



HAL
open science

Burnout chez les professionnels accompagnant des adultes avec un trouble du spectre de l'autisme et une déficience intellectuelle

Sylvie Couderc

► **To cite this version:**

Sylvie Couderc. Burnout chez les professionnels accompagnant des adultes avec un trouble du spectre de l'autisme et une déficience intellectuelle. Psychologie. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2021. Français. NNT : 2021MON30012 . tel-03510347

HAL Id: tel-03510347

<https://theses.hal.science/tel-03510347>

Submitted on 4 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par
L'université Paul Valéry, Montpellier 3

Préparée au sein de l'école doctorale
« Territoires, Temps, Sociétés et Développement »
Et de l'unité de recherche EA 4556
« Laboratoire Epsilon- Dynamique des Capacités
Humaines et des Conduites de Santé »

Spécialité : **Psychologie du Développement**

Présentée par **Sylvie COUDERC**

**Burnout chez les professionnels
accompagnant des adultes avec un
trouble du spectre de l'autisme et une
déficience intellectuelle**

Soutenue le 13 janvier 2021 devant le jury composé de

Madame le Professeur Florence COUSSON-GÉLIE Université Paul Valéry, Montpellier 3	Directrice de thèse
Madame le Professeur Amaria BAGHDADLI Université Montpellier	Directrice de thèse
Monsieur le Professeur Xavier BORTEYROU Université Paris Descartes, Paris 5	Président du Jury
Monsieur le Professeur René PRY Université Lumière, Lyon 2	Rapporteur
Madame le Professeur Emilie CAPPE Université Paris Descartes, Paris 5	Rapporteur
Monsieur Eric PERNON, Maître de Conférence Associé Université Paul Valéry, Montpellier 3	Examineur



REMERCIEMENTS

Je tiens particulièrement à remercier les résidents et les professionnels qui ont participé à cette recherche et qui ont valorisé la vie et le travail dans les FAM et les MAS.

Madame le Professeur Cousson-Gélie, je vous remercie profondément d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vous m'avez guidée avec patience pour créer un pont entre deux champs, l'autisme et la santé des professionnels. Sans votre regard et votre aide cette thèse aurait été différente. Je vous adresse un grand merci pour votre confiance.

Madame le Professeur Baghdadli, je vous suis particulièrement reconnaissante de ne pas m'avoir découragée, il y a quatre ans. Sans résumer mon projet à une thèse ni résumer mon projet de thèse à ma culture de la recherche, vous avez soutenu ma motivation et dirigé cette thèse jusqu'au but final. Je vous adresse très sincèrement mes remerciements.

Monsieur Eric Pernon, mes remerciements sont ancrés si loin derrière moi que je ne me souviens plus si j'ai été un jour psychologue sans votre soutien. Comment vous remercier pour la qualité de vos conseils, la fidélité de votre soutien, l'humilité de votre aide. Même vos critiques les moins agréables sont si bien fondées. Merci Eric.

Bertrand Porro, tu t'es inscrit dans la transmission de tes connaissances, de docteur à doctorante, avec des qualités de pédagogue et de sprinteur qui m'ont menée au-delà de mes espérances. Un grand merci pour avoir tenu tes promesses.

Je tenais à remercier Stéphanie Miot pour ce beau projet EFAAR ainsi que Sophie Crépiat co-investigatrice. Merci à toute l'équipe du Centre Ressources Autisme Languedoc Roussillon pour leur accueil à chacun de mes déplacements, Philippe Antoine et Colette Boy pour leur disponibilité et Cécile Michelin pour son soutien.

A Véronique Gauvain et Vanessa Carcenac je dédie ma thèse. Etre remplaçable ne signifie pas être remplacé.

J'adresse à ma famille, pour sa patience, tous mes remerciements les plus chaleureux.

Correspondances

Université Paul Valéry Montpellier 3
Route de Mende, 34199 Montpellier Cedex 5
Tél : 04 67 14 20 00

Ecole Doctorale 60
Territoires, temps, sociétés et développement
Université Paul Valéry – Site Saint-Charles
Route de Mende, 34199 Montpellier Cedex 5
Tél : 04 11 75 70 33

Ecole doctorale de Santé Publique
Université Paris-Saclay
Espace Technologique - Bâtiment Discovery
Route de l'Orme aux Merisiers - RD 128, 91190 Saint-Aubin
Tél : 01.45.59.51.82

Laboratoire Epsilon EA 4556
Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé
Rue du Professeur Henri Serre, 34000 Montpellier, France
Tél : 04 11 75 70 65

Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP) U1018
INSERM, Hôpital Paul Brousse Bat 15/16
Avenue Paul Vaillant Couturier, 94807 Villejuif Cedex, France
Tél : 01 77 74 74 01

RESUME

Introduction : Les professionnels de soutien direct (PSD) accompagnent des adultes avec un trouble du spectre autistique (TSA) et une déficience intellectuelle (DI) hébergés dans des institutions médicosociales. Ces PSD, sans formation spécialisée au TSA, sont exposés au stress chronique lié aux accompagnements de ces résidents. Ils doivent s'ajuster avec des stratégies de coping adaptées aux besoins et aux comportements problèmes des résidents. Toutefois, des difficultés d'adaptation constituent un risque de burnout pour ces professionnels, qui est caractérisé par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une perte d'accomplissement personnel élevés. Les objectifs de l'étude sont d'évaluer les niveaux de burnout des PSD accompagnant des adultes avec un TSA et une DI, d'étudier les déterminants du burnout (les antécédents sociodémographiques et professionnels et les processus transactionnels) et d'identifier le rôle médiateur et modérateur du coping et de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu et le burnout.

Méthode Au total, 125 PSD français accompagnant des adultes avec un TSA et une DI ayant participé à l'étude EFAAR (*Evaluation de la fragilité des adultes avec un trouble du spectre autistique et une déficience intellectuelle, avançant en âge*) ont été inclus. Chaque participant a répondu à cinq questionnaires mesurant le burnout (MBI), des variables sociodémographiques et professionnelles, le stress perçu (ALES.vf), la satisfaction du soutien social perçu (QSSP) et les stratégies de coping (WCC-R).

Résultats : La plupart des PSD (61,1% ; n = 77) ont un risque élevé de burnout caractérisé par une perte d'accomplissement personnel. Le stress perçu comme une perte prédit des niveaux élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. Le coping centré sur l'émotion prédit un niveau élevé de dépersonnalisation. Il existe une relation positive entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel, seulement si les professionnels

n'utilisent pas de coping émotion et seulement s'ils ont une satisfaction faible de soutien social perçu. La satisfaction du soutien social perçu médiatise et augmente la relation entre le stress perçu comme un défi et l'épuisement émotionnel et diminue la relation entre le stress perçu comme une perte et l'épuisement émotionnel.

Conclusion : Les PSD d'adultes avec un TSA-DI sont fragilisés par une perte d'accomplissement personnel et l'utilisation d'un coping émotion alors qu'ils perçoivent les accompagnements avec les résidents comme des défis. Nos résultats sur la satisfaction du soutien social perçu suggèrent que le travail d'équipe est un facteur de stress supplémentaire. Les PSD ont besoin d'un soutien institutionnel adapté pour réduire le coping émotion face au TSA et protéger la relation positive qu'ils ont avec les adultes TSA-DI.

Mots clés : burnout, trouble du spectre autistique, déficience intellectuelle, professionnels de soutien direct, déterminants, médiateur, modérateur

ABSTRACT

Background: Direct support workers (DSWs) accompany adults with autism spectrum disorder (ASD) and intellectual disability (ID) in residential care homes. Such DSWs, without specialised ASD training, are exposed to chronic stress linked to supporting ASD-ID residents and must adjust by coping strategies adapted to the needs of the residents. Nevertheless, difficulties adjusting constitute a burnout risk for DSWs, characterised by high levels of emotional exhaustion, depersonalisation, and loss of a sense of personal accomplishment. We aimed to assess the levels of burnout among the DSWs supporting ASD-ID adults, to study the factors that could predict burnout (predictor i.e. experience and specialised training for ASD) and to identify the mediating and moderating role of perceived social support satisfaction and coping strategies on the relationship between the perceived stress and burnout.

Method: In total, 125 french DSWs accompanying ASD-ID adults on a daily basis and participating in the EFAAR (*Frailty assessment in ageing adults with autism spectrum and intellectual disabilities*) study were included. Each participant answered five questionnaires measuring burnout (MBI), sociodemographic and professional variables, perceived stress (ALES.vf), perceived social support satisfaction (QSSP) and coping strategies (WCC-R).

Results: Most of DSWs (61,1% ; n = 77) showed a high risk of burnout characterised by a loss of personal accomplishment. Stress perceived as a loss predicts high levels of emotional exhaustion and depersonalisation. Emotion-focused coping strategies predict high levels of depersonalisation. A positive relation between perceived stress as challenge and personal accomplishment exists, only if DSWs do not use emotion-focused coping strategies and only if they have a low level of perceived social support satisfaction. Perceived social support

satisfaction mediates and increases the relation between stress perceived as challenge and emotional exhaustion and decreases the relation between stress perceived as loss and emotional exhaustion.

Conclusions: DSWs of adults with ASD-ID are frailded by a loss of personal accomplishment and the use of an emotion-focused coping while they perceive accompanying they provide to residents as a challenge. Ours results on perceived social support satisfaction suggests that teamwork is an additional burden. DSWs need environmental support to reduce the emotion-focused coping to ASD and to protect the positive relationship they have with adults ASD-ID.

Keywords: burnout, autism spectrum disorder, intellectual disability, direct support workers, determinants, mediator, moderator.

TABLE DES MATIÈRES

RESUME	5
ABSTRACT	7
TABLE DES MATIÈRES	9
INTRODUCTION GENERALE	13
LISTE DES TABLEAUX	16
LISTES DES FIGURES	17
LISTE DES ABREVIATIONS	18
PARTIE 1 – CONTEXTE SCIENTIFIQUE	19
Chapitre 1. Environnement institutionnel	20
1. Les Foyers d’Accueil Médicalisé et les Maisons d’Accueil Spécialisé	20
2. Les adultes TSA-DI	21
2.1. Définition	21
2.2. Prévalence du TSA-DI	21
2.3. Les comorbidités associées au TSA-DI	22
2.4. Les comportements adaptatifs et comportements défis	23
3. Les Professionnels de Soutien Direct (PSD)	24
3.1. Fonction d’aidant des professionnels de soutien direct (PSD)	25
3.2. Catégories socioprofessionnelles des PSD	26
3.3. Les accompagnements dispensés	28
3.4. La formation au TSA des PSD	29
Chapitre 2. Stress et stress professionnel	31
1. Le stress	31
1.1. Histoire et définition	31
1.2. Le stress professionnel	32
2. Evolution des modèles	34
2.1. Les modèles physiologiques et biologiques	34
2.2. Les modèles interactionnistes	36
2.3. Les modèles transactionnels	37
2.3.1. <i>Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman</i>	37
2.3.2. <i>Le modèle intégratif et multifactoriel</i>	39
Chapitre 3. Le syndrome professionnel du burnout	43
1. Histoire, définition et modèle du burnout	43
2. Les dimensions du burnout	44
2.1. Epuisement émotionnel – EE	44
2.2. Dépersonnalisation – DEP	45
2.3. La perte d’accomplissement personnel – PAP	45

3. Prévalence du burnout	45
4. Facteurs de risque du burnout par catégories socioprofessionnelles	46
4.1. Professionnels de santé	47
4.1.1. <i>Médecins et internes</i>	47
4.1.2. <i>Psychiatres et professionnels en santé mentale</i>	48
4.2. Professionnels de l'éducation spécialisée d'enfants TSA	50
4.3. Professionnels de soutien direct (PSD) d'adultes avec DI	51
5. Choix du modèle d'analyse	52
Chapitre 4. Approche du burnout en psychologie de la santé	54
1. Les antécédents	54
1.1. Antécédents sociodémographiques	54
1.1.1. <i>Variables individuelles : Age et genre</i>	54
1.1.2. <i>Situation familiale</i>	55
1.1.3. <i>Ancienneté, formations et expériences professionnelles</i>	56
1.1.4. <i>Satisfaction au travail et personnalité</i>	56
1.2. Antécédents professionnels	57
1.2.1. <i>Organisation du travail</i>	57
1.2.2. <i>Absentéisme et intention de quitter le service</i>	59
1.2.3. <i>Caractéristiques des résidents</i>	59
2. Les processus transactionnels	60
2.1. L'évaluation primaire : le stress perçu	60
2.1.1. <i>Définition</i>	60
2.1.2. <i>Mesures</i>	61
2.1.3. <i>Stress perçu et burnout</i>	61
2.2. L'évaluation secondaire : le soutien social perçu	62
2.2.1. <i>Définition</i>	62
2.2.2. <i>Mesures</i>	64
2.2.3. <i>Soutien social perçu et burnout</i>	65
2.3. La phase d'ajustement : les stratégies de coping	66
2.3.1. <i>Définition</i>	66
2.3.2. <i>Mesures</i>	70
2.3.3. <i>Coping et burnout (EE, DEP, AP/PAP)</i>	71
3. Critères d'ajustement : les dimensions du burnout	74
3.1. Définition	74
3.2. Mesures	74
3.3. Burnout et modèle TIM	75
Chapitre 5. Problématique de recherche	77
1. Etude descriptive : le burnout des professionnels de soutien direct	78
1.1. Objectifs	78
1.2. Hypothèse théorique 1	79
2. Etude sur les déterminants du burnout des professionnels de soutien direct	79
2.1. Objectifs	79
2.2. Hypothèse théorique 2	80
3. Etude sur le rôle médiateur et modérateur du coping	80
3.1. Objectifs	80
3.2. Hypothèse théorique 3	80

4. Etude sur le rôle médiateur et modérateur du soutien social perçu	81
4.1 Objectifs	81
4.2. Hypothèse théorique 4	81
PARTIE 2 – METHODE	83
1. Méthodologie de l'étude	84
1.1. Cadre de l'étude et éthique	84
1.1.1. <i>L'étude EFAAR</i>	84
1.1.2. <i>L'accord du comité de protection des personnes</i>	85
1.1.3. <i>Population d'étude</i>	85
1.2. Procédure	86
1.2.1. <i>Conditions préalables au recueil de données</i>	86
1.2.2. <i>Information</i>	88
1.2.3. <i>Le recueil de données</i>	89
1.3. Evaluation des variables dépendantes : les trois dimensions du burnout	89
1.4. Evaluation des variables indépendantes	90
1.4.1. <i>Les antécédents</i>	90
1.4.1.1. <i>Variables sociodémographiques</i>	90
1.4.1.2. <i>Variables professionnelles liées au PSD</i>	91
1.4.1.3. <i>Variables professionnelles liées à l'établissement</i>	91
1.4.2. <i>Les processus transactionnels</i>	92
1.4.2.1. <i>Le stress perçu : L'Appraisal of Life Events Scale (ALES)</i>	92
1.4.2.2. <i>Le soutien social perçu : Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP)</i>	93
1.4.2.3. <i>Les stratégies de coping: La Way of Coping Checklist (WCC-R)</i>	94
2. Hypothèses opérationnelles	95
2.1. Hypothèses opérationnelles : étude descriptive	95
2.2. Hypothèses opérationnelles : les déterminants du burnout	96
2.3. Hypothèses opérationnelles : rôle du coping	96
2.4. Hypothèse opérationnelles : rôle de la satisfaction du soutien social perçu	97
3. Méthode d'analyse des données	98
3.1. Analyses statistiques descriptives	98
3.2. Analyses statistiques inférentielles	99
PARTIE 3 – RESULTATS	103
1. Analyses descriptives	104
1.1. Inclusions	104
1.1.1. <i>Les établissements</i>	104
1.1.2. <i>Les professionnels de soutien direct</i>	105
1.2. Les participants	105
1.3. Variables psychologiques	108
1.3.1. <i>Critère de jugement principal : le burnout</i>	108
1.3.2. <i>Stress perçu, Satisfaction du soutien social perçu et Coping</i>	113
2. Déterminants psychologiques des dimensions du burnout	114
2.1. Déterminants de l'épuisement émotionnel	117
2.2. Déterminants de la dépersonnalisation	118
2.3. Déterminants de l'accomplissement personnel	119
3. Coping : rôle médiateur ou modérateur ?	120
3.1. Rôle médiateur du coping entre le stress perçu et le burnout	120

3.2. Rôle modérateur du coping entre le stress perçu et le burnout	120
4. Satisfaction du soutien social perçu : rôle médiateur ou modérateur ?	122
4.1. Rôle médiateur de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu et les dimensions du burnout	122
4.2. Rôle modérateur de la satisfaction du soutien social perçu	124
<u>PARTIE 4 - DISCUSSION</u>	<u>127</u>
1. Les professionnels de soutien direct d'adultes TSA-DI et le burnout	128
1.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	128
1.2. Le burnout des PSD	131
1.3. Les processus transactionnels	133
2. Les déterminants du burnout	135
3. Le rôle médiateur et modérateur du coping	141
4. Le rôle médiateur et modérateur de la satisfaction du soutien social perçu	143
5. Forces et limites de l'étude	147
5.1. Les forces	147
5.2. Les limites	149
5.3. Les perspectives	149
<u>CONCLUSION GENERALE</u>	<u>151</u>
<u>REFERENCES</u>	<u>154</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>179</u>
Liste des annexes	179

INTRODUCTION GENERALE

Le burnout est un *processus* d'épuisement professionnel qui touche les professionnels dans leur environnement de travail et conduit à un *état* de mal être profond. Avant de connaître la trajectoire de ce processus dans le temps, le repérage des symptômes permet de dresser un état des lieux de la santé des professionnels qui traduit un *risque de burnout*.

Le risque de burnout a des conséquences lourdes pour les environnements professionnels où il s'exprime. Il est reconnu que les professionnels de soins et de la relation d'aide à la personne sont exposés à un stress élevé et à un risque de burnout, ce qui nuit à la qualité de leur travail. Il est également reconnu que certaines caractéristiques des usagers de ces services sont des facteurs de stress qui constituent un risque de burnout pour les professionnels.

Les études sur le burnout se sont penchées sur les professionnels de soutien direct d'adultes avec une Déficience Intellectuelle (DI). L'hypothèse d'un risque de burnout associé aux comportements problèmes de ces usagers a été étudiée montrant des résultats intéressants qui ont abouti à des pistes d'interventions pour réduire les effets négatifs de ces facteurs de stress. Toutefois, d'autres facteurs environnementaux et psychologiques contribuent au risque de burnout chez cette population et finalement, les adultes avec une DI peuvent être le vecteur de facteurs de protection du burnout.

Le burnout des professionnels de soutien direct d'adultes avec un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) et une DI n'a pas fait l'objet d'étude scientifique. L'environnement de travail pour les uns et lieux de vie pour les autres sont les foyers d'accueil médicalisé et les maisons d'accueil spécialisé. Le TSA est un trouble chronique et sévère lorsqu'il s'exprime en association avec d'autres troubles dont la DI. Les accompagnements des adultes avec un TSA-DI doivent être spécialisés à leur problématique et leur vieillissement, afin de soit réduire les comportements problèmes soit ne pas les aggraver. L'expérience et les

connaissances nécessaires à ces accompagnements spécialisés au TSA débutent donc sur le terrain, pour ces professionnels de soutien direct qui ont des formations qualifiantes généralistes.

Ce travail de thèse tente de comprendre comment ces professionnels de soutien direct font face à ces accompagnements et si leur adaptation (coping) est fonctionnelle sur leur santé en termes de burnout. Dans une première partie, qui dresse le contexte scientifique, nous présenterons, tout d'abord, l'environnement dans lequel se déroule cette recherche : les établissements médicosociaux, les résidents avec un TSA et une DI, les professionnels de soutien direct qui accompagnent les résidents. Nous définirons les concepts et les modèles du stress et du burnout qui sont liés : le burnout étant la conséquence du stress chronique professionnel. Puis, selon les données de la littérature sur le burnout de professionnels se rapprochant de notre population d'étude, nous présenterons le modèle transactionnel intégratif et multifactoriel et son application à la problématique du burnout des professionnels de soutien direct d'adultes avec un TSA-DI. Cette première partie se conclura par la présentation de la problématique de recherche et des objectifs visés par notre étude : décrire le burnout des professionnels de soutien direct, identifier les déterminants du burnout, identifier le rôle médiateur ou modérateur du coping entre le stress perçu et le burnout, identifier le rôle médiateur ou modérateur de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu et le burnout.

Une deuxième partie présentera la méthodologie de notre étude transversale, nos hypothèses opérationnelles et la méthode d'analyse des données recueillies. Une troisième partie est consacrée aux résultats dont nous discuterons dans une dernière et quatrième partie ainsi que de l'absence de certains résultats attendus et des perspectives qu'ils soulèvent.

Ce travail de thèse nous a permis d'éclairer les facteurs explicatifs du burnout des professionnels de soutien direct, dans leurs pratiques avec les adultes TSA-DI, et de proposer des pistes de soutien adapté.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques des formations qualifiantes des PSD.....	28
Tableau 2. Les niveaux faible, modéré et élevé des scores aux trois dimensions du MBI selon les normes américaines de Maslach, Jackson et Leiter, (1996).....	99
Tableau 3. Analyse descriptive de l'échantillon	107
Tableau 4. Analyse descriptive des scores au MBI	108
Tableau 5. Analyse descriptive des profils de burnout des PSD	110
Tableau 6. Analyses comparatives relatives aux dimensions du MBI	111
Tableau 7. Analyses comparatives relatives aux dimensions du MBI	112
Tableau 8. Associations entre les caractéristiques des participants et les dimensions du MBI (Rho de Spearman)	113
Tableau 9. Analyse descriptive des scores de stress perçu, de satisfaction globale du soutien social perçu et de coping.....	114
Tableau 10. Matrice de corrélations (Rho de Spearman)	116
Tableau 11. Déterminants de l'épuisement émotionnel	117
Tableau 12. Déterminants de la dépersonnalisation	118
Tableau 13. Déterminants de l'accomplissement personnel	119

LISTES DES FIGURES

Figure 1. Le Syndrome Général d'Adaptation (SGA) selon le modèle de Selye (1936).....	35
Figure 2. Modèle transactionnel selon Lazarus et Folkman (1984).....	38
Figure 3. Modèle intégratif en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002).....	40
Figure 4. Modèle Transaction Intégratif et Multifactoriel-TIM (Bruchon-Schweitzer& Boujut 2014)	42
Figure 5. Les trois étapes du processus temporel du burnout selon le modèle de Maslach et Jackson (1981)	44
Figure 6. Effet médiateur	68
Figure 7. Effet modérateur	69
Figure 8. Modèle d'analyse adapté selon le modèle TIM en psychologie de la sante (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014)	82
Figure 9. Flowchart de l'étude	105
Figure 10. Le coping centré sur les émotions modère significativement la relation entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel	120
Figure 11. Effet modérateur du coping centré sur les émotions entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel	121
Figure 12. La satisfaction du soutien social perçu médiatise significativement la relation entre le stress perçu comme un défi et l'épuisement émotionnel	123
Figure 13. La satisfaction du soutien social perçu médiatise significativement la relation entre le stress perçu comme une perte et l'épuisement émotionnel.....	124
Figure 14. La satisfaction du soutien social perçu modère significativement la relation entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel	125
Figure 15. Effet modérateur de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel.....	126

LISTE DES ABREVIATIONS

Professionnels

PSD : Professionnel de Soutien Direct

AS : Aide-Soignant

AMP : Aide Médico Psychologique

AES : Accompagnant Educatif et Social

ME : Moniteur Educateur

ES : Educateur Spécialisé

Trouble du neuro-développement

TSA : Trouble du Spectre Autistique

DI : Déficience Intellectuelle

Environnement/Etablissements

EFAAR : Evaluation de la Fragilité des Adultes avec un trouble du spectre Autistique et un Retard mental

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

MAS : Maison d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et service Sociaux et Médico-sociaux

Modèles

SGA : Syndrome Générale d'Adaptation

TIM : Transactionnel Intégratif et Multifactoriel

Outils

DSM5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5eme edition

ALES : Echelle de stress perçu (*Appraisal of Life Events Scale*)

QSSP : Questionnaire de Soutien Social Perçu

WCC-R : Echelle de strategies de coping (*Way of Coping Checklist*)

EE : Epuisement Emotionnel

DEP : Dépersonnalisation

AP : Accomplissement Personnel

PAP : Perte d'Accomplissement Personnel

PARTIE 1 – CONTEXTE SCIENTIFIQUE

Chapitre 1. Environnement institutionnel

1. Les Foyers d'Accueil Médicalisé et les Maisons d'Accueil Spécialisé

En France, les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) sont des établissements régis par le Code de l'action sociale et des familles (loi du 2 janvier 2002 ; loi du 11 février 2005). Les MAS sont financées par l'Assurance Maladie et de ce fait, gérées par les Agences Régionales de la Santé (ARS). Les FAM ont un double financement, par l'ARS pour les soins et le personnel médical et par le Conseil départemental pour l'hébergement et l'animation. Selon ce premier point de vue définitionnel, les accompagnements en FAM ne justifient pas une prise en charge médicalisée complète par l'assurance maladie.

Ces établissements sont spécialisés à l'accueil d'un public hétérogène ou particulier, comme l'accueil de personnes avec autisme ou Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Les personnes accueillies, en internat majoritairement, sont en situation de handicap complexe, dépendantes dans tous les actes du quotidien et nécessitant des soins constants (Makdessi, 2012). Une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2010) a recensé les déficiences principales du public accueilli en FAM et MAS. Il ressort de cette étude que la déficience intellectuelle concerne respectivement 42% et 39% du public accueilli en FAM et MAS. Les personnes avec un TSA, avec ou sans troubles associés, représentent 14% en FAM et 11% en MAS du public accueilli. Egalement, les FAM et MAS accueillent respectivement 13% et 11% de personnes avec un diagnostic de psychose infantile pouvant être associée au TSA (Makdessi, 2010).

Les FAM et les MAS sont des lieux de vie où les personnes accueillies sont appelées des résidents. Un accès aux soins quotidien est permis grâce à l'intervention de professionnels de santé, salariés ou libéraux. Aux infirmiers, aides-soignants, psychiatres, psychologues se joignent parfois les psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes,

diététiciens, médecins et d'autres professionnels encore, selon les besoins des résidents qui sont évalués par les professionnels des établissements. Ces lieux de vie, offrent également une vie sociale qui se déroule dans un environnement communautaire, que la littérature internationale nomme d'ailleurs ainsi. Ils sont constitués de groupes ou de lieux de vie d'environ sept à dix résidents avec des problématiques différentes. L'espace de vie privée est la chambre des résidents, lorsqu'elle est individuelle. Les interactions mésadaptées entre résidents viennent toutefois déranger leurs espaces de tranquillité.

Ces lieux de vie et de soins font l'objet de recommandations de bonnes pratiques professionnelles venant cadrer la mise en œuvre d'une bonne qualité de vie des personnes qui y sont accueillies (Anesm, 2013a, 2013b, 2014).

2. Les adultes TSA-DI

2.1. Définition

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) est un trouble sévère (Baghdadli et al., 2019) caractérisé dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5eme édition (DSM5) par des déficits persistants de la communication sociale associés à des comportements stéréotypés, répétitifs et d'intérêts restreints (American Psychiatric Association, 2013). Le TSA présente une variabilité intra et interindividuelle importante en partie en raison de son degré de sévérité. Le niveau de sévérité du TSA correspond au niveau du besoin en aide, évalué en trois degré : le niveau d'aide le plus élevé (n°3) correspond à un besoin d'une « aide importante » (American Psychiatric Association, 2013).

2.2. Prévalence du TSA-DI

La littérature s'accorde sur une prévalence du TSA entre 0,9% et 1,5%, les hommes étant plus touchés que les femmes avec un ratio de 4 hommes pour 1 femme (Fombonne, 2020). Aux Etats Unis, en 2016, 1 sur 54 enfants de 8 ans avait un TSA (Maenner, 2020). Ces

résultats montrent une augmentation du nombre d'enfants avec un TSA, comparé aux données de 2014 dont la prévalence était de 1 sur 59 (Baio et al., 2018) et en 2000, de 1 sur 150 (CDC, 2012). Cette augmentation ne semble pas être imputable aux modifications des critères diagnostiques du DSM5 en 2013 (Wiggins et al., 2018). En revanche, l'élargissement des critères diagnostiques au fil du temps ainsi qu'une évolution des pratiques préventives et diagnostiques serait la cause de cette augmentation de la prévalence (Fombonne, 2020).

