie, d'amour, de bienveillance, pouvoir se confier à quelqu'un, se sentir compris), (2) le soutien instrumental ou tangible (c.-à-d. une aide matérielle, financière, services offerts ou rendus), (3) le soutien informationnel (c.-à-d. conseils, feedbacks qui aident le sujet à mieux comprendre et gérer des situations difficiles), et (4) le soutien d'estime (c.-à-d. le fait de reconnaître les compétences du sujet, se sentir apprécié). Aussi, nous pouvons considérer le soutien social sur deux axes différents : l'axe quantitatif, soit « la quantité de personnes-ressources ou de liens sociaux que le sujet possède (soutien structurel) », et l'axe qualitatif, soit « la qualité des ressources disponibles et la perception du sujet concernant l'accomplissement de certaines fonctions par ses proches (soutien fonctionnel) » (Legros & Carvallo, 2022). C'est la combinaison de la qualité et de la quantité des relations qui joueraient un rôle important dans la prédiction d'une bonne santé mentale et physique (Antonucci et al., 2014). Enfin, il nous paraissait intéressant de mentionner dans notre analyse le « Convoy Model of social relations » d'Antonucci et al. (2013). Selon ce modèle, les relations sociales peuvent être

comparées à un convoi qui nous accompagne tout au long de notre vie. Les individus sont donc entourés de personnes de soutien qui varient en termes de proximité, qualité (positive ou négative), fonction (aide, affection, affirmation) et structure (taille, composition, fréquence de contact, proximité géographique) (Antonucci et al., 2013). Les caractéristiques personnelles (telles que l'âge et le sexe) et situationnelles (comme les rôles, normes et valeurs) vont venir influencer à leur tour la structure, la fonction et la qualité des convois, impactant significativement la santé et le bien-être des individus (Antonucci et al., 2013).

Confrontée au stress d'un événement potentiellement traumatisant, le soutien social peut se révéler être un facteur essentiel afin de déterminer la capacité d'une personne à y faire face (Lerias et Byrne, 2003). Un soutien (ou support) social solide est donc un facteur de résilience dans le cadre du traumatisme secondaire (Kindermann et al., 2017). De fait, Michalopoulos & Aparicio (2012) ont constaté que, chez les travailleurs sociaux, le soutien social pourrait prédire moins de symptômes de traumatisme vicariant et les protéger contre son développement. Dans une étude qualitative de Harrison et Westwood (2009) sur le traumatisme vicariant, on remarque que les thérapeutes évaluent le soutien social comme bénéfique : il rendrait l'exposition au matériel traumatique de leurs patients moins épuisant.

En outre, on retrouve dans la littérature plusieurs types de réseaux de soutien social mis en avant qui pourraient avoir un impact dans le domaine de la traumatologie ou de la résilience. Une étude de Woodward et al. (2015) a démontré que le soutien social des amis et de la famille était associé négativement aux cognitions post-traumatiques. D'après les auteurs, ces résultats pourraient suggérer que les relations interpersonnelles avec la famille et les amis jouent un rôle significatif dans la formation des attributions post-traumatiques chez les individus. De plus, on retrouve d'autres impacts de la famille sur le bien-être : les familles résilientes peuvent favoriser la résilience individuelle (Sippel et al., 2015). Les événements de vie stressants sont considérés comme ayant un impact sur toute la famille et des processus familiaux, tels que la communication ou la résolution de problèmes, peuvent venir jouer un rôle dans la récupération ou l'adaptation de tous ses membres (Walsh, 2011). Au niveau du travail, trouver des collègues qui permettent d'offrir un soutien et de l'empathie a été détecté comme une stratégie

cruciale dans le bien-être des travailleurs avec les demandeurs d’asile (Iheduru et al., 2022). Dans une étude de Choi (2011), lorsque les travailleurs sociaux auprès de survivants de traumatismes recevaient davantage de soutien de la part de leurs supérieurs, de leurs collègues et de leurs équipes de travail, ils présentaient des niveaux de traumatisme secondaire moins élevés. Créer une bonne alliance de travail, où les relations entretenues se basent sur des principes de solidarité, d’empathie et de confiance, peut donc être bénéfique pour les travailleurs (Mirdal et al., 2012).

Cependant, aucune étude n’a encore analysé l’implication du support social dans la résilience au traumatisme secondaire chez les intervenants, en examinant et en confrontant l’influence des différents types de supports sociaux. Ceci nous amène donc aux objectifs de ce mémoire.

III. Objectifs de ce mémoire

Comme nous l’avons vu précédemment, la littérature s’engage à dire que le soutien social semblerait avoir un impact dans la résilience au traumatisme secondaire chez les intervenants. Kindermann et al. (2017) affirment d’ailleurs dans leur étude que la prise en compte de ce facteur pourrait permettre notamment une meilleure identification des symptômes, mais aussi la mise en œuvre des programmes qui fournissent toutes les informations et le soutien nécessaire aux intervenants (population d’interprètes dans cette étude). C’est donc dans cette idée que l’objectif de ce mémoire est de pouvoir répondre à la problématique suivante : quelle est l’implication des différents types de supports sociaux dans la résilience au traumatisme secondaire chez les intervenants auprès de réfugiés et/ou migrants ?

En tenant compte de la problématique énoncée et de l’analyse littéraire effectuée, nous pouvons développer plusieurs hypothèses.

(1) La résilience est corrélée négativement au traumatisme secondaire.

(2) La résilience est corrélée positivement au support social.

(3) Tous les types de support social contribuent à la résilience.

Enfin, en se basant sur le « Convoy Model of social relations » d'Antonucci et al. (2013), nous pouvons identifier une dernière hypothèse.

(4) Chaque type de support social contribue à la résilience de manière égale, même lorsque l'on contrôle les autres types de support social.

IV. Méthodologie

Cette étude a pour objectif d'utiliser des instruments d'enquête psychométriques quantitatifs validés afin de répondre aux différentes hypothèses énoncées précédemment. Préalablement à la remise des questionnaires, chaque participant a donné son consentement éclairé concernant sa participation à cette recherche.

Avant de procéder au recrutement et à la passation des tests, l'étude a été validée par le comité éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège.

a. Participants

En Wallonie, 65 Services de Santé Mentale (SSM) sont agréés et répartis sur 90 sièges. Leurs équipes pluridisciplinaires, réunissant les fonctions psychiatrique, psychologique, sociale, de secrétariat et d'accueil, ont été répertoriées pour accueillir des réfugiés (notamment ceux venant d'Ukraine). C'est dans les maisons médicales que nous retrouvons aussi ces mêmes équipes qui peuvent intervenir psychologiquement et socialement auprès des réfugiés. De même, des équipes spécialisées dans l'accompagnement psychosocial des personnes étrangères et d'origine étrangère sont aussi disponibles comme : Tabane, Espace 28, SSM Verviers, Espace Sémaphore, Santé en Exil, Clinique de l'Exil, CINL, Centre CARDA-Croix-Rouge. Il existe 8 Centres Régionaux d'Intégration (agréés par la

Région Wallonne) qui ont pour mission l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère. C'est donc au travers d'un accueil et d'un accompagnement que ces travailleurs ont pu rencontrer des réfugiés. De plus, nous relevons plusieurs sites en lien avec la traduction et l'interprétariat social comme : Setis wallon (Traduction & interprétariat en milieu social) ou Univerbal (Service d'interprétariat social pour femmes migrantes). Enfin, il existe en Belgique des structures d'accueil collectives (centres gérés par Fedasil, la Croix-Rouge de Belgique ou d'autres partenaires) et individuelles (gérées par le CPAS et diverses ONG) pour les demandeurs d'asile. Ces organismes permettent notamment de fournir : un hébergement, de la nourriture, des vêtements, un accès à l'aide juridique, un accompagnement social, médical et psychologique.

Par conséquent, c'est dans ces différentes structures que nous avons recruté les intervenants auprès de réfugiés et/ou migrants. Après une prise de contact avec les structures, nous nous sommes directement rendus auprès de la population étudiée. Au travers de présentations collectives ou d'entretiens individuels, nous avons exposé les objectifs de la recherche. Lorsque nous intervenions au sein des réunions d'équipe, un papier (sous enveloppe fermée) était remis à chacun afin de répondre à une première question sur leur volonté de participer (oui, non) et en cas de réponse positive, les coordonnées étaient récoltées (email et/ou numéro de téléphone). Un flyer d'informations sur la recherche a aussi été déposé dans les différentes structures pour motiver d'autres intervenants à participer. Enfin, lors de la demande de consentement auprès des intervenants, il leur a été de nouveau précisé que la participation à l'étude était volontaire et nullement obligatoire.

L'objectif était de constituer un échantillon de 67 participants. Ce nombre a été choisi pour assurer une puissance statistique de .80, une erreur de première espèce de .05 et une taille d'effet attendue dans la littérature de .30 (Robinaugh et al., 2011). Le détail des calculs a été mis en *Annexes* (Annexe - GPower).

Différentes informations concernant les données sociodémographiques de notre échantillon sont à retrouver dans la partie *a. Statistiques descriptives de la population interrogée* au sein de la rubrique *V. Résultats*.

b. Enquête

Données sociodémographiques

Après l'obtention du consentement éclairé, une première enquête a permis de recueillir les données sociodémographiques des intervenants. Sous forme de document à compléter, les participants ont dû saisir : leur genre, leur âge, leur nationalité, leur statut marital, leur nombre d'enfants, leur niveau d'études, s'ils travaillent ou non, leur profession avec le nombre d'heures effectuées par semaine, s'ils ont des collègues ou non, ainsi que leurs années d'exercice auprès d'une population de réfugiés et/ou migrants.

Échelle de Stress Traumatique Secondaire

À l'aide de l'Échelle de Stress Traumatique Secondaire (STSS) de Bride et al. (2004), nous pouvons mesurer chez les travailleurs la fréquence des symptômes relatifs au traumatisme secondaire : les reviviscences, les évitements et l'hyperactivité neurovégétative (comme définis dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)). Cet outil se concentre donc sur l'identification des réactions négatives et des symptômes associés à l'exposition aux traumatismes vécus par les « clients » (c.-à-d. terme utilisé pour indiquer toutes les personnes avec qui le travailleur a été engagé dans une relation d'aide – peut être substitué par « consommateur, « patient », « bénéficiaire », etc. (Bride et al., 2004)). Le STSS est un questionnaire auto rapporté de 17 items. Trois sous-dimensions y sont évaluées : (1) l'*intrusion*, (2) l'*évitement* et (3) l'*éveil*. Les participants répondent en indiquant à quel point l'item est vrai ces sept derniers jours, à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (*jamais*) à 5 (*très souvent*). L'interprétation de cette échelle ne représente pas un diagnostic. En fonction du score total obtenu par l'addition de l'ensemble des items, les résultats peuvent être traduits par des cut-off scores définissant des groupes à risque de traumatisme secondaire : faible, modéré, élevé et sévère. Un score de 28 à 37 caractérise un stress traumatique secondaire léger. Un score de 38 à 43 correspond à un stress traumatique secondaire modéré. Un score de 44 à 48 se rapporte à un stress traumatique secondaire élevé. Enfin, des scores au-dessus de 49 définissent un stress traumatique secondaire sévère. L'analyse factorielle de ce test

(Bride et al., 2004) semble indiquer une bonne validité et une fiabilité élevée (avec un alpha de .93).

Connor-Davidson Resilience Scale

À l'aide de la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor et Davidson (2003), nous pouvons évaluer les différents facteurs de protection qui contribuent à la capacité de résilience. Le développement de cette échelle s'est appuyé sur une analyse des caractéristiques personnelles mises en avant par des recherches antérieures. Celles-ci ont servi de base à la création des 25 items de la CD-RISC, répartis en cinq dimensions distinctes : (1) la compétence personnelle, le niveau d'exigence et de ténacité (huit énoncés), (2) la confiance en ses propres instincts, la tolérance aux émotions négatives et au renforcement des effets du stress (sept énoncés), (3) l'acceptation du changement et les relations interpersonnelles positives (5 énoncés), (4) le sentiment de contrôle (trois énoncés), (5) la spiritualité (deux énoncés). Les participants doivent répondre dans quelle mesure les différentes propositions sont vraies au cours du dernier mois (ou en fonction de ce qui est ressenti habituellement si aucune situation particulière ne s'est produite), à l'aide d'une échelle de Likert à 5 modalités allant de 0 (pas du tout) à 4 (presque tout le temps). Le score total est obtenu par la somme des items et est compris entre 0 et 100. Plus le score est élevé, plus la résilience est importante. La moyenne dans la population est de 77.1 pour les femmes (avec un écart-type de 16.3) et de 77.2 pour les hommes (avec un écart-type de 14.2). L'analyse factorielle du test (Connor & Davidson, 2003) permet de mettre en avant une bonne validité et fiabilité (avec un alpha de .89).

Multidimensional Scale of Perceived Social Support

À l'aide du Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), développé par Zimet et al. (1988), nous allons mesurer le soutien social perçu à partir de trois sources : la famille, les amis et la personne particulière. Ce questionnaire auto-rapporté est composé de 12 items. Les participants indiquent leur niveau d'accord ou de désaccord avec les items en utilisant une échelle de Likert à sept points, allant de 1 (très fortement en désaccord) à 7 (tout à fait d'accord). Chacune

des trois dimensions comporte quatre items et les scores sous-dimensionnels varient de 4 à 28. Un score élevé sur chacune de ces sous-dimensions indique un soutien social perçu élevé. L'analyse factorielle de la version française du MSPSS (Denis et al., 2014) indique des preuves de validité et fiabilité robustes.

Questionnaire de Soutien Social Perçu adapté au monde Professionnel

À l'aide du Questionnaire de Soutien Social Perçu adapté au monde Professionnel (QSSP-P) de Collange et al. (2015), nous allons mesurer la disponibilité et la satisfaction du soutien social perçu par les participants vis-à-vis de leurs collègues et supérieurs immédiats. Nous retrouvons quatre dimensions du soutien social : (1) le soutien émotionnel (c.-à-d. avoir quelqu'un qui vous écoute avec une attitude empathique), (2) le soutien informationnel (c.-à-d. obtenir les informations nécessaires ou des conseils), (3) le soutien instrumental (c.-à-d. avoir un support tangible, tel que de l'aide matérielle), (4) le soutien évaluatif (c.-à-d. reconnaître les compétences pour permettre un renforcement de la confiance en soi). La disponibilité est appréciée via le nombre de personnes effectives pouvant procurer chaque type de soutien. Les scores sont convertis en une échelle allant de 1 (0 personne) à 5 (plus de 3 personnes). La satisfaction est évaluée au moyen d'une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait). Le score total de chacune des quatre dimensions – (1) disponibilité des collègues, (2) disponibilité des supérieurs, (3) satisfaction des collègues, (4) satisfaction des supérieurs – est compris entre 0 et 20.

Carnet de bord

Dans le cadre de cette recherche, un carnet de bord a été utilisé. Pendant ou après l'entretien, des observations qualitatives sur les participants (i.e. remarques sur les questionnaires, sur leur pratique, etc.) ont été notées afin d'enrichir éventuellement l'analyse des données quantitatives. Cette démarche a permis de lutter contre plusieurs biais. En particulier le biais de l'observateur, défini comme toute divergence systématique par rapport à la vérité durant le processus d'observation et d'enregistrement des informations pour une étude, et qui peut affecter significativement la validité des résultats (Mahtani et al., 2018).

c. Méthode d'analyse des données

Toutes les données ont été codées et analysées à l'aide de Jamovi. Avant l'analyse, la normalité des données a été testée. Enfin, nous avons fixé l'erreur de première espèce à un alpha de .05, associée à une probabilité $p \leq .05$ pour rejeter l'hypothèse nulle.

Statistiques descriptives de l'échantillon

À l'aide de Jamovi, des statistiques descriptives (nombre de sujets, moyenne, écart-type, etc.) ont été réalisées afin de mieux comprendre comment et de quoi est composé notre échantillon. Également, des Anova Kruskal-Wallis et des comparaisons pair à pair ont été effectuées pour tenter de déceler des différences entre les groupes.

Hypothèse 1 : La résilience est corrélée négativement au traumatisme secondaire.

Une corrélation de Pearson a été réalisée entre l'ESPT (mesure du traumatisme secondaire) et la CD-RISC (mesure de la résilience). Ce test paramétrique a été choisi car la distribution des résultats de ces deux questionnaires dans cet échantillon suivent une loi normale (voir *i. Analyses préliminaires* dans la rubrique *V. Résultats - b. Analyses statistiques des résultats*). Puis, une corrélation de Kendall a été effectuée entre les sous-dimensions de l'ESPT et les sous-dimensions de la CD-RISC (voir la normalité des sous-dimensions dans *i. Analyses préliminaires* au sein de la rubrique *V. Résultats - b. Analyses statistiques des résultats*). Enfin, nous avons effectué une régression linéaire dans l'objectif de détailler davantage le lien entre les différentes variables.