Chez les adultes, les données sont plus rares et la prévalence estimée de 1% (Myers et al., 2019) paraît faible comparée à celle des enfants. Toutefois cette prévalence est sous-estimée chez les adultes avec une DI (Saemundsen et al., 2010). Effectivement, le TSA et la DI coexistent chez 33% d'enfant TSA (Maenner, 2020) et malgré l'apparition précoce du TSA, la DI rend complexe la différentiation de la symptomatologie autistique de celle de la DI (Sappok et al., 2013). Ainsi les personnes avec une DI ont des difficultés d'accès au diagnostic du TSA, et par voie de conséquence, aux thérapeutiques et accompagnements spécialisés, tout au long de leur vie.

2.3. Les comorbidités associées au TSA-DI

Les adultes diagnostiqués TSA-DI peuvent avoir plusieurs comorbidités associées : des troubles psychiatriques, dont l'anxiété (Cervantes & Matson, 2015; Nimmo-Smith et al., 2020), des troubles neurologiques dont l'épilepsie (Amiet et al., 2008; Fortuna et al., 2016) et des troubles somatiques de type gastro-intestinaux (Wang et al., 2011). Toutefois, les troubles associés au TSA en présence d'une DI sont complexes à évaluer, et l'hétéro-évaluation faite par les aidants familiaux et les professionnels a ses limites. De nouveaux indicateurs de santé et une clinique plus objectivable permettraient un meilleur repérage et traitement des troubles. Effectivement, grâce à un index de fragilité constitué de nombreux critères de santé, et adapté aux personnes avec une DI (Schoufour et al., 2013), la fragilité de la santé des adultes TSA-DI a pu être évaluée, et les résultats montrent que leur fragilité

augmente avec l'âge (Miot et al., 2019). Par ailleurs, le suivi d'une cohorte d'enfants TSA jusqu'à l'âge adulte, durant quinze ans après leur inclusion, montre un pronostic adaptatif défavorable des adultes avec un TSA-DI (Baghdadli et al., 2018). Une autre étude prospective a évalué à dix ans d'intervalle les comportements adaptatifs de personnes avec un TSA-DI, âgées de 16 à 41 ans à la date de l'inclusion, et n'a pas trouvé d'amélioration significative de leurs compétences (Fusar-Poli et al., 2017). Ces résultats, révèlent un besoin d'aide important et persistant tout au long de leur vie mobilisant des dispositifs de soins médicaux encore insuffisants (Miot et al., 2019). Connaître les facteurs de risques sur la santé des adultes TSA-DI permet de mieux prévenir et repérer leur état de fragilité pour le rendre réversible. En termes d'accès aux soins, l'enjeu crucial est celui de protéger les adultes TSA-DI d'un vieillissement et d'une mortalité qui pourraient être précoces (Hosking et al., 2016; Miot et al., 2018; Schoufour et al., 2013).

2.4. Les comportements adaptatifs et comportements défis

Les comportements adaptatifs sont caractérisés par quatre domaines de fonctionnement -communication, autonomie, socialisation et motricité- qui sont corrélés au niveau intellectuel général (Baghdadli et al., 2020). Les personnes TSA-DI présentent des comportements adaptatifs déficitaires. Par ailleurs, elles présentent également de fréquents comportements défis ou problèmes, d'intensité parfois sévère, définis comme des comportements dangereux pour la personne ou autrui, nécessitant l'intervention d'un tiers (O'Nions et al., 2020; Willaye & Magerotte, 2014). Ces comportements défis ont des conséquences néfastes car ils interfèrent dans la capacité des personnes TSA-DI à utiliser leurs habiletés dans leur quotidien (Rivard et al., 2017; Symes et al., 2006) accentuant les déficits adaptatifs. Par ailleurs, les comportements défis sont également néfastes pour leur environnement car ils sont sources de stress pour leur famille et les professionnels qui les accompagnent (Cappe et al., 2011; Hastings, 2002; Rattaz et al., 2017). Ils sont de différentes formes –opposition,

destructivité, explosivité- (Gadow et al., 2004), et ont différentes fonctions comme de tenter de réguler les émotions et de diminuer le stress et l'anxiété (Bishop-Fitzpatrick et al., 2015; Mazefsky et al., 2013).

Ainsi, le challenge est grand pour les professionnels en FAM et MAS qui accompagnent les adultes TSA-DI, du fait des caractéristiques de ces derniers. La qualité de la relation interpersonnelle est un indicateur de bien être pour les adultes TSA-DI comme pour les professionnels. Toutefois, les adultes TSA-DI ont des difficultés à s'inscrire dans ce contexte relationnel et par conséquent, les professionnels doivent faire des efforts constants d'adaptation sans une alliance (un soutien), explicite de la part des résidents. De ces efforts dépend le maintien d'une relation positive, sociale et de soins, bénéfique pour tous (Gray-Stanley & Muramatsu, 2011).

3. Les Professionnels de Soutien Direct (PSD)

Dans cet environnement écologique, une catégorie de professionnels de proximité mérite toute notre attention et fait l'objet de ce travail de thèse. Appelés « les éducateurs » ou « l'équipe éducative » ce sont des professionnels qui ont pour mission première d'accompagner dans tous les actes du quotidien les résidents, ce pourquoi nous les appellerons des professionnels de soutien direct (PSD). Ces professionnels travaillent en service continu et ont la responsabilité de veiller à ce que la continuité de l'accompagnement bienveillant ne s'interrompe pas. Au-delà de leur différente qualification professionnelle et de leur fonction spécifique, ils assurent des accompagnements soignants, éducatifs et rééducatifs de première intention, selon les besoins des résidents accueillis. Leurs missions les rapprochent de celles des aidants.

3.1. Fonction d'aidant des professionnels de soutien direct (PSD)

En France, la définition de l'aidant a évolué au fil du temps. Les lois du Code de la santé publique (article L1111-6-1), du Code de l'action sociale et des familles (article R245-7) et la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ont concouru à cette définition que la Charte européenne de l'aidant familial de 2007 a complété : l'aidant est *« une personne, non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance, soutien psychologique, communication, activités domestiques »*. Cette définition n'inclut pas les professionnels malgré une description des missions de l'aidant familial qui correspond aux missions des PSD.

Le soutien proposé aux aidants familiaux est crucial pour les aider à fournir l'aide qu'ils dispensent. Des besoins ont été identifiés en termes de formations, information spécifiques aux problématiques rencontrées et en termes d'aide psychologique et de répit pour prévenir leur usure liée au fardeau de l'aidant. Egalement l'évolution de leur statut juridique vers un statut professionnel leur permet d'obtenir un soutien financier et de concilier leur vie privée et professionnelle. Les personnes reconnues handicapées et leurs aidants peuvent s'adresser aux Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) qui sont des ressources à leur disposition pour accéder à leurs droits. Ainsi, le statut d'aidant familial est associé au dispositif d'aide aux aidants pour qu'ils puissent faire face aux accompagnements émotionnellement exigeants de leurs proches.

Concernant les PSD, leur statut professionnel ne leur donne pas accès au statut d'aidant. En revanche, les percevoir dans une fonction d'aidant permet de prendre en compte l'usure

multifactorielle liée au poids du soin. Effectivement, la fonction d'aidant des PSD est rarement mise en avant, alors qu'elle permettrait de poser d'emblée la question des besoins des PSD en termes de soutien. S'il est convenu que l'aidant a besoin à son tour d'être aidé, en revanche le professionnel est considéré comme ayant besoin d'être opérationnel et efficace. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles vont dans ce sens en délimitant le champ d'actions des PSD mais leur besoin d'aide psychologique et les moyens pour les soutenir, postérieurement aux expériences vécues douloureuses, n'y sont pas définis (Anesm, 2013a; HAS & Anesm, 2017).

Les PSD en souffrance dans leur pratique doivent régler leur problème avec des ressources extérieures (médecine de ville et du travail ; repos, vacances ou arrêt maladie ; turnover, rupture de contrat ou mutation). Les formations du type « gérer les comportements problèmes », « Communiquer avec des adultes TSA-DI » apportent des solutions aux troubles des résidents mais surcharge en contrepartie les PSD en termes de mise en œuvre de nouvelles pratiques. De plus, les programmes de formation ne traitent pas de la détresse psychologique issue de ces accompagnements exigeants sur le plan émotionnel. Si les exigences liées aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ne cessent d'augmenter grâce aux découvertes de la recherche, alors les besoins de soutien psychologique des PSD ne peuvent qu'augmenter également. Les ressources adaptatives des PSD devraient être en constante redéfinition à chaque nouvelle exigence d'amélioration des accompagnements. Ainsi la souffrance au travail des PSD est une caractéristique de cette profession et la régler ne peut pas se faire sans eux (Maslach & Leiter, 2016a).

3.2. Catégories socioprofessionnelles des PSD

Les PSD ont des diplômes d'état des métiers du travail social (DGCS, 2020a) ou des métiers de la santé (DGCS, 2020c), délivrés par le Ministère des solidarités et de la santé. Les instituts de formation des travailleurs sociaux sont privés ou publics et sont agréés par l'état.

Les professionnels de santé qui travaillent dans les institutions médicosociales sont plus précisément des aides-soignants formés dans des Instituts de Formation d'Aide-Soignant-IFAS, qui sont des filières des instituts de formation en soins infirmiers rattachés aux centres hospitaliers (Tableau 1). L'ensemble de ces professionnels constituent, en FAM et MAS, les équipes éducatives, réparties dans des lieux de vie, appelés également des groupes. Ainsi, les aides médico-psychologiques (AMP) devenus en 2016 les accompagnants éducatifs et sociaux (AES), les moniteurs éducateurs (ME) et les éducateurs spécialisés (ES) ont une culture professionnelle commune du travail social et les aides-soignants (AS) ont une culture sanitaire. Malgré des formations initiales différentes, l'ensemble des PSD sont appelés des « éducateurs ». Les professionnels les plus représentés sont les AMP/AES et les AS qui ont les niveaux de qualification les plus faibles et les revenus les plus modestes. Les ME assurent parfois, de façon complémentaire aux accompagnements quotidiens, des fonctions de coordination ou de référence spécifique. Les ES sont les travailleurs sociaux les plus qualifiés des équipes éducatives et sont, en FAM et MAS, plus rarement des PSD car ces postes sont financés sur d'autres missions et fonctions. Lorsque cela est le cas, il s'agit le plus souvent de professionnels qui souhaitent évoluer au sein de l'entreprise ou dans leur parcours professionnel : initialement diplômés AMP/AES ou ME, l'obtention d'un diplôme d'ES, par voie directe ou bien par validation des acquis liée à l'expérience, permet au professionnel de valoriser son expérience avec un diplôme de niveau II et d'envisager de changer de travail pour avoir également une valorisation financière (DGCS, 2020b).

D'autres PSD travaillant en FAM et MAS n'ont pas les diplômes requis pour lesquels l'établissement est financé par l'Agence Régionale de la Santé et/ou le Conseil Départemental. Ils font alors fonction d'AMP/AES ou d'AS le temps du remplacement d'un titulaire ou bien dans l'attente d'obtenir un financement pour l'une de ces formations

qualifiantes. Ainsi certains PSD, en début de carrière, peuvent n'avoir aucune expérience dans le milieu médicosocial adulte et n'avoir reçu aucune formation.

Tableau 1. Caractéristiques des formations qualifiantes des PSD

Diplôme d'état délivré par le Ministère des solidarités et de la santé	Durée formation	Nombre d'heure d'enseignement : Théorique – T Pratique - P	Niveau requis	Niveau obtenu
Métiers du travail social <i>Aide Médico-Psychologique</i> <i>AMP</i>	12 à 24 mois	T = 495 h P = 6 mois de stage	Aucune	CAP ou Equivalent Niveau V
<i>Accompagnant Educatif et Social</i> <i>AES</i> , depuis 2016	9 à 24 mois	T = 525 h P = 840 h de stage (< 6 mois)	Aucune	CAP ou Equivalent Niveau V
<i>Moniteur Educateur</i> <i>ME</i>	2 ans	T = 950 h P = 7 mois de stage	Aucune	BAC ou Equivalent Niveau IV
<i>Educateur Spécialisé</i> <i>ES</i>	3 ans	T = 1 450 h P = 15 mois de stage	BAC ou Equivalent Niveau IV	BAC + 3 Niveau II
Métier de la santé <i>Aide-Soignant</i> <i>AS</i>	10 mois	T et P = 595 h P = 840 h de stage (< 6 mois)	Aucun Age ≥ 17 ans	CAP ou Equivalent Niveau V

3.3. Les accompagnements dispensés

Les PSD dispensent des accompagnements d'aide au quotidien : les soins personnels (se laver, s'habiller, manger), les déplacements intérieurs comme à l'extérieur du lieu de vie, le respect des droits, l'accès aux soins, la gestion du budget, les courses, la prise des médicaments, les tâches ménagères. D'autres types d'interventions sont parfois nécessaires dans certaines situations : l'accès aux soins peut nécessiter d'intervenir pour prendre des rendez-vous, accompagner physiquement la personne ou encore surveiller et organiser la prise du traitement pour s'assurer de la continuité des soins ; apporter un présence humaine et un soutien peut aussi signifier le fait de soutenir moralement, affectivement et socialement la personne ; l'aider dans les déplacements peut également signifier de créer des réseaux sociaux ou favoriser son intégration dans la cité ; enfin, pour rendre cette aide opérationnelle

l'aidant doit créer voire s'assurer des capacités de communication de la personne aidée et de son consentement. En résumé, le PSD a un rôle de grande vigilance, de soutien et d'acteur dans tout ce qui caractérise les conditions d'une bonne qualité de vie pour le résident.

Chaque accompagnement est consigné dans le projet personnalisé (ou individualisé ou d'accompagnement) du résident (Anesm, 2008) après avoir été élaboré par l'équipe pluridisciplinaire, le résident et son représentant légal. Le travail de l'équipe éducative est cadré par les nombreuses recommandations de bonnes pratiques en vigueur (Anesm, 2013a, 2013b, 2014; HAS, 2011; HAS & Anesm, 2017). Par la suite, l'équipe éducative, constituée des PSD, doit mettre en œuvre le projet individualisé, dans une cohésion d'équipe également recommandée. Bien qu'elle soit essentielle, la cohésion d'équipe est complexe à obtenir et à maintenir dans le temps, en raison des dynamiques parfois contre-productives dans cette recherche de cohésion : la qualité de vie des autres résidents du lieu de vie, les dynamiques de projets de service et de l'institution, la dynamique des familles et des représentants légaux dont le point de vue est parfois contraire et également les conflits interpersonnels entre collègues ou avec les supérieurs. Ainsi, plusieurs dynamiques rendent complexe ce travail de cohésion horizontale, entre PSD, résidents, familles et/ou tuteurs et vertical, c'est à dire sous l'autorité hiérarchique ou clinique d'autres professionnels de l'encadrement.

3.4. La formation au TSA des PSD

Les PSD n'ont pas été formés au TSA (troubles associés et prises en charge spécialisées) lors de leur formation initiale généraliste. Toutefois, pour accompagner les adultes avec un TSA-DI, une expertise, spécifique et générale à la fois, est nécessaire face à la multitude des besoins des résidents (HAS & Anesm, 2017). La capacité d'adaptation des PSD au contexte médicosocial et plus précisément à la co-occurrence du TSA et de la DI sont mises à rude épreuve. Le manque de réciprocité des adultes TSA-DI dans les interactions avec les professionnels et les comportements défis qui mettent en tension toute l'institution,

complexifient l'adaptation des PSD. Ainsi, leur adaptation professionnelle est un challenge quotidien qui fait d'eux une population avec des besoins spécifiques (Anesm, 2013a). Ce contexte défiant implique, chez cette population, un risque de burnout.

Dans ce contexte caractérisé par de hautes exigences professionnelles et de faibles ressources spécialisées, l'exposition à un stress chronique et ses conséquences sont un risque pour la santé des PSD en termes de burnout (Maslach & Leiter, 2008). La façon dont ils s'adaptent à ce contexte est une des clés de compréhension de la qualité de vie de tous, PSD et résidents.

Chapitre 2. Stress et stress professionnel

Ce chapitre a pour objectif de clarifier les notions de stress et de stress professionnel afin de cibler plus précisément la problématique spécifique des PSD et d'introduire la conception du burnout.

1. Le stress

1.1. Histoire et définition

Le mot stress, issu du latin, *stringere*, qui signifie « serrer ; étreindre », a d'abord été utilisé dans la langue anglaise puis française (Stora, 1993). Historiquement, la littérature du 17^{ème} et 18^{ème} siècle associe le stress à une conséquence émotionnelle qui est un état de détresse (*distress*) (Rivolier, 1989), puis à son agent causal (les situations aversives) qui produit une tension excessive (*strain*) (Stora, 1993). Au 19^{ème} siècle, le stress est donc un ensemble de termes qui évoque l'agent causal du stress (les situations aversives), une réaction de stress-strain (une tension excessive) et une conséquence de stress-distress (détresse).

Aujourd'hui, l'utilisation du mot stress est si courante que de façon quotidienne il est banal d'entendre : « C'est stressant », « Cela m'a stressé » ou bien « Je suis stressé ». Chacune de ces expressions revêt, respectivement, une signification différente du stress (cause, réaction et conséquence) et complémentaire pour comprendre ce phénomène lorsqu'il apparaît.

L'histoire du stress débute en 1936, par le Docteur Hans Selye, physiologiste canadien, qui décrit les réactions de l'organisme face à une agression, et définit le stress comme une réponse (réaction) non spécifique (toujours la même) de l'organisme à une demande (stresseur) (Selye, 1936). La conception du stress de Selye exclut les facteurs psychologiques qui pourraient influencer la réaction de l'organisme et restreint le stress à une réponse

physiologique (Stora, 1993). Le modèle de Selye est un modèle de type stimulus (stresseur)/réponse (réaction de stress) présenté dans le chapitre suivant.

En 1966, Lazarus contribue à l'évolution du concept de stress qu'il ne conçoit pas comme une simple relation de cause à effet mais comme un phénomène où les réactions de l'individu dépendent du contexte et de l'environnement (Lazarus, 1966). Le concept de coping vient alors définir l'ensemble des réactions de l'individu pour faire face à des situations stressantes (Lazarus, 1966). Le stress devient une expérience individuelle qui inclut les caractéristiques objectives des événements stressants ainsi que les processus cognitifs, émotionnels et comportementaux mis en jeu dans la relation entre l'individu et l'environnement (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus et Folkman définissent le stress comme une « *transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être* » (Lazarus & Folkman, 1984).

La définition du stress a été enrichie par l'étude de ses effets sur la santé notamment du lien entre le stress, l'immunité et la pathologie. Le stress, (les facteurs de stress et les réactions du stress), est un déterminant de la santé qui peut influencer l'évolution d'une maladie voire sa survenue (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994). Les modèles intégratifs permettent d'analyser les effets directs et indirects des différents facteurs en cause sur la santé des individus et sur des critères de santé plus précisément.

1.2. Le stress professionnel

Le stress au travail est un réel problème de santé qui concerne 22% des salariés européens, aux côtés des douleurs dorsales et des troubles musculo-squelettiques (INRS, 2009). Il est le premier risque psychosocial au travail dont la conséquence la plus sévère est le burnout (Légeron, 2008).

Nasse et Légeron (2008) évoque le stress au travail selon deux approches l'une « ergonomique » et l'autre « médicale ». L'approche ergonomique renvoie à une approche collective du travail et englobe les conditions de travail et l'approche médicale est axée sur la santé mentale de l'individu. Selon ces auteurs, les modèles de Karasek (1979) et de Siegrist (1996) décrits dans le chapitre suivant, s'inscrivent dans le courant « ergonomique » du stress au travail. Le stress est conséquent d'un déséquilibre dans l'activité professionnelle entre une forte demande associée à un faible contrôle (Karasek, 1979), et un effort important alors que la récompense est faible (Siegrist, 1996). Les approches individuelles, « médicales » quant à elles, renvoient aux modèles de Selye (1936) et Lazarus et Folkman (1984) qui mettent en évidence les processus d'adaptation biologique, physiologique et psychologique de l'individu.

Ainsi la définition du stress professionnel s'inscrit dans la lignée historique de celle du stress. Les facteurs de cause (stresseurs) et les facteurs d'effet (réactions) sont étroitement associés au contexte du travail et « *les situations pathogènes sont issues de plusieurs causes, à un moment donné, dans un contexte précis pour une personne en particulier* » (Sahler et al., 2007).

Un consensus se dégage à savoir la nécessité de prendre en compte l'environnement et l'individu pour comprendre le stress professionnel et sa conséquence, le burnout. Les différentes approches prises isolément conduisent à des interventions soit collectives soit individuelles, qui connaissent de nombreuses limites dont celle de manager au sein des entreprises des changements généralisés alors que la souffrance au travail, au travers de ses stresseurs et des réactions de stress des professionnels, est à analyser de façon individualisée à chaque environnement.

Par conséquent le choix du modèle d'analyse pour répondre à une problématique de recherche est central.

2. Evolution des modèles

2.1. Les modèles physiologiques et biologiques

Initialement, les travaux sur le stress étaient centrés sur les réactions du stress sur l'organisme des individus et ont donné naissance à des modèles de type stimulus (stresseurs) /réponse (réaction de stress).

En biologie, le stress est une réponse adaptative de l'organisme, stéréotypée, lorsque l'individu est menacé par des stresseurs ou stimuli menaçants (Inserm, 2011). Le stress vise à restaurer « l'homéostasie » c'est-à-dire l'équilibre interne (Cannon, 1935).

Dans le modèle de Selye, modèle physiologique, (Selye & Verdun, 1962), le stress est qualifié de Syndrome Général d'Adaptation (SGA) (Selye, 1936), et il est défini comme un mécanisme d'adaptation de l'organisme face à des stresseurs. Le SGA n'est pas spécifique aux individus et aux contextes. Il est provoqué par tous stimuli qui créent une réaction donc une modification de l'organisme (homéostasie) et il vise l'adaptation. En revanche, il s'inscrit également dans un système biologique avec des manifestations physiologiques (libération d'hormones dans le sang, augmentation de la tension artérielle...) (Fradin et al., 2006).

Hans Selye définit le SGA à travers 3 phases évolutives (Figure 1) :

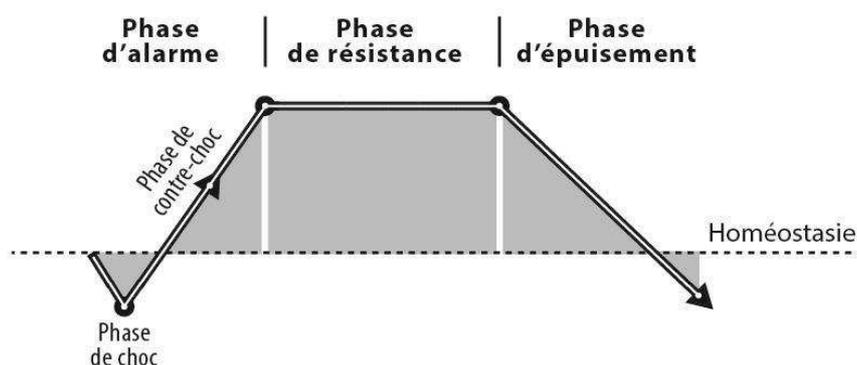
- 1^{ère} phase : La réaction d'alarme est une réaction à court terme. Elle correspond à une phase de choc, d'effraction, face au stresser inattendu puis une phase de contre choc, qui correspond à une première réaction d'adaptation pour restaurer l'homéostasie. Le cerveau analyse les informations et commande la libération d'Adrenaline, substance libérée dans le sang par les glandes surrénales, qui produit des manifestations physiologiques dont l'objectif est d'agir (Fradin et al., 2006). A ce stade, l'individu peut agir face à un stress aigu : affronter ou fuir.
- 2nd phase : la phase de résistance est une réaction à moyen terme qui peut durer des mois. Elle correspond à une adaptation totale et croissante qui mobilise toutes les

ressources de l'individu pour résister au cumul des stressseurs dans le temps. Cette phase correspond à un second système biologique qui se met en action pour tenir lorsque le stressseur perdure : le cerveau commande ici aux glandes surrénales de libérer des glucocorticoïdes qui sont des hormones qui augmentent le métabolisme de base de l'organisme dans l'objectif de tenir l'action dans la durée (Fradin et al., 2006). A ce stade, l'individu peut endurer un stress chronique.

- 3^{eme} phase : l'épuisement de l'organisme survient lorsque l'individu n'a plus les ressources suffisantes pour faire face aux agressions subies. Cette phase est associée à une dysrégulation des mécanismes physiologiques qui conduit à une altération de la santé de l'individu.

Ainsi, au travers de cette approche physiologique et biologique (Fradin et al., 2006; Selye, 1936) le mécanisme adaptatif met en évidence des réactions de stress physiologiques et hormonales non spécifiques. Selon le modèle de Selye, le processus de résistance pourrait représenter le processus du burnout, c'est à dire la capacité du professionnel à résister.

Figure 1. Le Syndrome Général d'Adaptation (SGA) selon le modèle de Selye (1936)



Toutefois, ce modèle peut être déclenché par des stressseurs très différents d'un point de vue psychologique et il ne fait pas de distinction entre des réactions physiologiques et

hormonales dues à un évènement mineur (ex : compétition sportive) ou bien un évènement d'un degré plus grave (ex : un accident).

2.2. Les modèles interactionnistes

Les modèles interactionnistes sont des modèles psychologiques qui permettent de quitter la relation causale du stress et de l'adaptation pour concevoir le stress comme une expérience qui suscite des réactions différentes selon les individus (Brangier et al., 2004). L'approche interactionniste du stress considère que ce sont à la fois les facteurs environnementaux et les caractéristiques personnelles des individus qui produisent du stress professionnel (Bruchon-Schweitzer, 2002; Neboit & Vézina, 2002).

Le modèle de Karasek (1979) «Demand – Control Model» (Demande-Autonomie) est un exemple de modèle interactionniste qui conçoit la tension perçue au travail comme la conséquence d'une incompatibilité entre les caractéristiques du travail (la demande psychologique ou charge de travail) et les caractéristiques personnelles des individus (l'autonomie décisionnelle ou ressources personnelles). En d'autres termes, le stress est le résultat d'une exposition à des demandes élevées et une autonomie décisionnelle faible qui à termes, a des conséquences sur la santé (Karasek, 1979). Le modèle de Karasek a été actualisé avec l'introduction d'une troisième dimension, le soutien social au travail qui correspond à l'ensemble des ressources sociales disponible au travail, venant des collègues et de la hiérarchie (Karasek & Theorell, 1990).

La conception interactionniste du stress professionnel ne permet pas de comprendre comment les individus s'adaptent au décalage entre demande et autonomie. La conceptualisation du stress reste limitée à des caractéristiques, de l'environnement et de l'individu, et ne prend pas en compte la perception, qu'elle soit stressante ou non, que fait l'individu de la situation (Lazarus & Folkman, 1984).

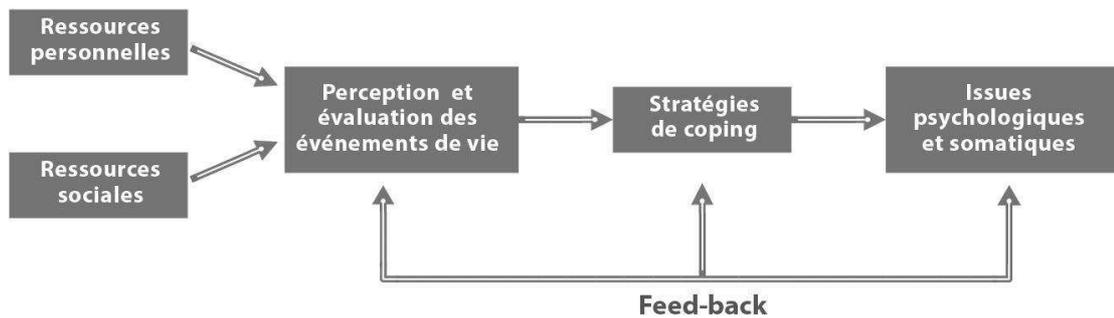
2.3. Les modèles transactionnels

2.3.1. Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman

Dans la conception transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) le stress est défini par une transaction entre la personne et l'environnement dans lequel se produit une situation, qui est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et mettant en danger son bien-être. Ce modèle décrit donc les efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux mis en œuvre par l'individu pour faire face à des situations stressantes. Les accompagnements des adultes TSA-DI, potentiellement évalués comme stressants, représentent dans notre étude les transactions entre les PSD et les résidents. Trois étapes caractérisent ces transactions (Figure 2) :

- L'évaluation primaire correspond au stress perçu, c'est-à-dire à la signification que l'individu donnera à un événement dont les caractéristiques peuvent être analysées comme une perte (corporelle, relationnelle, matérielle), une menace (de perte) ou un défi (accéder à un gain).
- L'évaluation secondaire correspond à l'analyse que fait l'individu des ressources qu'il a en sa possession et qu'il peut utiliser. De différentes natures, ces ressources sont des options de contrôle (contrôle perçu) et de soutien (soutien social perçu) jugées efficaces pour faire face à la situation stressante.
- L'adaptation de l'individu est la conséquence de ces deux évaluations et vise à réduire la valeur stressante de la situation au travers des stratégies d'ajustement ou de coping (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Figure 2. Modèle transactionnel selon Lazarus et Folkman (1984)



Ces processus d'évaluation et d'adaptation sont influencés, en amont des transactions, par les ressources personnelles et sociales de l'individu, et en aval, ils influenceront les conséquences psychologiques et somatiques sur la santé appelées les issues. Ces processus transactionnels modulent l'effet des variables sur les issues de santé (Bruchon-Schweitzer, 2002; Lazarus & Folkman, 1984). On observe une rétroaction (feed-back) des issues sur les évaluations primaire et secondaire, ainsi que sur les stratégies de coping utilisées par les individus (Bruchon-Schweitzer, 2002; Lazarus & Folkman, 1984). Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman connaît des limites car s'il met en avant les processus transactionnels, il néglige en revanche le rôle important des déterminants environnementaux et dispositionnels en relation avec la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Le modèle « Effort-Reward Imbalance » (Déséquilibre : Effort-Récompense) de Siegrist (1996) est un modèle transactionnel d'évaluation du stress professionnel. Ce modèle vise à évaluer la tension au travail, nocive pour la santé, par la mesure du rapport entre l'effort et la récompense (reconnaissance). Selon cette approche, le stress professionnel est défini en terme de déséquilibre entre l'effort intense perçu par le professionnel et une faible reconnaissance perçue au travail (Siegrist, 1996).

Ainsi les approches interactionnistes et transactionnelles du stress ont mis en évidence une définition multifactorielle du stress professionnel. Effectivement, le stress professionnel ne relève pas seulement de facteurs individuels, psychosociaux, environnementaux, et

transactionnels (perçus). Le stress est un phénomène dont les déterminants et les conséquences sur la santé sont difficiles à définir à priori.

A partir de ce constat, un modèle intégratif et multifactoriel a été élaboré afin de modéliser une approche exhaustive qui tient compte des précédentes approches (Bruchon-Schweitzer, 2002).

2.3.2. *Le modèle intégratif et multifactoriel*

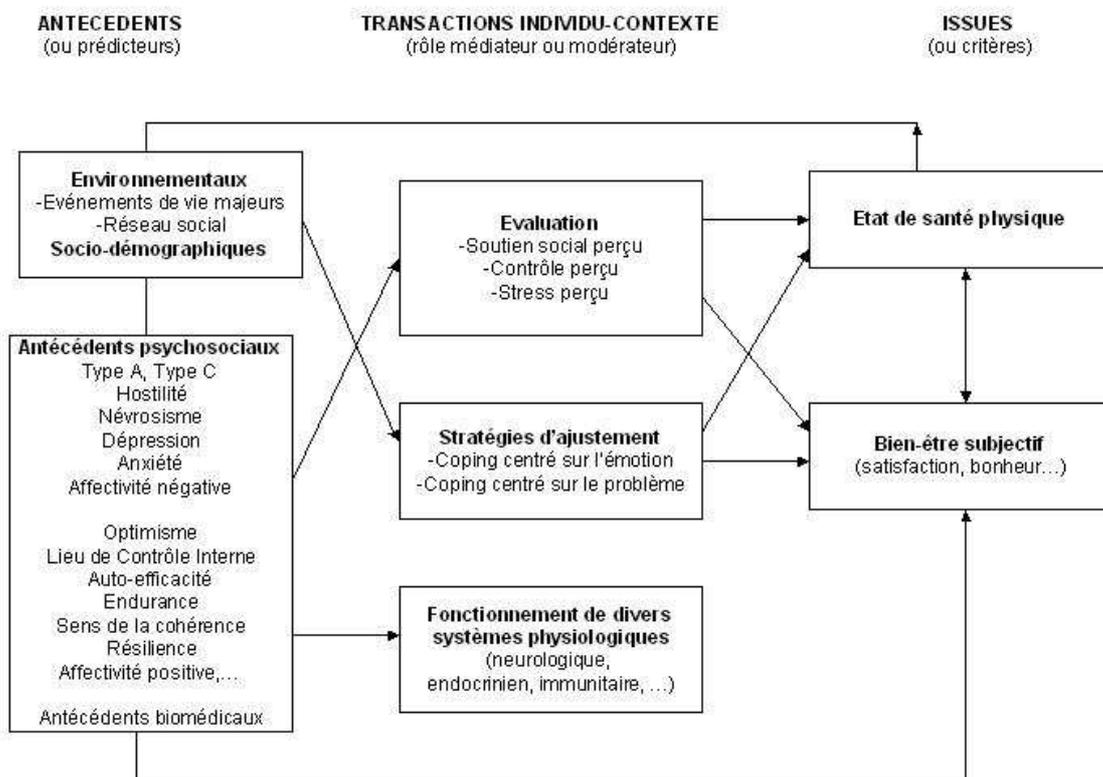
Le modèle intégratif et multifactoriel propose une articulation des différents facteurs prédicteurs (stresseurs) et transactionnels (évaluation et adaptation) pouvant avoir un effet sur les issues (les critères) de santé tel que le burnout (Bruchon-Schweitzer, 2002; Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994; Cappe et al., 2011; Cousson-Gélie et al., 2011). Ce modèle relève du champ de la psychologie de la santé qui est une discipline récente (officialisée en Europe en 1986), et qui étudie «*les facteurs et processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution* » (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 1994). La psychologie de la santé s'inscrit dans une perspective qui intègre les modèles antérieurs pour fonder un modèle systémique, multifactoriel et transactionnel, au sein duquel un ensemble de variables peuvent être prises en compte mais non plus, de façon isolée (Figure 3) :

- Les antécédents (ou prédicteurs) sont les caractéristiques environnementales, sociodémographiques, ainsi que les caractéristiques stables de la personnalité, présentes antérieurement à la transaction stressante. Les antécédents sont des prédicteurs du critère de santé à prédire.
- Les transactions (ou interactions) entre l'individu et le contexte sont expliquées par leur rôle médiateur (ou modérateur). Il s'agit de l'évaluation que fait l'individu de la transaction, des stratégies de coping qu'il utilise pour y faire face et des réactions

physiologiques déclenchées. Ces variables modifient la relation entre les antécédents et les issues de santé.

- Les issues (ou critères) sont les différents états physiques, émotionnels ou psychologiques à prédire, pouvant être influencés par les prédicteurs et modulés par les médiateurs.

Figure 3. Modèle intégratif en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002)



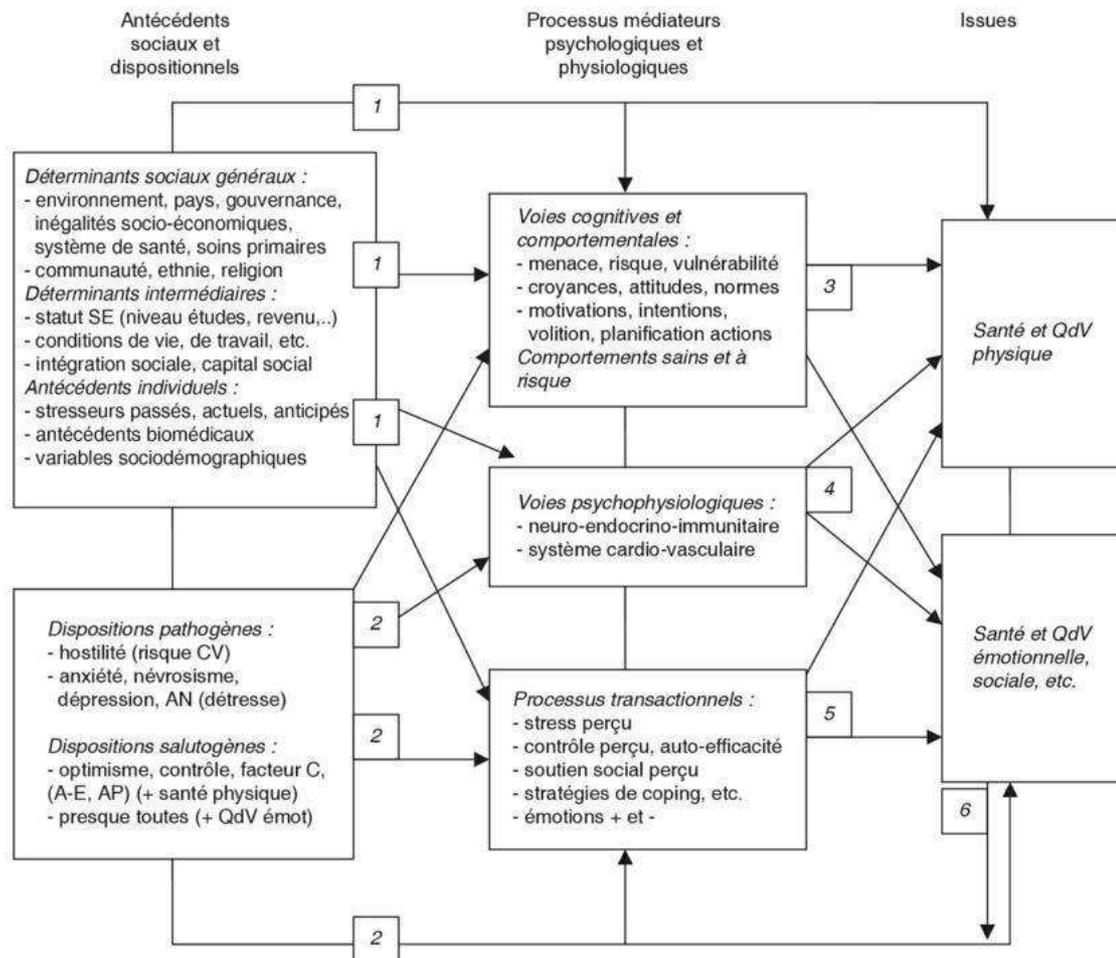
Ce modèle a évolué grâce à une actualisation des connaissances internationales sur le stress et le coping pour donner naissance au modèle Transactionnel Intégratif et Multifactoriel - TIM (Figure 4) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Cette actualisation du modèle intègre des variables sociocognitives et permet ainsi de spécifier plus précisément les

caractéristiques de la population et de l'environnement de l'étude ainsi que de choisir les processus médiateurs retenus pour tester les hypothèses. Il propose les modifications suivantes par rapport au modèle précédent :

- Les déterminants sociaux de la santé généraux (l'environnement, le pays, la gouvernance, les inégalités socioéconomiques, le système de santé et de soins, la communauté, l'ethnie, la religion), les déterminants intermédiaires (le niveau d'étude et de revenu, les conditions de vie et de travail, l'intégration sociale et le capital social) et les antécédents individuels, (les stressors passés, actuels ou anticipés, les antécédents biomédicaux, sociodémographiques). Les variables dispositionnelles sont maintenues, certaines pathogènes et d'autres salutogènes.
- Les processus médiateurs ont été complétés par les comportements sains et à risque, et par les voies cognitives et comportementales comprenant :
 - les croyances, attitudes, normes en lien avec les comportements de santé
 - l'évaluation de la menace, du risque et de la vulnérabilité
 - les motivations, intentions ou encore planifications d'actions

Les critères de santé restent des états à prédire, caractéristiques de la qualité de vie, physique, psychologique et sociale (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Figure 4. Modèle Transaction Intégratif et Multifactoriel-TIM (Bruchon-Schweitzer & Boujut 2014)



Dès lors, qu'il s'agit d'étudier la façon dont les individus s'ajustent à des situations et contextes spécifiques, les effets d'interactions entre l'individu et son environnement complexifient les effets de transaction. De ce fait, ce modèle intègre la complexité des processus et phénomènes qui déterminent la santé et il nous paraît pertinent pour comprendre les déterminants du processus du burnout chez les PSD d'adultes TSA-DI. Le chapitre suivant présente donc les facteurs explicatifs du burnout selon le modèle (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Chapitre 3. Le syndrome professionnel du burnout

Le terme anglophone de burnout est traduit, en Français par celui d'épuisement professionnel. Nous utiliserons le terme de burnout pour éviter toute confusion liée au terme d'épuisement.

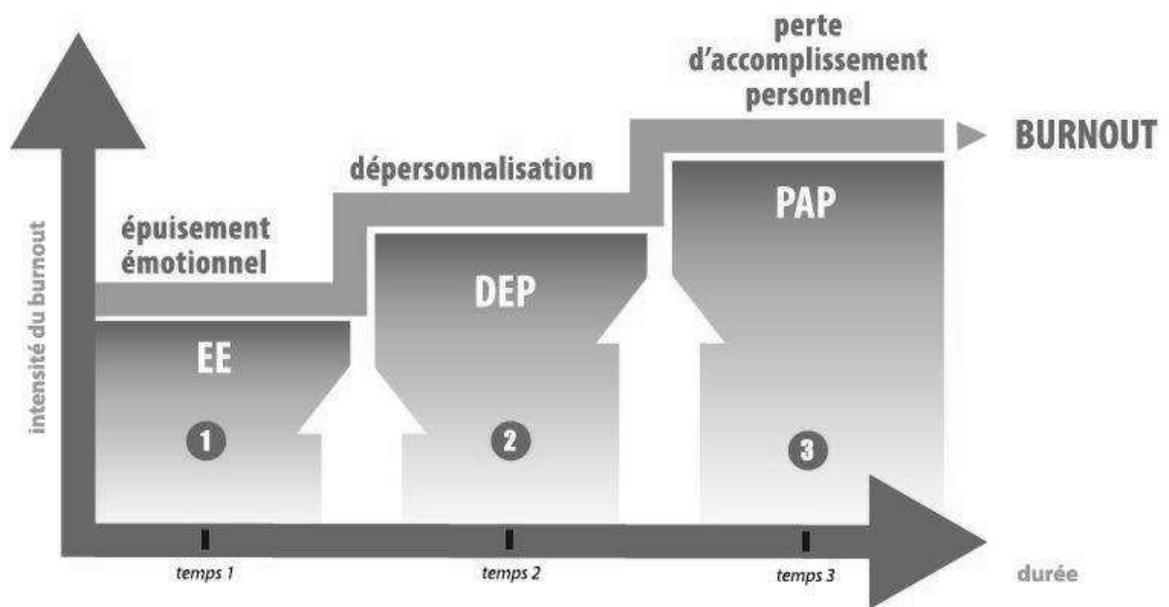
1. Histoire, définition et modèle du burnout

L'origine de la description clinique du syndrome du burnout et de sa conceptualisation, appartient dès 1974 au psychiatre américain Herbert J. Freudenberger et dans les années qui ont suivi à la psychologue Christina Maslach. Ils repèrent que les situations de travail émotionnellement exigeantes, comme celles vécues par les professionnels d'aide et de soins, sont à risque d'un épuisement intense, multidimensionnel et complexe dans la façon dont il s'installe (Freudenberger, 1974; Maslach & Jackson, 1981). Plus précisément, lorsque le professionnel est dans un état d'épuisement chronique, lorsqu'il devient cynique et se détache de son travail et lorsqu'il ressent une inefficacité grandissante dans son travail, il est menacé d'être en burnout (Maslach & Leiter, 1997). L'expression clinique du burnout est caractérisée par trois dimensions qui évoluent par stade (Maslach & Jackson, 1981) : l'Épuisement Emotionnel (EE), la Dépersonnalisation (DEP) et un Accomplissement Personnel (AP) réduit ou une Perte d'Accomplissement Personnel (PAP). Dans sa forme complète le burnout correspond à un niveau de sévérité élevé dans chacune des trois dimensions (HAS, 2017; Maslach et al., 1996). Le modèle tridimensionnel est représenté Figure 5.

Ainsi le burnout est un syndrome clinique d'épuisement général mais pas seulement. Il est également un processus de dégradation du rapport subjectif au travail, appréhendé au travers des trois dimensions (EE, DEP, AP/PAP). Ce processus est la conséquence d'une exposition prolongée et chronique à des stresseurs professionnels (Maslach et al., 2001) qui provoque en retour une altération des capacités d'adaptation des professionnels au stress

chronique (Innstrand et al., 2004). De ce fait, la qualité des soins et du service est également impactée par ce processus (Maslach & Jackson, 1981). A partir du modèle tridimensionnel du burnout, le Maslach Burnout Inventory (MBI) a été construit pour évaluer les trois dimensions du burnout chez les professionnels d'aide et de soins (Maslach et al., 1996).

Figure 5. Les trois étapes du processus temporel du burnout selon le modèle de Maslach et Jackson (1981)



2. Les dimensions du burnout

La description des trois dimensions du burnout qui suit est celle de Maslach et Leiter (1981) qui définissent l'EE, la DEP et la PAP respectivement comme une érosion de l'engagement, une érosion des émotions et des sentiments et une érosion de l'adéquation entre la personne et son travail (Maslach & Leiter, 2016a).

2.1. *Épuisement émotionnel – EE*

L'EE est la première réponse donnée par le professionnel consécutive au stress chronique auquel il est exposé. L'EE succède à l'énergie que le professionnel avait : il se sent à la fois épuisé et vidé de ses ressources sans pour autant pouvoir restaurer l'énergie perdue

en se reposant et se ressourçant. Cette fatigue est dite chronique car elle ne se résorbe pas avec du repos. Le manque d'énergie physique et psychique pour faire face à la situation de travail s'étend à tout autre projet. Débute un déséquilibre chronique entre la personne et ce qu'elle doit faire. A ce stade, l'érosion de l'engagement du professionnel débute le processus du burnout.

2.2. Dépersonnalisation – DEP

La DEP est la seconde étape du burnout en réaction à l'EE. Le professionnel, auparavant impliqué mais épuisé, devient alors cynique, négatif et semble indifférent aux personnes avec qui il travaille. Le professionnel crée une distance et a une vision déshumanisée des usagers de son service. Cette attitude le protège de l'EE qui transite par sa relation à l'utilisateur. Toutefois, la froideur relationnelle du professionnel, dans ce contexte interpersonnel, est inadaptée et finit par nuire au bien-être du professionnel. A ce stade l'érosion des sentiments positifs, qui étaient liés à l'épanouissement du professionnel dans son travail, laisse la place à des sentiments négatifs comme l'anxiété et la colère.

2.3. La perte d'accomplissement personnel – PAP

La PAP est la dernière étape du processus du burnout en réaction à une atteinte personnelle et douloureuse du sentiment d'efficacité du professionnel (Maslach et al., 2001). L'humeur du professionnel devient déprimée. Le sentiment d'inefficacité conduit le professionnel à une perte de confiance en soi, tant dans son travail effectué que dans ses nouveaux projets à réaliser. Ici, le professionnel fait face à l'érosion de l'adéquation qu'il a connue entre lui et son travail.

3. Prévalence du burnout

Selon le modèle de Maslach, certaines études rapportent une prévalence du burnout de 1 à 5% chez les médecins en France (Dusmesnil et al., 2009; HAS, 2017) et de 4% chez des

professionnels accompagnants des adultes avec DI dans l'est de l'Angleterre (Clare et al., 2017). Toutefois, l'interprétation du burnout diffère selon les études et les critères retenus. Les résultats peuvent être interprétés avec un score global de burnout (Ahola et al., 2008) ou bien par dimension (EE, DEP et AP) selon les recommandations des auteurs du MBI (Maslach et al., 1996). Certains auteurs considèrent un risque d'être ou de développer un burnout dès qu'une des trois dimensions a un niveau élevé (Hensel et al., 2012) voire dès que l'EE est élevé (O'Connor et al., 2018) considérant l'EE comme un indicateur central de burnout du fait de son lien avec les stressseurs professionnels (Kumar et al., 2011). Les scores aux trois dimensions du burnout sont également comparés à d'autres études de populations similaires, ce qui permet d'appréhender une prévalence par catégorie socioprofessionnelle, et de rechercher les facteurs de risque du burnout spécifiques à l'environnement (Chung & Harding, 2009; Mutkins et al., 2011). Enfin, le burnout peut également être considéré comme une stratégie d'adaptation pour se protéger des exigences du travail en ayant recours à un retrait émotionnel et relationnel (Maslach & Leiter, 2016a; Rotstein et al., 2019). Au final, le burnout n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications diagnostiques (DSM5, CMI10) et il ne fait pas l'objet d'un diagnostic clinique dichotomique (Vincent et al., 2019) car il n'existe pas de seuil permettant de poser un diagnostic (Truchot, 2004). Le MBI a été conçu à des fins de recherche et il est l'outil d'évaluation le plus utilisé dans le monde pour évaluer le burnout (HAS, 2017). Par ailleurs le MBI a démontré sa validité et sa fiabilité pour évaluer le burnout des professionnels de soins et de soutien travaillant dans des services avec une DI (Chao et al., 2011; Hastings et al., 2004).

4. Facteurs de risque du burnout par catégories socioprofessionnelles

Les facteurs de risque du burnout ont été largement étudiés dans des contextes professionnels différents et donc chez des populations différentes. En raison des rares données issues de la littérature sur le burnout des professionnels de soutien direct d'adultes

TSA-DI, vieillissant en institution médicosociale, il nous semble pertinent de présenter les données portées à notre connaissance sur le burnout des professionnels qui se rapprochent de notre population d'étude : les professionnels de santé, les professionnels de l'enseignement d'enfants TSA et les professionnels de soutien direct d'adultes avec une DI.

4.1. Professionnels de santé

Les études sur le burnout des professionnels soignants et de santé renvoient à des réalités de travail différentes en termes de statut et de salaire, d'environnement et de condition de travail (libéral, sanitaire, secteur privé/public). Toutefois la façon dont ces professionnels font face aux exigences émotionnelles liées aux soins de leurs patients est pertinente pour comprendre les mécanismes en jeu dans l'adaptation au stress professionnel des PSD d'adultes TSA-DI.

4.1.1. Médecins et internes

Une étude sur la prévalence et les déterminants du burnout des médecins généralistes de ville de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur fait état d'un syndrome complet de burnout chez 1% (n = 511) de la population d'étude ; 25% des médecins ne présentaient aucun score élevé dans les trois dimensions du burnout (Dusmesnil et al., 2009), ce qui signifie que malgré tout 74% des médecins tentent de s'adapter au stress professionnel de façon plus au moins fonctionnelle. Par ailleurs, une autre étude française sur le burnout des médecins montre une prévalence du burnout complet de 5% (n = 306) (Cathébras et al., 2004). En revanche, dans ces études, l'AP est préservé (faible PAP ou AP élevé) et les facteurs de stress impliqués dans le burnout des médecins sont organisationnels (charge de travail), administratifs (fortes exigences mentales) et relationnels (remise en cause des médecins et de leurs diagnostics). La sévérité des pathologies et des prises en charge, de type fin de vie, ne semble pas impacter le burnout des médecins (HAS, 2017).

Une étude sur le burnout chez des internes de différents services montre une prévalence du burnout complet de 6,5% (n = 4050) et des facteurs associés au burnout tel que la charge de travail et ses conséquences en termes de vie privée, le manque de reconnaissance du travail des internes et le travail dans les services d'urgence (Galam et al., 2013).

Les conditions de travail spécifique au statut des professionnels jouent un rôle principal dans le développement du burnout. Toutefois la clinique de ces professionnels de santé n'est pas un facteur explicatif de leur burnout.

4.1.2. Psychiatres et professionnels en santé mentale

De façon générale, les résultats d'une méta-analyse rapportent que les psychiatres ont un risque élevé de burnout, caractérisé par des niveaux élevés d'EE et des niveaux moyens de DEP et PAP (Rotstein et al., 2019). Les études européennes (Bressi et al., 2009; Prosser et al., 1999) suggèrent que les psychiatres et les professionnels en santé mentale sont plus à risque de burnout (scores plus élevés d'EE et de DEP) comparé à d'autres professionnels de soins généraux. Toutefois, des résultats positifs montrent qu'une forte implication émotionnelle des psychiatres associée à des attentes idéalistes, apportent une satisfaction professionnelle qui a un effet protecteur sur le burnout (Bressi et al., 2009). Il est intéressant de constater dans une étude nationale néo-zélandaise (Kumar et al., 2007) que la DEP, l'AP et la satisfaction au travail des psychiatres sont préservés, malgré un EE élevé. Ainsi, selon le modèle du burnout (Maslach et al., 1996) et bien que ces psychiatres soient affectés émotionnellement (EE élevé), la qualité de la relation avec leurs patients reste positive (DEP bas) et leur apporte tout de même une satisfaction professionnelle et un sentiment d'efficacité (AP élevé). Toutefois, les sentiments positifs d'épanouissement personnel au travail, comme le sentiment d'efficacité, peuvent produire du stress et de la frustration face à des pathologies sévères et chroniques qui confrontent les professionnels de santé à des échecs thérapeutiques (Bressi et al., 2009). Les traitements que les psychiatres décident n'apportent pas toujours les effets

thérapeutiques escomptés ce qui les expose à des remises en cause de la part des équipes, des patients et des familles et donc à un EE (Maslach & Leiter, 2016b).

Un autre résultat positif issu d'une étude longitudinale en milieu institutionnel, révèle que les professionnels des équipes en santé mentale (psychiatres, infirmiers et soignants) ont des niveaux de burnout, de santé générale et de satisfaction au travail stables dans le temps (Prosser et al., 1999). En revanche, travailler dans un environnement communautaire serait plus stressant que de travailler dans un environnement hospitalier (Prosser et al., 1996, 1999). Ces résultats suggèrent que les environnements communautaires pourraient exposer davantage les professionnels à des stressseurs spécifiques et que le syndrome du burnout ne s'aggraverait pas forcément dans le temps.

Concernant plus précisément le stress, le coping et le burnout chez des infirmiers en santé mentale (Fagin et al., 1996), il semblerait que les principaux facteurs de stress soient liés à la pénurie du personnel, aux changements dans les services de santé et l'absence d'information concernant ces changements permettant de les anticiper ainsi qu'un mauvais moral. Les infirmiers qui avaient des scores de stress les plus élevés, avaient des scores les plus faibles en termes de capacités d'adaptation (coping) comprenant des conduites addictives plus élevées et des scores au MBI révélant un burnout plus élevé.

Ainsi, il semblerait que les psychiatres s'adaptent à l'EE causé par leur travail, ce qui préserve leur plaisir dans l'exercice de leur métier et maintient leur engagement professionnel (Kumar et al., 2007). Toutefois, les professionnels réagissent aux stressseurs selon le contexte dans lequel ils doivent gérer le stress et le contexte interpersonnel des soins est différent lorsqu'on est médecin, psychiatre et infirmier. L'ajustement de la relation au patient, en situation d'EE élevé, pour maintenir une qualité des soins, pourrait être plus difficile à obtenir pour les infirmières que pour les médecins et plus généralement pour les professionnels de soins directs. Egalement, le contexte environnemental, antérieur à la situation de stress, est

constitué de stressseurs chroniques spécifiques au statut du professionnel et pour lesquels l'adaptation est quotidienne : la mauvaise reconnaissance (récompense) des internes malgré le poids de la charge de travail, le travail en libéral qui augmente la charge administrative des médecins, la détresse des infirmiers en raison de moyens insuffisants.

Ces résultats confortent l'intérêt de réinterroger, pour chaque population d'étude spécifique, la façon dont les professionnels s'adaptent aux stressseurs environnementaux lorsque la population et les transactions sont homogènes.