Hypothèse 2 : La résilience est corrélée positivement au support social.

Une corrélation de Kendall a été réalisée entre la CD-RISC (mesure de la résilience) et le MSPSS (mesure du soutien social). Ce test non-paramétrique a été

choisi car la distribution des résultats du MSPSS dans cet échantillon ne suit pas une loi normale et qu'il existe plusieurs ex-aequo au sein des données (voir *i. Analyses préliminaires* dans la rubrique *V. Résultats - b. Analyses statistiques des résultats*). Puis, une corrélation de Kendall a été effectuée entre les sous-dimensions de la CD-RISC et les sous-dimensions du MSPSS (voir la normalité des sous-dimensions dans *i. Analyses préliminaires* au sein de la rubrique *V. Résultats - b. Analyses statistiques des résultats*).

Hypothèses 3 et 4 : Tous les types de support social contribuent à la résilience. Chaque type de support social contribue à la résilience de manière égale, même lorsque l'on contrôle les autres types de support social.

Les corrélations de Kendall ont aussi été calculées entre la CD-RISC, ses sous-dimensions et toutes les formes de soutien social (personne particulière, famille, amis, entourage professionnel – supérieurs et collègues).

Dans un premier temps, nous avons réalisé des corrélations entre toutes les formes de support social afin de vérifier lesquelles sont les plus corrélées à la résilience. Dans un second temps, nous avons procédé à des corrélations partielles afin d'obtenir la corrélation entre une variable support social et la résilience après avoir contrôlé les autres variables support social. Enfin, nous avons effectué une régression linéaire dans l'objectif de détailler davantage le lien entre les différentes variables.

V. Résultats

a. Statistiques descriptives de la population interrogée

Notre étude a permis de recruter les données de 64 participants. Cet échantillon est composé de 47 femmes et 17 hommes. En effectuant une Anova Kruskal-Wallis, on repère une différence entre le groupe hommes et femmes pour certaines dimensions évaluées : le *support social familial* ($\chi^2 = 4.032$; $p = .045 < .05$) et le *score total au MSPSS* ($\chi^2 = 4.769$; $p = .029 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 1). Plus

précisément, les comparaisons pair à pair du *support social familial* ($W = 2.840$; $p = .045 < .05$) et du score total au MSPSS ($W = 3.088$; $p = .029 < .05$) avec le genre nous donnent assez de preuves pour démontrer des différences spécifiques entre les deux groupes (voir en *Annexes*, Tableau 2, Tableau 3). Les statistiques descriptives du *support social familial* et du *score total au MSPSS* séparés par le genre, montrent une moyenne plus importante chez les femmes ($M_{famille_mspss} = 22.638$; $M_{total_mspss} = 71.872$) que chez les hommes ($M_{famille_mspss} = 19.588$; $M_{total_mspss} = 64.471$) (voir en *Annexes*, Tableau 4).

L'âge moyen des volontaires est de 36.813 ans ($ET^1 = 10.557$). Parmi les individus interrogés, la personne la plus jeune est âgée de 23 ans et la plus âgée a 63 ans (voir en *Annexes*, Tableau 5). En effectuant une Anova Kruskal-Wallis, on repère une différence entre les groupes d'âge (1 : [20-29] ; 2 : [30-39] ; 3 : [40-49] ; 4 : [50-59] ; 5 [60-69]) pour certaines dimensions évaluées : l'éveil ($\chi^2 = 13.278$; $p = .010 < .05$), le *score total à l'ESPT* ($\chi^2 = 9.669$; $p = .046 < .05$) et le *support social personne particulière* ($\chi^2 = 12.571$; $p = .014 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 6). Plus précisément, les comparaisons pair à pair de l'éveil et du *score total à l'ESPT* avec les groupes d'âges ne montrent pas de différences spécifiques entre les groupes (voir en *Annexes*, Tableau 7, Tableau 8). La comparaison pair à pair du *support social personne particulière* entre les groupes n° 2 et n° 4 ($W = - 3.965$; $p = .040 < .05$) donne assez de preuves pour démontrer des différences spécifiques (voir en *Annexes*, Tableau 9). Les statistiques descriptives du *support social personne particulière* séparé par l'âge, montrent une moyenne plus importante chez les 30-39 ans ($M_{particulier_mspss} = 22.638$) que chez les 50-59 ans ($M_{particulier_mspss} = 20$) (voir en *Annexes*, Tableau 10).

Concernant les nationalités répertoriées, 54 volontaires sont belges et 10 détiennent une autre nationalité (c.-à-d. française, luxembourgeoise, espagnole, camerounaise, iranienne, brésilienne) (voir Tableau 78). En effectuant une Anova Kruskal Wallis, on ne repère aucune différence entre les nationalités (voir en *Annexes*, Tableau 11).

¹ Écart type

Tableau 78. Statistiques descriptives du nombre de participants en fonction de la nationalité

Nationalité	Nombre de participants
belge	54
belge-française	1
française	4
belge-luxembourgeoise	1
espagnole	1
camerounaise	1
iranienne	1
brésilienne	1

Pour la variable statut marital, 16 personnes sont célibataires (groupe 1), 25 sont en couple (groupe 2), 20 sont mariées (groupe 3) et 3 se sont définies dans la catégorie « autre » (groupe 4). En effectuant une Anova Kruskal-Wallis, on repère une différence entre les groupes pour certaines dimensions évaluées : la *compétence personnelle* ($\chi^2 = 8.571$; $p = .036 < .05$), l'*acceptation au changement* ($\chi^2 = 8.228$; $p = .042 < .05$), le *sens du contrôle interne* ($\chi^2 = 10.030$; $p = .018 < .05$), le *score total à la CD-RISC* ($\chi^2 = 10.222$; $p = .017 < .05$) et le *support social d'une personne particulière* ($\chi^2 = 12.806$; $p = .005 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 12). Plus précisément, les comparaisons pair à pair de la *compétence personnelle* entre les groupes 2 et 3 ($W = 3.644$; $p = .049 < .05$), l'*acceptation au changement* entre les groupes 1 et 3 ($W = 3.654$; $p = .048 < .05$), le *sens du contrôle interne* entre les groupes 1 et 3 ($W = 4.115$; $p = .019 < .05$), le *score total à la CD-RISC* entre les groupes 1 et 3 ($W = 4.219$; $p = .015 < .05$), le *support social d'une personne particulière* entre les groupes 1 et 2 ($W = 4.527$; $p = .007 < .05$) donnent assez de preuves pour démontrer des différences spécifiques (voir en *Annexes*, Tableau 13, Tableau 14, Tableau 15, Tableau 16, Tableau 17). Les statistiques descriptives de la *compétence personnelle* séparée par le statut nous montrent une moyenne plus importante chez les personnes mariées ($M_{comp_pers_cdrisc} = 25.5$) que chez les personnes en couple ($M_{comp_pers_cdrisc} = 22.84$) (voir en *Annexes*, Tableau 18). Les statistiques descriptives du *support social d'une personne particulière* séparé par le statut mettent en évidence une moyenne plus importante chez les personnes en couple ($M_{particulier_mspss} = 26.24$) que chez les personnes célibataires ($M_{particulier_mspss} = 22.063$)

(voir en *Annexes*, Tableau 18). Les statistiques descriptives de l'*acceptation au changement*, du sens du contrôle interne et du score total à la CD-RISC séparés par le statut, révèlent une moyenne plus importante chez les personnes mariées ($M_{acc_chan_cdrisc} = 16.65$; $M_{sens_cont_cdrisc} = 9.75$; $M_{total_cdrisc} = 75.95$) que chez les personnes célibataires ($M_{acc_chan_cdrisc} = 14.375$; $M_{sens_cont_cdrisc} = 7.875$; $M_{total_cdrisc} = 65.188$) (voir en *Annexes*, Tableau 18).

En moyenne, les participants ont .703 enfant par personne ($ET = .987$) et les statistiques indiquent que le nombre varie entre 0 et 4 enfants par personne au sein de l'échantillon (voir en *Annexes*, Tableau 19). En effectuant une Anova Kruskal-Wallis, on repère une différence entre les groupes pour la dimension de l'*acceptation au changement* ($\chi^2 = 12.57$; $p = .014 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 20). Plus précisément, la comparaison pair à pair de l'*acceptation au changement* avec 0 et 1 enfant ($W = 4.035$; $p = .035 < .05$) donne assez de preuves pour démontrer des différences spécifiques entre les deux groupes (voir en *Annexes*, Tableau 21). Les statistiques descriptives de l'*acceptation au changement* séparée par le nombre d'enfants, nous montrent une moyenne plus importante chez ceux ayant 1 enfant ($M_{acc_chan_cdrisc} = 17.071$) que ceux n'ayant aucun enfant ($M_{acc_chan_cdrisc} = 15.054$) (voir en *Annexes*, Tableau 22).

Parmi les volontaires, on observe que : 1 a le niveau « Secondaire inférieur (Belgique)/Collège (France) », 6 ont le niveau « Secondaire supérieur (Belgique)/Lycée (France) (BAC, BEP, CAP) », 28 ont le niveau « Enseignement supérieur de type court (Graduat ou Bachelier pour la Belgique/Licence ou DEUG pour la France) », 26 ont le niveau « Enseignement supérieur de type long (Licence ou Master pour la Belgique/Master, Maitrise, DEA, ou DESS pour la France) » et 3 ont un niveau « Doctorat » (voir Tableau 79). En réalisant une Anova Kruskal Wallis, on ne repère aucune différence entre les niveaux (voir en *Annexes*, Tableau 23).

Tableau 79. Statistiques descriptives du niveau le plus haut d'études dans la population

Niveau d'études	Primaire	Secondaire inférieur	Secondaire supérieur	Supérieur type court	Supérieur type long	Doctorat
Nombre de participants	0	1	6	28	26	3

Dans notre population, on retrouve différents types de métiers en lien avec l'intervention auprès de réfugiés et/ou migrants. Plus précisément, nous avons répertorié : 30 personnes dans le domaine psychosocial (11 psychologues, 1 interprète, 8 assistants sociaux, 3 intervenants psychosociaux, 3 animateurs socioculturels, 4 éducateurs), 7 personnes travaillant dans la formation et l'enseignement (1 jobcoach, 6 formateurs en enseignement général, en langues étrangères ou en citoyenneté), 3 personnes qui exercent dans le médical (infirmiers), 3 personnes dans le domaine du droit (juristes), 14 personnes dans des métiers de responsable, de coordination ou de direction (4 coordinateurs parrainage, de projets ou d'intégration, 7 responsables techniques, administratifs ou de projets, 3 directeurs), 7 personnes en administration ou secrétariat (4 employés administratifs, 1 agent d'accueil, 1 secrétaire, 1 secrétaire médicale) et enfin, 3 personnes œuvrant pour le parrainage, l'accueil ou le tutorat (1 marraine, 1 tuteur et 1 mère d'accueil de MENA (c.-à-d. Mineur Étranger Non Accompagné (Constant, 2021)) (voir Tableau 80).

Tableau 80. Statistiques descriptives du nombre de participants en fonction de leur profession

	Nombre de participants
psychologue	11
juriste	3
interprète	1
infirmier	3
assistant social	8
intervenant psychosocial	3
animateur socioculturel	3
éducateur	4
jobcoach	1
formateur	6
famille d'accueil, tutorat et parrainage	
MENA	3
employé administratif et secrétariat	7
coordinateur	4
responsable	7
directeur	3

En moyenne, les participants travaillent 33.564 heures par semaine ($ET = 7.705$). Les statistiques indiquent que le minimum d'heures réalisées de façon hebdomadaire au sein de la population est de 16 heures et le maximum est de 55 (voir en *Annexes*, Tableau 24). En effectuant une Anova Kruskal-Wallis, on repère une différence entre les groupes (1^{er} groupe [10 h ; 20 h] ; 2^{ème} groupe [20 h ; 30 h] ; 3^{ème} groupe [30 h ; 40 h] ; 4^{ème} groupe [40 h ; 50 h] ; 5^{ème} groupe [50 h ; 60 h]) pour certaines dimensions évaluées : la *tolérance des affects* ($\chi^2 = 12.476$; $p = .014 < .05$), le *support social amical* ($\chi^2 = 12.78$; $p = .012 < .05$), le *score total au MSPSS* ($\chi^2 = 10.138$; $p = .038 < .05$) et la moyenne au score de la *disponibilité des collègues* ($\chi^2 = 11.691$; $p = .02 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 25). Plus précisément, les comparaisons pair à pair du *support social amical*, du *score total au MSPSS* et de la moyenne au score de *disponibilité des collègues* avec les groupes d'heures ne montrent pas de différence spécifique entre les groupes (voir en *Annexes*, Tableau 27, Tableau 28, Tableau 29). La comparaison pair à pair de la *tolérance aux affects* entre les groupes 2 et 3 ($W = 4.254$; $p = .022 < .05$) donne assez de preuves pour démontrer des différences spécifiques (voir en *Annexes*, Tableau 26). Les statistiques descriptives de la *tolérance aux affects* séparée par le nombre heures révèle une

moyenne plus importante chez les personnes travaillant 30 à 40 heures par semaine ($M_{tol_aff_cdrisc} = 18.366$) que chez les personnes travaillant 20 à 30 heures ($M_{tol_aff_cdrisc} = 15.308$) (voir en *Annexes*, Tableau 30).

Parmi les volontaires, un seul individu prétend ne pas avoir de collègues dans le cadre de son travail. Les 63 autres affirment être entourés d'un ou plusieurs collègues.

À la question relative au nombre d'années exercées auprès de cette population de migrants et/ou réfugiés, la moyenne dans l'échantillon est de 5.685 années ($ET = 6.527$ années), soit environ 5 années 6 mois et 9 jours. La plus courte expérience répertoriée est de .16 années (soit environ 2 mois) et la plus longue est de 26 années (voir en *Annexes*, Tableau 31). En effectuant une Anova Kruskal Wallis, on ne repère aucune différence entre les différents groupes du nombre d'années d'expérience (1^{er} groupe [0 an ; 5 ans[; 2^{ème} groupe [5 ans ; 10 ans[; 3^{ème} groupe [10 ans ; 15 ans[; 4^{ème} groupe [15 ans ; 20 ans[; 5^{ème} groupe : plus de 20 ans) (voir en *Annexes*, Tableau 32).

Pour finir, nous allons décrire les scores moyens de l'échantillon obtenus aux différents questionnaires (ESPT, CD-RISC, MSPSS) (voir Tableau 81). À l'ESPT, la moyenne dans l'échantillon est de 36.359 ($ET = 10.175$). Le score minimum obtenu est de 19 et le score maximum est de 59. L'échantillon révèle donc un niveau de stress traumatique à la limite entre le traumatisme secondaire léger et le traumatisme secondaire modéré. Parmi les intervenants, le niveau de traumatisme secondaire varie de l'absence à un niveau sévère. À la CD-RISC, la moyenne dans l'échantillon est 70.594 ($ET = 10.257$). Cette moyenne n'est donc pas significativement différente de la moyenne dans la population. De fait, en considérant l'hypothèse nulle (H_0) comme l'égalité des moyennes dans l'échantillon et dans la population, le calcul du score z ($z = -.634 > -1.65$) ne permet pas d'avoir assez de preuves pour rejeter H_0 . Le score minimum obtenu à la CD-RISC est de 40 et le score maximum est de 94. Enfin, la moyenne dans l'échantillon au MSPSS est de 69.906 ($ET = 10.697$). Nous sommes cependant dans l'impossibilité statistique de la comparer à la moyenne dans la population car il n'existe pas, à notre connaissance, de normes validées. Le score minimum obtenu au MSPSS est de 42 et le score maximum est de 84.

Tableau 81. Statistiques descriptives des scores moyens de l'échantillon aux questionnaires (ESPT, CD-RISC, MSPSS)

	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
total_espt	64	36.359	36.000	10.175	19	59
total_cdrisc	64	70.594	71.500	10.257	40	94
total_mspss	64	69.906	70.000	10.697	42	84

b. Analyses statistiques des résultats

i. Analyses préliminaires

La normalité des données a été testée à l'aide de Shapiro-Wilk sur Jamovi (voir en *Annexes*, Tableau 33).