4.2. Professionnels de l'éducation spécialisée d'enfants TSA

Certaines études portent sur les enseignants, tuteurs ou thérapeutes ABA (applied behaviour analysis) c'est-à-dire des professionnels en analyse comportementale appliquée, travaillant dans des contextes d'éducation structurée avec des enfants TSA dans une dualité et proximité d'une durée importante (Hurt et al., 2013; Jennett et al., 2003; Kelly et al., 2007). Dans ce cadre, les professionnels ABA sont exposés au stress professionnel, à des niveaux élevés de burnout, à une faible satisfaction au travail et à des changements de travail plus fréquents qui nuisent à la qualité des prises en charge (Hurt et al., 2013). Une étude montre qu'ils manifestent des attitudes implicites négatives avec leurs élèves TSA comparé aux enfants avec un développement typique (Kelly et al., 2007). Toutefois, ils auraient des niveaux de burnout faibles et un AP élevé que seul l'engagement prédirait (Jennett et al., 2003).

Une étude s'intéresse à l'inclusion des élèves avec TSA dans les écoles comme une source de stress pour les enseignants et compare les expériences des enseignants dans différents environnements de classe (unité et établissement spécialisé, classe d'école classique) (Boujut et al., 2016). Les résultats mettent en avant un vécu de stress et un ajustement à risque de burnout (EE, DEP et PAP) général, avec toutefois un meilleur ajustement au stress sur la dimension d'EE du burnout, concernant les enseignants travaillant

dans des écoles et classes spécialisées par rapport aux enseignants accueillant des enfants TSA dans des classes non spécifiques.

Ces études sur le burnout des professionnels de l'éducation spécialisée montrent l'importance de la formation, l'expérience et le contexte de travail spécialisés au TSA et plus encore l'importance de l'acculturation des professionnels au champ du TSA comme les études des professionnels engagés dans une approche ABA le suggèrent. Toutefois si l'intérêt de ces professionnels pour le TSA (l'engagement) prédit un faible burnout, leur adaptation au stress professionnel les conduit malgré tout vers un syndrome du burnout et des changements de travail symptomatiques (Hurt et al., 2013).

4.3. Professionnels de soutien direct (PSD) d'adultes avec DI

Lorsque nous mettons un focus sur le burnout des PSD travaillant dans des services à la personne avec DI, nous constatons qu'il s'agit moins d'évaluer et d'établir la prévalence du burnout que de comprendre le phénomène du burnout chez ces professionnels dans leur rôle d'aidant. Effectivement les différences méthodologiques des études et d'interprétation des scores du burnout amène à des résultats que l'on ne peut pas toujours comparer (Skirrow & Hatton, 2007).

Dans une revue systématique sur le burnout des professionnels de la relation d'aide auprès de personnes avec DI, les auteurs soulignent que cette population présente un risque de burnout bien qu'il soit légèrement inférieur comparé à d'autres catégories socioprofessionnelles et qu'il tende à diminuer depuis 20 ans (O'Connor et al., 2018; Skirrow & Hatton, 2007). Une étude japonaise, faite dans un échantillon important (n = 3774) de professionnels (Ito et al., 1999) montre qu'en revanche, au sein d'un même établissement, les risques de burnout sont plus élevés chez les professionnels de la relation d'aide et de soins directs, que pour les autres professionnels d'un établissement (directeurs d'établissement, cadres intermédiaires, ...). Ces résultats sont corroborés par l'étude de Lin et Lin (2013) qui

observe un burnout significatif lorsque ces professionnels travaillent spécifiquement avec des personnes avec une DI et un trouble du développement associé.

En résumé, ces études au sein de différentes catégories professionnelles suggèrent que la gestion du stress pourrait être différente chez les professionnels d'aide et de soins directs qui vivent des expériences d'aide et de soins différentes selon leur métier et qui vivent également des expériences différentes selon leur statut et leur place dans l'organigramme. Par ailleurs, si l'EE est fréquent, et lié directement aux exigences émotionnelles avec l'utilisateur du service, il ne conduit pas forcément à un burnout complet dans le temps (Prosser et al., 1999). Les liens sont complexes à établir entre les effets des facteurs contextuels du travail (sociodémographiques, organisationnels, statut) et les facteurs psychologiques (comment le professionnel s'adapte lorsqu'il est en situation de stress) sur les dimensions du burnout. La compréhension des effets directs ou indirects de chacun de ces facteurs explicatifs sur le burnout des PSD mérite d'être appréhendée selon un modèle explicatif.

5. Choix du modèle d'analyse

Le burnout est un syndrome et un processus que nous ne sommes pas en mesure de diagnostiquer : les trois dimensions qui le constituent sont indépendantes et ne peuvent être additionnées pour donner un score global de burnout et le MBI ne propose pas de cut-off permettant de poser un diagnostic (ANM, 2016). Les nosographies médicales ne mentionnent pas le burnout et apparentent la symptomatologie du burnout « soit à un trouble de l'adaptation, soit à un état de stress post-traumatique, soit à un état dépressif. » (HAS, 2017). Ainsi les praticiens peuvent décrire un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte d'accomplissement personnel chez les professionnels et associer ces états à un diagnostic différentiel de trouble de stress post traumatique, trouble de l'adaptation et dépression. C'est l'analyse clinique de ces symptômes, dans le temps et

l'espace (environnement travail), qui évoque un syndrome de burnout. Effectivement, le burnout est un processus qui dépend d'un ensemble de facteurs, qui fluctuent eux même dans le temps. Ainsi, l'aspect longitudinal de la recherche sur le burnout pourrait répondre à une meilleure connaissance du processus dans le temps, à condition de pouvoir contrôler la fluctuation des facteurs de stress. Toutefois, il existe des problématiques spécifiques à chaque étape du processus du burnout qui nécessitent des pistes d'intervention à court terme. Le burnout évolue de concert avec les phénomènes de stress et de coping ce qui oriente l'étude du burnout vers la promotion et la prévention de la santé des professionnels : comprendre comment les PSD font face au stress professionnel permet de comprendre leurs types de besoins en soutien.

Dans ce contexte clinique, la psychologie de la santé, qui est transdisciplinaire, concourt au même objectif, le bien-être de la personne et les implications sur l'environnement de la personne qui en découlent. La promotion et la prévention de la santé sont également les missions de cette discipline car l'altération de la santé est un processus en étape où les tentatives des individus pour s'ajuster aux perturbations de leur environnement est crucial à comprendre, et cela à chaque étape du processus en jeu dans la santé. Le syndrome du burnout est un critère général de santé professionnelle qui se décline en trois critères à prédire : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement personnel. Ces critères s'articulent entre eux pour constituer un processus qui s'altère par étape, et l'ajustement des professionnels rend ce processus réversible. Dans ce contexte le modèle TIM¹ est un modèle particulièrement pertinent pour analyser le burnout des PSD d'adultes TSA-DI car il contribue à identifier les critères de santé à prédire (les trois dimensions du burnout) et les facteurs et processus explicatifs de ces critères de santé.

¹ Modèle TIM, Transactionnel Intégratif et Multifactoriel

Chapitre 4. Approche du burnout en psychologie de la santé

Ce chapitre présente la littérature scientifique concernant les antécédents et les processus transactionnels qui déterminent les trois dimensions du burnout des professionnels qui se rapprochent le plus de notre population d'étude de professionnels de soutien et de soins direct d'adultes TSA-DI.

1. Les antécédents

1.1. Antécédents sociodémographiques

Les résultats des effets des antécédents sociodémographiques sur les trois dimensions du burnout des professionnels de soins et d'aide ne permettent pas d'avoir un consensus (O'Connor et al., 2018; Skirrow & Hatton, 2007) en raison, de l'hétérogénéité des études en termes de taille de l'échantillon, des différences de statuts professionnels et de la méthodologie utilisée.

1.1.1. Variables individuelles : Age et genre

Une étude transversale nationale a exploré la relation entre trois tranches d'âge (jeune, milieu de vie, vieillissant), le sexe et le burnout dans un échantillon représentatif d'employés finlandais (Ahola et al., 2008). Les auteurs trouvent un effet de l'âge sur le burnout différent selon les sexes : les femmes dans une tranche d'âge « vieillissant » sont plus à risque de burnout contrairement à la tranche « jeune » ; la tranche du « milieu de vie » serait moins altérée. En revanche les hommes dans une tranche d'âge du « milieu de vie » seraient plus à risque de burnout contrairement à ceux appartenant à la tranche «jeune » et « vieillissant ». Toutefois seule une étude de cohorte longitudinale permettrait d'évaluer le développement du burnout et ses effets d'interactions avec le vieillissement des professionnels au cours de leur carrière (Ahola et al., 2008).

Concernant les professionnels de soutien des services d'utilisateurs avec une DI, il semblerait que l'âge et le sexe n'ont globalement pas d'effet sur le burnout des professionnels (Chung & Harding, 2009; Devereux et al., 2009; Hastings & Brown, 2002; Mascha, 2007; Shaddock et al., 1998).

Concernant le sexe, des études montrent que les hommes seraient plus à risque d'EE (Kowalski et al., 2010) et de DEP (Mitchell & Hastings, 2001; Mutkins et al., 2011).

Concernant l'âge, ces résultats suggèrent que le poids de l'âge pourrait être compensé par d'autres variables comme par exemple l'ancienneté, la formation et l'expérience. Inversement, ces mêmes atouts liés à l'âge (plus le professionnel est âgé plus il est formé et expérimenté) pourraient être annulés par le poids d'autres facteurs de risques liés à l'âge également, comme par exemple les facteurs organisationnels : plus le professionnel est âgé, formé et expérimenté et plus il a été exposé à des facteurs de risque contextuels. Ainsi d'autres antécédents propres à l'environnement du travail pourraient être associés à l'âge et le sexe et expliquer ces résultats peu probants concernant l'âge.

1.1.2. Situation familiale

La situation familiale des professionnels travaillant dans des services communautaires n'est pas une variable associée positivement à la mesure des transactions stressantes avec les résidents DI (Hensel et al., 2012) et n'est pas également associée aux mesures du burnout (Chung & Harding, 2009; Lin & Lin, 2013). Aucune relation n'a été trouvée entre le burnout et la durée du mariage (Shaddock et al., 1998).

En revanche, les personnes divorcées ont des scores de burnout significativement plus élevés que les personnes veuves qui ont les scores les plus bas (Shaddock et al., 1998) et les personnes célibataires éprouvent un sentiment de dépersonnalisation (DEP) supérieur aux professionnels mariés et divorcés (Mascha, 2007).

1.1.3. Ancienneté, formations et expériences professionnelles

Certaines études n'ont montré aucun effet de la formation spécialisée et de l'ancienneté dans les services de DI sur les niveaux de burnout (Chung & Harding, 2009; Devereux et al., 2009; Hastings & Brown, 2002; Lin & Lin, 2013; Mascha, 2007). Toutefois le type et le nombre d'heures de ces formations ne sont pas spécifiés, ce qui ne permet donc pas d'analyser leur pertinence. En revanche, l'ancienneté des médecins a un effet direct négatif seulement sur la distanciation avec l'utilisateur (DEP) (Koleck et al., 2000) ce qui suggère que la compétence acquise au fil du temps facilite une meilleure distance avec les patients. A l'opposé, les années d'expériences des professionnels de soins sont positivement corrélées à l'EE et la DEP (Chung et al., 1996) et le sentiment de manquer de formations complémentaires serait associées à l'EE et la DEP, mais seulement pour les professionnels hospitaliers et non pour ceux travaillant dans des environnements communautaires (Chung & Corbett, 1998).

Nous retrouvons probablement les effets d'interactions entre l'âge, l'ancienneté d'expérience et les facteurs de stress spécifiques à chaque corps de métier. Effectivement, l'ancienneté d'expérience des médecins pourraient correspondre à un gain d'autonomie décisionnelle et de contrôle sur le travail qui a un effet positif alors que les professionnels de soins en milieux hospitaliers ne compensent peut être pas avec l'âge et l'ancienneté d'expérience les effets négatifs de stress non contrôlables à termes.

1.1.4. Satisfaction au travail et personnalité

D'autres facteurs contribuent au burnout des PSD et ont également été étudiés (Hensel et al, 2012 ; Hatton et al, 1999). Les caractéristiques des PSD comme leur satisfaction dans leur travail et dans leur vie en général sont associées à un faible burnout et le conflit entre le travail et la vie privée est un facteur de risque psychosocial important (Kozak et al., 2013). Ces résultats ouvrent des perspectives concernant l'amélioration des conditions de vie au

travail et du management, centrée sur la satisfaction et le bien être des professionnels. Une étude sur la promotion en Europe de la santé et de la satisfaction des soignants au travail (PRESST) montre que l'insatisfaction des professionnels, liée à la qualité des soins dispensés, est un déterminant de l'intention de quitter son travail (Estryn-Béhar, 2008; Jasseron et al., 2006). Toutefois les effets d'interaction entre les variables amènent à la prudence dans l'interprétation de relations causales entre le burnout et le bien-être physique et psychologique des professionnels. En effet le burnout pourrait également être causé par une mauvaise santé (Kozak et al., 2013).

Certains traits de personnalité (névrosisme, gentillesse et extraversion) jouent un rôle également dans la perception stressante des comportements difficiles des résidents avec DI et prédisent le burnout (EE et PAP) (Chung & Harding, 2009).

1.2 Antécédents professionnels

1.2.1. Organisation du travail

Les facteurs organisationnels ou contextuels liés aux conditions de travail des PSD d'adultes DI sont un levier principal pour réduire le processus du burnout (Clare et al., 2017; Skirrow & Hatton, 2007). Il existe six facteurs de risque organisationnels reflétant les conditions de travail liées à l'emploi : le surmenage, le manque de contrôle, le manque de récompenses (dont le salaire), la dégradation de l'esprit de groupe, l'absence d'équité et les valeurs conflictuelles (Maslach & Leiter, 1997, 2016a).

Concernant le surmenage que l'on peut assimiler aux heures travaillées ou à la charge de travail, de fortes relations significatives avec le burnout ne sont pas établies pour certains auteurs (Koleck et al., 2000; Mitchell & Hastings, 2001; Shaddock et al., 1998). Toutefois, une étude montre une association positive entre les heures travaillées et la DEP (Chung & Corbett, 1998) et un effet prédictif de la charge de travail sur l'EE (Kowalski et al., 2010).

La faible latitude de prise de décision (manque de contrôle) des professionnels prédit l'EE (Kowalski et al., 2010), alors que l'autonomie de travail et la capacité d'influencer les décisions liées au travail sont associées à un faible burnout et un niveau élevé d'AP (O'Connor et al., 2018).

Le sentiment de donner plus que de recevoir et d'être faiblement récompensé est associé à l'EE, (van Dierendonck et al., 2001) et le sentiment d'être valorisé augmente l'AP (Chung et al., 1996). Les récompenses (financières et sociales) sont étroitement liées aux cadres de directions (managers, supérieurs, encadrements) qui ont le pouvoir de valoriser et de récompenser les professionnels. Toutefois les relations conflictuelles avec les supérieurs amènent les professionnels à manquer du soutien de leurs managers, et ce sentiment est associé à l'EE et la DEP (Chung et al., 1996). Par ailleurs, il semblerait que la perte d'accomplissement personnel (PAP) reflète plutôt les conflits d'équipe et ceux avec l'encadrement (Maslach & Leiter, 2016b). Ainsi les conflits d'équipe renforcent la PAP en privant le professionnel de l'effet positif des récompenses/valorisations issues des relations de proximité.

La clarté des rôles est un facteur organisationnel important qui permet aux professionnels et à leurs encadrants d'être plus en accord avec leurs valeurs personnelles dans un contexte institutionnel. Effectivement les pratiques professionnelles évoluent sous la pression des politiques de santé et obligent les professionnels à modifier leurs pratiques (Clare et al., 2017). Le changement dans le secteur médicosocial pourrait engendrer des confusions de rôles, et en cascade des conflits, un sentiment d'inefficacité et de manque de valorisation.

Une méta-analyse sur la prévalence et les déterminants du burnout chez les professionnels en santé mentale confirme le poids de l'ensemble de ces facteurs organisationnels (O'Connor et al., 2018).

1.2.2. Absentéisme et intention de quitter le service

Une forte intention de quitter les services d'adultes avec DI est relevée (Mascha, 2007). Les professionnels soignants ont l'intention de quitter prématurément leur travail en raison des facteurs organisationnels, de mauvaises conditions de travail comme des horaires atypiques induisant des conflits vie privée/vie professionnelle, des difficultés du travail d'équipe pourtant au cœur de leurs missions, la peur de l'erreur et de dispenser une mauvaise qualité des soins, et également, de façon liée, un manque de soutien psychologique reçu, alimenté par les conflits interpersonnels sous-jacents (Estryn-Béhar, 2008; Jasseron et al., 2006). L'intention de quitter son travail est un critère de non ajustement qui suggère une souffrance au travail proche de l'EE et la DEP car elle est associée aux exigences émotionnelles et proche de la PAP car elle est associée au sentiment d'inefficacité des soins vécus comme insatisfaisants (Jasseron et al., 2006)

1.2.3. Caractéristiques des résidents

Les caractéristiques des résidents avec DI, plus précisément leurs comportements violents et agressifs, sont des variables prédictives du burnout et d'EE des professionnels de services avec DI (Hastings, 2002; Hensel et al., 2014; Ingham et al., 2013; Ko et al., 2012; Mitchell & Hastings, 1998, 2001). La violence de certains comportements problèmes que les professionnels subissent est un stressor spécifique chez les PSD qui entraîne des réactions émotionnelles allant jusqu'à l'EE. Toutefois, de nombreuses études suggèrent que le processus du burnout serait principalement associé aux facteurs organisationnels et au management plutôt qu'aux comportements des usagers des services (Chung et al., 1996; Chung & Corbett, 1998; Mutkins et al., 2011; Shaddock et al., 1998; Skirrow & Hatton, 2007).

Ainsi, le non ajustement au stress professionnel (maladie, burnout ou quitter son travail par exemple) pourrait être causé par le poids des facteurs contextuels professionnels plutôt

qu'au stress causé par les transactions avec les résidents (ou patients), ce qui n'épargne pas les professionnels des services avec DI d'un vécu transactionnel stressant avec les usagers

2. Les processus transactionnels

D'après le modèle transactionnel intégratif et multifactoriel (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014), lors d'une transaction potentiellement stressante, l'individu procède à une évaluation de la situation en trois étapes : l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et la phase d'ajustement.

2.1. L'évaluation primaire : le stress perçu

2.1.1. Définition

La phase d'évaluation primaire correspond au stress perçu par l'individu au travers des caractéristiques de la situation (sa nature, sa signification) et de l'évaluation de sa dangerosité (durée, gravité, contrôlabilité ...) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Lazarus et Folkman (1984) définissent le stress comme « *une relation particulière entre la personne et l'environnement, relation qui est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être.* » Selon cette conception, le stress perçu peut être une expérience soit de perte (corporelle, relationnelle et matérielle), de menace (de perte) soit un défi (accéder à un gain), et ce indépendamment des caractéristiques objectives du stressor qui sont antérieures à la transaction. Effectivement, les caractéristiques des transactions perçues stressantes ne dépendent pas des propriétés intrinsèques des événements (Lazarus et Launier, 1978).

Ainsi, le stress « négatif » serait un état émotionnel désagréable conséquent d'une situation évaluée comme aversive et le stress « positif » serait un état émotionnel d'excitation se rapprochant de l'euphorie et particulièrement stimulant.

2.1.2. Mesures

Plusieurs types d'échelles permettent de mesurer le stress perçu selon la conception transactionnel du stress. La Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983) permet l'évaluation primaire au travers de trois dimensions qui définissent le caractère stressant d'une situation : menaçante, imprévisible et incontrôlable. Il existe plusieurs versions de cette échelle, validée avec une population Américaine et dont la plus utilisée est la PSS-14. (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

L'Appraisal of Life Events Scale (ALES) (Ferguson et al., 1999) permet également l'évaluation primaire au travers des trois dimensions qui caractérisent une situation stressante telles que définies par Lazarus et Folkman (1985) : le défi, la menace et la perte. Cet outil présente l'intérêt de pouvoir s'adapter à de nombreuses situations potentiellement stressantes. L'ALES a été validée en Français avec une population de parents d'enfants TSA et de professionnels (éducateurs, accompagnants, psychologues, enseignants) accompagnant des enfants avec un TSA (Cappe et al. 2011, 2017).

D'autres échelles de stress perçu spécifiques permettent d'évaluer le stress des élèves et des étudiants ou bien celui des infirmières en oncologie.

2.1.3. Stress perçu et burnout

Plusieurs études en psychologie de la santé ont étudié le stress perçu et ses effets sur le burnout chez plusieurs populations.

L'inclusion d'enfants TSA est une source de stress plus importante pour les enseignants que pour ceux qui enseignent à des enfants avec d'autres handicaps (dont la DI) (Ruble et al., 2013). Ce type d'enseignement est perçu comme un défi majeur professionnellement et personnellement par les enseignants (Busby et al., 2012). Une revue de la littérature souligne les difficultés de la scolarisation en milieu ordinaire des enfants TSA, du fait de leur trouble, et les conséquences en termes de stress élevé pour les enseignants, dues à leurs faibles

ressources (pédagogie spécifique, formation, environnement spécialisé, soutien) pour répondre aux besoins des élèves (Cappe et al., 2016). Les conséquences du stress des enseignants d'enfants TSA en termes de burnout sont en revanche peu explorées chez cette population (Boujut et al., 2016; Denis & Goussé, 2013; Janot-Bergugnat & Rasclé, 2008).

Une étude sur les facteurs associés à la qualité de vie des parents ayant un enfant TSA révèle que les expériences de stress perçu comme une menace et une perte sont les prédicteurs les plus importants d'une mauvaise qualité de vie de parents d'enfants TSA alors que les expériences vécues comme un challenge prédisent un meilleur épanouissement personnel (Cappe et al., 2011). Une étude sur le stress perçu des professionnels (enseignants et éducateurs) expérimentés dans l'accompagnement des enfants TSA confirme ces résultats et montre que les professionnels perçoivent leur travail comme un défi (Cappe et al., 2017) et que l'expérience professionnelle vécue comme un défi est un facteur de protection de la PAP (Cappe et al., 2015). Dans un autre champ professionnel, les résultats d'une étude sur le burnout des médecins généralistes sont en accord avec le rôle protecteur du stress perçu sur le burnout contrairement à la charge de travail qui ne prédit pas le burnout (Koleck et al., 2000).

Ainsi, le stress perçu est plus prédictif de l'état de santé ultérieur de la personne que le stress réel (Koleck et al., 2003). Ces résultats pourraient suggérer des résultats identiques pour les PSD d'adultes TSA-DI.

2.2. L'évaluation secondaire : le soutien social perçu

Lors de l'évaluation secondaire, l'individu évalue les ressources en sa possession pour faire face à une situation, évaluée stressante lors de l'évaluation primaire. Parmi ses ressources, le soutien social est l'aide que son entourage peut lui apporter.

2.2.1. Définition

Le soutien social est une ressource psychosociale reconnue pour protéger la santé de l'individu (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Le concept de soutien social revêt plusieurs

notions dont la définition permet de clarifier tant le sens de son utilisation que sa mesure. Trois sous-concepts composent le soutien social au sein desquels plusieurs dimensions les définissent:

- *Le réseau social* correspond au degré d'intégration sociale caractérisé par le nombre de personnes vers qui l'individu peut rechercher de l'aide (Barrera, 1986)
- *Le soutien social reçu* correspond à l'aide effective que l'individu a reçu par son entourage. Il existe quatre types de soutien social reçu (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014; House, 1981) :
 - *Le soutien émotionnel* est défini par le réconfort apporté grâce à l'expression d'affects soutenant, positifs et personnels lors d'épreuves.
 - *Le soutien d'estime* est apporté pour rassurer une personne qui doute sur ses compétences à traverser une épreuve.
 - *Le soutien informatif* est un éclairage, un conseil qui apporte des connaissances sur une difficulté.
 - *Le soutien matériel* consiste à aider concrètement une personne, financièrement ou matériellement lors d'une épreuve.
- *Le soutien social perçu*. Il correspond au sentiment d'être aidé par son entourage. Il se définit comme «*l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu*» et par le sentiment que l'individu a que «*ses besoins et ses attentes (de soutien) sont satisfaisants*» (Procidano & Heller, 1983). Ainsi, deux caractéristiques le constituent :
 - *La disponibilité perçue*, d'un entourage pouvant aider, est un sentiment qui diminue l'effet du stress (Cohen & Wills, 1985). La disponibilité est un aspect quantitatif du soutien social perçu.
 - *La satisfaction perçue* du soutien social que l'individu pourrait recevoir (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014) est une ressource qualitative qui traduit

la qualité des relations interpersonnelles selon l'individu (Gentry & Kobasa, 1984).

Ainsi, pour être efficace chaque type de soutien social (émotionnel, estime, informatif et matériel) doit correspondre à des sources quantifiables de disponibilité (professionnels, amis, famille...) et être satisfaisant donc adapté aux attentes de la personne (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Les différentes caractéristiques du soutien social ont été étudiées, notamment le soutien social perçu (disponibilité et satisfaction) qui a un effet protecteur important sur la santé (Thoits, 1995; Turner & Marino, 1994). Il s'inscrit dans le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) et le modèle transactionnel intégratif et multifactoriel (TIM) en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

2.2.2. *Mesures*

Il existe de nombreuses échelles de mesure du soutien social selon les dimensions étudiées précédemment définies. L'échelle de soutien social générale et la plus utilisée est le Social Support Questionnaire (SSQ) de Saranson et al. (1983), constitué de 27 items, qui mesure, en 6 points, la disponibilité du soutien attendu et le niveau de satisfaction que l'individu lui associe. Ces deux dimensions permettent d'obtenir deux scores. Il existe une version courte à six items (SSQ6) (Sarason et al., 1987) qui a été traduite et validée en Français (Rasclé et al., 2005).

Le Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP) de Bruchon-Schweitzer (2002) évalue 4 types de soutien social : le soutien d'estime, (redonner confiance), le soutien matériel ou financier, le soutien informatif (conseils, suggestions), soutien émotionnel (écoute, réconfort). Chaque type de soutien obtient deux scores : un score de disponibilité (nombre de personnes) et un score de satisfaction en 5 points. Le QSSP a connu de nombreuses adaptations de sorte qu'il est utilisé avec de nombreuses populations dont des

professionnels et patients (Collange et al., 2012; Koleck, 2000). L'adaptation et la validation de la version de Koleck (2000) dans une étude sur la qualité de vie de parents d'enfants autistes (Cappe et al., 2011) et sur le burnout de professionnels et d'enseignants d'enfants avec un TSA (Boujut et al., 2016; Cappe et al., 2015) font de cette échelle un outil pertinent pour mesurer le soutien social perçu chez les professionnels travaillant auprès d'adultes avec un TSA.

2.2.3. Soutien social perçu et burnout

Le soutien social est un facteur protecteur de la santé notamment le soutien social émotionnel qui a des effets positifs sur le stress perçu et le sentiment de contrôle (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Chez des employés devant faire face à une mutation professionnelle subie, le soutien social perçu a un effet direct sur la satisfaction au travail et la performance et un effet indirect en diminuant le stress perçu (Rascle, 2000). Egalement chez les enseignants tout venant, le soutien social constitue un facteur de protection du stress important (Curchod-Ruedi et al., 2009) et chez les enseignants d'enfants TSA, lorsque le soutien social est insuffisant, le phénomène du burnout est croissant (Cappe et al., 2016).

Mutkins et al. (2011) ont étudié les effets directs et indirects de plusieurs variables dont le soutien social perçu sur le burnout des professionnels de soutien de personnes avec une DI en milieu communautaire. Les résultats montrent que la disponibilité du soutien social perçu est corrélée positivement avec l'AP, de sorte que plus les professionnels se sentent soutenus, plus leur accomplissement personnel était élevé. Egalement, les résultats d'une étude sur le burnout des thérapeutes spécialisés dans l'intervention comportementale auprès d'enfants avec un TSA montrent qu'un soutien social perçu élevé protège du burnout (EE et PAP) (Gibson et al., 2009). Le soutien social perçu a un effet fonctionnel lorsqu'il est adapté. En effet, l'étude de Cappe et al. (2015), sur le burnout des professionnels éducateurs (moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés) et des accompagnants psychologues ou en cours de

formation qui accompagnent des enfants TSA au domicile ou en institution n'a pas retrouvé de lien entre le burnout et le soutien social perçu. L'absence de résultats suggère un soutien social à adapter.