Pour le questionnaire ESPT, la statistique W du test de Shapiro-Wilk est de .963, ce qui correspond à une probabilité p égale .052, $p > .05$. Les données peuvent donc être considérées comme normales selon ce test. Concernant les sous-dimensions, les scores liés à l'*intrusion* ($W = .958$; $p = .027 < .05$) et à l'*évitement* ($W = .961$; $p = .042 < .05$) peuvent être considérés comme des données non-normales. Les données liées à la sous-dimension de l'*éveil* ($W = .967$; $p = .084 > .05$) peuvent être quant à elles évaluées comme suivant une loi normale.

Pour le questionnaire CD-RISC, la statistique W du test de Shapiro-Wilk est de .974, ce qui correspond à une probabilité p égale .204, $p > .05$. Les données peuvent donc être considérées comme normales selon ce test. Concernant les sous-dimensions, la *compétence personnelle* ($W = .986$; $p = .696 > .05$) et la *tolérance des affects* ($W = .984$; $p = .559 > .05$) peuvent être considérées comme des données normales. Au contraire, la distribution des données liées à l'*acceptation du changement* ($W = .944$; $p = .006 < .05$), le *sens du contrôle interne* ($W = .904$; $p < .001 < .05$) et la *spiritualité* ($W = .930$; $p = .001 < .05$) peuvent être estimées comme non-normales.

Pour le questionnaire MSPSS, la statistique W du test de Shapiro-Wilk est de

.941, ce qui correspond à une probabilité p égale .004, $p < .05$. Les données peuvent donc être considérées comme non-normales selon ce test. Les sous-dimensions du questionnaire MSPSS peuvent aussi être évaluées comme des données non-normales : *soutien social d'une personne particulière* ($W = .817$; $p < .001 < .05$), *soutien social amical* ($W = .895$; $p < .001 < .05$), *soutien social familial* ($W = .893$; $p < .001 < .05$).

Enfin, pour les sous dimensions du questionnaire QSSP, les données peuvent être considérées comme non-normales : *disponibilité des supérieurs* ($W = .886$; $p < .001 < .05$), *satisfaction des supérieurs* ($W = .876$; $p < .001 < .05$), *disponibilité des collègues* ($W = .959$; $p = .033 < .05$), *satisfaction des collègues* ($W = .807$; $p < .001 < .05$).

ii. Première hypothèse

Notre première hypothèse est que la résilience (mesurée à l'aide de la CD-RISC) est corrélée négativement au traumatisme secondaire (mesuré à l'aide de l'ESPT). Nous avons donc testé l'hypothèse nulle suivante : la nullité de la corrélation entre les résultats à la CD-RISC et l'ESPT dans la population. Dans l'échantillon, une corrélation de $- .102$ a été calculée. Cette corrélation est associée à une valeur p égale à $.422$. Cette valeur p est supérieure au score seuil de $.05$ donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir Tableau 82).

Tableau 82. Matrice de corrélation entre l'ESPT et la CD-RISC

		total_espt	total_cdrisc
total_espt	r de Pearson	—	
	ddl	—	
	valeur p	—	
total_cdrisc	r de Pearson	$- .102$	—
	ddl	62	—
	valeur p	$.422$	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Plus spécifiquement, lorsque l'on effectue une matrice de corrélation des sous-dimensions, nous obtenons les résultats suivants (voir en *Annexes*, Tableau 34). Dans l'échantillon :

- Plusieurs corrélations ne nous permettent pas d'avoir assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle. Notamment entre l'*intrusion* et la *compétence personnelle* ($\tau = .052$; $p = .570 > .05$), l'*intrusion* et la *tolérance des affects* ($\tau = - .083$; $p = .362 > .05$), l'*intrusion* et l'*acceptation au changement* ($\tau = - .100$; $p = .285 > .05$), l'*intrusion* et le *sens du contrôle interne* ($\tau = - .042$; $p = .663 > .05$), l'*intrusion* et la *spiritualité* ($\tau = .026$; $p = .778 > .05$), l'*évitement* et la *compétence personnelle* ($\tau = .076$; $p = .406 > .05$), l'*évitement* et la *tolérance des affects* ($\tau = .064$; $p = .479 > .05$), l'*évitement* et l'*acceptation au changement* ($\tau = - .137$; $p = .141 > .05$), l'*évitement* et le *sens du contrôle interne* ($\tau = - .110$; $p = .249 > .05$), l'*évitement* et la *spiritualité* ($\tau = .017$; $p = .855 > .05$), l'*éveil* et la *compétence personnelle* ($\tau = - .006$; $p = .944 > .05$), l'*éveil* et la *tolérance des affects* ($\tau = - .011$; $p = .902 > .05$), l'*éveil* et la *spiritualité* ($\tau = - .014$; $p = .833 > .05$).
- Deux corrélations nous permettent cependant de rejeter l'hypothèse nulle : l'*éveil* et l'*acceptation au changement* ($\tau = - .226$; $p = .015 < .05$), l'*éveil* et le *sens du contrôle interne* ($\tau = - .213$; $p = .025 < .05$).

Enfin, une régression linéaire a été réalisée entre le score total à l'ESPT et les sous-dimensions à la CD-RISC (voir en *Annexes*, Tableau 35). L'équation de régression serait :

$$Y = 50.369 + 1.322 * (comp_pers_cdrisc) - .373 * (tol_aff_cdrisc) - 1.652 * (acc_chan_cdrisc) - 1.603 * (sens_cont_cdrisc) + .381 * (spir_cdrisc)$$

Le modèle à lui-seul expliquerait 23.1% de la variance du score total à l'ESPT (voir en *Annexes*, Tableau 36). Hors de cette analyse, trois prédicteurs sont significatifs : l'ordonnée à l'origine ($t = 5.234$; $p < .001 < .05$), la *compétence personnelle* ($t = 2.733$; $p = .008 < .05$) et l'*acceptation au changement* ($t = - 2.646$; $p = .010 < .05$).

iii. Deuxième hypothèse

Notre deuxième hypothèse postule que la résilience (mesurée à l'aide de la CD-RISC) est corrélée positivement au soutien social (mesuré à l'aide du MSPSS). Nous avons donc testé l'hypothèse nulle suivante : la nullité de la corrélation entre les résultats à la CD-RISC et le MSPSS dans la population. Dans l'échantillon, une corrélation de .010 a été calculée. Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .912. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir Tableau 83).

Tableau 83. Matrice de corrélation entre la CD-RISC et le MSPSS

		total_cdrisc	total_mspss
total_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
total_mspss	Tau de Kendall B	.010	—
	valeur p	.912	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Plus spécifiquement, lorsque l'on effectue une matrice de corrélation des sous-dimensions, nous obtenons les résultats suivants (voir en *Annexes*, Tableau 40). Dans l'échantillon :

- Plusieurs corrélations ne nous permettent pas d'avoir assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle. Notamment entre la *compétence personnelle* et le *soutien social d'une personne particulière* ($\tau = .026$; $p = .787 > .05$), la *compétence personnelle* et le *soutien social amical* ($\tau = - .023$; $p = .804 > .05$), la *compétence personnelle* et le *soutien social familial* ($\tau = .008$; $p = .935 > .05$), la *tolérance des affects* et le *soutien social d'une personne particulière* ($\tau = - .016$; $p = .862 > .05$), la *tolérance des affects* et le *soutien social amical* ($\tau = - .135$; $p = .144 > .05$), la *tolérance des affects* et le *soutien social familial* ($\tau = - .102$; $p = .264 > .05$), l'*acceptation au*

changement et le *support social amical* ($\tau = .077$; $p = .420 > .05$), *l'acceptation au changement* et le *support social familial* ($\tau = .095$; $p = .312 > .05$), la *spiritualité* et le *support social d'une personne particulière* ($\tau = .064$; $p = .507 > .05$), la *spiritualité* et le *support social amical* ($\tau = - .104$; $p = .269 > .05$), la *spiritualité* et le *support social familial* ($\tau = - .025$; $p = .791 > .05$).

- Quatre corrélations nous permettent cependant de rejeter l'hypothèse nulle : *l'acceptation au changement* et le *support social d'une personne particulière* ($\tau = .248$; $p = .011 > .05$), le *sens du contrôle interne* et le *support social d'une personne particulière* ($\tau = .322$; $p = .001 < .05$), le *sens du contrôle interne* et le *support social amical* ($\tau = .215$; $p = .027 < .05$), le *sens du contrôle interne* et le *support social familial* ($\tau = .229$; $p = .016 < .05$).

iv. Troisième hypothèse

Notre troisième hypothèse poursuit l'idée que tous les types de support social contribuent à la résilience. Nous avons donc testé l'hypothèse nulle suivante : la nullité de la corrélation entre les résultats à la CD-RISC et chaque type de support social aux MSPSS et QSSP-P (personne particulière, famille, amis, entourage professionnel – supérieurs et collègues) dans la population.

Dans l'échantillon, pour les supports sociaux relatifs au MSPSS (voir Tableau 84):

- Une corrélation de .106 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et le score de *support social d'une personne particulière* (MSPSS). Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .253. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle.
- Une corrélation de - .069 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et le score de *support social des amis* (MSPSS). Cette

corrélation est associée à une valeur p égale à .447. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle.

- Une corrélation de .002 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et le score de *support social de la famille* (MSPSS). Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .981. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle.

Tableau 84. Matrice de corrélation entre la CD-RISC et les sous-dimensions du support social du MSPSS (personne particulière, amis, famille)

		total_cdrisc	particulier_mspss	amis_mspss	famille_mspss
		c	ss	s	s
total_cdrisc	Tau de Kendall l B	—			
	valeur p	—			
particulier_mspss	Tau de Kendall l B	.106	—		
	valeur p	.253	—		
amis_mspss	Tau de Kendall l B	-.069	.342 ***	—	
	valeur p	.447	< .001	—	
famille_mspss	Tau de Kendall l B	.002	.356 ***	.339 ***	—
	valeur p	.981	< .001	< .001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Dans l'échantillon, pour les supports sociaux relatifs au QSSP (voir Tableau 85) :

- Une corrélation de .046 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et la moyenne au score de *disponibilité des supérieurs* (QSSP-P). Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .613. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle.

- Une corrélation de .134 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et la moyenne au score de *satisfaction des supérieurs* (QSSP-P). Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .185. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle.

- Une corrélation de - .009 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et la moyenne au score de *disponibilité des collègues* (QSSP-P). Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .917. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle.

- Une corrélation de .255 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et la moyenne au score de *satisfaction des collègues* (QSSP-P). Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .006. Cette valeur p est inférieure au score seuil de .05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse nulle dans la population.

Tableau 85. Matrice de corrélation entre la CD-RISC et les sous-dimensions du support social du QSSP (disponibilité des collègues et des supérieurs, satisfaction des collègues et des supérieurs)

		total_cdr isc	moy_disp _sup_qssp	moy_sat_s up_qssp	moy_disp_c ol_qssp	moy_sat_c ol_qssp
total_cdri sc	Tau de Kendall B	—				
	valeur p	—				
moy_disp _sup_qss p	Tau de Kendall B	.046	—			
	valeur p	.613	—			
moy_sat_ sup_qssp	Tau de Kendall B	.134	.432 ***	—		
	valeur p	.185	< .001	—		
moy_disp _col_qssp	Tau de Kendall B	-.009	.266 **	-.051	—	
	valeur p	.917	.004	.620	—	
moy_sat_co l_qssp	Tau de Kendall B	.255 *	.202 *	.344 **	.244 *	—
	valeur p	.006	.039	.001	.010	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Enfin, une régression linéaire a été réalisée entre le score total à la CD-RISC et les sous-dimensions du MSPSS et QSSP-P (voir en *Annexes*, Tableau 41). L'équation de régression serait :

$$Y = 29.501 + .756 * (\text{particulier_mspss}) + .243 * (\text{amis_mspss}) - .309 * (\text{famille_mspss}) + 3.526 * (\text{moy_disp_sup_qssp}) - .748 * (\text{moy_sat_sup_qssp}) - .030 * (\text{moy_disp_col_qssp}) + 4.025 * (\text{moy_sat_col_qssp})$$

Le modèle à lui-seul expliquerait 31 % de la variance du score total à la CD-RISC (voir en *Annexes*, Tableau 42). Hors de cette analyse, un prédicteur est

significatif : l'ordonnée à l'origine ($t = 2.698$; $p = .010 < .05$).

v. Quatrième hypothèse

Notre quatrième hypothèse poursuit l'idée que tous les types de support social contribuent à la résilience de manière égale, même lorsque l'on contrôle les autres types de support social. Nous avons donc testé l'hypothèse nulle suivante : la nullité de la corrélation partielle entre les résultats à la CD-RISC et chaque type de support social aux MSPSS et QSSP-P (personne particulière, famille, amis, entourage professionnel – supérieurs et collègues) dans la population.

Une corrélation de .170 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et le score de *support social d'une personne particulière* (MSPSS), après avoir contrôlé les autres types de support social. Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .101. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir Tableau 86).

Tableau 86. Corrélation partielle entre la CD-RISC et le support social personne particulière, en contrôlant les autres types de support social

		total_cdrisc	particulier_mspss
total_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
particulier_mspss	Tau de Kendall B	.170	—
	valeur p	.101	—

Note. contrôlant les 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Lorsque l'on effectue des corrélations partielles de chaque sous-dimension de la CD-RISC avec le score de *support social d'une personne particulière*, tout en contrôlant les autres types de support social, nous obtenons deux corrélations

significatives. Les corrélations partielles de l'*acceptation au changement* ($\tau = .227$; $p = .028 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 43) et du *sens du contrôle interne* ($\tau = .278$; $p = .007 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 44) avec le score de *support social d'une personne particulière*, nous permettent de rejeter l'hypothèse nulle. Toutes les autres corrélations partielles avec les autres types de support social ne fournissent pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir en *Annexes*, Tableau 45, Tableau 46, Tableau 47).

Une corrélation de $-.053$ a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et le score de *support social amical* (MSPSS), après avoir contrôlé les autres types de support social. Cette corrélation est associée à une valeur p égale à $.609$. Cette valeur p est supérieure au score seuil de $.05$ donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir Tableau 87).

Tableau 87. Corrélation partielle entre la CD-RISC et le support social amical, en contrôlant les autres types de support social

		total_cdrisc	amis_mspss
total_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
amis_mspss	Tau de Kendall B	-.053	—
	valeur p	.609	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Lorsque l'on effectue des corrélations partielles de chaque sous-dimension de la CD-RISC avec le score de *support social amical*, tout en contrôlant les autres types de support social, nous n'obtenons aucune corrélation significative qui permet de rejeter l'hypothèse nulle (voir en *Annexes*, Tableau 48, Tableau 49, Tableau 50, Tableau 51, Tableau 52).

Une corrélation de $-.067$ a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et le score de *support social de la famille* (MSPSS), après avoir contrôlé

les autres types de support social. Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .517. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir Tableau 88).

Lorsque l'on effectue des corrélations partielles de chaque sous-dimension de la CD-RISC avec le score de *support social familial*, tout en contrôlant les autres types de support social, nous n'obtenons aucune corrélation significative qui permet de rejeter l'hypothèse nulle (voir en *Annexes*, Tableau 53, Tableau 54, Tableau 55, Tableau 56, Tableau 57).

Tableau 88. Corrélation partielle entre la CD-RISC et le support social familial, en contrôlant les autres types de support social

		total_cdrisc	famille_mspss
total_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
famille_mspss	Tau de Kendall B	-.067	—
	valeur p	.517	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Une corrélation de .168 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et la moyenne au score de *disponibilité des supérieurs* (QSSP-P), après avoir contrôlé les autres types de support social. Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .104. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir Tableau 89).

Tableau 89. Corrélation partielle entre la CD-RISC et la moyenne au score de disponibilité des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		total_cdrisc	moy_disp_sup_qssp
total_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_sup_qssp	Tau de Kendall B	.168	—
	valeur p	.104	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_sat_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Lorsque l'on effectue des corrélations partielles de chaque sous-dimension de la CD-RISC avec la moyenne au score de *disponibilité des supérieurs*, tout en contrôlant les autres types de support social, nous obtenons une corrélation significative. La corrélation partielle de la *spiritualité* ($\tau = .203$; $p = .050 < .05$) avec la moyenne au score de *disponibilité des supérieurs* permet de rejeter l'hypothèse nulle (voir en *Annexes*, Tableau 58). Toutes les autres corrélations partielles avec les autres types de support social ne fournissent pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir en *Annexes*, Tableau 59, Tableau 60, Tableau 61, Tableau 62).

Une corrélation de $-.060$ a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et la moyenne au score de *satisfaction des supérieurs* (QSSP-P), après avoir contrôlé les autres types de support social. Cette corrélation est associée à une valeur p égale à $.561$. Cette valeur p est supérieure au score seuil de $.05$ donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir Tableau 90).

Tableau 90. Corrélacion partielle entre la CD-RISC et la moyenne au score de satisfaction des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		total_cdrisc	moy_sat_sup_qssp
total_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_sup_qssp	Tau de Kendall B	-.060	—
	valeur p	.561	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Lorsque l'on effectue des corrélations partielles de chaque sous-dimension de la CD-RISC avec la moyenne au score de *satisfaction des supérieurs*, tout en contrôlant les autres types de support social, nous n'obtenons aucune corrélacion significative qui permet de rejeter l'hypothèse nulle (voir en *Annexes*, Tableau 63, Tableau 64, Tableau 65, Tableau 66, Tableau 67).

Une corrélacion de .039 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et la moyenne au score de *disponibilité des collègues* (QSSP-P), après avoir contrôlé les autres types de support social. Cette corrélacion est associée à une valeur p égale à .709. Cette valeur p est supérieure au score seuil de .05 donc nous n'avons pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir Tableau 91).

Tableau 91. Corrélation partielle entre la CD-RISC et la moyenne au score de disponibilité des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		total_cdrisc	moy_disp_col_qssp
total_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_col_qssp	Tau de Kendall B	.039	—
	valeur p	.709	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Lorsque l'on effectue des corrélations partielles de chaque sous-dimension de la CD-RISC avec la moyenne au score de la *disponibilité des collègues*, tout en contrôlant les autres types de support social, nous n'obtenons aucune corrélation significative qui permet de rejeter l'hypothèse nulle (voir en *Annexes*, Tableau 68, Tableau 69, Tableau 70, Tableau 71, Tableau 72).

Une corrélation de .268 a été calculée entre le *score total de la résilience* (CD-RISC) et la moyenne au score de *satisfaction des collègues* (QSSP-P), après avoir contrôlé les autres types de support social. Cette corrélation est associée à une valeur p égale à .009. Cette valeur p est inférieure au score seuil de .05, ce qui nous amène à rejeter l'hypothèse nulle dans la population (voir Tableau 92).

Tableau 92. Corrélations partielles entre la CD-RISC et la moyenne au score de satisfaction des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		total_cdrisc	moy_sat_col_qssp
total_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_col_qssp	Tau de Kendall B	.268 **	—
	valeur p	.009	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_disp_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Lorsque l'on effectue des corrélations partielles de chaque sous-dimension de la CD-RISC avec la moyenne au score de *satisfaction des collègues*, tout en contrôlant les autres types de support social, nous obtenons trois corrélations significatives. Les corrélations partielles de la *compétence personnelle* ($\tau = .271$; $p = .009 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 73), du *sens du contrôle interne* ($\tau = .262$; $p = .011 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 74) et de la *spiritualité* ($\tau = .222$; $p = .032 < .05$) (voir en *Annexes*, Tableau 75) avec la moyenne au score de *satisfaction des collègues*, nous permettent de rejeter l'hypothèse nulle. Toutes les autres corrélations partielles avec les autres types de support social ne fournissent pas assez de preuves pour rejeter l'hypothèse nulle (voir en *Annexes*, Tableau 76, Tableau 77).

VI. Discussion

Dans cette discussion, nous allons en premier lieu commenter les résultats obtenus dans cette étude en regard des hypothèses de recherche proposées précédemment et de la littérature scientifique. Ensuite, nous aborderons les implications cliniques. Nous terminerons par les limites, les forces de ce mémoire et les perspectives pour de futures recherches.

Hypothèse 1: La résilience est corrélée négativement au traumatisme secondaire.

La première hypothèse postulait que la résilience était corrélée négativement au traumatisme secondaire. D'après les résultats obtenus dans cette étude, la corrélation entre le score total à la CD-RISC (évaluant le niveau de résilience) et le score total à l'ESPT (évaluant le niveau de traumatisme secondaire) n'est pas significative. Ces résultats seraient donc incohérents par rapport à notre analyse de la littérature. Ozer et al. (2003) expliquent dans leur méta-analyse qu'une des sources principales de vulnérabilité au trouble du stress post-traumatique ou à ses symptômes persistants est un manque de résilience. Les scores au ESPT devraient donc être corrélés négativement à la CD-RISC (Warren et al., 2013 ; Teel et al., 2019). C'est lorsque l'on corrèle plus précisément les sous-dimensions de chaque test dans cette étude que l'on remarque des corrélations significatives par rapport à notre hypothèse de départ : l'*éveil* (sous-dimension de l'ESPT) est corrélé négativement à l'*acceptation au changement* et au *sens de contrôle interne* (sous-dimensions de la CD-RISC). Parmi les prédicteurs du score total à l'ESPT, on retrouve un prédicteur positif (c.-à-d. la *compétence personnelle*) et un prédicteur négatif (c.-à-d. l'*acceptation au changement*). Les corrélations des sous-dimensions et le dernier prédicteur semblent donc aller dans le sens de la littérature car corrélés négativement à l'ESPT ou à ses sous dimensions. Toutefois, nous pourrions nous interroger sur la prédiction positive de la *compétence personnelle* vis-à-vis du score total à l'ESPT. Ceci est potentiellement dû aux biais méthodologiques de cette étude car la littérature ne montre pas de résultats dans ce sens (Ozer et al., 2003 ; Warren et al., 2013 ; Teel et al., 2019). Il est possible que le nombre de sujets ne soit pas suffisant pour démontrer des effets. De fait, dans l'étude de validation du test de la CD-RISC, le nombre de sujets s'élevait à 806. Dans les articles relevant des corrélations négatives entre ESPT et CD-RISC, on retrouve un total de 88 participants pour l'étude de Teel et al. (2019) et de 133 pour l'étude de Warren et al. (2013). Or nous n'avons que 64 personnes interrogées dans cette recherche.

Hypothèse 2: La résilience est corrélée positivement au support social.

La deuxième hypothèse soutenait que la résilience était corrélée positivement au support social. Or, les données analysées révèlent une corrélation non-significative

entre le score total à la CD-RISC et le score total au MSPSS (évaluant le niveau de support social). Même si les scores totaux ne sont pas corrélés, on retrouve toutefois des corrélations entre les sous dimensions. Plus spécifiquement, on observe des corrélations positives entre l'*acceptation au changement* (sous-dimension de la CD-RISC) et le *support social d'une personne particulière* (sous-dimension du MSPSS), ainsi qu'entre le *sens du contrôle interne* (sous-dimension de la CD-RISC) et le *support social amical, familial et d'une personne particulière* (sous-dimensions du MSPSS). De ce fait, ces résultats suggèrent que c'est spécifiquement le *support social d'une personne particulière* qui a un lien positif avec l'*acceptation au changement*, et que tous les types de support social (c.-à-d. famille, amis, personne particulière) sont liés positivement au *sens du contrôle interne*. Ces données semblent donc aller dans le sens de la littérature, postulant que le support social contribue positivement et représente un facteur bénéfique à la résilience (Lamp, 2013 ; Baskin & Bartlett, 2021).

À propos du support social, lorsque l'on analyse plus en détail les données sociodémographiques avec les scores au MSPSS des participants de l'étude, on remarque plusieurs points intéressants. D'une part, chez les femmes, on retrouve des scores plus élevés au score total du MSPSS et au score du *support social familial* que chez les hommes. Le genre aurait donc un lien avec la qualité du support social. Cependant, nous devons rester vigilants quant à ces interprétations car dans une méta-analyse menée par Wang et al. (2021), même si les femmes semblent posséder un plus large réseau social, les hommes auraient en réalité un soutien social aussi important que celles-ci. Il est donc probable que le nombre insuffisant d'hommes dans cette étude ait eu une influence sur les résultats. D'autre part, chez les personnes âgées de 30 à 39 ans, le score de *support social d'une personne particulière* est plus élevé que chez celles âgées de 50 à 59 ans. Dans une méta-analyse de Wrzus et al. (2013), les auteurs constatent que, hormis la famille, la taille des réseaux sociaux diminue au cours de l'âge adulte. On pourrait donc supposer que le support social (hors familial) diminue avec l'âge. En ce sens, il serait intéressant de pouvoir effectuer de plus amples recherches sur les liens entre résilience et support social en fonction de l'âge.

Hypothèse 3 : Tous les types de support social contribuent à la résilience.

La troisième hypothèse avançait l'idée que tous les types de support social contribueraient à la résilience. Que ce soit au travers des supports sociaux du MSPSS (famille, amis, personne particulière) ou du QSSP-P (disponibilité et satisfaction des supérieurs, disponibilité des collègues), les résultats ne témoignent d'aucune corrélation significative avec le score total à la CD-RISC. Seule la *satisfaction des collègues* (sous-dimension du QSSP-P) est corrélée positivement au score total de la CD-RISC. Ces résultats ne donneraient donc pas assez de preuves pour démontrer que les différents types de support social contribueraient à la résilience. Néanmoins, ils présenteraient la *satisfaction des collègues* comme une ressource importante dans le phénomène de résilience chez les intervenants auprès de réfugiés et/ou migrants. Il est possible qu'en réalité, les tailles d'effet des variables liées aux autres types de support social (c.-à-d. famille, amis, personne particulière, disponibilité et satisfaction des supérieurs, disponibilité des collègues) soient plus faibles que celle liée à la satisfaction des collègues. Cela nécessiterait donc plus de participants pour démontrer ces effets de petite taille là où, même dans un petit échantillon (tel que celui de notre étude), la *satisfaction des collègues* réussit à démontrer un effet positif significatif.

Hypothèse 4 : Chaque type de support social contribue à la résilience de manière égale, même lorsque l'on contrôle les autres types de support social.

Dans la contribution à la résilience, alors que notre troisième hypothèse supposait que tous les supports sociaux y jouaient un rôle, nous postulions dans notre quatrième hypothèse qu'il n'y avait pas un support social plus prépondérant qu'un autre. Nous pensions qu'ils contribueraient de manière égale et avons souhaité mesurer cette hypothèse en réalisant des corrélations partielles et des régressions. Parmi les corrélations partielles effectuées, la variable liée à la *satisfaction des collègues* ressort par rapport aux autres car elle corrèle toujours significativement et positivement au score total à la CD-RISC, même après contrôle de toutes les autres variables du support social. Ceci renforcerait donc l'hypothèse énoncée précédemment, postulant que la *satisfaction des collègues*, à elle seule, jouerait un rôle majeur dans la résilience chez les personnes interrogées. Dans la littérature et

selon une revue intégrative réalisée sur le personnel infirmier durant le COVID, la résilience pourrait être renforcée si les leaders et les gestionnaires favorisaient le sentiment de cohérence entre les membres de l'équipe, notamment par le biais du soutien social des collègues (Baskin & Bartlett, 2021).

Lorsque l'on précise davantage les analyses au travers des sous-dimensions de la CD-RISC, on trouve de nouvelles corrélations significatives (détaillées ci-dessous).

Le *support social d'une personne particulière* semble être corrélé à l'*acceptation au changement* et au *sens du contrôle interne*. Il est possible que ces résultats puissent être mis en lien avec les travaux de Cyrulnik (1989). L'auteur y explique que l'attachement influencerait notre biologie, notamment par la régulation des hormones comme l'ocytocine et le cortisol. L'ocytocine, appelée « hormone de l'amour », est libérée lors des interactions sociales positives et renforce les liens affectifs (Cyrulnik, 1989). De son côté, le cortisol (hormone du stress) est régulé par des relations sécurisantes, réduisant ainsi le niveau de stress global de l'individu (Cyrulnik, 1989). Les résultats de notre étude semblent donc aller dans ce sens. Le soutien social d'une personne particulière, au travers d'une régulation hormonale, pourrait permettre de meilleures capacités de résilience. Cette hypothèse reste cependant à confirmer dans de futures recherches.

Une autre hypothèse explicative (du lien entre *support social d'une personne particulière* et *acceptation au changement* ou *sens du contrôle interne*) pourrait être liée à la présence d'un compagnon, d'une compagne ou d'un époux, d'une épouse. En effet, dans nos analyses, les personnes mariées montrent des scores plus élevés en *compétence personnelle* (par rapport aux individus en couple), en *acceptation au changement* et au *sens de contrôle interne* (par rapport aux célibataires). Il est possible que ces différences significatives puissent mettre en lumière que l'union maritale a un lien avec la résilience. On retrouve d'ailleurs dans la littérature l'idée que les significations et implications attachées au mariage, notamment au travers des enfants, peuvent favoriser un plus grand sens des responsabilités vis-à-vis de l'adoption de comportements de santé, encourageant ainsi des modes de vie plus sains (Vaingankar et al., 2020). Bierman (2012) ajoute que le mariage pourrait contribuer

à la santé mentale en modifiant les facteurs de stress. Au travers d'un attachement social supérieur, le mariage permet des degrés d'intimité et de soutien émotionnel suffisamment élevés pour atténuer les effets du stress (Bierman, 2012). Il est donc possible que le mariage permette d'accéder à des capacités de résilience plus élevées, mais nous devons toutefois rester vigilants quant à ces interprétations car ces résultats peuvent être liés à d'autres variables (i.e. âge, nombre d'enfants) ou à notre échantillon.

D'ailleurs, il existerait un lien dans notre étude entre le nombre d'enfants et la sous-dimension *acceptation au changement* de la CD-RISC. De fait, les intervenants ayant un enfant ont des scores plus élevés dans cette sous-dimension que ceux qui n'en ont pas. Dans une revue systématique de Young et al. (2018), la parentalité est décrite comme une étape de vie qui comporte suffisamment de défis pour nécessiter une réponse résiliente. On peut donc imaginer qu'avoir un enfant est une période pour les individus de déséquilibre et de vulnérabilité (Young et al., 2018), qui sollicite davantage le phénomène de résilience par rapport à l'absence d'enfant.

D'après les résultats de cette étude, si avoir une personne particulière, une relation maritale ou un enfant semblent importants dans la résilience chez les intervenants auprès de migrants, la relation avec le supérieur et les collègues semble aussi importante. En effet, il existe des corrélations positives entre la *disponibilité des supérieurs* et la *spiritualité*, ainsi qu'entre la *satisfaction des collègues* et la *compétence personnelle*, le *sens du contrôle interne* et la *spiritualité*. Chacun des différents types de support social semblent donc contribuer à leur manière aux différentes dimensions de la résilience. La diversité des supports sociaux permettrait d'agir sur plusieurs axes de la résilience, favorisant ainsi une meilleure résilience globale. On retrouve cette idée dans la théorie du Convoy Model d'Antonucci et al. (2014). Les auteurs expliquent que la combinaison de la qualité et de la quantité des relations permettrait de prédire une bonne santé mentale et physique.

En définitive, bien que les relations avec une personne particulière ou avec le supérieur apparaissent comme des facteurs significatifs vis-à-vis de la résilience, la *satisfaction des collègues* semble jouer un rôle encore plus crucial. Ces résultats peuvent d'ailleurs être renforcés par les données qualitatives recueillies. Certains

intervenants ont insisté, lors de la passation, sur l'importance du soutien social au travail, que ce soit dans le bien-être ou dans la gestion des émotions et des traumatismes (i.e. « *le soutien social en dehors [du travail] est super important mais celui au travail encore plus* »). D'ailleurs, l'une des personnes interrogées a mis en avant l'utilité de la proximité des locaux pour obtenir du soutien : « *Ma collègue est super importante. Nos bureaux sont à côté et dès que j'ai un entretien dur émotionnellement, je viens me décharger dans son bureau.* ».