Ces résultats montrent la difficulté d'apporter un soutien social spécialisé au TSA et adapté aux attentes des professionnels, lorsqu'ils ont des formations qualifiantes généralistes. L'écart entre les demandes et leurs aspirations professionnelles pourrait ne pas être modéré par le soutien social.

2.3. La phase d'ajustement : les stratégies de coping

2.3.1. Définition

Selon Lazarus et Folkman (1984) les stratégies de coping sont l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les transactions vécues comme menaçantes et débordant les ressources de la personne. Le coping est un processus (ou un état) car les actions réciproques entre un individu et son environnement sont changeantes et momentanées chez un même individu jusqu'à ce que le but du coping soit atteint (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Ainsi, la conception transactionnelle du coping ne définit pas des stratégies efficaces ou inefficaces car ce n'est pas une caractéristique stable (un trait) de l'individu ou de l'environnement (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014; Cousson et al., 1996). En revanche, une stratégie de coping est adaptée lorsqu'elle a un effet efficace sur l'ajustement de l'individu dans une situation spécifique.

Le coping a trois fonctions :

- Il modifie le problème causé par le stress. Dans ce cas, les stratégies utilisées sont centrées sur le problème. Elles visent à le résoudre de plusieurs façons : en le réduisant ou en augmentant ses ressources pour y faire face, ou bien en affrontant la situation pour la contrôler directement. Dans la littérature ce coping-problème

renvoie à d'autres appellations comme le coping vigilant (Suls & Fletcher, 1985) et coping actif (Hastings & Brown, 2002).

- Il régule les émotions provoquées par ce problème. Dans ce cas, les stratégies sont centrées sur les émotions et impliquent de se modifier soi-même (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014; Lazarus & Folkman, 1984). L'ensemble des stratégies centrées sur l'émotion utilisées pour réduire le vécu émotionnel douloureux est regroupé en cinq catégories (Lazarus & Folkman, 1984) : la minimisation de la menace (faire comme si rien ne s'était passé), la réévaluation positive (sentiment d'être plus fort face à la difficulté), l'auto-accusation (se sentir responsable du problème), l'évitement/fuite (essayer d'oublier, consommer de l'alcool et des cigarettes), la recherche de soutien émotionnel (accepter l'empathie d'une personne).

Dans la littérature, ces deux copings généraux sont également qualifiés de coping vigilant (problème) et de coping évitant (émotion) se distinguant par l'attention portée au problème par l'individu (Rascle, 2000; Roth & Cohen, 1986; Suls & Fletcher, 1985). D'autres qualifications comme coping adapté (actif) ou mésadapté (passif) (Hastings & Brown, 2002; Mitchell & Hastings, 2001) traduisent plus explicitement des aprioris sur le caractère adaptatif des divers types de coping (Cousson et al., 1996). Ces aprioris, qui sortent du champ définitionnel de la théorie transactionnelle du coping, pourraient constituer des limites à la compréhension du rôle du coping dans le burnout. Effectivement le rôle du coping-émotion est plus fonctionnel que le coping-problème lorsque la menace n'est pas contrôlable (Stroebe et al., 2005).

- La recherche de soutien social est une troisième stratégie de coping qui correspond à un effort (une activité) de l'individu pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Cette stratégie diffère des ressources sociales qui caractérisent l'environnement car elle est élaborée par l'individu et

implique une action dépendante de la situation : solliciter et obtenir une aide. Cette stratégie est parfois apparentée à un coping-problème ou un coping-émotion selon que l'aide sollicitée cherche à régler le problème ou à réduire les émotions négatives (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Enfin, la définition du coping est complétée par son rôle médiateur de l'émotion (Folkman & Lazarus, 1985) et plus récemment par son rôle modérateur (Harris, 1995) définis comme suit :

- Un médiateur décrit un processus (Figure 6) qui permet à une variable indépendante d'influencer la variable dépendante (Baron & Kenny, 1986). En d'autres termes, le coping vient créer un processus d'influence entre deux variables qui en l'absence du médiateur n'existerait pas (Figure 5). Ainsi la variable indépendante déclenche la médiation, qui à son tour influence la variable dépendante (le critère) (Rasclé & Irachabal, 2001).

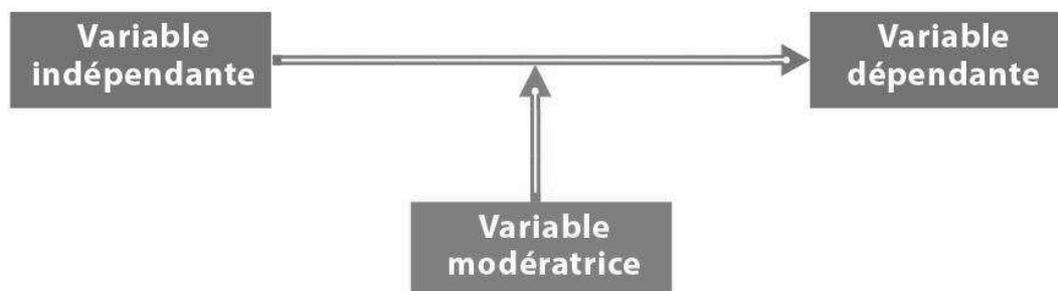
Figure 6. Effet médiateur



- Un modérateur est une variable qui affecte une relation existante entre la variable indépendante et la variable dépendante en la modifiant (Figure 7). Par exemple, le modérateur viendrait moduler la direction ou l'intensité de l'effet négatif des comportements problèmes sur l'épuisement émotionnel du burnout. Ainsi par des effets d'interaction, les variables prédictives peuvent avoir un effet direct

diffèrent de leur effet combiné avec la variable modératrice (Rascle & Irachabal, 2001).

Figure 7. Effet modérateur



Les variables modératrices déterminent dans quel cas certains effets se déclarent alors que les variables médiatrices expliquent comment ou pourquoi ces effets apparaissent (Baron & Kenny, 1986). Dans le modèle multifactoriel de la psychologie de la santé, le coping est défini par Lazarus (1999) comme un médiateur de l'émotion. En revanche, les modérateurs ont un statut différent dans ce modèle et peuvent être des modérateurs internes (personnalité) ou externes (sexe, statut socioéconomique, etc.) (Taylor & Aspinwall, 1996). De ce fait, selon Lazarus (1999) le coping n'est pas un modérateur car il n'est pas présent en tant que variables personnelles (modérateur interne) avant la situation stressante.

Harris (1995) remet en question le statut de médiateur du coping au bénéfice de celui de modérateur en relançant la question du coping comme un style adaptatif. Si tel était le cas, le coping serait une condition antérieure à la transaction ce qui modifierait la relation causale dans le processus de transaction. Selon cette hypothèse, le coping pourrait être un modérateur car au moment de la transaction, l'individu ne choisirait pas ses stratégies de coping en fonction de l'évaluation, mais selon son style de coping stable. Ce serait donc le coping qui affecterait l'évaluation de la situation (Harris, 1995). Cette hypothèse est confortée par le fait

que les stratégies de coping sont dépendantes des caractéristiques des individus (Costa et al., 1996) et des situations (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014; Chabrol & Callahan, 2004).

L'ensemble de ces considérations sur le rôle médiateur ou modérateur du coping remet en question le modèle théorique cognitivo-comportemental transactionnel et multifactoriel ainsi que l'analyse des stratégies de coping (Devereux et al., 2009). Les conséquences en termes d'accompagnement à la gestion du stress dépendent de ces questionnements théoriques comme le montre une étude comparative entre un groupe de professionnels accompagné dans la gestion du stress avec une thérapie cognitivo-comportementale et un autre groupe formé aux techniques d'un coping comportemental (Gardner et al., 2005). Les deux groupes de professionnels ont réduit leur niveau de stress. Toutefois, l'intervention cognitivo-comportementale a montré une meilleure efficacité (Gardner et al., 2005). Cette étude montre l'importance d'élaborer des plans d'intervention adaptés pour les professionnels.

2.3.2. Mesures

Comme nous venons de le voir, le coping renvoie à des types de réactions différentes, cognitives, émotionnelles, et comportementales, ce qui implique des outils d'évaluations différents selon les dimensions évaluées et selon les modèles théoriques utilisés.

Le Coping Inventory For Stressful Situations (CISS) de Endler et Parker (1990) mesure trois dimensions : le coping-problème, coping-émotion et coping-évitement. Malgré les bonnes qualités psychométriques de l'outil, la dimension évitement est contestée en cela qu'elle serait soit dépendante du coping problème en tant que stratégie cognitive soit dépendante du coping émotion en cela que l'évitement serait émotionnel (Krohne, 1996). Le Brief-COPE de Carver (1997) issu du COPE (Carver et al., 1989) est adapté et validé en Français par Muller et Spitz (2003) et comprend 28 items regroupés en 14 dimensions pouvant être regroupés en deux facteurs plus généraux : coping-problème et coping-émotion.

Les consignes de ces deux échelles renvoyaient initialement à un coping trait, c'est-à-dire à un style de coping stable contrairement à la théorie transactionnelle. Puis les auteurs ont fait évoluer les échelles vers des versions évaluant le coping en tant que processus (Endler et al., 1994).

La Ways of Coping Checklist (WCC-R) (Vitaliano et al., 1985) a été développée selon la théorie transactionnelle pour évaluer les deux coping généraux : coping-problème et coping émotion. L'adaptation et la validation Française de la WCC-R retrouve les deux facteurs généraux ainsi qu'un troisième, la recherche de soutien social (Cousson et al., 1996).

D'autres nombreuses échelles de coping spécifiques dans le champ de la santé présentent un intérêt pour des populations qui doivent faire face à de graves maladies (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Ils confirment également les deux coping généraux que sont le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion.

2.3.3. Coping et burnout (EE, DEP, AP/PAP)

Les stratégies de coping ont été étudiées dans des contextes professionnels stressants issus d'environnements très différents et il semblerait que les stratégies de coping centrées sur le problème (vigilantes) soient plus efficaces pour contenir le stress, alors que les stratégies centrées sur l'émotion (évitantes) alimentent une frustration professionnelle source de dépression et d'insatisfaction professionnelle (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Le rôle prédictif des stratégies de coping centrées sur l'émotion sur les dimensions du burnout a été montré dans une étude sur les enseignants d'enfants TSA présentée page 51 (Boujut et al., 2016). Également, l'étude de Rasclé et al. (2000) s'est intéressée au coping de 145 employés d'une entreprise française qui ont subi une mutation. Les résultats révèlent que le coping évitant augmente l'anxiété et l'insatisfaction professionnelle alors que le coping vigilant augmente la performance et la satisfaction. Également, l'étude de Koleck et al. (2000) s'est intéressée au burnout de 200 médecins généralistes et montre qu'un coping-

problème et la recherche de soutien social augmentent la satisfaction professionnelle. Toutefois la relative efficacité des stratégies de coping doit prendre en compte également les caractéristiques de la situation (transactions) évaluées comme menaçantes et il semblerait que les stratégies centrées sur le problème n'aient pas d'effet fonctionnel lorsque la situation n'est pas contrôlable et, à contrario elles seraient épuisantes émotionnellement (Lazarus & Folkman, 1984). A court terme, un coping-émotion (évitant) présente également l'utilité de réévaluer et d'ajuster les réactions cognitivo-comportementales en faveur d'un coping problème par la suite (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Les études sur les stratégies de coping des patients reflètent cette analyse et montrent que le coping a un effet fonctionnel différent selon le stade de la maladie : à l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein métastatique, le coping centré sur l'émotion est plus fonctionnel sur le bien être émotionnel des patientes (Greer et al., 1979, 1990). Les stratégies de coping centrées sur l'émotion qui modifient et régulent les réactions de la personne protègent du burnout en situation de stress aigu (Stroebe et al., 2005) alors que ces stratégies de coping sont à risque de burnout dans un contexte de stress chronique où les réactions qui visent à modifier le problème ont, à termes, un effet plus fonctionnel (Laugaa & Bruchon-Schweitzer, 2005). Ainsi, l'identification de stratégies de coping stables pourrait avoir un intérêt chez les professionnels plutôt que chez les patientes car le coping professionnel se déroule lors de transactions stressantes chroniques.

L'ensemble de ces résultats est en accord avec la littérature sur le coping des professionnels travaillant avec des personnes avec une DI en milieu communautaire ou hospitalier. Les professionnels qui utilisent un coping passif (évitant) ont un EE plus important et une PAP (Mascha, 2007). Les stratégies de coping évitantes (désengagement) face aux comportements problèmes des résidents prédisent l'EE et la PAP.

Mitchell et Hastings (2001) ont identifié que les stratégies de coping les plus utilisées par les PSD de résidents avec une DI face à des comportements problèmes sont adaptées selon Carver et al. (1989), correspondant aux stratégies centrées sur le problème et prédisent seulement l'AP. En revanche, les stratégies de désengagement prédisent l'EE et l'AP réduit (ou une PAP) (Mitchell & Hastings, 2001).

Par ailleurs, les rôles médiateur et modérateur du coping ont été étudiés. Dans une population de médecins généralistes (Koleck et al., 2000), le rôle médiateur du coping a été mis en évidence : le coping centré sur la recherche de soutien médiatise l'effet du stressor (charge de travail) qui indirectement a un effet positif sur la santé en termes de satisfaction personnelle ; l'ancienneté a un effet direct négatif sur la distanciation avec le patient (DEP) alors qu'en revanche, le médecin qui a de l'ancienneté utilise un coping centré sur le problème, ce qui augmente l'AP.

Une étude sur les professionnels accompagnant des personnes avec une DI (Kurz et al., 2014) a examiné la relation entre les exigences perçues au travail (stresseurs/antécédents) et la détresse psychologique des professionnels (issue dysfonctionnelle). Les résultats ont montré que le stressor prédisait l'issue mais les modèles de médiation n'ont pas montré de résultats satisfaisants concernant le rôle médiateur du coping alors que la rigidité de la pensée comme variable médiatrice a fortement médiatisé la relation entre le stressor et l'issue et ce en accord avec les travaux de Devereux et al. (Devereux et al., 2009; Kurz et al., 2014).

Par ailleurs, une étude a exploré le rôle modérateur du coping et la possibilité que les facteurs psychologiques modifient la relation entre les comportements problèmes et le burnout, (Hastings & Brown, 2002). Les résultats montrent tout d'abord l'effet prédictif de l'exposition à un comportement problème sur l'EE et l'effet prédictif des stratégies de coping mésadaptées sur l'EE et la DEP. De plus, lorsque les professionnels ont une exposition élevée à des comportements problèmes et qu'ils utilisent plus fréquemment des

stratégies de coping mésadaptées, le risque d'EE est plus élevé. Les stratégies de coping ont donc un effet modérateur en augmentant la relation positive entre l'exposition aux comportements problèmes et l'EE.

Ces études montrent l'intérêt de tester les hypothèses de médiation et de modération du coping, car les stratégies de coping pourraient agir dans un contexte professionnel chronique comme un style de coping.

3. Critères d'ajustement : les dimensions du burnout

3.1. Définition

Les critères d'ajustement ou de non ajustement sont également appelés des issues adaptatives. Les issues sont à prédire et peuvent être de natures diverses dont adaptatives ou pathologiques, mais elles concernent la santé de l'individu. Les issues peuvent être globales en termes de qualité de vie voire divisées en sous domaines (psychique, psychologique, sociale). La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui selon sa conception objective, subjective ou intégrative, ne mesure pas les mêmes indicateurs.

Les issues peuvent être également spécifiques comme le burnout qui est un syndrome associant une fatigue physique, psychologique et sociale, caractérisé par trois dimensions (EE, DEP, AP/PAP). Ce concept s'est rapproché par la suite des théories du stress pour devenir un critère de non ajustement au stress chronique au travail (Pezet, 1997).

3.2. Mesures

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 1996) est l'outil scientifiquement validé le plus utilisé dans le monde (DGT et al., 2015). Il existe trois versions du MBI (Maslach et al., 1996): le MBI-Human Service Survey pour les professionnels de la relation d'aide et de soins, le MBI-Educators Survey pour les enseignants et une troisième version

pour la population générale, le MBI-General Survey. Le MBI mesure trois dimensions (EE, DEP, AP/PAP).

D'autres outils complètent l'évaluation du burnout en prenant en compte d'autres dimensions :

- Le Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) (Demerouti et al., 2003) évalue trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le désengagement.
- Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen et al., 2005) évalue deux dimensions : l'épuisement physique et psychologique.
- Le Burnout Measure (BM), (Pines & Aronson, 1981) évalue trois dimensions : l'épuisement physique, émotionnel et mental.

3.3. Burnout et modèle TIM

Plusieurs études ont permis de tester le modèle TIM majoritairement chez des populations de patients ayant un cancer (Cousson-Gelie et al., 2007; Cousson-Gélie et al., 2011; Jadouille et al., 2006; Koleck et al., 2006; Lelorain et al., 2011). Le modèle TIM a également été utilisé pour prédire la réussite et la santé des étudiants (Boujut et al., 2009; Boujut & Bruchon-Schweitzer, 2007) et pour prédire la qualité de vie de parents d'enfants avec un TSA (Cappe et al., 2011). Selon Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014) le modèle TIM appliqué à la recherche permet de prédire modestement la santé fonctionnelle (20% de la variance expliquée) mais prédit mieux la santé émotionnelle (60% de la variance expliquée).

Concernant le burnout, une étude a testé le modèle pour prédire le burnout chez des professionnels enseignants en école élémentaire (Laugaa et al., 2008; Laugaa & Bruchon-Schweitzer, 2005). Les effets du stress professionnel sur le burnout ont été étudiés et certains antécédents et processus transactionnels (soutien social perçu et coping) ont été évalués. Les résultats mettent en évidence chez les enseignants que les stratégies de coping centrées sur le

problème ont un effet négatif significatif sur l'EE, la DEP et la PAP et les stratégies de coping évitantes (émotion) augmentent la DEP et la PAP.

Toujours dans le domaine de l'enfance, une étude s'est intéressée à l'inclusion des élèves avec un TSA dans les écoles, comme une source de stress, pour les enseignants et compare les expériences des enseignants dans différents environnements de classe (unité spécialisée, établissement spécialisé, classe d'école classique), (Boujut et al, 2016). Les processus transactionnels chez 245 enseignants d'enfants avec un TSA, sont étudiés et les auteurs observent que les enseignants spécialisés (ayant reçu une formation aux TSA) présentent moins d'épuisement professionnel que les enseignants non spécialisés. Le défi, le soutien social perçu, le coping centré sur le problème et la recherche de soutien social sont des facteurs de protection du burnout. Cette étude souligne que la formation, l'expérience et les conditions de classe spécifiques à l'autisme favorisent un meilleur ajustement des enseignants spécialisés.

Chapitre 5. Problématique de recherche

La littérature scientifique a montré que les professionnels de soutien direct (PSD) d'adultes avec une DI sont des professionnels à risque de burnout (EE, DEP, PAP) en raison des fortes exigences émotionnelles que la relation avec les usagers impliquent, notamment lorsqu'ils présentent des comportements problématiques.

Le burnout des PSD accompagnant des adultes diagnostiqués avec un TSA-DI en FAM et MAS n'est pas documenté. Toutefois, ces professionnels sont exposés au long cours à des facteurs de stress spécifiques liés au TSA-DI, sans avoir des qualifications diplômantes spécialisées au TSA. Effectivement, les déficits socio-adaptatifs des adultes TSA-DI ont pour conséquence une sur-adaptabilité de leurs PSD pour y faire face : les PSD doivent comprendre les comportements défis/problèmes des résidents, se faire comprendre et interagir avec eux alors que les résidents TSA-DI ont un trouble et un déficit de la communication et des interactions sociales ; les PSD doivent les accompagner en société notamment pour des soins sans forcément obtenir leurs collaborations voire leur consentement ; ils doivent veiller à leurs besoins vitaux sans que les résidents TSA-DI en expriment toujours la demande, etc. Leurs responsabilités sont lourdes et leurs ressources faibles.

Ainsi dans une première étude nous explorerons le burnout des PSD d'adultes TSA-DI afin de décrire le syndrome du burnout dans cette population de professionnels. Nous dresserons le profil de ces PSD en termes de risque de burnout et de prévalence du burnout complet selon les scores aux échelles d'épuisement émotionnel (EE), de dépersonnalisation (DEP) et de perte d'accomplissement personnel (PAP). Cet état des lieux descriptif, teste l'hypothèse de l'existence d'un risque de burnout chez les PSD d'adultes TSA-DI.

Une deuxième étude identifiera les déterminants du burnout, plus précisément, de l'épuisement émotionnel, de la dépersonnalisation et de la perte d'accomplissement personnel

des PSD d'adultes TSA-DI. Nous rechercherons les effets directs des variables sur les trois dimensions du burnout afin d'identifier les facteurs de risque et de protection du burnout.

Pour comprendre le processus du burnout, sous tendu par les processus du stress et du coping, nous rechercherons les effets indirects produits par les variables transactionnelles. Ainsi, dans une troisième étude nous identifierons le rôle médiateur et modérateur des stratégies de coping entre le stress perçu et le burnout des PSD d'adultes TSA-DI. Puis, dans une quatrième étude nous identifierons le rôle médiateur et modérateur de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu et le burnout des PSD d'adultes TSA-DI.

1. Etude descriptive : le burnout des professionnels de soutien direct

1.1. Objectifs

Le contexte scientifique relève chez les professionnels de soutien direct d'adultes avec une DI un syndrome du burnout marqué par une perte d'accomplissement personnel (PAP) plus importante dans cette population. Par ailleurs, selon le modèle de Maslach, le processus du burnout apparaît en premier lieu par un épuisement émotionnel élevé (EE), puis une dépersonnalisation élevée (DEP) et enfin une perte d'accomplissement personnel (PAP). La population à risque de burnout correspond dans la littérature à celle qui est engagée dans le processus du burnout avec au moins une des trois dimensions du burnout élevée et ce jusqu'au burnout complet, soit les trois dimensions élevées. Il est nécessaire de rappeler que dans le burnout, l'accomplissement personnel est interprété comme étant réduit (faible AP) ou, pour faciliter la lecture en termes de dimensions élevées (comme ci-dessus), il est interprété comme une dimension élevée de perte d'accomplissement personnel (PAP).

Ainsi, notre objectif principal sera d'identifier les professionnels de soutien direct à risque de burnout en identifiant les profils de burnout à risque élevé selon les critères suivants :

- Le profil à faible risque de burnout est caractérisé par un syndrome d'intensité faible à modérée : aucune des dimensions n'est élevée (EE, DEP, PAP sont d'intensité de faible à modérée)
- Le profil à risque élevé est caractérisé par :
 - un syndrome d'intensité élevé avec une à deux dimensions élevées
 - un syndrome complet avec les trois dimensions élevées

Nos objectifs secondaires seront d'évaluer la prévalence du burnout complet et le niveau de perte d'accomplissement personnel chez les professionnels de soutien direct d'adultes avec un TSA-DI.

1.2. Hypothèse théorique 1

Les professionnels de soutien direct d'adultes TSA-DI ont un profil à risque élevé de burnout.

2. Etude sur les déterminants du burnout des professionnels de soutien direct

2.1. Objectifs

Notre premier objectif est d'identifier les facteurs associés au burnout. Les différentes catégories de variables du modèle TIM doivent être testées pour identifier quels antécédents et quels processus transactionnels sont des facteurs associés aux trois dimensions du burnout. Plus précisément, nous pensons que les antécédents liés aux compétences acquises auprès des adultes TSA-DI, comme l'âge, l'ancienneté d'expérience dans le médicosocial adulte et dans l'établissement actuel et les formations continues spécialisées au TSA sont des variables associées aux trois dimensions du burnout.

Egalement au sein des variables transactionnelles, le stress perçu, la satisfaction du soutien social perçu et les stratégies de coping devraient traduire un vécu d'expérience

stressant lors des transactions avec les résidents TSA-DI et être associées aux trois dimensions du burnout.

2.2. Hypothèse théorique 2

Des antécédents sociodémographiques et professionnels, ainsi que les processus transactionnels des professionnels de soutien direct des résidents TSA-DI expliquent le niveau élevé des dimensions du burnout.

3. Etude sur le rôle médiateur et modérateur du coping

3.1. Objectifs

Nos objectifs sont d'identifier les rôles médiateur et modérateur des stratégies de coping. Selon le modèle TIM (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014), le coping médiatise la relation entre les antécédents et les critères de santé, qui sont ici, les trois dimensions du burnout.

Par ailleurs, le caractère chronique du TSA entraîne des expériences chroniques stressantes qui font parties du travail des PSD et pour lequel les solutions peuvent ne pas exister face à la résistance du TSA. Ainsi, lors des transactions, nous pensons que le coping des PSD d'adultes TSA-DI pourrait influencer la relation entre le stress perçu et les trois dimensions du burnout.

3.2. Hypothèse théorique 3

L'utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion des professionnels de soutien direct influencent positivement et augmentent la relation entre un niveau de stress perçu élevé et les dimensions du burnout.

4. Etude sur le rôle médiateur et modérateur du soutien social perçu

4.1 Objectifs

Nos objectifs sont d'identifier les rôles médiateur et modérateur du soutien social perçu. Selon le modèle TIM (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014), le soutien social perçu joue un rôle de modérateur et a un effet tampon sur la relation entre le stress et les critères de santé. Par ailleurs, les PSD qui accompagnent des adultes TSA-DI en établissement travaillent dans une dynamique d'équipe, constituée de plusieurs niveaux de strates horizontales et verticales, pouvant être soutenante mais également parfois contraignante.

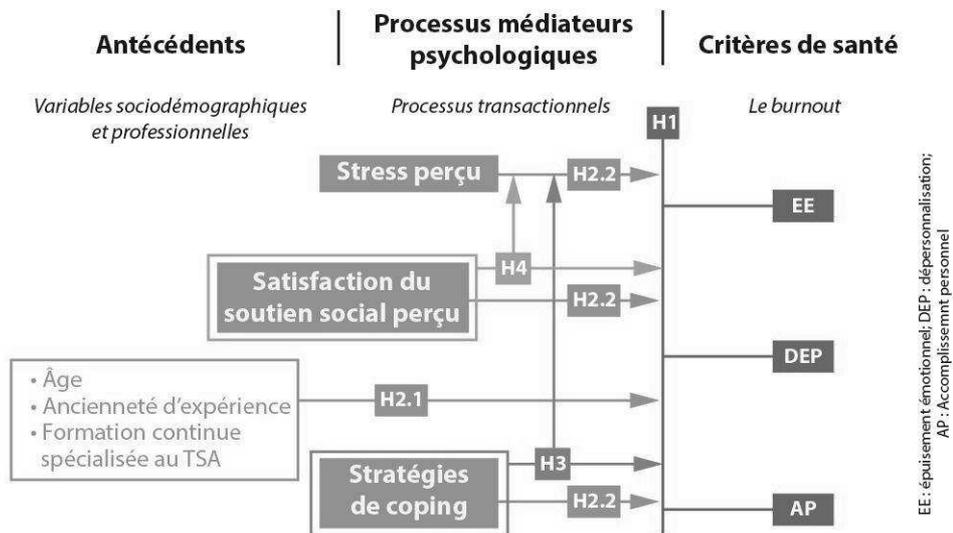
Pour comprendre le processus de burnout des PSD d'adultes TSA-DI, il est nécessaire de vérifier le rôle du soutien social perçu chez ces professionnels.

4.2. Hypothèse théorique 4

La satisfaction élevée du soutien social perçu des professionnels de soutien direct influence et diminue la relation entre un niveau de stress perçu élevé et les dimensions du burnout

La Figure 8 représente nos hypothèses selon le modèle transactionnel intégratif et multifactoriel.

Figure 8. Modèle d'analyse adapté selon le modèle TIM en psychologie de la sante (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014)



PARTIE 2 – METHODE

1. Méthodologie de l'étude

1.1. Cadre de l'étude et éthique

Cette étude s'inscrit dans une étude plus large sur l'évaluation de la fragilité chez des adultes avec un trouble de l'autisme et un retard mental, avançant en âge – EFAAR.

1.1.1. L'étude EFAAR

Promue par le CHU de Montpellier, l'étude EFAAR coordonnée par Mme le Pr. Amaria Baghdadli est monocentrique et prospective. Elle s'est déroulée de janvier 2016 à mai 2018 aux seins des FAM et des MAS de l'ex Languedoc Roussillon où vivent les résidents concernés par l'étude. Les données sur la fragilité de soixante-cinq adultes avec un TSA et une DI, de plus de 20 ans, ont été recueillies de façon transversale à l'inclusion puis, chaque année, les données sur le statut vital et les hospitalisations ont été recueillies, pendant cinq ans auprès des FAM et des MAS des résidents.