L'importance de la relation avec les collègues pourrait être un facteur explicatif de la corrélation entre la CD-RISC et le nombre d'heures de travail. En effet, les résultats de cette étude suggèrent que le nombre d'heures de travail est lié positivement à la *tolérance aux affects* (sous-dimension de la CD-RISC). Les intervenants de l'échantillon travaillant 30 à 40 heures par semaine présentent des scores plus importants dans cette sous-dimension de la CD-RISC par rapport aux personnes travaillant 20 à 30 heures. Nous pourrions supposer que, plus la personne passe du temps au travail, plus elle peut être en contact avec ses collègues qui jouent un rôle important dans la résilience. Si le lieu de travail peut être un support social significatif, il pourrait donc se révéler comme une ressource pour l'intervenant. Ainsi, plus le temps passé au travail est important, plus la qualité des échanges pourrait augmenter et faciliter les ressources résilientes chez l'individu. Lorsque l'on s'intéresse aux données issues de la littérature, celles-ci montrent des conclusions plus mitigées quant au lien entre travail et résilience. Dans une étude de Kamerāde et al. (2019), les résultats soulèvent que les personnes interrogées travaillant à temps plein ont une meilleure santé mentale par rapport aux hommes travaillant entre 8 et 16 heures par semaine, et par rapport aux femmes travaillant 40 à 44 heures par semaine. Cependant, dans une méta-analyse de Wong et al. (2019) menée sur 46 articles, les auteurs expliquent que la santé des travailleurs est influencée par le nombre d'heures réalisées au travail : plus les personnes travaillent de longues heures, plus elles sont vulnérables. Travailler plus longtemps aurait notamment un impact sur la qualité du sommeil et serait intimement lié à de nombreux problèmes de santé mentale au travail. Ces différences entre nos résultats et cette méta-analyse pourraient, en réalité, être dues à des variables organisationnelles. Il est possible que notre échantillon ne soit pas représentatif et que les lieux de travail des personnes interrogées dans cette étude favorisent davantage la communication et le soutien entre

collègues, permettant ainsi une meilleure résilience chez celles-ci. Dans une revue systématique de Landry et al. (2023), l'analyse de 163 méta-analyses démontre que des variables organisationnelles, incluant des pratiques de gestion (i.e. stratégies de socialisation, pratiques managériales hautement performantes, processus de communication) et des interventions (i.e. programme de santé et de mieux-être) ont un effet de taille moyenne sur la santé psychologique positive des travailleurs. En revanche, les caractéristiques du travail (tels que les horaires), ont un effet globalement faible, voire modéré sur la santé mentale (Landry et al., 2023). C'est pourquoi une exploration plus détaillée des effets, des liens et des potentiels bénéfiques du nombre d'heures de travail et des variables organisationnelles sur la résilience des individus serait à prévoir pour de futures recherches.

Par ailleurs, la distinction faite au sein des données qualitatives entre les supérieurs et les collègues semble mettre en lumière une perception de soutien social divergente dans l'environnement au travail. Si certains disent ne pas faire de différence entre leurs supérieurs et leurs collègues (i.e. « *je considère ma supérieure comme ma collègue* »), d'autres apparaissent moins satisfaits de leurs supérieurs hiérarchiques (i.e. « *notre supérieur n'est pas super soutenant, il ne se rend pas compte de la réalité du terrain* »). Plusieurs personnes interrogées se sont même assurées du caractère anonyme de la passation, afin d'éviter que leurs supérieurs ne soient informés de ce qu'elles auraient pu noter dans les questionnaires.

En outre, ce support social au travail semble parfois être plus soutenant que le support social familial ou amical (i.e. « *ce sont mes collègues et mon supérieur au travail qui ont le plus d'importance [par rapport aux amis et à la famille]* », « *les amis et la famille ne se rendent pas forcément compte du travail que l'on exerce, d'où l'importance d'être soutenu et entouré au travail* »). Certains semblent même formuler que le support social amical et familial peut être délétère dans l'exercice du métier d'intervenant auprès de réfugiés et/ou migrants : « *Je n'ose pas tout le temps parler avec mes amis ou ma famille parce qu'ils ne savent pas forcément ce que c'est, ce que ça implique [en parlant de son domaine d'intervention]. Donc ils risquent de juger plus facilement [par rapport aux collègues].* ».

L'ensemble de ces données conjointes semble donc révéler un impact

important du support social professionnel (et plus précisément des collègues) sur la résilience, dans le cadre de l'intervention auprès de réfugiés et/ou migrants.

Implications cliniques

Les conclusions de ce mémoire soulignent que les résultats les plus intéressants concernant la résilience sont liés au support social, avec une importance particulière accordée aux collègues. Cette recherche pourrait donc avoir des implications dans la formation et la gestion des équipes d'intervention auprès de réfugiés et/ou migrants. Promouvoir la résilience, notamment au travers du soutien social des collègues, pourrait s'avérer un moyen efficace pour augmenter la performance, l'engagement et le bien-être des travailleurs (Dutta & Rangnekar, 2024).

Pour cela on relève dans la littérature plusieurs méthodes qui ont été mises en place. D'une part, on retrouve les séminaires et les formations qui semblent être un pilier dans l'amélioration de la santé mentale et de la prévention de problèmes ou troubles psychologiques (Harandi et al., 2017 ; Joyce et al., 2018). D'autre part, dans une méta-analyse de Liu et al. (2020), plusieurs programmes ayant pour objectif d'accroître le support social, et plus généralement la résilience, ont montré des résultats prometteurs avec des effets de taille modérée à importante. Cependant, plusieurs limites existent pour ce type de programme : l'accessibilité, l'engagement, le coût et le temps (Joyce et al., 2018). En réponse à ces défis, des interventions et des formations en ligne émergent sur les lieux de travail mais il manque encore de preuves disponibles dans la littérature pour démontrer leur efficacité (Joyce et al., 2018).

Finalement, dans une étude de Taylor (2019), l'auteur met en avant trois niveaux d'interventions afin de faciliter la résilience. Tout d'abord, l'intervention primaire se concentre sur le renforcement de la résilience, à l'aide des compétences d'adaptation et de communication. L'environnement professionnel aurait pour but de faciliter l'autonomisation et l'auto-soin (Taylor, 2019). L'auteur insiste précisément sur l'organisation qui se doit de prendre en compte les préoccupations des travailleurs, notamment au travers de la présence de ceux-ci lors des prises de décisions influençant leur pratique. Par conséquent, nous pourrions envisager que le

soutien social des collègues impliquerait, dans ce premier niveau, un climat de confiance et d'entraide qui permettrait de meilleurs échanges lors des groupes de discussions ou des réunions d'équipe. L'intervention secondaire inclut, quant à elle, l'évaluation mais aussi le support et le soutien social des travailleurs (Taylor, 2019). Les inefficacités du système ou de l'organisation y seraient abordées, dans le but de réduire le stress et d'optimiser l'utilisation des ressources (Taylor, 2019). Dans ce cadre, le soutien social des collègues serait crucial pour identifier précocement les signes de détresse physique et psychique au sein de l'équipe. Ce soutien pourrait permettre aux travailleurs de partager mutuellement leurs ressources face aux défis de leur pratique. Pour finir, l'intervention tertiaire cible toute personne ayant dépassé son seuil de résilience et qui a besoin de soutien et de guérison, dans le but de retourner au travail en sécurité (Taylor, 2019). Le soutien social des collègues, dans ce dernier niveau, pourrait être essentiel afin d'offrir un environnement accueillant et compréhensif lors de la reprise du travail. C'est aussi dans chacun de ces niveaux que l'on pourrait intégrer la notion d'intervision et de supervision, outils jugés comme primordiaux par l'une des personnes interrogées afin de favoriser la capacité de résilience des intervenants : « *organiser des supervisions et des interventions est super important pour le bien-être des travailleurs* ». L'intervision et la supervision seraient donc des outils au cœur de la notion de soutien social entre collègues (Freitas, 2015). Dans l'étude de Kilminster et Jolly (2000), on retrouve l'idée que la supervision permet notamment : une confiance renforcée, une meilleure capacité de conceptualisation et d'intervention, une anticipation positive, une meilleure reconnaissance des problèmes personnels, ainsi qu'une sensation d'être valorisé et respecté.

Limites et forces de cette étude, perspectives de recherche

Tout d'abord, l'une des forces que l'on retrouve dans ce mémoire est liée à la méthode d'analyse des données. En raison de la présence de variables ne suivant pas une loi normale, le choix du test s'est tourné vers le Tau de Kendall. Or, étant un outil statistique plus pessimiste (Liebersohn, 1964), il est possible que les corrélations aient été sous-estimées dans cette étude. Ainsi, nous pouvons prétendre que les corrélations significatives décelées entre les variables dans cette recherche sont plutôt robustes et ce, malgré un test statistique conservateur.

À propos des limites de cette étude, il est possible d'en déceler deux principales : le manque de sujets et la sélection de l'échantillon. Dans un premier temps et d'après l'analyse de G*Power, le nombre nécessaire de sujets était de 67. Il est donc possible que les 64 participants dans cette recherche ne soient pas un nombre suffisant pour détecter des effets. De ce fait, reproduire cette recherche sur un échantillon à large échelle pourrait permettre d'avoir des statistiques plus robustes et une étude plus puissante. Dans un second temps et outre le nombre de participants, l'échantillon choisi pourrait ne pas être représentatif de la population. En effet, une population assez large a été brassée dans cette recherche. Parmi le recrutement, on retrouve des intervenants exerçant en première ligne et d'autres travaillant en première et deuxième ligne conjointement. Or, c'est en première ligne que les risques de traumatisme sont particulièrement grands (Zozaya et al., 2023). Il est donc probable que le choix de l'échantillon, au travers d'un brassage trop grand d'intervenants, ait pu limiter ou modifier les effets de cette étude. En conséquence, il serait intéressant d'apporter des modifications au plan expérimental pour de futures recherches. Des critères plus spécifiques pourraient être ajoutés lors du recrutement de l'échantillon, où la cible se focaliserait essentiellement sur les intervenants exerçant en première ligne. Pour cela, une question liée à la pratique de première et/ou de seconde ligne pourrait être jointe au questionnaire regroupant les données sociodémographiques.

Aussi, d'autres pistes pour de futures recherches dans ce domaine pourraient être mentionnées. Afin de préciser encore plus les résultats, notre plan expérimental pourrait être répliqué sous la forme d'un design longitudinal. Au vu de la moyenne d'années d'exercice dans notre échantillon (c.-à-d. 5.685 années), nous pourrions imaginer suivre les intervenants pendant cinq ans. En se basant sur l'étude longitudinale de Seery et al. (2010) et sur notre plan expérimental, nous pourrions interroger et évaluer les mêmes volontaires une fois chaque année à intervalles réguliers. Ceci permettrait d'évaluer les effets de l'évolution du support social sur leur résilience, en fonction du temps. Une possibilité de recherche pourrait aussi s'articuler autour de l'impact de l'âge sur le lien entre résilience et support social. Pour les recherches à venir, il serait également pertinent de se pencher sur les effets potentiels des variables organisationnelles sur le ressenti du support social au travail (en lien avec l'impact des horaires exécutés).

Enfin, comme Bonanno (2021) le soulignait, l'analyse des facteurs de résilience reste difficile car, en raison de leurs effets globaux modestes, ils ne seraient pas bénéfiques dans toutes les situations. Dans une méta-analyse de Vanhove et al. (2015), on retrouve cette idée que des facteurs comme la famille ou le travail peuvent s'avérer être des sources de stress ou de satisfaction en fonction du domaine. Les facteurs de protection fondamentaux et leur développement pourraient donc avoir des effets limités (Vanhove et al., 2015). Or, le design quantitatif que l'on retrouve dans cette étude a pour désavantage de ne pas permettre la prise en compte des expériences subjectives des individus dans des contextes spécifiques (Demers, 2019). Pour pallier à cette faiblesse, il serait pertinent d'adopter dans de prochaines recherches un point de vue constructiviste, admettant la coexistence de nombreuses réalités individuelles simultanées (Demers, 2019). L'objectif serait donc de comprendre davantage comment les intervenants perçoivent et vivent les facteurs de risques ainsi que leurs ressources, au travers d'une démarche qualitative. En s'appuyant sur le vécu et la réalité des participants, une analyse de données non-numériques pourrait permettre de mieux comprendre ce qui semble transparaitre dans nos résultats : l'existence d'une variabilité interindividuelle dans le vécu du support social, en lien avec la résilience.

VII. Conclusion

Le présent mémoire visait à explorer l'implication des différents types de support social dans la résilience au traumatisme secondaire chez les intervenants auprès de réfugiés et/ou migrants. Nous avons formulé quatre hypothèses qui étaient les suivantes : (1) *la résilience est corrélée négativement au traumatisme secondaire*, (2) *la résilience est corrélée positivement au support social*, (3) *tous les types de support social contribuent à la résilience*, (4) *chaque type de support social contribue à la résilience de manière égale, même lorsque l'on contrôle les autres types de support social*.

Les résultats obtenus ont partiellement confirmé ces hypothèses et ont, de ce fait, souligné la complexité des liens entre le support social et la résilience dans cette population. Au cours de nos recherches, nous n'avons trouvé aucune corrélation significative entre les scores totaux de la résilience et du traumatisme secondaire ou entre les scores totaux de la résilience et du support social. Cependant, des analyses plus détaillées ont révélé des corrélations significatives entre certaines sous-dimensions. Parmi les résultats les plus saillants, on retrouve le *support social d'une personne particulière* qui présente plusieurs corrélations positives avec certaines sous-dimensions de la résilience, telles que l'*acceptation au changement* ou le *sens du contrôle interne*. Cependant, c'est la *satisfaction des collègues* qui a retenu notre attention dans cette étude. En effet, elle semble toujours corrélée positivement à la résilience et présente plusieurs effets sur certaines sous-dimensions (i.e. la *compétence personnelle*, le *sens du contrôle interne*, la *spiritualité*).

Ces résultats pourraient donc appuyer l'idée que certains types de support social, en particulier le soutien des collègues, peuvent jouer un rôle crucial dans la résilience des intervenants. Le support social au travail, en particulier la satisfaction des collègues, constituerait un facteur clé dans la résilience face au traumatisme secondaire. Ces conclusions ont d'ailleurs été renforcées par certaines données qualitatives recensées. Ainsi, notre analyse soulignerait l'importance de promouvoir un environnement de travail où le soutien entre collègues est encouragé. Cela pourrait avoir des répercussions positives significatives sur la capacité des intervenants à gérer les situations potentiellement traumatisantes liées à leur travail.

Pour améliorer certaines limites de ce mémoire, une étude à plus grande échelle et un échantillon plus ciblé sur les intervenants de première ligne ont été suggérés. Aussi, afin d'enrichir de futures recherches, plusieurs pistes ont été proposées. Au travers d'une approche longitudinale, les participants pourraient être suivis sur plusieurs années de façon à évaluer l'évolution du support social et son impact sur la résilience au cours du temps. Il serait également pertinent d'explorer l'influence de variables telles que l'âge ou les variables organisationnelles sur le lien entre support social et résilience. Enfin, le mémoire souligne les limites du design quantitatif, qui ne révèle pas les nuances des expériences individuelles. Une approche qualitative, centrée sur la perception et le vécu des intervenants, permettrait de mieux comprendre

la variabilité interindividuelle observée dans le ressenti du support social et ainsi, d'apporter un éclairage plus riche et nuancé sur la relation entre support social et résilience.

Liste de références

- Akinsulure-Smith, A. M., Espinosa, A., Chu, T., & Hallock, R. (2018). Secondary Traumatic Stress and Burnout Among Refugee Resettlement Workers : The Role of Coping and Emotional Intelligence. *Journal Of Traumatic Stress, 31*(2), 202-212. <https://doi.org/10.1002/jts.22279>
- Allen, R. S., Haley, P. P., Harris, G. T., Fowler, S. N., & Pruthi, R. (2011). Resilience : Definitions, Ambiguities, and Applications. Dans *Springer eBooks* (p. 1-13). https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0232-0_1
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, D. C : American Psychiatric Association.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. *Contemporary Sociology, 18*(2), 272.
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist, 54*(1), 82–92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Arsenault, S. (2021). L'accueil des réfugiés pris en charge par l'État dans les régions du Québec. *Canadian Ethnic Studies, 53*(2), 1-21.
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress : A research synthesis*. *Counselling Psychology Quarterly, 19*(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Barrington, A. J., & Shakespeare-Finch, J. (2014). Giving Voice to Service Providers Who Work With Survivors of Torture and Trauma. *Qualitative Health Research, 24*(12), 1686-1699. <https://doi.org/10.1177/1049732314549023>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Baskin, R. G., & Bartlett, R. (2021). Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic : An integrative review. *Journal Of Nursing Management, 29*(8), 2329-2342. <https://doi.org/10.1111/jonm.13395>
- Bierman, A. (2012). Functional Limitations and Psychological Distress. *Society And Mental Health/Society And Mental Health., 2*(1), 35-52. <https://doi.org/10.1177/2156869312442884>
- Binder, A., Denking, J. K., Sount, C. R. E., Windthorst, P., Engelhardt, M., Ringwald, J., Stüber, F., Nikendei, C., D, K., Komandur, P., Zipfel, S., & Junne, F. (2020). Psychological burden, stressors and resources of social workers working with women and children who suffered extreme violence by the 'Islamic state' : A mixed method study. *Journal of Psychosomatic Research, 132*, 109959. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109959>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience : Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events ? *American Psychologist, 59*(1), 20 28. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
- Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *European Journal of*

- Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster ? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.5.671>
- Bouchard, J.-P., Stiegler, N., Padmanabhanunni, A., & Pretorius, T. B. (2023). Psychotraumatologie de la guerre en Ukraine : la question de la prise en charge psychologique des victimes réfugiées ou restées en Ukraine/Psychotraumatology of the war in Ukraine: the question of the psychological care of victims who are refugees or who remain in Ukraine. *Annales Médico Psychologiques*, 181(1), 8-. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.04.005>
- Bouvier, G. (2019). Les traumatismes vicariants : définition, contexte et propositions de prise en charge. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.004>
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt-gesundheitsforschung-gesundheitsschutz*, 59(5), 599-620. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2336-5>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748 –766.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Robinson, M., Yegidis, B. L., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research On Social Work Practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Brillon, P. (2007). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. Québecor.
- Centre de crise National. (23 février 2023). *Accueil en Belgique des personnes en provenance d'Ukraine : bilan après un an de conflit*. <https://centredecrise.be/fr/newsroom/accueil-en-belgique-des-personnes-en-provenance-dukraïne-bilan-apres-un-de-conflit>
- Chan, K. J., YounM., & Sharif, N. F. A. (2016). Well-being after trauma : A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology*, 57(4), 291-299. <https://doi.org/10.1037/cap0000065>
- Charlson, F. J., Van Ommeren, M., Flaxman, A. D., Cornett, J. A., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings : a systematic review and meta- analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240-248. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1)
- Choi, G. Y. (2011). Organizational Impacts on the Secondary Traumatic Stress of Social Workers Assisting Family Violence or Sexual Assault Survivors. *Administration In Social Work*, 35(3), 225-242.

<https://doi.org/10.1080/03643107.2011.575333>

- Collange, J., Bellighausen, L., Emery, J., Albert, É., & Zenasni, F. (2015). Une échelle de soutien social adaptée au monde professionnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 21(4), 322-335. [https://doi.org/10.1016/s1420-2530\(16\)30002-4](https://doi.org/10.1016/s1420-2530(16)30002-4)
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale : The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Constant, L. (2021, 22 décembre). *L'accompagnement des MENA dans nos centres d'accueil - L'accueil et la migration*. Croix-Rouge de Belgique. <https://accueil-migration.croix-rouge.be/2021/11/19/laccompagnement-des-mena-dans-nos-centres-daccueil/>
- Cunningham, M. (2003). Impact of Trauma Work on Social Work Clinicians : Empirical Findings. *Social Work*, 48(4), 451-459. <https://doi.org/10.1093/sw/48.4.451>
- Cyrulnik, B. (1989). *Sous le signe du lien : une histoire naturelle de l'attachement*. Hachette.
- Demers, V. (2019). Démystifier les méthodes qualitatives – Partie 1: Les différences entre le «quali » et le «quanti ». *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 9(1), 72-81.
- Denis, A., Callahan, S., & Bouvard, M. (2014). Evaluation of the French Version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support During the Postpartum Period. *Maternal And Child Health Journal*, 19(6), 1245-1251. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1630-9>
- Desbiendras, N. (2019). Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico- psychologique. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.04.001>
- Dutta, A., & Rangnekar, S. (2024). Co-worker Support for Human Resource Flexibility and Resilience : A Literature Review. *Flexible Systems Management*, 93-109. https://doi.org/10.1007/978-981-99-9550-9_6
- Edelkott, N., Engström, D., Hernández-Wolfe, P., & Gangsei, D. (2016). Vicarious resilience : Complexities and variations. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 86(6), 713-724. <https://doi.org/10.1037/ort0000180>
- Engström, D., Hernández, P., & Gangsei, D. (2008). Vicarious resilience : A qualitative investigation into its description. *Traumatology*, 14(3), 13-21. <https://doi.org/10.1177/1534765608319323>
- Fernandes, P., Buus, N., & Rhodes, P. (2022). Vicarious Impacts of Working with Refugees and Asylum Seekers : An Integrative Review. *Journal Of Immigrant & Refugee Studies*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/15562948.2022.2049949>
- Fischman, Y. (1998). Metaclinical issues in the treatment of psychopolitical trauma. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 68(1), 27-38. <https://doi.org/10.1037/h0080267>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for*

- clinicians, researches and educators* (2nd ed.) (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Freitas, R. (2015). Et le chat se mord la queue. *Psychologues et Psychologies*, N°240(4), 28-32. <https://doi.org/10.3917/pep.240.0003f>
- Gil, S. (2015). Personality and trauma-related risk factors for traumatic exposure and for posttraumatic stress Symptoms (PTSS) : a three-year prospective study. *Personality and Individual Differences*, 83, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.034>
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress : An update. *Journal Of Traumatic Stress*, 7(3), 341-362. <https://doi.org/10.1002/jts.2490070303>
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health : A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212-5222. <https://doi.org/10.19082/5212>
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203–219. <https://doi.org/10.1037/a0016081>
- Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. F. (2007). Vicarious Resilience : A New Concept in Work With Those Who Survive Trauma. *Family Process*, 46(2), 229-241. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00206.x>
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Addison Wesley Publishing Company.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Hunter, S. V., & Schofield, M. J. (2006). How Counsellors Cope with Traumatized Clients : Personal, Professional and Organizational Strategies. *International Journal For The Advancement Of Counselling*, 28(2), 121-138. <https://doi.org/10.1007/s10447-005-9003-0>
- Iheduru, A., Hudak, L., & Beckman, A. (2022). An Introduction to Secondary Trauma and Resilience for Asylum Evaluators. Dans *Springer eBooks* (p. 179-193). https://doi.org/10.1007/978-3-030-81580-6_13
- Isaac, P. (1997). Values, assumptions, and practices: assessing the moral implications of psychological discourse and action. *The American Psychologist*, 52(5), 517–535.
- Itzick, M., & Kagan, M. (2017). Intention to Leave the Profession : Welfare Social Workers Compared to Health Care and Community Social Workers in Israel. *Journal of Social Service Research*, 43(3), 346-357. <https://doi.org/10.1080/01488376.2016.1246402>
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A Theoretical Perspective for Understanding Reactions to Victimization. *Journal Of Social Issues*, 39(2), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x>
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432.

<https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>

- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience : a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, 8(6), e017858. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
- Kameråde, D., Wang, S., Burchell, B., Balderson, S. U., & Coutts, A. (2019). A shorter working week for everyone : How much paid work is needed for mental health and well-being ? *Social Science & Medicine*, 241, 112353. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.06.006>
- Kilminster, S. M., & Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings : a literature review. *Medical Education*, 34(10), 827-840. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x>
- Kindermann, D., Schmid, C., Derreza-Greeven, C., Huhn, D., Kohl, R. M., Junne, F., Schleyer, M., Daniels, J. K., Ditzen, B., Herzog, W., & Nikendei, C. (2017). Prevalence of and Risk Factors for Secondary Traumatization in Interpreters for Refugees : A Cross-Sectional Study. *Psychopathology*, 50(4), 262-272. <https://doi.org/10.1159/000477670>
- Lahav, Y., Kanat-Maymon, Y., & Solomon, Z. (2015). Secondary Traumatization and attachment among wives of former POWs : a longitudinal study. *Attachment & Human Development*, 18(2), 141-153. <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1121502>
- Lamp, K. (2013). Personal and contextual resilience factors and their relations to psychological adjustment outcomes across the lifespan: A meta-analysis. *Loyola University Chicago*.
- Landry, G., Daneau, P., Savard, Y. P., Vautier, A., & Dima, J. (2023). Déterminants organisationnels de la santé des travailleurs : une revue systématique de méta-analyses. *Humain et Organisation*, 5(1), 9-19. <https://doi.org/10.7202/1095762ar>
- Legros, F., & Carvallo, C. (2022). Quand l'événement traumatique frappe au travail : une analyse du soutien social de l'entourage professionnel. *PISTES*, 24-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.7190>
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Duloher, M. M., Sood, A., Erwin, P. J., Brito, J. P., Boehmer, K. R., & Montori, V. M. (2014). The Efficacy of Resiliency Training Programs : A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *PloS One*, 9(10), e111420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420>
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization : symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>
- Levin, A. P., & Greisberg, S. (2003). Vicarious trauma in attorneys. *Pace Law Review*. <http://www.digitalcommons.pace.edu/plr/vol24/iss1/11>
- Levine, P. A. (2020). *Guérir par-delà les mots: comment le corps dissipe le traumatisme et restaure le bien-être*. InterEditions.
- Lieberman, M. D. (2013). *Social: Why our brains are wired to connect*. OUP
- Lieberson, S. (1964). Limitations in the Application of Non-Parametric Coefficients

- of Correlation. *American Sociological Review*, 29(5), 744.
<https://doi.org/10.2307/2091428>
- Lipsky, L. v. D., Burk, C., & Conte, J. R. (2009). *Trauma stewardship : an everyday guide to caring for self while caring for others* (First edition). Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Liu, J. J., Ein, N., Gervasio, J., Battaion, M., Reed, M., & Vickers, K. (2020). Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. *Clinical Psychology Review*, 82, 101919. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101919>
- Madrid, P. A., & Schacher, S. J. (2006). A critical concern: Pediatrician self-care after disasters. *Pediatrics*, 117(Supplement_4), S454-S457.
- Mahtani, K., Spencer, E. A., Brassey, J., & Heneghan, C. (2018). Catalogue of bias : observer bias. *BMJ Evidence-based Medicine*, 23(1), 23-24.
<https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110884>
- Marsella, A. J. (2010). Ethnocultural aspects of PTSD : An overview of concepts, issues, and treatments. *Traumatology*, 16(4), 17-26.
<https://doi.org/10.1177/1534765610388062>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mc Cann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation. New York: Brunner/Mazel
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood, a five-factor theory perspective* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Michalopoulos, L. M., & Aparicio, E. (2012). Vicarious Trauma in Social Workers: The Role of Trauma History, Social Support, and Years of Experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 646-664.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2012.689422>
- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal Of Abnormal Psychology*, 97(3), 308-313.
<https://doi.org/10.1037/0021-843x.97.3.308>
- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic stress disorder. *European Journal Of Personality*, 3(4), 269-284. <https://doi.org/10.1002/per.2410030404>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York, NY: Guilford Press.
- Mirdal, G. M., Ryding, E., & Sondej, M. E. (2012). Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters : Three perspectives on psychological treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 85(4), 436-455.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02036.x>
- Montero-Marín, J., García-Campayo, J., Mera, D. M., & López-Del-Hoyo, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *Journal Of Occupational Medicine And Toxicology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1745-6673-4-31>
- Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018b). Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement : A

Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00433>

- Munroe, J. (1991). Therapist traumatization from exposure to clients with combat related post-traumatic stress disorder: Implications for administration and supervision. Ed.D. dissertation, Northeastern University, Boston, MA. *Dissertation abstracts international*, 52-03B, 1731.
- Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists : Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy*, 32(2), 341-347. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.341>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. *Professional Psychology, Research and Practice*, 26(6), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. WW Norton & Co.
- Perloff, L. S. (1983). Perceptions of Vulnerability to Victimization. *Journal Of Social Issues*, 39(2), 41-61. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1983.tb00140.x>
- Pryce, J. G., Shackelford, K. K., & Pryce, D. H. (2007). *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*. Lyceum Books.
- Robinaugh, D. J., Marques, L., Traeger, L. N., Marks, E. H., Sung, S. C., Beck, J. G., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2011). Understanding the relationship of perceived social support to post-trauma cognitions and posttraumatic stress disorder. *Journal Of Anxiety Disorders*, 25(8), 1072-1078. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.07.004>
- Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. M. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 49, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.023>
- Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us : Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 99(6), 1025-1041. <https://doi.org/10.1037/a0021344>
- Shah, S. A. (2010). Mental health emergencies and post-traumatic stress disorder. *Emergency public health: preparedness and response*. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers, 493-516.
- Shoji, K., Lesnierowska, M., Smoktunowicz, E., Bock, J., Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieślak, R. (2015). What Comes First, Job Burnout or Secondary Traumatic Stress ? Findings from Two Longitudinal Studies from the U.S. and Poland. *PloS One*, 10(8), e0136730.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136730>

- Shuwiekh, H., Kira, I. A., & Ashby, J. S. (2018). What are the personality and trauma dynamics that contribute to posttraumatic growth ? *International Journal of Stress Management*, 25(2), 181-194. <https://doi.org/10.1037/str0000054>
- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry : official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>
- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C., & Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual ? *Ecology And Society*, 20(4). <https://doi.org/10.5751/es-07832-200410>
- Site officiel de la Wallonie. (s.d.). *Je suis un réfugié ukrainien*. <https://www.wallonie.be/fr/ukraine/je-suis-un-refugie-ukrainien>
- Slone, M., & Mann, S. (2016). Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children : A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(6), 950-965. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>
- Splevins, K., Cohen, K., Joseph, S., Murray, C., & Bowley, J. (2010). Vicarious posttraumatic growth among interpreters. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1705-1716. <https://doi.org/10.1177/1049732310377457>
- Steed, L. G., & Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatisation amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1998(2).
- Taylor, R. A. (2019). Contemporary issues : Resilience training alone is an incomplete intervention. *Nurse Education Today*, 78, 10-13. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.03.014>
- Teel, J., Reynolds, M., Bennett, M., Roden-Foreman, J. W., McShan, E., Hamilton, R., Driver, S., Powers, M. B., & Warren, A. M. (2019). Secondary traumatic stress among psychiatrists treating trauma patients. *Proceedings - Baylor University Medical Center*, 32(2), 209-214. <https://doi.org/10.1080/08998280.2018.1559694>
- Tribe, R., & Patel, N. (2007). Refugees and asylum seekers. *The Psychologist*, 20(3), 149–151.
- UNHCR. (2023). United Nations High Commissioner for Refugees, *Situation Ukraine refugee situation*. <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>
- UNHCR. (2022). UNHCR Belgique et Luxembourg - *Aperçu statistique*. <https://www.unhcr.org/be/a-propos/chiffres>
- Vaingankar, J. A., Abdin, E., Chong, S. A., Shafie, S., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Chang, S., Chua, B. Y., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Kwok, K. W., & Subramaniam, M. (2020). The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status : results from a national cross-sectional survey. *Archives Of Public Health*, 78(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00476-1>

- Vanhove, A. J., Herian, M. N., Perez, A. L. U., Harms, P. D., & Lester, P. B. (2015). Can resilience be developed at work ? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *Journal Of Occupational And Organizational Psychology*, 89(2), 278-307. <https://doi.org/10.1111/joop.12123>
- Walsh, F. (2011). *Family resilience: a collaborative approach in response to stressful life challenges*. Cambridge University Press eBooks. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511994791.012>
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder : A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 85, 101998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>
- Warren, A. M., Jones, A. L., Shafi, S., Roden-Foreman, K., Bennett, M. M., & Foreman, M. L. (2013). Does caring for trauma patients lead to psychological stress in surgeons ? *The Journal Of Trauma And Acute Care Surgery*, 75(1), 179-184. <https://doi.org/10.1097/ta.0b013e3182984a7d>
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 39(5), 806-820. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.5.806>
- Wills, T. A., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209–234). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wong, K., Chan, A. H. S., & Ngan, S. C. (2019). The Effect of Long Working Hours and Overtime on Occupational Health : A Meta-Analysis of Evidence from 1998 to 2018. *International Journal Of Environmental Research And Public Health/International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(12), 2102. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122102>
- Woodward, M. J., Eddinger, J. R., Henschel, A. V., Dodson, T. S., Tran, H. N., & Beck, J. G. (2015). Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD : The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *Journal Of Anxiety Disorders*, 35, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.002>
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J., & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139(1), 53-80. <https://doi.org/10.1037/a0028601>
- Wylie, L., Van Meyel, R., Harder, H., Sukhera, J., Luc, C., Ganjavi, H., Elfakhani, M., & Wardrop, N. (2018). Assessing trauma in a transcultural context : challenges in mental health care with immigrants and refugees. *Public Health Reviews*, 39(1). <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0102-y>
- Young, C., Roberts, R., & Ward, L. (2018). Application of resilience theories in the transition to parenthood : a scoping review. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 37(2), 139-160. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540860>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal Of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zozaya, J. S., Marion-Veyron, R., & Tzartzas, K. (2023). Faire face aux risques de l'accompagnement des demandeurs d'asile en situation de précarité. *L'Autre*,