L'étude EFAAR avait pour objectif principal de déterminer si la fragilité était dépendante de l'âge chez des adultes avec un TSA et une DI. De nombreuses variables cliniques, biologiques et psychologiques ont été recueillies auprès des résidents adultes TSA-DI. Toutefois, dans le projet initial de l'étude EFAAR, aucune variable psychosociale auprès des professionnels de soutien direct (PSD) n'avait été recueillie afin de prendre en compte l'environnemental dans lequel les résidents évoluaient. Plus précisément, les PSD accompagnent les adultes TSA-DI et constituent leur environnement relationnel et social de premier soutien. La fragilité des résidents TSA-DI pouvait avoir des effets positifs et/ou négatifs sur les PSD et inversement un état de vulnérabilité des PSD pouvait avoir des effets positifs et/ou négatifs sur les adultes TSA-DI.

Afin d'introduire un objectif d'évaluation de l'état de vulnérabilité des PSD des adultes TSA-DI inclus dans l'étude EFAAR, nous avons demandé une modification substantielle auprès des instances compétentes.

1.1.2. L'accord du comité de protection des personnes

L'étude EFAAR s'inscrit dans le respect de la réglementation française en vigueur : les dispositions relatives à la recherche biomédicale du Code de la santé publique, (art. L112131-loi de santé publique du 9 août 2004), les lois de Bioéthiques, la loi informatique et libertés, la déclaration d'Helsinki, et les Bonnes Pratiques Cliniques.

Initialement, le promoteur de l'étude EFAAR a soumis le projet à l'avis du Comité de Protection de Personnes Sud Méditerranée IV (CPP), à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et à l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médicosociaux (ANESM).

Toute modification substantielle du protocole de recherche devait faire l'objet d'un amendement écrit, soumis au promoteur puis au CPP et à l'ANESM pour autorisation. Nous avons donc soumis une demande substantielle comme précisé, pour réaliser un recueil de données transversal auprès des PSD des adultes TSA-DI inclus dans EFAAR. Nous avons reçu un avis favorable du CPP Sud Méditerranée I en juin 2017. Le comité a considéré que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient maintenues.

1.1.3. Population d'étude

Le recrutement des PSD a été réalisé dans les institutions médicosociales volontaires du sud de la France, qui accueillent des adultes avec un poly et pluri-handicap dont des adultes avec un TSA-DI.

Pour être inclus, ces professionnels devaient être des aidants directs (donc des PSD) dans tous les actes du quotidien d'au moins un des adultes avec un TSA-DI ayant participé à

EFAAR. Les critères d'exclusion étaient d'être des professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues), des travailleurs sociaux et des cadres n'intervenant pas directement auprès des adultes avec un TSA-DI. Au total, 130 PSD correspondaient aux critères d'inclusion.

1.2. Procédure

La présente étude est une recherche transversale qui évalue le burnout des PSD travaillant en FAM et MAS et accompagnant des adultes diagnostiqués avec un TSA et une DI qui y sont hébergés. Le temps de recueil des données s'est déroulé après celui des résidents d'EFAAR, auquel les PSD avaient également participé pour renseigner les questionnaires des résidents. Ainsi, nous nous sommes attachés à mettre en œuvre les conditions préalables au recueil transversal centré sur les PSD afin de leur permettre de distinguer leur participation au recueil des données des résidents TSA-DI de leur participation à cette étude. Effectivement, dans le premier cas, leur implication dans l'étude EFAAR a été décidée par leur employeur et par le consentement des représentants légaux des résidents, tandis que leur participation au recueil des PSD des adultes TSA-DI dépendait de leur consentement.

La procédure a veillé à leur permettre de consentir de façon éclairée dans ce contexte.

1.2.1. Conditions préalables au recueil de données

L'évaluation s'est faite sur un seul temps, choisi par la direction des établissements et ce, pour des raisons organisationnelles. Les recueils ont été organisés au sein des établissements (FAM/MAS), sur le temps de travail des PSD et selon plusieurs critères fonctionnels :

- En dehors des périodes de vacances des professionnels
- En dehors des formations intramuros impliquant la mobilisation de grands groupes de professionnels

- En dehors des camps organisés pour les résidents
- En dehors des turnovers institutionnels des équipes
- En dehors des périodes d'arrêts maladies massifs

La prise en compte de l'ensemble de ces critères organisationnels préalables au recueil des données a permis de maîtriser l'absentéisme des PSD dans le but premier de préserver l'échantillon de PSD inclus dans l'étude, et dans le but second de permettre un recueil dans de bonnes conditions pour les PSD et les résidents. Effectivement, détacher les PSD de leur travail auprès des résidents, a des conséquences en termes de continuité de service qui auraient pu impacter les résidents et les PSD non inclus, travaillant seuls sur leur groupe, au moment du recueil. Par ailleurs, les périodes d'absentéisme devaient être anticipées du fait de leurs nuisances sur le plan organisationnel : les absences génèrent de l'indisponibilité mais également des recrutements de PSD remplaçants qui sont guidés par les PSD titulaires, ces derniers, devenant de ce fait, moins disponibles pour participer au recueil.

Le recueil en temps de travail a également été un critère permettant d'optimiser la spontanéité du recueil. L'envoi des questionnaires à domicile par voie postale ou internet n'a pas été retenu pour en éviter les parasitages liés au contexte :

- Le défaut d'attention et de concentration
- Les réponses données collectivement (en famille, avec le conjoint)
- Le manque de spontanéité des réponses données aux échelles de variables transactionnelles où il est important de ne pas intellectualiser les réponses
- L'incompréhension des consignes et des items
- Les non réponses par défaut de certitude ou par manque de confiance en soi

La version papier des questionnaires à renseigner a permis de ne pas discriminer ou dissuader les participants qui n'auraient pas le temps dans leur vie privée ou les moyens (ordinateur, smartphone, tablette, faire le retour par voie postale) de participer.

Enfin, nous avons également envisagé que le recueil sur le lieu de travail pouvait faciliter la participation des PSD les plus affectés par leur travail contrairement à une participation à domicile où la mise à distance du travail aurait en revanche facilité l'évitement et le non-retour des questionnaires.

En revanche, le recueil sur le site professionnel s'est déroulé dans des salles de réunion ou des salles prévues à d'autres effets que les accompagnements des résidents et à distance des parasitages institutionnels : le plus éloigné possible des résidents, des professionnels non inclus et des cadres de direction non impliqués par le recueil.

Les jours de recueil ont été fixés par l'équipe de direction, (chef de service, directeur adjoint, directeur) selon les jours de présence des PSD inclus.

1.2.2. Information

L'étude a été présentée en deux temps. Une première présentation collective auprès des équipes éducatives, a été faite en présence des cadres de direction. La présentation orale et la lecture d'un support écrit (Annexe 1) a permis d'énoncer le plus clairement possible à tous les PSD :

- La cadre de l'étude et le lien, dans cette étude, entre les adultes TSA-DI et les PSD
- La méthodologie de la recherche
- Les critères d'exclusion de l'étude et par conséquent l'inclusion des autres PSD éligible à l'étude
- Leur liberté de ne pas participer, bien qu'ils soient inclus
- La confidentialité de l'étude selon la loi
- La confidentialité de l'étude comme critère qui protège le participant et qui protège également la qualité de la recherche : la désirabilité sociale et les réponses erronées par crainte de pressions de l'employeur sont des biais de l'étude à maîtriser.

Cette présentation a également permis de répondre à des questions de façon transparente devant les cadres de direction : l'absence de résultats par établissement, l'archivage des questionnaires au Centre de ressources autisme Languedoc Roussillon, l'homogénéité de l'échantillon et l'exclusion des infirmières et autres professionnels non PSD, le calendrier et la présentation des résultats prévus, etc.

Une deuxième information individualisée a été faite, en dehors de la présence des cadres de direction, le jour du recueil pour vérifier le niveau d'information du PSD participant, sa présence le jour de la présentation orale à l'équipe, et pour s'assurer de son consentement éclairé.

1.2.3. Le recueil de données

Le jour du recueil, une version papier des questionnaires a été remise en mains propres aux PSD par l'investigateur de l'étude. Les PSD les ont renseignés pendant environ une heure, avant de les rendre à l'investigateur de l'étude.

Ce temps de recueil a été individuel et parfois en petit groupe, rythmé par les allers et venues des participants. Le rôle de l'investigateur était de veiller aux interférences interpersonnelles lorsque plusieurs PSD d'un même groupe (lieu de vie) étaient en présence lors du recueil.

1.3. Evaluation des variables dépendantes : les trois dimensions du burnout

La mesure du burnout a été réalisée avec la version française du Maslach Burnout Inventory – MBI (Dion & Tessier, 1994; Maslach et al., 1996). Cette échelle (Annexe 2) a été construite pour évaluer les trois dimensions du syndrome du burnout : l'épuisement émotionnel (EE), la dépersonnalisation (DEP) et l'accomplissement personnel (AP) réduit ou la perte d'accomplissement personnel (PAP). Les qualités psychométriques du MBI ont été testées pour la population étudiée : les coefficients alpha de Cronbach (α) et Oméga de Raykov (ω) apparaissent pour chacune des dimensions.

Le MBI est composé de 22 items divisés en 3 sous-échelles :

- EE : items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 ($\alpha = 0,85$; $\omega = 0,86$)
- DEP : items 5, 10, 11, 15, 22 ($\alpha = 0,61$; $\omega = 0,62$)
- AP : items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 ($\alpha = 0,71$; $\omega = 0,72$)

La formulation des items est déclarative (ex. item 20 : Je me sens au bout du rouleau).

Les critères de réponse sont les fréquences avec lesquelles les expériences sont ressenties, sur une échelle en 7 points : la réponse 0 correspond à « jamais » et la réponse 6 correspond à « tous les jours ».

En l'absence de normes françaises, les normes américaines nous permettent d'établir des niveaux de symptomatologie faible, modéré et élevé pour chacune des sous échelle du MBI (Maslach et al., 1996). Le degré de burnout se trouve maximal lorsque les scores sont élevés pour l'EE (>29) et la DEP (>11) et lorsque le score est faible pour l'AP (<34), ce qui correspond à une PAP élevée.

1.4. Evaluation des variables indépendantes

1.4.1. Les antécédents

Le Questionnaire d'informations générales (Annexe 3), adapté du protocole de Cappe, Rougé & Boujut (2015) réunit les antécédents qui sont l'ensemble des variables sociodémographiques ainsi que professionnelles liées au PSD et à l'établissement. Les variables et leur mesure sont résumés ci-après :

1.4.1.1. Variables sociodémographiques

Le sexe, l'âge, le statut de couple et le nombre d'enfants ont été recueillis.

1.4.1.2. Variables professionnelles liées au PSD

- La qualification diplômante : aide-médico-psychologique (AMP), accompagnant éducatif et social (AES), moniteur éducateur (ME), éducateur spécialisé (ES), aide-soignant (AS) et autre (à préciser).
- Ancienneté du diplôme (mois/année)
- Obtention du diplôme par validation des acquis d'expérience (VAE) : aide-médico-psychologique (AMP), accompagnant éducatif et social (AES), moniteur éducateur (ME), éducateur spécialisé (ES), aide-soignant (AS) et autre (à préciser).
- Ancienneté de la VAE (mois/année)
- Satisfaction de la formation théorique reçue à l'école (échelle en 6 points)
- Satisfaction de la formation au TSA reçue à l'école (échelle en 6 points)
- Ancienneté dans l'établissement actuel (mois/année)
- Ancienneté antérieure en établissement médicosocial adulte (mois/année)
- Absentéisme sur l'année écoulée (nombre de jours): arrêt maladie, congés maternité et parental, congés exceptionnels, autre

1.4.1.3. Variables professionnelles liées à l'établissement

- Type d'établissement : FAM, MAS
- Type d'accueil TSA : spécialisé, lieux de vie spécialisés, places dédiées, généraliste
- Equivalent temps plein : temps plein, temps partiel
- Résident(s) inclus dans EFAAR accompagné(s) par le PSD : nom du résident, ancienneté de la relation avec le résident (mois/année), référent du résident (oui/non)

- Nombre de résidents : dans l'établissement, sur le lieu de vie où le PSD travaille, ayant un TSA
- Nombre de professionnels à travailler sur le lieu de vie où le PSD travaille
- Participation à une supervision ou analyse des pratiques (oui/non), type de superviseur (psychologue/autre (préciser)), Souhait d'en bénéficier (oui/non), durée et fréquence de la séance (heure, nombre/année), satisfaction (échelle en 6 points)
- Formation continue spécialisée au TSA²: TSA, TEACH, PECS, ABA, autre. Pour chaque type de formation a été renseigné le nombre d'heure effectué, le type de formation (individuel/collectif), la satisfaction (échelle en 6 points).

1.4.2. Les processus transactionnels

1.4.2.1. Le stress perçu : L'Appraisal of Life Events Scale (ALES)

L'ALES est une échelle créée par Ferguson et al. (1999), qui a été adaptée et validée en français (ALES.vf) par Cappe et al. (2017) auprès d'une population de parents et de professionnels d'enfants avec un TSA. Cette échelle (Annexe 4) repose sur le modèle original à trois facteurs et mesure les trois dimensions du stress perçu : la menace, la perte et le défi (Lazarus & Folkman, 1984). Les qualités psychométriques de l'ALES.vf ont été testées pour la population étudiée : les coefficients alpha de Cronbach (α) et Oméga de Raykov (ω) apparaissent pour chacune des dimensions.

L'ALES.vf est composée de 16 items divisés en 3 sous-échelles :

- Stress perçu comme une menace : items 1, 2, 4, 5, 14, 15 ($\alpha = 0,85$; $\omega = 0,85$)
- Stress perçu comme une perte : items 9, 10, 11, 16 ($\alpha = 0,85$; $\omega = 0,84$)
- Stress perçu comme un défi : items 3, 6, 7, 8, 12, 13 ($\alpha = 0,83$; $\omega = 0,83$)

² TEACH: Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children; PECS: Picture Exchange Communication System; ABA: Applied Behaviour Analysis.

Les PSD doivent écrire brièvement en quoi leur expérience avec les résidents TSA est source de stress puis ils doivent décrire leurs expériences actuelles auprès des résidents TSA-DI à partir de 16 adjectifs (ex. item 3 : Agréable, item 4 : Inquiétante) qui leur sont proposés. Les critères de réponse sont les fréquences avec lesquelles les expériences sont ressenties, sur une échelle en 6 points : la réponse 0 correspond à « pas du tout » et la réponse 5 correspond à « extrêmement ».

Les scores des items sont additionnés par sous-échelles et constituent 3 scores associés à chaque dimension. Le score élevé à une dimension du stress perçu (stress-menace, stress-perte, stress-défi) est le signe d'un vécu de stress élevé.

1.4.2.2. Le soutien social perçu : Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP)

Le QSSP (Koleck, 2000) mesure quatre dimensions du soutien social perçu au travers deux dimensions qui le caractérisent à savoir la disponibilité (a) et la satisfaction (b) perçues (Annexe 5) :

- Soutien émotionnel : items 1a, 1b
- Soutien informatif : items 2a, 2b
- Soutien d'estime : items 3a, 3b
- Soutien matériel : items 4a, 4b

La disponibilité du soutien perçu (items 1a, 2a, 3a, 4a) est évaluée selon plusieurs sources : les collègues, les amis, la famille, les professionnels extérieurs à la structure et autres personnes à préciser. Le score disponibilité par type de soutien est obtenu en additionnant le nombre de soutien par source. La satisfaction du soutien perçu (1b, 2b, 3b, 4b) est évaluée sur une échelle en 6 points allant de « très insatisfaisant » à « très satisfaisant ». Le niveau de satisfaction varie de 0 qui correspond à « très insatisfait » à 5 qui correspond à « très satisfait ».

Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pris en compte que le score global de satisfaction de soutien social perçu. En effet, le remplissage des différentes sources de soutien a posé problème aux participants qui ont laissé de nombreux champs libres sans réponse (données manquantes multiples) ne facilitant pas leur exploitation statistique. Toutefois, la validation confirmatoire des quatre items relatifs à la satisfaction du soutien social perçu, auprès de notre population d'étude, permet d'obtenir un score global de satisfaction présentant de bonnes qualités psychométriques comme indiqué ci-après :

- La prémisse de normalité multivariée observée à l'aide du test de Doornik-Hansen n'est pas respectée ($\chi^2 = 87,18$; ddl = 8 ; $p < 0,001$). Nous avons donc utilisé une méthode d'estimation par le maximum de vraisemblance complétée par une correction de Satorra-Bentler (Satorra & Bentler, 1994).
- Les indices d'ajustement sont excellents, respectant les cut-off identifiés par Hu & Bentler (1999) ainsi que Schermelleh-Engel et al. (2003) : $\chi^2_{SB} = 1,08$; ddl = 2 ; $p = 0,584$; $RMSEA_{SB} = 0,01$; $CFI_{SB} = 1,00$; $TLI_{SB} = 1,02$; $SRMR = 0,02$.
- Le score AVE témoigne d'une bonne évaluation convergente et discriminante de l'outil (AVE = 0,64).
- Nous observons un excellent alpha de Cronbach ($\alpha = 0,86$) et un excellent Oméga de Raykov (Raykov, 1997, 2016) également ($\omega = 0,85$).

1.4.2.3. *Les stratégies de coping: La Way of Coping Checklist (WCC-R)*

La WCC-R, créée par Vitaliano et al. (1985) est l'échelle révisée de la WCC (Folkman & Lazarus, 1980) qui a été adaptée et validée en français par Cousson et al. (1996). Cette échelle (Annexe 6) évalue les stratégies de coping face à un événement stressant. Les qualités psychométriques de la WCC-R ont été testées pour la population étudiée : les coefficients alpha de Cronbach (α) et Oméga de Raykov (ω) apparaissent pour chacune des dimensions.

La WCC-R est composée de 27 items divisés en 3 sous-échelles :

- Le coping centré sur le problème : items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27 ($\alpha = 0,68$; $\omega = 0,68$)
- Le coping centré sur l'émotion : items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26 ($\alpha = 0,72$; $\omega = 0,75$)
- La recherche de soutien social : items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24 ($\alpha = 0,64$; $\omega = 0,63$)

Le participant doit tout d'abord écrire un évènement récent stressant ayant eu lieu avec un résident TSA-DI de l'étude EFAAR et dire si le degré de stress de l'évènement est faible, moyen ou élevé. Puis, le participant doit répondre aux 27 items dont la formulation est déclarative (ex. item 23 : J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude). Les critères de réponse permettent d'identifier les stratégies de coping utilisées sur une échelle en 4 points : non, plutôt non, plutôt oui, oui.

Les scores attribués pour chaque critère de réponse sont 1 (non), 2 (plutôt non), 3 (plutôt oui), 4 (oui). Les scores des items sont additionnés et constituent les scores d'échelles correspondant à chaque dimension. Le score élevé à une dimension du coping (coping-émotion, coping-problème et recherche de soutien social) est le signe que la stratégie de coping est utilisée de façon importante.

2. Hypothèses opérationnelles

2.1. Hypothèses opérationnelles : étude descriptive

Notre première hypothèse théorique est que les professionnels de soutien direct d'adultes TSA-DI ont un profil à risque élevé de burnout.

- Les professionnels de soutien direct ont un score élevé d'épuisement émotionnel et/ou un score élevé de dépersonnalisation et/ou un score faible d'accomplissement personnel.

2.2. Hypothèses opérationnelles : les déterminants du burnout

Notre seconde hypothèse théorique est que les antécédents sociodémographiques et professionnels, ainsi que les processus transactionnels des professionnels de soutien direct des résidents TSA-DI expliquent le niveau élevé des dimensions du burnout.

- L'âge, l'ancienneté et la formation spécialisée au TSA sont des variables associées à un risque faible de burnout. Les PSD âgés, qui ont de l'ancienneté d'expérience auprès des résidents avec un TSA-DI et qui ont reçu des formations spécialisées au TSA, auront des scores faibles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et des scores élevés d'accomplissement personnel.
- Le stress perçu comme une menace et une perte, une faible satisfaction du soutien social perçu et l'utilisation de stratégies de coping centrées sur l'émotion sont des variables associées à des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation et des scores faibles d'accomplissement personnel.

2.3. Hypothèses opérationnelles : rôle du coping

Notre troisième hypothèse théorique est que l'utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion des professionnels de soutien direct influence positivement et augmentent la relation entre un niveau de stress perçu élevé et les dimensions du burnout.

- Les stratégies de coping centrées sur l'émotion médiatisent et augmentent la relation entre des niveaux de stress perçu comme une menace et une perte élevés et un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation élevée et un accomplissement personnel faible.
- L'utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion diminue la relation entre un niveau de stress perçu comme un défi élevé et un épuisement

émotionnel faible, une dépersonnalisation faible et un accomplissement personnel élevé.

2.4. Hypothèse opérationnelles : rôle de la satisfaction du soutien social perçu

Notre quatrième hypothèse théorique est que la satisfaction élevée du soutien social perçu des professionnels de soutien direct influence et diminue la relation entre un niveau de stress perçu élevé et les dimensions du burnout.

- La satisfaction du soutien social perçu médiatise et diminue la relation entre des niveaux de stress perçu comme une menace et une perte élevés et un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation élevée et un accomplissement personnel faible.
- Une satisfaction élevée du soutien social perçu augmente la relation entre un niveau de stress perçu comme un défi élevé et un épuisement émotionnel faible, une dépersonnalisation faible et un accomplissement personnel élevé.

3. Méthode d'analyse des données

3.1. Analyses statistiques descriptives

Une analyse descriptive de l'échantillon et notamment des différentes dimensions du burnout est proposée. Pour les variables catégorielles, des pourcentages ont été utilisés. Pour les variables quantitatives, la normalité des données a été évaluée à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov et leur description a été effectuée avec la moyenne et l'écart-type. A l'aide d'un test *t de student* pour échantillon unique, nous avons comparé l'ensemble des scores aux échelles évaluant un concept psychologique (Burnout, Stress perçu, Coping, Satisfaction du soutien social perçu) à ceux d'études de référence disponibles au sein de la littérature et intégrant un échantillon doté d'une bonne puissance statistique et d'une population similaire, ou presque, à celle de l'étude (Boujut et al., 2016; Hensel et al., 2012).

Les dimensions du burnout ont été décrites en respectant les normes américaines de Maslach et al. (1996) comme indiqué dans le Tableau 2 ci-dessous. De plus, des analyses non paramétriques de comparaisons de groupes ont été réalisées afin de décrire les différentes dimensions du burnout selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants. Pour les variables binaires, un test non paramétrique U de Mann Withney a été réalisé. Pour les variables contenant plus de deux modalités, un test non paramétrique H de Kruskal-Wallis a été réalisé. Une table de corrélations non paramétriques de Spearman a été proposée dans le but d'évaluer les liens entre les dimensions du burnout et les déterminants sociodémographiques ou professionnels de nature ordinale et intervalle.

Tableau 2. Les niveaux faible, modéré et élevé des scores aux trois dimensions du MBI selon les normes américaines de Maslach, Jackson et Leiter, (1996)

	Faible	Modéré	Élevé
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
<i>Épuisement émotionnel</i>	0 – 17	18 – 29	30 – 54 ^a
<i>Dépersonnalisation</i>	0 – 5	6 – 11	12 – 30 ^a
<i>Accomplissement personnel</i>	0 – 33 ^a	34 – 39	40 – 48

Note. ^a Intervalles à risque de burnout

3.2. Analyses statistiques inférentielles

Les analyses inférentielles reposent sur trois principaux tests : des régressions linéaires multivariées, des analyses de médiation et des analyses de modération.

Les déterminants des différentes dimensions du burnout ont été évalués à l'aide de régressions linéaires multivariées. Après avoir vérifié la normalité de chaque déterminant, nous avons centré et réduit les scores des variables ne suivant pas la loi Normale. Les prémisses suivantes ont été respectés : absence de variance égale à « 0 », absence de multicolinéarité parfaite (vérifiée à l'aide du VIF), l'élaboration d'une table de corrélations au préalable, le respect de l'homocédasticité impliquant l'homogénéité des résidus et l'indépendance des résidus (vérifiée à l'aide du test de Durbin-Watson). Afin d'observer l'effet de chaque déterminant, nous avons employé une méthode d'entrée « pas-à-pas », donc par bloc. Le premier bloc comprenait les variables contrôles de l'étude qui étaient d'un nombre différent pour chaque dimension du burnout étudiée^{3,4,5}. Le second bloc intégrait l'ensemble des dimensions du stress perçu. Le troisième bloc comprenait le score de satisfaction du soutien social perçu. Le dernier bloc intégrait l'ensemble des dimensions du

³ Variables contrôle pour l'épuisement émotionnel : Âge ; Nombre d'heures de formation aux TSA ; Ancienneté dans l'établissement actuel.

⁴ Variables contrôle pour la dépersonnalisation : Âge ; Genre ; Type d'établissement ; Nombre d'heures de formation aux TSA ; Ancienneté dans l'établissement actuel.

⁵ Variables contrôle pour l'accomplissement personnel : Âge, Type d'établissement ; Nombre d'heures de formation aux TSA ; Ancienneté dans l'établissement actuel.

coping. Pour chaque déterminant (variables contrôle, stress perçu, satisfaction de soutien perçu, coping et dimensions associées), le coefficient est exprimé par un « β » complété par son intervalle de confiance à 95% ([IC – 95%]). Pour que cet intervalle de confiance soit significatif, il ne doit pas comprendre le chiffre « 0 ». Les variations du R^2 (ΔR^2), ainsi que leur significativité, sont présentées au fur et à mesure de l'intégration des différents blocs. Les caractéristiques du modèle sont présentées à l'aide du F de Fisher complété par les degrés de liberté (F (dd₁ ; dd₂)), le R^2 ajusté qui est un estimé de la robustesse du modèle et du test du Durbin-Watson permettant d'évaluer l'indépendance des résidus (ne doit pas être très différent de « 2 »).

Les dimensions du coping et la satisfaction du soutien social perçu ont été évaluées en tant que médiateurs et modérateurs de la relation entre le stress perçu (menace, défi, perte) et le burnout (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel). Ces analyses ont été réalisées à l'aide de la macro PROCESS v 3.5 pour SPSS vs 26.0 (Hayes, 2013). Cette macro représente, actuellement, le gold standard pour les tests de médiation et de modération évaluant simultanément les effets directs et les effets indirects ou effets d'interaction (Hayes, 2013). Ainsi, le « modèle 4 » de la macro a été retenu pour l'étude des effets de médiation et le « modèle 1 » de la macro a été retenu pour l'étude des effets de modération. Les deux types d'analyse ont été complétés par un bootstrap de 5000 échantillons. Pour les analyses de modération, traditionnellement toutes les variables continues ont été centrées et réduites (Hayes, 2013). Pour l'ensemble des 36 médiations et 36 modérations effectuées : l'âge, l'ancienneté au sein de la structure actuelle et le centre de recrutement ont été contrôlés. Pour les médiations significatives, nous avons observé le signe du produit $\beta_a \times \beta_b \times \beta_c$. S'il était positif, il s'agissait d'une médiation complémentaire. S'il était négatif, il s'agissait d'une médiation concurrentielle. Pour les modérations significatives, le test des intervalles de Johnson-Neyman a permis d'établir la valeur à partir de laquelle (en-

dessous ou au-dessus) le modérateur perdait sa significativité (Johnson & Neyman, 1936; Johnson & Fay, 1950).