Volume 24(1), 102-112. <https://doi.org/10.3917/lautr.070.0102>

Annexes

Annexe - GPower

Exact - Correlation: Bivariate normal model

Options: exact distribution

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = One

Correlation ρ H1 = .3

α err prob = .05

Power (1- β err prob) = .80

Correlation ρ H0 = 0

Output: Lower critical r = .2026735

Upper critical r = .2026735

Total sample size = 67

Tableau 1. Anova Kruskal-Wallis – Différence de Genre

	χ^2	ddl	p	ε^2
intr_espt	2.976	1	0.085	0.047
evit_espt	1.309	1	0.253	0.021
evei_espt	2.256	1	0.133	0.036
total_espt	2.479	1	0.115	0.039
comp_pers_cdrisc	1.494	1	0.222	0.024
tol_aff_cdrisc	1.528	1	0.216	0.024
acc_chan_cdrisc	0.380	1	0.537	0.006
sens_cont_cdrisc	1.714	1	0.190	0.027
spir_cdrisc	0.068	1	0.794	0.001
total_cdrisc	0.001	1	0.970	0.000
particulier_mspss	1.530	1	0.216	0.024
amis_mspss	2.550	1	0.110	0.040
famille_mspss	4.032	1	0.045	0.064
total_mspss	4.769	1	0.029	0.076
moy_disp_sup_qssp	2.029	1	0.154	0.032
moy_sat_sup_qssp	0.682	1	0.409	0.013
moy_disp_col_qssp	1.155	1	0.282	0.018
moy_sat_col_qssp	1.561	1	0.211	0.025

Tableau 2. Comparaison pair-à-pair - famille_mspss

		W	p
1	2	2.840	0.045

Tableau 3. Comparaison pair-à-pair - total_mspss

		W	p
1	2	3.088	0.029

Tableau 4. Statistiques descriptives du support familial et du score total au MSPSS, séparés par le genre

	genre	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
famille_mspss	1	17	19.588	20	6.073	4	28
	2	47	22.638	24	5.289	4	28
total_mspss	1	17	64.471	63	11.287	45	83
	2	47	71.872	71	9.877	42	84

Tableau 5. Statistiques descriptives de l'âge de la population

	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
âge	64	36.813	34	10.557	23	63

Tableau 6. Anova Kruskal Wallis – Groupe Age

	χ^2	ddl	p	ε^2
intr_espt	2.840	4	0.585	0.045
evit_espt	8.456	4	0.076	0.134
evei_espt	13.278	4	0.010	0.211
total_espt	9.669	4	0.046	0.153
comp_pers_cdrisc	4.882	4	0.300	0.077
tol_aff_cdrisc	7.086	4	0.131	0.112
acc_chan_cdrisc	4.351	4	0.361	0.069
sens_cont_cdrisc	6.382	4	0.172	0.101
spir_cdrisc	1.496	4	0.827	0.024
total_cdrisc	5.852	4	0.210	0.093
particulier_mspss	12.571	4	0.014	0.200
amis_mspss	5.597	4	0.231	0.089
famille_mspss	7.232	4	0.124	0.115
total_mspss	9.049	4	0.060	0.144
moy_disp_sup_qssp	7.091	4	0.131	0.113
moy_sat_sup_qssp	3.536	4	0.472	0.069
moy_disp_col_qssp	4.155	4	0.385	0.066
moy_sat_col_qssp	1.754	4	0.781	0.028

Tableau 7. Comparaison pair-à-pair - evei_espt

	W	p
1 2	-3.812	0.055
1 3	-2.772	0.286
1 4	-1.117	0.934
1 5	1.074	0.942
2 3	0.685	0.989
2 4	3.069	0.191
2 5	2.792	0.279
3 4	2.387	0.442
3 5	2.799	0.276
4 5	2.306	0.478

Tableau 8. Comparaison pair-à-pair - total_espt

		W	p
1	2	-3.295	0.136
1	3	-2.513	0.387
1	4	-0.687	0.989
1	5	0.357	0.999
2	3	0.659	0.990
2	4	2.714	0.307
2	5	2.592	0.355
3	4	1.860	0.682
3	5	1.954	0.640
4	5	0.842	0.976

Tableau 9. Comparaison pair-à-pair - particulier_mspss

		W	p
1	2	2.364	0.452
1	3	1.394	0.862
1	4	-2.593	0.354
1	5	-2.161	0.544
2	3	-0.727	0.986
2	4	-3.965	0.040
2	5	-2.973	0.219
3	4	-3.118	0.178
3	5	-2.566	0.365
4	5	-0.421	0.998

Tableau 10. Statistiques descriptives de l'éveil, du score total à l'ESPT et du support social personne particulière, séparés par l'âge

	group e âge	N	Moyenn e	Médian e	Écart- type	Minimu m	Maximu m
evei_espt	1	1 8	13.500	14.000	4.706	5	21
	2	2 6	9.808	9.000	3.499	5	18
	3	1 1	10.273	10	3.069	6	16
	4	7	12.571	12	2.225	10	17
	5	2	16.000	16.000	1.414	15	17
total_espt	1	1 8	41.111	41.500	11.74 7	19	55
	2	2 6	32.654	30.500	9.055	20	59
	3	1 1	34.000	32	8.234	25	51
	4	7	39.571	41	8.658	27	53
	5	2	43.500	43.500	0.707	43	44
particulier_msps	1	1 8	24.389	24.500	3.256	18	28
	2	2 6	25.846	28.000	2.880	18	28
	3	1 1	25.727	27	2.796	20	28
	4	7	20.000	22	6.325	8	28
	5	2	19.500	19.500	4.950	16	23

Tableau 11. Anova Kruskal Wallis – Nationalité

	χ^2	ddl	p	ε^2
intr_espt	6.567	7	0.475	0.104
evit_espt	4.952	7	0.666	0.079
evei_espt	2.616	7	0.918	0.042
total_espt	4.546	7	0.715	0.072
comp_pers_cdrisc	5.363	7	0.616	0.085
tol_aff_cdrisc	9.235	7	0.236	0.147
acc_chan_cdrisc	4.273	7	0.748	0.068
sens_cont_cdrisc	5.366	7	0.615	0.085
spir_cdrisc	7.322	7	0.396	0.116
total_cdrisc	7.224	7	0.406	0.115
particulier_mspss	4.984	7	0.662	0.079
amis_mspss	4.216	7	0.755	0.067
famille_mspss	5.998	7	0.540	0.095
total_mspss	4.994	7	0.661	0.079
moy_disp_sup_qssp	11.277	7	0.127	0.179
moy_sat_sup_qssp	1.572	4	0.814	0.031
moy_disp_col_qssp	6.480	7	0.485	0.103
moy_sat_col_qssp	7.318	7	0.397	0.118

Tableau 12. Anova Kruskal-Wallis – Différence de Statut

	χ^2	ddl	p
intr_espt	1.137	3	0.768
evit_espt	1.757	3	0.624
evei_espt	3.897	3	0.273
total_espt	2.645	3	0.450
comp_pers_cdrisc	8.571	3	0.036
tol_aff_cdrisc	6.728	3	0.081
acc_chan_cdrisc	8.228	3	0.042
sens_cont_cdrisc	10.030	3	0.018
spir_cdrisc	2.233	3	0.525
total_cdrisc	10.222	3	0.017
particulier_mspss	12.806	3	0.005
amis_mspss	3.838	3	0.279
famille_mspss	7.233	3	0.065
total_mspss	7.118	3	0.068
moy_disp_sup_qssp	5.165	3	0.160
moy_sat_sup_qssp	2.696	3	0.441
moy_disp_col_qssp	4.323	3	0.229
moy_sat_col_qssp	4.587	3	0.205

Tableau 13. Comparaison pair-à-pair - comp_pers_cdrisc

		W	p
1	2	0.305	0.996
1	3	3.301	0.090
1	4	1.194	0.833
2	3	3.644	0.049
2	4	1.273	0.805
3	4	-1.110	0.862

Tableau 14. Comparaison pair-à-pair - acc_chan_cdrisc

		W	p
1	2	2.658	0.237
1	3	3.654	0.048
1	4	2.239	0.388
2	3	1.726	0.614
2	4	1.173	0.841
3	4	0.398	0.992

Tableau 15. Comparaison pair-à-pair - sens_cont_cdrisc

		W	p
1	2	1.966	0.506
1	3	4.115	0.019
1	4	-0.323	0.996
2	3	3.050	0.136
2	4	-1.130	0.855
3	4	-1.716	0.619

Tableau 16. Comparaison pair-à-pair - total_cdrisc

		W	p
1	2	1.192	0.834
1	3	4.219	0.015
1	4	1.665	0.641
2	3	3.299	0.091
2	4	1.052	0.879
3	4	-1.102	0.864

Tableau 17. Comparaison pair-à-pair - particulier_mspss

		W	p
1	2	4.527	0.007
1	3	3.297	0.091
1	4	-0.640	0.969
2	3	-1.420	0.747
2	4	-2.831	0.187
3	4	-1.858	0.554

Tableau 18. Statistiques descriptives de la compétence personnelle, du score total à l'ESPT et du support social personne particulière, séparés par le statut

	statut	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
comp_pers_cdrisc	1	16	22.625	22.000	3.519	16	29
	2	25	22.840	23	3.387	15	31
	3	20	25.500	26.000	3.171	18	32
	4	3	24.333	25	2.082	22	26
acc_chan_cdrisc	1	16	14.375	15.000	2.778	9	19
	2	25	15.960	16	2.031	11	20
	3	20	16.650	17.000	1.785	13	20
	4	3	17.000	17	2.000	15	19
sens_cont_cdrisc	1	16	7.875	9.000	2.156	2	10
	2	25	8.840	9	1.248	6	11
	3	20	9.750	10.000	1.293	7	12
	4	3	7.667	7	3.055	5	11
total_cdrisc	1	16	65.188	69.500	11.327	40	82
	2	25	69.520	69	10.182	48	94
	3	20	75.950	75.000	7.598	61	93
	4	3	72.667	74	4.163	68	76
particulier_mspss	1	16	22.063	21.000	4.024	16	28
	2	25	26.240	28	2.332	21	28
	3	20	25.400	27.000	2.836	19	28
	4	3	18.667	24	9.238	8	24

Tableau 19. Statistiques descriptives du nombre d'enfant par personne dans la population

	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
enfant	64	0.703	0	0.987	0	4

Tableau 20. Anova Kruskal-Wallis – Différence d'enfant

	χ^2	ddl	p
intr_espt	7.312	4	0.120
evit_espt	4.668	4	0.323
evei_espt	6.285	4	0.179
total_espt	3.380	4	0.496
comp_pers_cdrisc	3.522	4	0.474
tol_aff_cdrisc	2.193	4	0.700
acc_chan_cdrisc	12.570	4	0.014
sens_cont_cdrisc	5.877	4	0.209
spir_cdrisc	0.986	4	0.912
total_cdrisc	5.163	4	0.271
particulier_mspss	4.711	4	0.318
amis_mspss	3.643	4	0.457
famille_mspss	1.996	4	0.737
total_mspss	3.563	4	0.468
moy_disp_sup_qssp	1.618	4	0.806
moy_sat_sup_qssp	1.407	4	0.843
moy_disp_col_qssp	2.755	4	0.600
moy_sat_col_qssp	5.343	4	0.254

Tableau 21. Comparaison pair-à-pair - acc_chan_cdrisc

		W	p
0	1	4.035	0.035
0	2	2.861	0.255
0	3	1.109	0.935
0	4	2.158	0.546
1	2	-0.913	0.968
1	3	-1.547	0.810
1	4	1.833	0.694
2	3	-1.076	0.942
2	4	2.013	0.613
3	4	2.000	0.619

Tableau 22. Statistiques descriptives de l'acceptation du changement, séparée par le nombre d'enfants

	enfant	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
acc_chan_cdrisc	0	37	15.054	15	2.516	9	20
	1	14	17.071	17.000	1.439	15	20
	2	9	16.667	17	1.323	15	19
	3	3	16.000	15	1.732	15	18
	4	1	19.000	19	NaN	19	19

Tableau 23. Anova Kruskal-Wallis – Différence de Niveau

	χ^2	ddl	p	ε^2
intr_espt	5.983	4	0.200	0.095
evit_espt	2.529	4	0.639	0.040
evei_espt	3.577	4	0.466	0.057
total_espt	2.839	4	0.585	0.045
comp_pers_cdrisc	2.499	4	0.645	0.040
tol_aff_cdrisc	4.051	4	0.399	0.064
acc_chan_cdrisc	2.652	4	0.618	0.042
sens_cont_cdrisc	3.312	4	0.507	0.053
spir_cdrisc	7.076	4	0.132	0.112
total_cdrisc	4.381	4	0.357	0.070
particulier_mspss	3.293	4	0.510	0.052
amis_mspss	2.337	4	0.674	0.037
famille_mspss	2.707	4	0.608	0.043
total_mspss	2.062	4	0.724	0.033
moy_disp_sup_qssp	7.973	4	0.093	0.127
moy_sat_sup_qssp	1.787	4	0.775	0.035
moy_disp_col_qssp	6.457	4	0.167	0.102
moy_sat_col_qssp	5.861	4	0.210	0.095

Tableau 24. Statistiques descriptives du nombre d'heures de travail réalisées par semaine

	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
heures	64	33.564	36	7.705	16	55

Tableau 25. Anova Kruskal Wallis – Groupe Heures

	χ^2	ddl	p	ε^2
intr_espt	4.767	4	0.312	0.076
evit_espt	4.790	4	0.309	0.076
evei_espt	1.591	4	0.810	0.025
total_espt	1.354	4	0.852	0.021
comp_pers_cdrisc	4.410	4	0.353	0.070
tol_aff_cdrisc	12.476	4	0.014	0.198
acc_chan_cdrisc	0.491	4	0.974	0.008
sens_cont_cdrisc	4.693	4	0.320	0.074
spir_cdrisc	2.326	4	0.676	0.037
total_cdrisc	5.961	4	0.202	0.095
particulier_mspss	7.251	4	0.123	0.115
amis_mspss	12.780	4	0.012	0.203
famille_mspss	6.373	4	0.173	0.101
total_mspss	10.138	4	0.038	0.161
moy_disp_sup_qssp	3.869	4	0.424	0.061
moy_sat_sup_qssp	1.197	3	0.754	0.023
moy_disp_col_qssp	11.691	4	0.020	0.186
moy_sat_col_qssp	5.925	4	0.205	0.096

Tableau 26. Comparaison pair-à-pair - tol_aff_cdrisc

	W	p
1 2	-2.137	0.555
1 3	0.294	1.000
1 4	1.105	0.936
1 5	0.720	0.987
2 3	4.254	0.022
2 4	3.163	0.166
2 5	1.951	0.641
3 4	2.484	0.400
3 5	0.940	0.964
4 5	-1.333	0.880

Tableau 27. Comparaison pair-à-pair - amis_mspss

		W	p
1	2	-1.512	0.823
1	3	-2.724	0.303
1	4	-3.257	0.144
1	5	-2.341	0.462
2	3	-1.985	0.626
2	4	-3.586	0.083
2	5	-2.338	0.463
3	4	-3.254	0.145
3	5	-1.826	0.697
4	5	0.632	0.992

Tableau 28. Comparaison pair-à-pair - total_mspss

		W	p
1	2	0.435	0.998
1	3	-0.880	0.972
1	4	-2.946	0.227
1	5	-1.427	0.852
2	3	-2.120	0.563
2	4	-3.528	0.092
2	5	-1.934	0.649
3	4	-3.559	0.087
3	5	-1.460	0.841
4	5	2.000	0.619

Tableau 29. Comparaison pair-à-pair - moy_disp_col_qssp

		W	p
1	2	0.437	0.998
1	3	2.580	0.360
1	4	-1.479	0.834
1	5	-0.360	0.999
2	3	2.944	0.228
2	4	-2.683	0.319
2	5	-0.709	0.987
3	4	-3.275	0.140
3	5	-1.524	0.818
4	5	1.333	0.880

Tableau 30. Statistiques descriptives de la tolérance aux affects, du support social amical, du score total au MSPSS et de la moyenne au score de disponibilité des collègues, séparés par le nombre d'heures par semaine

	groupe heures	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
tol_aff_cdrisc	1	6	18.333	17.000	4.803	12	24
	2	13	15.308	15	3.225	12	24
	3	41	18.366	19	3.433	9	26
	4	3	21.333	21	1.528	20	23
	5	1	20.000	20	NaN	20	20
amis_mspss	1	6	26.500	28.000	3.209	20	28
	2	13	25.154	26	3.236	20	28
	3	41	23.171	23	4.104	13	28
	4	3	16.667	16	3.055	14	20
	5	1	18.000	18	NaN	18	18
total_mspss	1	6	72.500	76.500	10.559	54	81
	2	13	74.385	72	7.932	58	84
	3	41	69.780	69	10.214	42	84
	4	3	49.667	45	8.083	45	59
	5	1	62.000	62	NaN	62	62
moy_disp_col_qssp	1	6	2.667	2.625	1.201	1.000	4.000
	2	13	2.885	3.000	0.650	1.750	4.000
	3	41	3.604	3.500	1.093	1.500	5.000
	4	3	1.833	2.000	0.764	1.000	2.500
	5	1	2.500	2.500	NaN	2.500	2.500

Tableau 31. Statistiques descriptives du nombre d'années d'expérience auprès d'une population de réfugiés et/ou migrants