PARTIE 3 – RESULTATS

1. Analyses descriptives

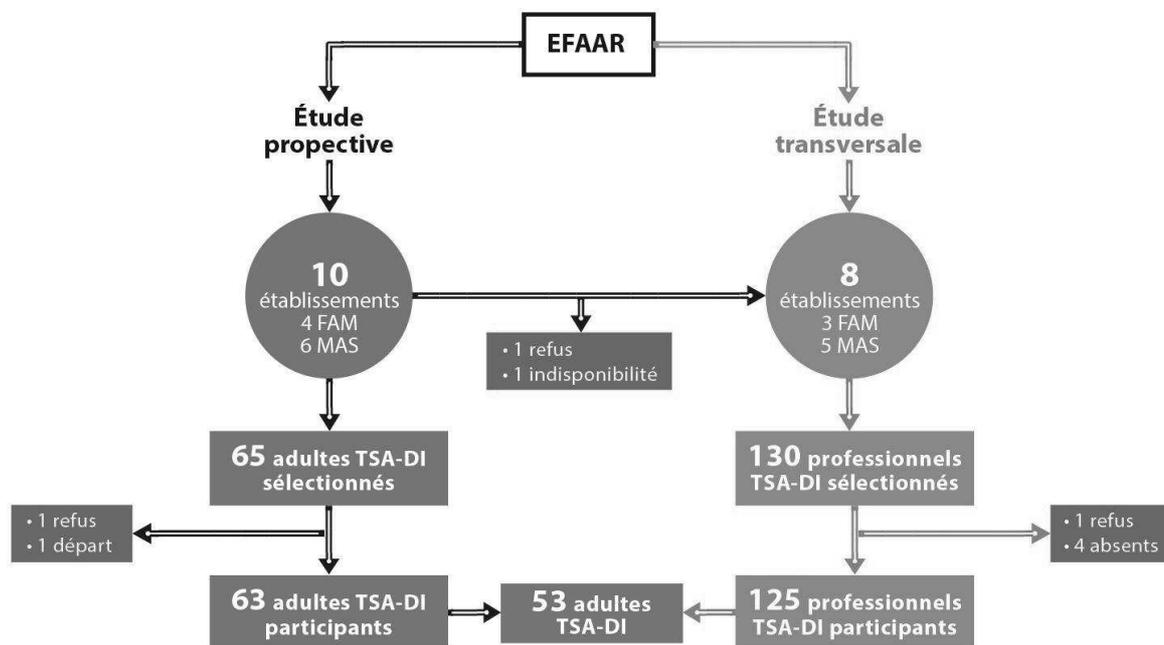
1.1. Inclusions

1.1.1. Les établissements

Sur dix établissements ayant participé à l'étude EFAAR, deux ont refusé de participer à la présente étude pour deux raisons différentes : un FAM a refusé de participer au recueil des PSD des adultes TSA-DI en raison de la problématique de l'étude et une MAS, toutefois volontaire, mais qui n'a pas pu se rendre disponible au moment de l'inclusion pour des raisons organisationnelles. Huit établissements ont participé à l'étude : trois FAM et cinq MAS (Figure 9).

La spécialisation des établissements au TSA concerne le financement des établissements par les organismes financeurs (agence régionale de la santé et conseil départemental) pour accueillir des personnes avec un TSA. Cinq établissements spécialisés au TSA ont participé, dont les trois FAM, qui ont un agrément dédié exclusivement aux personnes diagnostiquées avec un TSA et deux des MAS qui ont des places dédiées à l'accueil de personnes avec un TSA.

Figure 9. Flowchart de l'étude



1.1.2. Les professionnels de soutien direct

Sur 130 PSD éligibles à l'étude selon les critères d'inclusions prédéfinis, cinq (3,8%) ont refusé de participer à l'étude : un PSD n'a pas souhaité rendre son questionnaire renseigné et quatre autres PSD ne se sont pas présentés au recueil pour des raisons d'absentéisme (deux PSD en congés, un arrêt-maladie et un départ). Ainsi, 125 (96,2%) PSD ont participé à l'étude et ils accompagnaient 53 des adultes TSA-DI des 63 résidents participants à EFAAR (Figure 9).

1.2. Les participants

Le Tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des 125 PSD retenus dans cette étude. Les PSD sont majoritairement des femmes (n = 94 ; 75,2%), âgés d'en moyenne 38,44 ans (ET = 10,08), vivant en couple (n = 77 ; 61,6%) et dont 46

(37,7%) n'ont pas d'enfant. Les PSD ont majoritairement une formation initiale d'aide médico-psychologique (AMP ; n = 48 ; 38,4%) ou d'aide-soignant (n = 31 ; 24,8%). Leur ancienneté dans le diplôme d'en moyenne 8,88 ans (ET = 7,66) et leur ancienneté dans l'institution actuelle est d'en moyenne 6,98 ans (ET = 7,24). Par ailleurs, leur ancienneté totale d'expérience en institution médicosociale adulte est d'en moyenne 9,28 ans (ET = 7,93). La majorité des PSD a bénéficié d'une formation spécialisée au TSA pour (n = 84 ; 73,7%) avec une moyenne de 36,64 heures (ET = 51,83) de formation théorique-pratique. Une grande majorité de PSD participe à une supervision/analyse de la pratique au sein de leur institution (n = 113 ; 91,1%), dispensée par un intervenant extérieur, en moyenne 2 heures (ET = 0,47) et 7 à 8 fois (M = 7,54 ; ET = 3,41) par an.

Tableau 3. Analyse descriptive de l'échantillon

N = 125	n (%)	M (ET)
Genre		
<i>Homme</i>	31 (24,8)	
<i>Femme</i>	94 (75,2)	
Age		38,44 (10,08)
Vie maritale	77 (61,6)	
Enfants (n = 122)		
0	46 (37,7)	
1	25 (20,5)	
2	35 (28,7)	
3	14 (11,5)	
4	2 (1,6)	
ETP – Temps plein (n = 124)	113 (91,1)	
Répartition au sein des types établissements		
<i>FAM</i>	56 (44,8)	
<i>MAS</i>	69 (55,2)	
Répartition au sein des établissements		
<i>Centre 1</i>	14 (11,2)	
<i>Centre 2</i>	20 (16,0)	
<i>Centre 3</i>	22 (17,6)	
<i>Centre 4</i>	7 (5,6)	
<i>Centre 5</i>	23 (18,4)	
<i>Centre 6</i>	19 (15,2)	
<i>Centre 7</i>	15 (12,0)	
<i>Centre 8</i>	5 (4,0)	
Ancienneté du diplôme (en années)		8,88 (7,66)
Ancienneté dans des établissements médicosociaux pour adultes		9,28 (7,93)
Ancienneté dans l'établissement actuel (en années)		6,98 (7,24)
Formation initiale		
<i>Aide-soignant (AS)</i>	31 (24,8)	
<i>Aide Médico-Psychologique (AMP)</i>	48 (38,4)	
<i>Moniteur éducateur (ME)</i>	26 (20,8)	
<i>Éducateur spécialisé (ES)</i>	14 (11,2)	
<i>Autre</i>	6 (4,8)	
<i>Satisfaction (/5)</i>		3,82 (0,91)
Formation au TSA		
<i>PSD formés (n = 114)</i>	84 (73,7)	
<i>Heures reçues</i>		36,64 (51,83)
<i>Satisfaction (/5)</i>		1,84 (1,43)
Supervision		
<i>PSD supervisés (n = 124)</i>	113 (91,1)	
<i>Durée par séance (en heures)</i>		2,0 (0,47)
<i>Fréquence annuelle</i>		7,54 (3,41)
<i>Satisfaction (/5)</i>		3,71 (0,97)
Arrêts maladie sur l'année écoulée (en jours)		19,12 (46,34)

1.3. Variables psychologiques

1.3.1. Critère de jugement principal : le burnout

Nous avons comparé nos scores aux différentes dimensions du MBI à ceux obtenus par Hensel et al. (2012) auprès de 926 PSD Canadiens. Nous observons des scores significativement plus faibles au sein de cette étude, en comparaison avec Hensel et al. (2012) sur les dimensions « Dépersonnalisation » ($M = 3,51$; $ET = 4,14$ vs $M_{\text{Hensel et al.}} = 4,7$; $ET_{\text{Hensel et al.}} = 4,9$; $t = -3,5$; $ddl = 120$; $p < 0,01$) et « Accomplissement Personnel » ($M = 31,45$; $ET = 7,69$ vs $M_{\text{Hensel et al.}} = 36,9$; $ET_{\text{Hensel et al.}} = 7,5$; $t = -7,72$; $ddl = 118$; $p < 0,001$). S'agissant du score d'épuisement émotionnel nous n'observons aucune différence significative entre les études ($M = 18,09$; $ET = 9,89$ vs $M_{\text{Hensel et al.}} = 18,7$; $ET_{\text{Hensel et al.}} = 11,5$; $t = -0,67$; $ddl = 119$; $p = 0,502$).

Le Tableau 4 décrit les résultats obtenus au MBI, par dimension et par niveau de sévérité selon les normes américaines de référence (Maslach et al., 1996). Concernant l'épuisement émotionnel (EE), 17,5% ($n = 21$) de PSD ont un niveau élevé et 29,2% ($n = 35$) ont un niveau modéré. Concernant la dépersonnalisation (DEP), 6,6% ($n = 8$) de PSD ont un niveau élevé et 15,7% ($n = 19$) ont un niveau modéré. Concernant l'accomplissement personnel (AP), 58,8% ($n = 70$) de PSD ont un niveau faible et 26,1% ($n = 31$) un niveau modéré.

Tableau 4. Analyse descriptive des scores au MBI

	MOY (ET)	Faible ^a		Modéré ^a		Élevé ^a	
		n (%)	Intervalle	n (%)	Intervalle	n (%)	Intervalle
<i>Épuisement émotionnel (n = 120)</i>	18,09 (9,89)	64 (53,3)	0 – 17	35 (29,2)	18 – 29	21 (17,5)	30 – 54
<i>Dépersonnalisation (n = 121)</i>	3,51 (4,14)	94 (77,7)	0 – 5	19 (15,7)	6 – 11	8 (6,6)	12 – 30
<i>Accomplissement personnel (n = 119)</i>	31,45 (7,69)	70 (58,8)	0 – 33	31 (26,1)	34 – 39	18 (15,1)	40 – 48

Notes. ^a Les niveaux faible, modéré, et élevé des scores aux trois dimensions du MBI font référence aux normes américaines (Maslach et al., 1996)

Le Tableau 5 décrit les profils faible, modéré et élevé de burnout des PSD selon le nombre de dimensions du MBI élevée (aucune, une, deux ou trois). Le risque faible d'être en burnout correspond à un profil avec aucune dimension ayant un score élevé au MBI et une majorité de scores faibles, le risque modéré d'être en burnout correspond à un profil avec aucune dimension ayant un score élevé au MBI et une majorité de scores modérés, le risque élevé d'être en burnout correspond à un profil avec une, deux ou trois dimensions ayant un score élevé au MBI.

Nous observons que 27,9% (n = 34) de PSD ont un profil à risque faible d'être en burnout avec une majorité de scores faibles aux dimensions du MBI, 9% (n = 11) ont un risque modéré avec une majorité de scores modérés et 63,1% (n = 77) ont un profil à risque élevé de burnout : 50% (n = 61) de PSD ont un seul score élevé à une dimension du MBI [EE élevé pour 4,9% (n = 6) de PSD ; PAP élevée pour 45,1% (n = 55)] ; 8,2% (n = 10) ont des scores élevés à deux dimensions du MBI [EE et DEP élevés pour 0,8% (n = 1) ; EE + PAP élevés pour 6,6% (n = 8) ; DEP + PAP élevés pour 0,8% (n = 1)] ; 4,9% (n = 6) de PSD ont des scores élevés aux trois dimensions du MBI.

Tableau 5. Analyse descriptive des profils de burnout des PSD

N = 122	n (%)
Profil à risque faible^a de burnout	34 (27,9)
Profil à risque modéré^b de burnout	11 (9,0)
Profil à risque élevé^c de burnout	77 (63,1)
<i>Une dimension élevée</i>	61 (50,0)
<i>Épuisement émotionnel (EE)</i>	6 (4,9)
<i>Dépersonnalisation (DEP)</i>	0 (0,0)
<i>Perte d'accomplissement personnel (PAP)</i>	55 (45,1)
<i>Deux dimensions élevées</i>	10 (8,2)
<i>EE + DEP</i>	1 (0,8)
<i>EE + PAP</i>	8 (6,6)
<i>DEP + PAP</i>	1 (0,8)
<i>Trois dimensions élevées (EE + DEP + PAP)</i>	6 (4,9)

Notes. ^a Risque faible: majorité de dimensions avec un score faible et absence de score élevé

^b Risque modéré : majorité de dimensions avec un score modéré et absence de score élevé

^c Risque élevé : présence d'au moins une dimension avec un score élevé

Des analyses comparatives et non paramétriques ont permis de mettre en exergue que les hommes ont des scores de dépersonnalisation significativement plus élevés que les femmes ($Z = -3,01$; $p < 0,01$). De même, les professionnels exerçant au sein des FAM rapportent significativement plus de dépersonnalisation que ceux exerçant au sein des MAS ($Z = -2,92$; $p < 0,01$). Par ailleurs, il existe une différence significative du score de dépersonnalisation selon le centre de recrutement ($H = 16,75$; $ddl = 7$; $p < 0,05$). L'ensemble des comparaisons est disponible au sein du Tableau 6, ci-après.

Tableau 6. Analyses comparatives relatives aux dimensions du MBI

	Épuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel	
	Rang moyen	Z ou H (ddl)	Rang moyen	Z ou H (ddl)	Rang moyen	Z ou H (ddl)
Genre		-0,34		-3,01**		-0,82
<i>Homme</i>	58,69		77,10		64,34	
<i>Femme</i>	61,13		55,46		58,47	
Vie maritale		-0,20		-1,07		-0,80
<i>Oui</i>	61,01		58,33		61,99	
<i>Non</i>	59,70		65,20		56,84	
ETP		-0,56		-1,01		-0,26
<i>Temps partiel</i>	65,55		50,55		62,20	
<i>Temps plein</i>	59,44		61,50		59,25	
Type d'établissement		-1,01		-2,92**		-1,67[†]
<i>FAM</i>	64,09		71,20		65,97	
<i>MAS</i>	57,66		52,78		55,37	
Centres		5,63 (7)		16,75 (7)*		7,03 (7)
<i>Centre 1</i>	69,54		74,58		62,42	
<i>Centre 2</i>	65,25		75,65		76,61	
<i>Centre 3</i>	59,40		64,88		59,05	
<i>Centre 4</i>	50,71		33,36		55,00	

Notes. [†]: $p < 0,10$; **: $p < 0,01$

Z : Test de U de Mann-Whitney ; H (ddl): Test de Kruskal-Wallis (degrés de liberté associés).

Tableau 7. Analyses comparatives relatives aux dimensions du MBI

	Épuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement personnel	
	Rang moyen	Z ou H (ddl)	Rang moyen	Z ou H (ddl)	Rang moyen	Z ou H (ddl)
Centres (suite)		5,63 (7)		16,75 (7)*		7,03 (7)
Centre 5	66,36		43,71		50,36	
Centre 6	61,87		56,97		58,84	
Centre 7	45,30		68,37		53,37	
Centre 8	51,90		55,30		69,70	
Formation initiale		4,59 (4)		4,32 (4)		1,16 (4)
Aide-soignant (AS)	55,68		53,90		59,42	
Aide Médico-Psychologique (AMP)	68,22		62,14		60,44	
Moniteur éducateur (ME)	51,80		58,54		56,16	
Éducateur spécialisé (ES)	63,12		67,61		68,54	
Autre	56,00		82,58		57,25	
Formation au TSA		-0,78		-0,62		-1,17
Oui	61,83		59,94		58,00	
Non	55,91		64,52		66,81	
Supervision		-1,23		-0,38		-0,81
Oui	61,18		60,86		67,90	
Non	47,15		56,55		58,72	

Notes. † : $p < 0,10$; ** : $p < 0,01$

Z : Test de U de Mann-Whitney ; H (ddl): Test de Kruskal-Wallis (degrés de liberté associés).

Des corrélations de Spearman ont mis en évidence des associations positives et significatives entre un score élevé d'épuisement émotionnel et une forte prise de jours d'arrêt maladie sur l'année écoulée ($\rho = 0,22$; $p < 0,05$) ainsi qu'entre un âge élevé et un score élevé d'accomplissement personnel ($\rho = 0,19$; $p < 0,05$). A l'inverse, un âge élevé est significativement associé à de faibles scores de dépersonnalisation ($\rho = -0,21$; $p < 0,05$). Le Tableau 8, ci-dessous, recense l'ensemble des associations réalisées entre les caractéristiques des participants et les dimensions du MBI.

Tableau 8. Associations entre les caractéristiques des participants et les dimensions du MBI (Rho de Spearman)

	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Age	-0,01	-0,21*	0,19*
Enfants	0,05	-0,08	-0,03
Ancienneté du diplôme	-0,08	-0,16 [†]	0,01
Ancienneté dans des établissements médicosociaux pour adultes	0,12	-0,08	-0,06
Ancienneté dans l'établissement actuel	0,12	-0,16 [†]	-0,08
Satisfaction formation initiale	-0,12	-0,07	0,01
Heures reçues formation TSA	0,09	-0,01	0,04
Satisfaction formation TSA	-0,08	-0,01	0,08
Durée par séance de supervision	0,01	0,04	0,05
Fréquence annuelle de supervision	-0,05	-0,003	0,13
Satisfaction de la supervision	-0,17 [†]	-0,03	0,01
Arrêts maladie sur l'année écoulée	0,22*	0,04	0,11

Notes. [†] : $p < 0,10$; * : $p < 0,05$

1.3.2. Stress perçu, Satisfaction du soutien social perçu et Coping

Nous avons comparé les scores aux différentes dimensions de l'ALES.vf, du QSSP et de la WCC-R à ceux obtenus par Boujut et al. (2016) auprès de 100 enseignants français d'enfants avec un TSA dans un environnement spécialisé au TSA. Nous observons des scores significativement plus élevés au sein de notre étude, en comparaison avec Boujut et al. (2016)

sur les dimensions Stress-menace, Stress-perte, Satisfaction globale de soutien perçu, Coping centré sur le problème, Coping centré sur l'émotion, Recherche de soutien social. Le score à la dimension du Stress-défi est significativement moins élevé. L'ensemble des comparaisons est disponible au sein du Tableau 9, ci-après.

Tableau 9. Analyse descriptive des scores de stress perçu, de satisfaction globale du soutien social perçu et de coping

	Étude	Boujut et al. (2016)	Différences
	<i>M (ET)</i>	<i>M (ET)</i>	<i>t (ddl)</i>
ALES.vf – Stress perçu			
<i>Défi</i>	19,68 (6,10)	22,58 (5,04)	-5,30 (123)***
<i>Menace</i>	7,76 (6,36)	6,46 (5,18)	2,27 (123)*
<i>Perte</i>	4,05 (4,35)	3,01 (3,38)	2,66 (123)**
QSSP – Satisfaction globale de soutien perçu	14,83 (3,32)	13,77 (4,78)	3,38 (111)**
WCC-r - Coping			
<i>Centré sur le problème</i>	27,80 (4,98)	19,69 (4,36)	17,30 (112)***
<i>Centré sur l'émotion</i>	20,41 (5,09)	10,34 (4,65)	21,65 (119)***
<i>Recherche de soutien social</i>	23,75 (4,41)	16,63 (4,20)	17,62 (118)***

Notes. * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

2. Déterminants psychologiques des dimensions du burnout

La matrice de corrélations entre l'ensemble des variables psychologiques incluses dans le modèle est disponible au sein du Tableau 10. Ainsi, un score élevé d'épuisement émotionnel est significativement associé à de faibles niveaux de défi ($\text{rhô} = -0,20$; $p < 0,05$) ou de satisfaction globale de soutien perçu ($\text{rhô} = -0,30$; $p < 0,01$) et à de hauts niveaux de menace ($\text{rhô} = 0,38$; $p < 0,001$), de perte ($\text{rhô} = 0,54$; $p < 0,001$) et de coping centré sur les émotions ($\text{rhô} = 0,27$; $p < 0,01$). De plus, un score élevé de dépersonnalisation est significativement associé à de faibles scores de recherche de soutien social ($\text{rhô} = -0,19$; $p < 0,05$). Par ailleurs, un score élevé d'accomplissement personnel est significativement associé

à un score élevé de défi ($\rho = 0,30 ; p < 0,01$) et un score faible de perte ($\rho = -0,20 ; p < 0,05$).

Tableau 10. Matrice de corrélations (Rho de Spearman)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Défi	--									
2. Menace	-0,04	--								
3. Perte	-0,25**	0,72***	--							
4. Satisfaction globale de soutien perçu	0,13	-0,03	-0,10	--						
5. Coping centré sur le problème	0,18 [†]	0,08	-0,09	0,15	--					
6. Coping centré sur les émotions	0,07	0,36***	0,23*	-0,07	0,28**	--				
7. Recherche de soutien social	0,18*	0,13	-0,02	0,18 [†]	0,37***	0,31**	--			
8. Épuisement émotionnel	-0,20*	0,38***	0,54***	-0,30**	-0,15	0,27**	-0,03	--		
9. Dépersonnalisation	-0,12	0,06	0,17 [†]	-0,12	-0,16 [†]	0,09	-0,19*	0,32***	--	
10. Accomplissement personnel	0,30**	-0,10	-0,20*	0,01	0,18 [†]	-0,09	0,02	-0,11	-0,17 [†]	--

Notes. [†] : $p < 0,10$; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

2.1. Déterminants de l'épuisement émotionnel

Le modèle des déterminants de l'épuisement émotionnel est significatif ($F_{(10 ; 79)} = 5,500 ; p < 0,001$) et explique 33,6% de la variance (Tableau 11). De plus, le test de Durbin-Watson indique l'indépendance des résidus ($D-W = 1,863$). Ainsi, de faibles scores de défi ($\beta = -0,22 ; p < 0,05$) et de satisfaction globale de soutien perçu ($\beta = -0,19 ; p < 0,05$) expliquent significativement un score élevé d'épuisement émotionnel. De plus, un score élevé de perte explique significativement un score élevé d'épuisement émotionnel ($\beta = 0,32 ; p < 0,05$). Enfin, une relation non significative mais tendancielle est observée entre un score élevé de coping centré sur les émotions et un score élevé d'épuisement émotionnel ($\beta = 0,20 ; p < 0,10$).

Tableau 11. Déterminants de l'épuisement émotionnel

Modèle			
n = 90	ΔR^2	β [IC – 95%]	VIF
Bloc 1 : Variables contrôle	0,02		
Âge		-0,04 [-0,24 – 0,17]	1,51
Formation TSA (Heures)		0,05 [-0,03 – 0,05]	1,19
Ancienneté dans établissement actuel		-0,15 [-0,52 – 0,09]	1,48
Bloc 2 : Stress perçu	0,32***		
Défi		-0,22 [-0,72 – -0,05]*	1,25
Menace		0,05 [-0,42 – 0,56]	3,28
Perte		0,32 [0,02 – 1,46]*	3,27
Bloc 3 : Soutien social perçu	0,04*		
Satisfaction globale de soutien perçu		-0,19 [-1,12 – -0,01]*	1,21
Bloc 4 : Coping	0,03		
Coping centré sur le problème		-0,06 [-0,51 – 0,27]	1,32
Coping centré sur les émotions		0,20 [-0,02 – 0,82] [†]	1,48
Recherche de soutien social		-0,06 [-0,60 – 0,30]	1,30
Caractéristiques du Modèle			
F (ddl₁ ; ddl₂)			5,500 (10 ; 79)
R² ajusté			0,336
Significativité			< 0,001
Durbin-Watson			1,863

Notes. [†]: $p < 0,10$; * : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

2.2. Déterminants de la dépersonnalisation

Le modèle des déterminants de la dépersonnalisation est significatif ($F_{(12; 78)} = 3,668; p < 0,001$) et explique 26,2% de la variance (Tableau 12). De plus, le test de Durbin-Watson indique l'indépendance des résidus ($D-W = 1,723$). Ainsi, de faibles scores de défi ($\beta = -0,24; p < 0,05$) et coping centré sur le problème ($\beta = -0,22; p < 0,05$) expliquent significativement un score élevé de dépersonnalisation. De plus, des scores élevés de perte ($\beta = 0,40; p < 0,05$) et de coping centré sur les émotions ($\beta = 0,24; p < 0,05$) expliquent significativement des scores élevés de dépersonnalisation (Tableau 12).

Tableau 12. Déterminants de la dépersonnalisation

Modèle			
n = 91	ΔR^2	β [IC – 95%]	VIF
Bloc 1 : Variables contrôle			
	0,10		
Âge		-0,23 [-0,19 – -0,002]*	1,53
Genre		-0,12 [-3,10 – 0,85]	1,40
Type d'établissement		0,21 [-0,05 – 3,62] [†]	1,45
Formation TSA (Heures)		0,12 [-0,01 – 0,03]	1,27
Ancienneté dans établissement actuel		0,002 [-0,15 – 0,15]	1,77
Bloc 2 : Stress perçu			
	0,20***		
Défi		-0,24 [-0,33 – -0,03]*	1,29
Menace		-0,20 [-0,36 – 0,10]	3,74
Perte		0,40 [0,07 – 0,72]*	3,45
Bloc 3 : Soutien social perçu			
	0,001		
Satisfaction globale de soutien perçu		0,07 [-0,17 – 0,33]	1,24
Bloc 4 : Coping			
	0,06 [†]		
Coping centré sur le problème		-0,22 [-0,36 – -0,01]*	1,35
Coping centré sur les émotions		0,24 [0,01 – 0,39]*	1,52
Recherche de soutien social		-0,05 [-0,26 – 0,16]	1,43
Caractéristiques du Modèle			
F (ddl₁ ; ddl₂)			3,668 (12 ; 78)
R² ajusté			0,262
Significativité			< 0,001
Durbin-Watson			1,723

Notes. [†] : $p < 0,10$; * : $p < 0,05$; *** : $p < 0,001$

Les centres ont été retirés de l'analyse en raison d'un VIF trop élevé ($VIF_{\text{Centre}} = 5,76$ dans la précédente analyse) en lien avec le type d'établissement ($VIF_{\text{type établissement}} = 5,58$ dans la précédente analyse).

2.3. Déterminants de l'accomplissement personnel

Le modèle des déterminants de l'accomplissement personnel est significatif ($F_{(11; 77)} = 3,251; p < 0,01$) et explique 22,0% de la variance (Tableau 13). De plus, le test de Durbin-Watson indique l'indépendance des résidus ($D-W = 2,145$). Ainsi, des scores élevés de défi expliquent significativement des scores élevés d'accomplissement personnel ($\beta = 0,37; p < 0,01$) (Tableau 13).

Tableau 13. Déterminants de l'accomplissement personnel

Modèle			
n = 89	ΔR^2	β [IC - 95%]	VIF
Bloc 1 : Variables contrôle	0,15**		
Âge		0,31 [0,07 – 0,44]**	1,53
Type d'établissement		0,02 [-0,30 – 3,89]	1,36
Formation TSA (Heures)		0,08 [-0,02 – 0,45]	1,25
Ancienneté dans établissement actuel		-0,19 [-0,52 – 0,07]	1,75
Bloc 2 : Stress perçu	0,15**		
Défi		0,37 [0,23 – 0,85]**	1,26
Menace		0,10 [-0,31 – 0,58]	3,40
Perte		-0,13 [-0,90 – 0,41]	3,38
Bloc 3 : Soutien social perçu	0,001		
Satisfaction globale de soutien perçu		0,02 [-0,45 – 0,55]	1,23
Bloc 4 : Coping	0,02		
Coping centré sur le problème		0,13 [-0,14 – 0,57]	1,31
Coping centré sur les émotions		-0,13 [-0,60 – 0,16]	1,48
Recherche de soutien social		0,0001 [-0,40 – 0,41]	1,31
Caractéristiques du Modèle			
F (ddl₁ ; ddl₂)			3,251 (11 ; 77)
R² ajusté			0,220
Significativité			< 0,01
Durbin-Watson			2,145

Notes. ** : $p < 0,01$

3. Coping : rôle médiateur ou modérateur ?

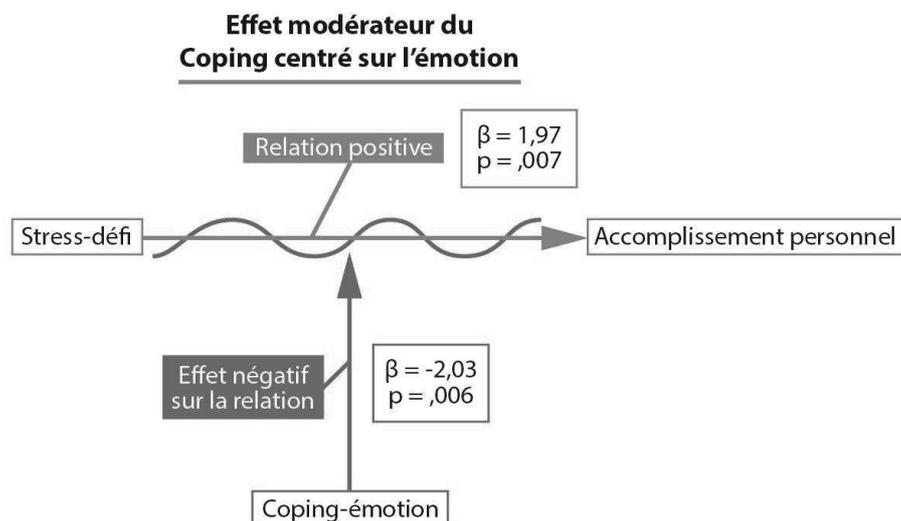
3.1. Rôle médiateur du coping entre le stress perçu et le burnout

Nous n'avons identifié aucune médiation significative. L'ensemble des analyses évaluant le rôle médiateur du coping entre le stress perçu et le burnout est disponible en Annexe 7.