	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
années	64	5.685	3	6.527	0.16	26

Tableau 32. Anova Kruskal Wallis – Groupe Années

	χ^2	ddl	p	ε^2
intr_espt	5.634	4	0.228	0.089
evit_espt	3.523	4	0.474	0.056
evei_espt	1.661	4	0.798	0.026
total_espt	3.317	4	0.506	0.053
comp_pers_cdrisc	0.903	4	0.924	0.014
tol_aff_cdrisc	1.666	4	0.797	0.026
acc_chan_cdrisc	3.328	4	0.505	0.053
sens_cont_cdrisc	2.613	4	0.624	0.041
spir_cdrisc	1.900	4	0.754	0.030
total_cdrisc	1.710	4	0.789	0.027
particulier_mspss	2.595	4	0.628	0.041
amis_mspss	4.507	4	0.342	0.072
famille_mspss	2.404	4	0.662	0.038
total_mspss	3.027	4	0.553	0.048
moy_disp_sup_qssp	8.602	4	0.072	0.137
moy_sat_sup_qssp	2.760	4	0.599	0.054
moy_disp_col_qssp	4.030	4	0.402	0.064
moy_sat_col_qssp	6.473	4	0.166	0.104

Tableau 33. Normalité des données

	N	Shapiro-Wilk	
		W	p
intr_espt	64	0.958	0.027
evit_espt	64	0.961	0.042
evei_espt	64	0.967	0.084
total_espt	64	0.963	0.052
comp_pers_cdrisc	64	0.986	0.696
tol_aff_cdrisc	64	0.984	0.559
acc_chan_cdrisc	64	0.944	0.006
sens_cont_cdrisc	64	0.904	< .001
spir_cdrisc	64	0.930	0.001
total_cdrisc	64	0.974	0.204
particulier_mspss	64	0.817	< .001
amis_mspss	64	0.895	< .001
famille_mspss	64	0.893	< .001
total_mspss	64	0.941	0.004
moy_disp_sup_qssp	64	0.886	< .001
moy_sat_sup_qssp	52	0.876	< .001
moy_disp_col_qssp	64	0.959	0.033
moy_sat_col_qssp	63	0.807	< .001

Tableau 34. Matrice de corrélation entre les sous dimensions de l'ESPT et la CD-RISC

		intr_espt	evit_espt	evei_espt	comp_pers_cdrisc	tol_aff_cdrisc	acc_chan_cdrisc	sens_cont_cdrisc	spir_cdrisc
intr_espt	Tau de Kendall B	—							
	valeur p	—							
evit_espt	Tau de Kendall B	0.318 ***	—						
	valeur p	<.001	—						
evei_espt	Tau de Kendall B	0.560 ***	0.511 ***	—					
	valeur p	<.001	<.001	—					
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B	0.052	0.076	-0.006	—				
	valeur p	0.570	0.406	0.944	—				
tol_aff_cdrisc	Tau de Kendall B	-0.083	0.064	-0.011	0.442 ***	—			
	valeur p	0.362	0.479	0.902	<.001	—			
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B	-0.100	-0.137	-0.226 *	0.329 ***	0.137	—		
	valeur p	0.285	0.141	0.015	<.001	0.143	—		
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B	-0.042	-0.110	-0.213 *	0.399 ***	0.238 *	0.323 ***	—	
	valeur p	0.663	0.249	0.025	<.001	0.012	<.001	—	
spir_cdrisc	Tau de Kendall B	0.026	0.017	-0.014	0.271 **	0.326 ***	0.173	0.291 **	—
	valeur p	0.778	0.855	0.883	0.004	<.001	0.069	0.003	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tableau 35. Régression linéaire - Coefficients du modèle - total_espt

Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p
Ordonnée à l'origine	50.369	9.624	5.234	< .001
comp_pers_cdrisc	1.322	0.484	2.733	0.008
tol_aff_cdrisc	-0.373	0.424	-0.879	0.383
acc_chan_cdrisc	-1.652	0.625	-2.646	0.010
sens_cont_cdrisc	-1.603	0.854	-1.876	0.066
spir_cdrisc	0.381	0.552	0.690	0.493

Tableau 36. Régression linéaire - Mesures de l'ajustement du modèle – total_espt

Modèle	R	R ²
1	0.480	0.231

Tableau 37. Régression linéaire - Coefficients du modèle - total_espt

Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p
Ordonnée à l'origine	76.447	12.305	6.213	< .001
particulier_mspss	-1.072	0.492	-2.178	0.035
amis_mspss	-0.260	0.388	-0.670	0.507
famille_mspss	0.257	0.275	0.935	0.355
moy_disp_sup_qssp	-2.648	2.374	-1.116	0.271
moy_sat_sup_qssp	-0.640	1.455	-0.440	0.662
moy_disp_col_qssp	0.887	1.543	0.575	0.568
moy_sat_col_qssp	-1.988	2.253	-0.882	0.383

Tableau 38. Régression linéaire - Mesures de l'ajustement du modèle – total_espt

Modèle	R	R ²
1	0.503	0.253

Tableau 40. Matrice de corrélation entre les sous dimensions de la CD-RISC et le MSPSS

	comp_pers_cdrisc	toI_aff_cdrisc	acc_chan_cdrisc	sens_cont_cdrisc	spir_cdrisc	particulier_mspss	amis_mspss	famille_mspss
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B —	—	—	—	—	—	—	—
	valeur p	—	—	—	—	—	—	—
toI_aff_cdrisc	Tau de Kendall B 0.442 ***	—	—	—	—	—	—	—
	valeur p	<.001	—	—	—	—	—	—
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B 0.329 ***	0.137	—	—	—	—	—	—
	valeur p	<.001	—	—	—	—	—	—
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B 0.399 ***	0.238 *	0.323 ***	—	—	—	—	—
	valeur p	<.001	<.001	—	—	—	—	—
spir_cdrisc	Tau de Kendall B 0.271 **	0.326 ***	0.173	0.291 **	—	—	—	—
	valeur p	<.001	0.069	0.003	—	—	—	—
particulier_mspss	Tau de Kendall B 0.026	-0.016	0.248 *	0.322 **	0.064	—	—	—
	valeur p	0.787	0.011	0.001	0.507	—	—	—
amis_mspss	Tau de Kendall B -0.023	-0.135	0.077	0.215 *	-0.104	0.342 ***	—	—
	valeur p	0.804	0.420	0.027	0.269	<.001	—	—
famille_mspss	Tau de Kendall B 0.008	-0.102	0.095	0.229 *	-0.025	0.356 ***	0.339 ***	—
	valeur p	0.935	0.312	0.016	0.791	<.001	<.001	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tableau 41. Régression linéaire - Coefficients du modèle - total_cdrisc

Prédicteur	Estimation	Erreur standard	t	p
Ordonnée à l'origine	29.501	10.936	2.698	0.010
particulier_mspss	0.756	0.437	1.728	0.091
amis_mspss	0.243	0.345	0.705	0.485
famille_mspss	-0.309	0.245	-1.265	0.213
moy_disp_sup_qssp	3.526	2.110	1.671	0.102
moy_sat_sup_qssp	-0.748	1.293	-0.578	0.566
moy_disp_col_qssp	-0.030	1.372	-0.022	0.982
moy_sat_col_qssp	4.025	2.003	2.010	0.051

Tableau 42. Régression linéaire - Mesures de l'ajustement du modèle – total_cdrisc

Modèle	R	R ²
1	0.557	0.310

Tableau 43. Corrélation partielle entre le score à l'acceptation au changement (CD-RISC) et le support social personne particulière, en contrôlant les autres types de support social

		acc_chan_cdrisc	particulier_mspss
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
particulier_mspss	Tau de Kendall B	0.227 *	—
	valeur p	0.028	—

Note. contrôlant les 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 44. Corrélation partielle entre le score au sens du contrôle interne (CD-RISC) et le support social personne particulière, en contrôlant les autres types de support social

		sens_cont_cdrisc	particulier_mspss
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
particulier_mspss	Tau de Kendall B	0.278 **	—
	valeur p	0.007	—

Note. contrôlant les 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 45. Corrélation partielle entre le score à la compétence personnelle (CD-RISC) et le support social personne particulière, en contrôlant les autres types de support social

		comp_pers_cdrisc	particulier_mspss
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
particulier_mspss	Tau de Kendall B	0.044	—
	valeur p	0.667	—

Note. contrôlant les 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 46. Corrélacion partielle entre le score à la tolérance des affects (CD-RISC) et le support social personne particulière, en contrôlant les autres types de support social

		tol_aff_cdrisc	particulier_mspss
tol_aff_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
particulier_mspss	Tau de Kendall B	0.056	—
	valeur p	0.590	—

Note. contrôlant les 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 47. Corrélacion partielle entre le score à la spiritualité (CD-RISC) et le support social personne particulière, en contrôlant les autres types de support social

		spir_cdrisc	particulier_mspss
spir_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
particulier_mspss	Tau de Kendall B	0.123	—
	valeur p	0.234	—

Note. contrôlant les 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 48. Corrélation partielle entre le score à la compétence personnelle (CD-RISC) et le support social amical, en contrôlant les autres types de support social

		comp_pers_cdrisc	amis_mspss
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
amis_mspss	Tau de Kendall B	0.022	—
	valeur p	0.830	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 49. Corrélation partielle entre le score à la tolérance des affects (CD-RISC) et le support social amical, en contrôlant les autres types de support social

		tol_aff_cdrisc	amis_mspss
tol_aff_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
amis_mspss	Tau de Kendall B	-0.060	—
	valeur p	0.560	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 50. Corrélation partielle entre le score à l'acceptation au changement (CD-RISC) et le support social amical, en contrôlant les autres types de support social

		acc_chan_cdrisc	amis_mspss
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
amis_mspss	Tau de Kendall B	0.007	—
	valeur p	0.948	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 51. Corrélation partielle entre le score au sens du contrôle interne (CD-RISC) et le support social amical, en contrôlant les autres types de support social

		sens_cont_cdrisc	amis_mspss
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
amis_mspss	Tau de Kendall B	0.049	—
	valeur p	0.633	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 52. Corrélation partielle entre le score à la spiritualité (CD-RISC) et le support social amical, en contrôlant les autres types de support social

		spir_cdrisc	amis_mspss
spir_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
amis_mspss	Tau de Kendall B	-0.093	—
	valeur p	0.370	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 53. Corrélation partielle entre le score à la compétence personnelle (CD-RISC) et le support social familial, en contrôlant les autres types de support social

		comp_pers_cdrisc	famille_mspss
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
famille_mspss	Tau de Kendall B	-0.061	—
	valeur p	0.555	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 54. Corrélation partielle entre le score à la tolérance des affects (CD-RISC) et le support social familial, en contrôlant les autres types de support social

		tol_aff_cdrisc	famille_mspss
tol_aff_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
famille_mspss	Tau de Kendall B	-0.100	—
	valeur p	0.332	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 55. Corrélation partielle entre le score à l'acceptation au changement (CD-RISC) et le support social familial, en contrôlant les autres types de support social

		acc_chan_cdrisc	famille_mspss
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
famille_mspss	Tau de Kendall B	-0.030	—
	valeur p	0.771	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 56. Corrélation partielle entre le score au sens du contrôle interne (CD-RISC) et le support social familial, en contrôlant les autres types de support social

		sens_cont_cdrisc	famille_mspss
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
famille_mspss	Tau de Kendall B	0.147	—
	valeur p	0.154	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 57. Corrélation partielle entre le score à la spiritualité (CD-RISC) et le support social familial, en contrôlant les autres types de support social

		spir_cdrisc	famille_mspss
spir_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
famille_mspss	Tau de Kendall B	-0.053	—
	valeur p	0.611	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 58. Corrélacion partielle entre le score à la spiritualité (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		spir_cdrisc	moy_disp_sup_qssp
spir_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_sup_qssp	Tau de Kendall B	0.203 *	—
	valeur p	0.050	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 59. Corrélacion partielle entre le score à la compétence personnelle (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		comp_pers_cdrisc	moy_disp_sup_qssp
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_sup_qssp	Tau de Kendall B	0.144	—
	valeur p	0.164	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 60. Corrélacion partielle entre le score à la tolérance des affects (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		tol_aff_cdrisc	moy_disp_sup_qssp
tol_aff_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_sup_qssp	Tau de Kendall B	0.073	—
	valeur p	0.479	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 61. Corrélacion partielle entre le score à l'acceptation au changement (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		acc_chan_cdrisc	moy_disp_sup_qssp
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_sup_qssp	Tau de Kendall B	0.156	—
	valeur p	0.130	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 62. Corrélation partielle entre le score au sens du contrôle interne (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		sens_cont_cdrisc	moy_disp_sup_qssp
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_sup_qssp	Tau de Kendall B	0.082	—
	valeur p	0.425	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_col_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 63. Corrélation partielle entre le score à la compétence personnelle (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		comp_pers_cdrisc	moy_sat_sup_qssp
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_sup_qssp	Tau de Kendall B	-0.016	—
	valeur p	0.875	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 64. Corrélration partielle entre le score à la tolérance des affects (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		tol_aff_cdrisc	moy_sat_sup_qssp
tol_aff_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_sup_qssp	Tau de Kendall B	0.039	—
	valeur p	0.707	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 65. Corrélration partielle entre le score à l'acceptation au changement (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		acc_chan_cdrisc	moy_sat_sup_qssp
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_sup_qssp	Tau de Kendall B	-0.005	—
	valeur p	0.959	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 66. Corrélation partielle entre le score au sens du contrôle interne (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		sens_cont_cdrisc	moy_sat_sup_qssp
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_sup_qssp	Tau de Kendall B	-0.127	—
	valeur p	0.218	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 67. Corrélation partielle entre le score à la spiritualité (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des supérieurs, en contrôlant les autres types de support social

		spir_cdrisc	moy_sat_sup_qssp
spir_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_sup_qssp	Tau de Kendall B	-0.127	—
	valeur p	0.218	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 68. Corrélacion partielle entre le score à la compétence personnelle (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		comp_pers_cdrisc	moy_disp_col_qssp
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_col_qssp	Tau de Kendall B	0.023	—
	valeur p	0.821	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 69. Corrélacion partielle entre le score à la tolérance des affects (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		tol_aff_cdrisc	moy_disp_col_qssp
tol_aff_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_col_qssp	Tau de Kendall B	0.118	—
	valeur p	0.253	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 70. Corrélation partielle entre le score à l'acceptation au changement (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		acc_chan_cdrisc	moy_disp_col_qssp
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_col_qssp	Tau de Kendall B	0.027	—
	valeur p	0.796	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 71. Corrélation partielle entre le score au sens du contrôle interne (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		sens_cont_cdrisc	moy_disp_col_qssp
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_col_qssp	Tau de Kendall B	-0.061	—
	valeur p	0.554	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 72. Corrélation partielle entre le score à la spiritualité (CD-RISC) et la moyenne au score de disponibilité des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		spir_cdrisc	moy_disp_col_qssp
spir_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_disp_col_qssp	Tau de Kendall B	0.021	—
	valeur p	0.835	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_sat_sup_qssp', et 'moy_sat_col_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 73. Corrélation partielle entre le score à la compétence personnelle (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		comp_pers_cdrisc	moy_sat_col_qssp
comp_pers_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_col_qssp	Tau de Kendall B	0.271 **	—
	valeur p	0.009	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_sup_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 74. Corrélation partielle entre le score au sens du contrôle interne (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		sens_cont_cdrisc	moy_sat_col_qssp
sens_cont_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_col_qssp	Tau de Kendall B	0.262 *	—
	valeur p	0.011	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_sup_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 75. Corrélation partielle entre le score à la spiritualité (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		spir_cdrisc	moy_sat_col_qssp
spir_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_col_qssp	Tau de Kendall B	0.222 *	—
	valeur p	0.032	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_sup_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 76. Corrélation partielle entre le score à la tolérance des affects (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		tol_aff_cdrisc	moy_sat_col_qssp
tol_aff_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_col_qssp	Tau de Kendall B	0.192	—
	valeur p	0.064	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_sup_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 77. Corrélation partielle entre le score à l'acceptation au changement (CD-RISC) et la moyenne au score de satisfaction des collègues, en contrôlant les autres types de support social

		acc_chan_cdrisc	moy_sat_col_qssp
acc_chan_cdrisc	Tau de Kendall B	—	
	valeur p	—	
moy_sat_col_qssp	Tau de Kendall B	0.034	—
	valeur p	0.744	—

Note. contrôlant les 'particulier_mspss', 'amis_mspss', 'famille_mspss', 'moy_disp_sup_qssp', 'moy_disp_col_qssp', et 'moy_sat_sup_qssp'

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$