3.2. Rôle modérateur du coping entre le stress perçu et le burnout

Les principaux résultats indiquent un effet modérateur significatif du coping centré sur les émotions entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel ($\beta = -2,03$; $p < 0,01$). Les expériences perçues comme un défi prédisent l'accomplissement personnel des PSD, mais lorsqu'ils utilisent un coping-émotion, cette relation diminue (Figure 10).

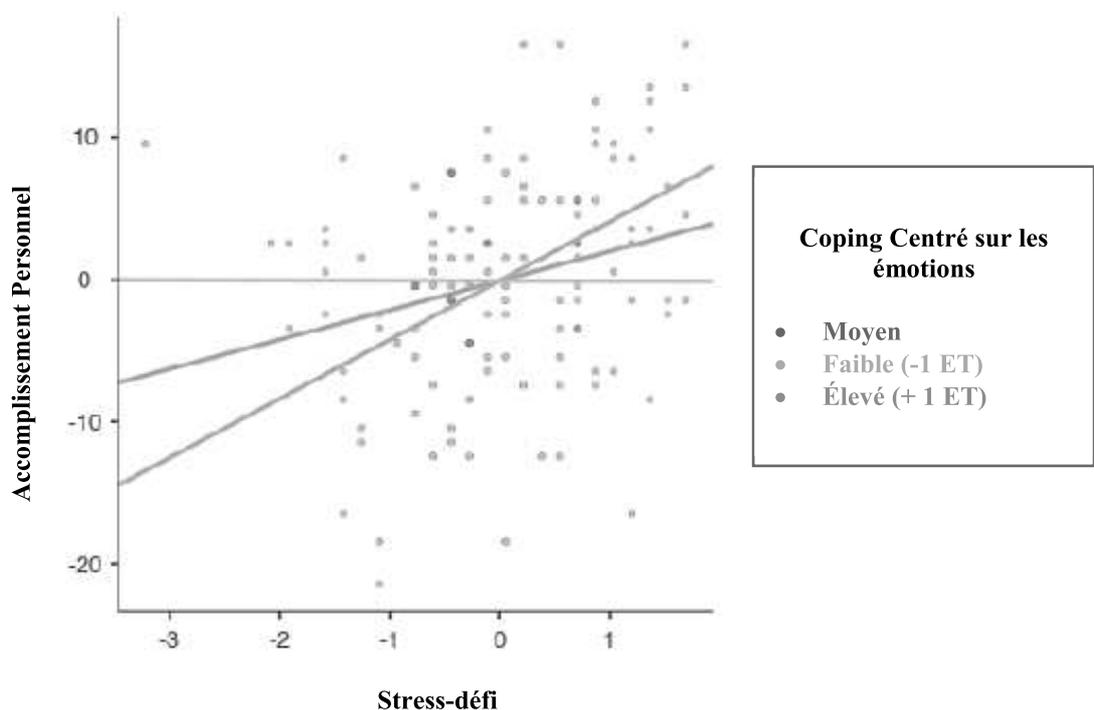
Figure 10. Le coping centré sur les émotions modère significativement la relation entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel



La Figure 11 montre que lorsque les PSD utilisent un coping centré sur l'émotion élevé, il n'y a plus de relation positive entre le stress-défi et un accomplissement personnel élevé.

En d'autres termes, l'effet protecteur du stress-défi sur la perte d'accomplissement personnel des PSD n'est plus à l'œuvre lorsqu'ils utilisent un coping centré sur l'émotion. La technique de Johnson-Neyman indique un intervalle de significativité du coping centré sur les émotions en tant que modérateur en-dessous d'un score de 21,70 ($\beta_{JN} = 0,24$; $SE = 0,12$; $p = 0,05$). Ce modèle de modération est significatif ($R^2 = 0,20$; $F_{(6,00; 108,00)} = 4,41$; $p < 0,001$) et la contribution de l'interaction (défi x coping émotion) dans le modèle améliore significativement le R^2 ($\Delta R^2 = 0,06$; $F_{(1,00; 108,00)} = 7,82$; $p < 0,01$). L'ensemble des résultats relatifs aux analyses évaluant le coping comme un modérateur entre le stress perçu et le burnout est disponible en Annexe 8.

Figure 11. Effet modérateur du coping centré sur les émotions entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel



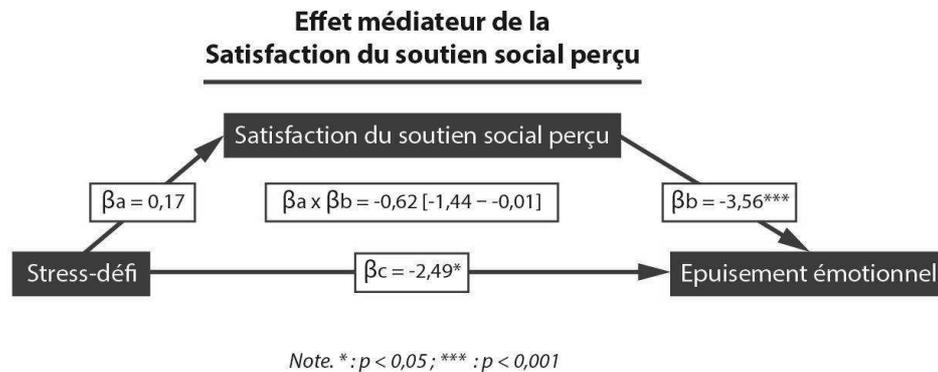
4. Satisfaction du soutien social perçu : rôle médiateur ou modérateur ?

4.1. Rôle médiateur de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu et les dimensions du burnout

Nous avons évalué le rôle médiateur de la satisfaction du soutien social perçu entre les dimensions du stress perçu et les dimensions du burnout. Les principaux résultats indiquent deux médiations significatives comme suit.

Premièrement, il n'existe pas de relation significative entre le stress perçu comme un défi et la satisfaction du soutien social perçu ($\beta_a = 0,17$; $p = 0,105$) alors qu'il existe une relation significative entre de hauts scores de stress perçu comme un défi et un faible épuisement émotionnel ($\beta_c = -2,49$; $p < ,05$). De plus, il existe une relation significative entre de hauts scores de satisfaction de soutien social perçu et un faible épuisement émotionnel ($\beta_b = -3,56$; $p < ,001$). Enfin, nous observons un effet indirect, négatif et significatif du stress perçu comme un défi sur l'épuisement émotionnel ($\beta = -0,62$ [-1,44 – -0,01]). En d'autres termes, le stress-défi prédit un faible épuisement émotionnel et lorsque la satisfaction du soutien social est élevée alors la relation entre le stress-défi et l'épuisement émotionnel est amplifiée (Figure 12).

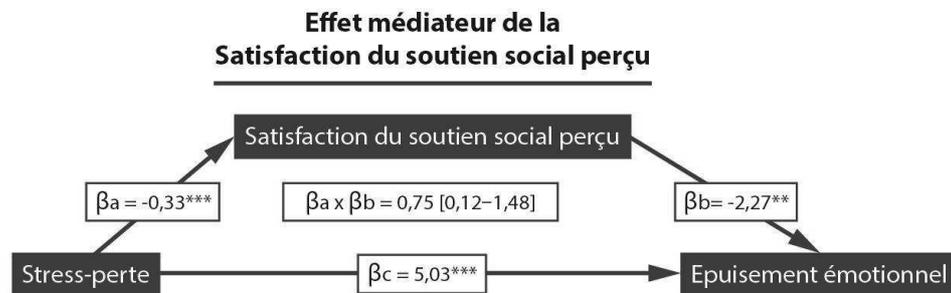
Figure 12. La satisfaction du soutien social perçu médiatise significativement la relation entre le stress perçu comme un défi et l'épuisement émotionnel



Deuxièmement, il existe un lien significatif entre de hauts scores de stress perçu comme une perte et la satisfaction du soutien social perçu ($\beta_a = -0,33$; $p < ,001$) et il existe une relation significative entre de hauts scores de stress perçu comme une perte et un fort épuisement émotionnel ($\beta_c = 5,03$; $p < ,001$). De plus, il existe une relation significative entre de hauts scores de satisfaction de soutien social perçu et un faible épuisement émotionnel ($\beta_b = -2,27$; $p < ,01$). Enfin, nous observons un effet indirect, positif et significatif du stress perçu comme une perte sur l'épuisement émotionnel ($\beta = 0,75$ [$0,12 - 1,48$]). En d'autres termes, le stress-perte prédit un épuisement émotionnel élevé et lorsque la satisfaction du soutien social est élevée alors la relation entre le stress-perte et l'épuisement émotionnel est diminuée (Figure 13).

L'ensemble des analyses évaluant le rôle médiateur de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu et le burnout est disponible au sein de l'Annexe 9.

Figure 13. La satisfaction du soutien social perçu médiatise significativement la relation entre le stress perçu comme une perte et l'épuisement émotionnel

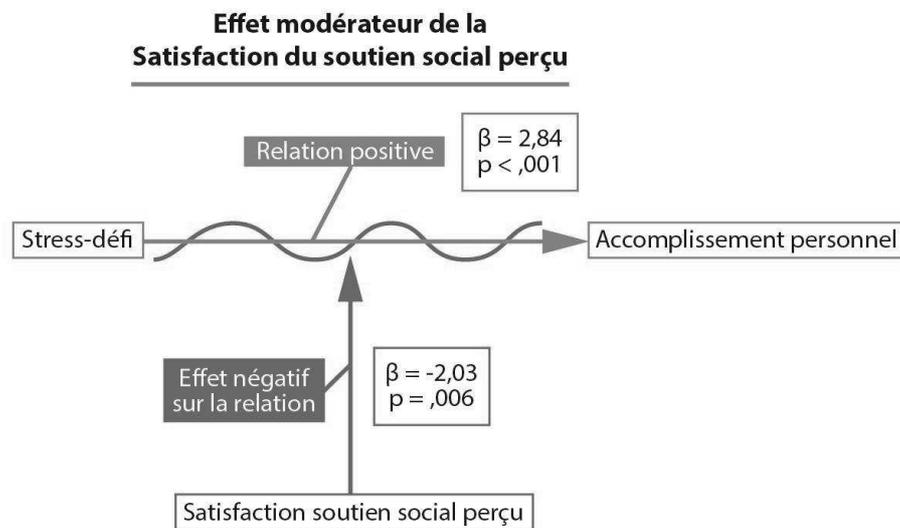


Note. *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$

4.2. Rôle modérateur de la satisfaction du soutien social perçu

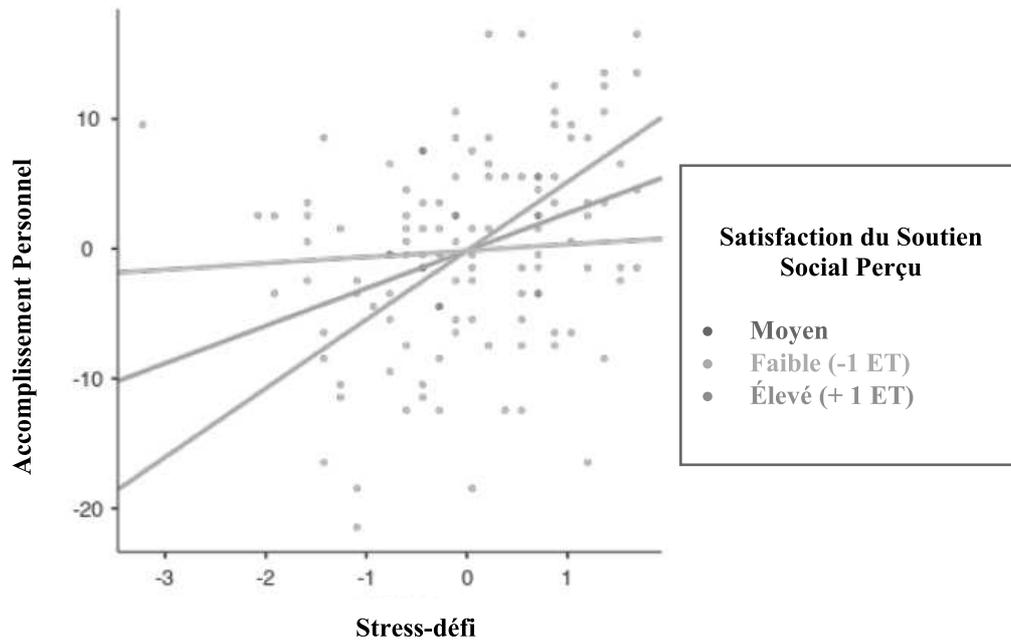
Nous avons évalué le rôle modérateur de la satisfaction du soutien social perçu entre les dimensions du stress perçu et les dimensions du burnout. Les principaux résultats indiquent un effet modérateur significatif de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel ($\beta = -2,43$; $p < 0,05$) (Figure 14). Les expériences perçues comme un défi prédisent l'accomplissement personnel des PSD, mais lorsqu'ils ont une satisfaction élevée du soutien social perçu, cette relation diminue.

Figure 14. La satisfaction du soutien social perçu modère significativement la relation entre le stress perçu comme un défi et l’accomplissement personnel



La Figure 15 montre que lorsque les PSD ont une satisfaction élevée du soutien social perçu, il n’y a plus de relation positive entre le stress-défi et un accomplissement personnel élevé. En d’autres termes, l’effet protecteur du stress-défi sur la perte d’accomplissement personnel des PSD n’est plus à l’œuvre lorsqu’ils ont une satisfaction élevée du soutien social perçu. La technique de Johnson-Neyman indique un intervalle de significativité de la satisfaction de soutien social perçu en tant que modérateur en-dessous d’un score de 16,3687 ($\beta_{JN} = 1,72$; $SE = 0,87$; $p = 0,05$). Ce modèle de modération est significatif ($R^2 = 0,23$; $F_{(6,00; 100,00)} = 5,04$; $p < 0,001$) et la contribution de l’interaction (défi x SAT-SSP) dans le modèle améliore significativement le R^2 ($\Delta R^2 = 0,05$; $F_{(1,00; 100,00)} = 6,89$; $p < 0,05$). L’ensemble des résultats relatifs aux analyses évaluant la satisfaction du soutien social perçu comme un modérateur entre le stress perçu et le burnout est disponible au sein de l’Annexe 10.

Figure 15. Effet modérateur de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel



PARTIE 4 - DISCUSSION

1. Les professionnels de soutien direct d'adultes TSA-DI et le burnout

Cette étude descriptive avait comme premier objectif de décrire la santé, en termes de burnout, des professionnels de soutien direct (PSD) d'adultes avec un TSA et une DI.

Le rappel des hypothèses et des résultats de l'étude 1 est présenté ci-dessous.

Rappel des hypothèses 1

- *Théorique* : les PSD d'adultes TSA-DI ont un profil à risque élevé de burnout
- *Opérationnelles* : L'épuisement émotionnel est élevé et/ou la dépersonnalisation est élevée et/ou l'accomplissement personnel est faible

Rappel des résultats 1

- 63,1% (n = 77) de PSD ont un profil à risque de burnout
 - 50% (n = 61) → ont 1 dimension élevée dont une perte d'AP pour 45,1% (n = 55)
 - 8,2% (n = 10) → ont 2 dimensions élevées dont une perte d'AP pour 7,4% (n = 9)
 - 4,9% (n = 6) → ont 3 dimensions élevées (burnout complet)

1.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Les établissements participant à l'étude sont le plus souvent spécialisés au TSA, c'est-à-dire amenés à accueillir des personnes avec un TSA du fait de l'agrément de l'établissement. Ces établissements ont également tous vocation à accueillir des personnes ayant d'autres types de troubles associés dont la déficience intellectuelle, avec pour conséquence l'accompagnement de résidents sévèrement dépendants dans tous les actes du quotidien.

Les PSD qui accomplissent ces accompagnements sont principalement des femmes dont l'âge correspond à une tranche de milieu de vie particulièrement active, qui associe, pour la plupart, vie de couple, vie parentale et vie professionnelle à temps plein. Les résultats sociodémographiques correspondent à ceux d'études sur les PSD accompagnant des adultes avec une DI en Angleterre (Chung & Harding, 2009; Rose et al., 2013), au Canada (Hensel et al., 2012) et en Australie (Mutkins et al., 2011).

Les formations initiales des PSD sont celles attendues : ils sont majoritairement aides médico-psychologiques (AMP) puis aides-soignants (AS) en accord avec les résultats de l'enquête DREES, sur les établissements et services pour adultes handicapés en France (Makdessi, 2010). Les AMP et les AS sont les professionnels les moins valorisés sur le plan du salaire et les moins formés également (cf. Tableau 1, p 29). Ils travaillent aux côtés de moniteurs éducateurs (ME) et d'éducateurs spécialisés (ES), qui ont un niveau de formation supérieur ainsi que d'autres professionnels non qualifiés (ou en cours de qualification) et/ou non expérimentés faisant fonction d'AMP ou d'AS. Tous remplissent les mêmes fonctions d'aidants et il pourrait exister un écart important, non pas en termes de tâches, mais en termes de parcours professionnels, d'aspirations voire d'attentes des PSD dans leur travail. Cette première photo des PSD en FAM et MAS montre combien le soin et l'aide au quotidien des résidents, souvent appelés du nursing, sont des missions associées à des métiers généralistes, féminisés, et une main d'œuvre moins coûteuse qui, sans spécialisations au TSA, est recrutée pour répondre aux besoins spécifiques des résidents TSA-DI.

Les formations continues spécialisées au TSA sont proposées aux PSD lorsqu'ils sont dans l'exercice de leur métier et/ou une fois diplômés. Ces formations proposées par l'établissement, selon des axes prioritaires données par la direction, sont accessibles aux PSD qui le souhaitent. Le nombre d'heure moyen par professionnel ayant bénéficié d'une formation spécialisée au TSA paraît faible, considéré dans la globalité du parcours professionnel des PSD : 37h de formation au TSA, soit une semaine de travail, pour une ancienneté globale moyenne en établissement médicosocial adulte de 9 ans. Les formations s'adressent le plus souvent à des groupes de PSD qui s'y rendent ensemble afin de créer une culture de travail commune. Toutefois, 26% de PSD n'ont pas reçu de formation au TSA, ce qui pourrait compliquer la dynamique d'équipe et constituer des mouvements contre

productifs et conflictuels. Une dynamique d'équipe à double vitesse produit une inertie usante pour les professionnels les plus engagés (Maslach & Leiter, 2016b).

La supervision ou l'analyse des pratiques est un autre type d'intervention par un professionnel extérieur qui a plusieurs objectifs : le soutien des pratiques professionnelles, la réflexion et l'élaboration professionnelle et la formation théorico-pratique. Le choix du superviseur et la commande institutionnelle définissent le contenu de ces réunions de travail qui sont plus courtes qu'une journée de formation et plus fréquentes. Organisées sur site par l'établissement, les PSD y participent, selon leur planning, en grand groupe, parfois en sous-groupe fonctionnel, c'est à dire soit par lieu de vie soit par roulement. Les cadres y sont généralement absents.

L'ensemble de ces ressources, dont la formation, la supervision, l'analyse des pratiques, sont recommandées pour accompagner les professionnels de soutien direct auprès des adultes TSA-DI (HAS & Anesm, 2017). Les PSD de l'étude sont particulièrement satisfaits et favorables à ces différents types de formation et de soutien. En revanche, l'application des connaissances théorico pratiques qui y sont acquises n'est pas évaluée et le soutien obtenu pourrait être d'avantage social, provenant du formateur/superviseur comme de la cohésion de l'équipe suscitée par ces temps d'échanges collectifs. Ceci suggère que la valorisation sociale est un renforçateur professionnel.

Les anciennetés (diplôme, médicosocial adulte et établissement actuel), montrent des moyennes inférieures à dix ans qui suggèrent que l'avenir professionnel des PSD est incertain dans ce secteur professionnel. Ce résultat questionne la discontinuité de leur parcours. De même, *l'absentéisme pour cause d'arrêt maladie*, compte un nombre moyen de 19 jours d'arrêt maladie sur l'année écoulée, mais cette moyenne est alourdie par des arrêts maladies de longue durée. En revanche, plus de la moitié des PSD ont eu un arrêt maladie durant l'année écoulée. Ce résultat, associé à la faible ancienneté dans l'établissement actuel et aux

turnovers conséquents de PSD que cela suscite, contribue aux discontinuités : dans le travail d'équipe, sur les effets de la formation continue au TSA, dans le parcours des résidents. Sans établir de relation de cause à effet, l'absentéisme au travail est un indicateur de fragilité (Estry-Béhar, 2008).

1.2. Le burnout des PSD

La prévalence du burnout complet (les trois dimensions élevées) est estimée à 5% chez les PSD d'adultes TSA-DI. Elle se rapproche de la fourchette haute de la prévalence du burnout chez les médecins généralistes français estimée de 1 à 5%. Le burnout ne touche pas tous les médecins pareillement selon les départements, les territoires français et les dispositifs de soins et collaborations au sein desquels les médecins sont inclus (Dusmesnil et al., 2009; HAS, 2017). Plus généralement, comparer les prévalences présente un faible intérêt, lorsque les métiers, l'autonomie et le contrôle des soins des usagers sont différents. Une étude portant sur les expériences de 73 professionnels de santé travaillant auprès d'adultes avec une DI dans un environnement communautaire en Angleterre a montré une prévalence du burnout complet de 4% chez cette population qui se rapproche de notre population d'étude (Clare et al., 2017). Toutefois, là encore, les professionnels de santé sont arthérapeutes, psychologues ergothérapeutes, psychiatres, infirmiers et ils sont moins exposés au poids des accompagnements du quotidien.

Les moyennes des scores obtenues aux dimensions du burnout dans notre étude ont été comparées aux moyennes obtenues chez une population Canadienne similaire, portant sur le burnout de 926 professionnels de soutien, exposés aux agressions d'adultes avec une DI, en milieu communautaire (Hensel et al., 2012). Cette comparaison montre que les PSD d'adultes TSA-DI ont un épuisement émotionnel semblable à ces professionnels et un sentiment de dépersonnalisation significativement plus faible. En revanche, les PSD d'adultes TSA-DI ont une perte d'accomplissement personnelle significativement plus importante qui correspond à

un sentiment d'inefficacité dans les accompagnements qu'ils dispensent auprès des résidents avec un TSA et une DI.

Les résultats de Hensel et al. (2012) avaient été comparés par les auteurs aux résultats d'études réalisées avec des populations similaires dans d'autres pays et n'avaient pas montré de différence significative à l'exception de l'accomplissement personnel plus élevé (Chung & Harding, 2009; Mitchell & Hastings, 2001; Mutkins et al., 2011; Skirrow & Hatton, 2007). Le faible accomplissement personnel des PSD d'adultes TSA-DI est une problématique qui se retrouve dans la description du profil du burnout chez cette population.

Les profils à risque de burnout ont été établis, pour chaque PSD, à partir du nombre de dimensions élevées (une, deux ou trois). Les PSD ayant un profil à risque de burnout ont principalement une perte élevée d'accomplissement personnel puis une perte d'accomplissement élevé associé à un épuisement émotionnel lorsque deux dimensions sont concernées. Contrairement à la conception par stade du burnout, où l'épuisement émotionnel puis la dépersonnalisation sont les premiers signes du burnout, ici seulement un PSD a un épuisement émotionnel élevé associé à une dépersonnalisation élevée. Les résultats sur la perte élevée d'accomplissement personnel confirment l'hypothèse de certains auteurs selon laquelle le burnout des professionnels de service à la personne débiterait par la perte d'accomplissement personnel plutôt que l'épuisement émotionnel (van Dierendonck et al., 2001).

D'autres analyses comparatives nous ont permis d'observer que les hommes, plus nombreux en FAM sont plus touchés par la dépersonnalisation que les femmes. Par ailleurs, la dépersonnalisation dans le modèle du burnout de Maslach est présentée comme une stratégie de distanciation des exigences émotionnelles issues des transactions stressantes, à un stade où elles débordent l'individu (Maslach & Jackson, 1981). En l'absence d'épuisement émotionnel massif des PSD d'adultes TSA-DI, la plus importante dépersonnalisation chez les

hommes PSD pourraient suggérer une différence qualitative, du vécu d'expérience et des attentes, différente sur le plan interpersonnel avec les résidents. Toutefois il n'existe pas de différence significative entre homme et femme concernant la perte d'accomplissement personnel qui caractérise le burnout des PSD.

Il est intéressant de constater qu'il existe des associations significativement attendues comme le fait que les PSD plus épuisés sur le plan émotionnel ont été plus souvent en arrêt maladie, et que les PSD plus âgés ont moins de sentiment de dépersonnalisation et ont plus d'accomplissement personnel. En revanche, les bienfaits liés à l'âge ne se retrouvent pas dans le temps passé à travailler : l'ancienneté (du diplôme, dans l'établissement actuel et l'ancienneté globale), ne montrent pas d'associations significatives avec les dimensions du burnout. De même les bienfaits des différentes satisfactions (formations initiale et continues, supervision) ne sont pas associées ni positivement ni négativement à l'épuisement émotionnel tel que nous l'attendions.

1.3. Les processus transactionnels

Lorsque nous comparons le vécu des expériences des PSD auprès des résidents TSA-DI avec celui d'enseignants français auprès d'enfants avec un TSA (Boujut et al., 2016) l'ensemble des comparaisons sont significatives. Tout d'abord, les PSD d'adultes TSA-DI ont des expériences plus stressantes en termes de perte et de menace et perçoivent moins leurs expériences comme des défis. Effectivement la sévérité du TSA associé à la DI constitue une première difficulté pour les PSD, bien que les enseignants aient également des comportements problèmes à gérer. Toutefois, l'âge adulte des résidents vient modifier la problématique du vécu de stress, car l'évaluation primaire du stress dépend des ressources et des capacités à contrôler le comportement problème de l'individu et parfois par un contrôle physique. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, le conduire, le guider et le repositionner physiquement est facilité par la corpulence de l'enfant ce qui n'est pas le cas avec les adultes. Le contact

physique, voire le risque d'un contact face à un résident en tension, ne provoque pas le même vécu de stress lorsqu'il s'agit d'un adulte.

Les PSD utilisent plus que les enseignants des stratégies centrées sur le problème, sur l'émotion et la recherche de soutien social, ce qui pointe l'importance des stratégies d'adaptation pour faire face à la multitude des situations qu'offre le quotidien. Les objectifs de qualité de vie en FAM et MAS sont des objectifs qui demandent de la créativité et de la souplesse et qui s'inscrivent dans un temps long. Les PSD ont moins d'expériences vécues comme un défi que les enseignants, probablement en lien avec des objectifs de travail moins défiant que le rythme imposé par le référentiel des enseignants.

Pour résumer notre étude descriptive :

- Le risque de burnout des PSD d'adultes TSA-DI est élevé et comparable à celui des PSD d'adultes avec une DI
- Le burnout des PSD d'adultes TSA-DI est caractérisé par une perte d'accomplissement personnel élevée
- Le vécu des expériences de stress négatif des PSD d'adultes TSA-DI est plus important que chez les enseignants d'enfants TSA et engendre un recours adaptatif plus important également.

2. Les déterminants du burnout

Le rappel des hypothèses et des résultats de l'étude 2 est présenté ci-dessous.

Rappel des hypothèses 2

- *Théorique* : les antécédents sociodémographiques et professionnels et les processus transactionnels des PSD expliquent le niveau élevé des dimensions du burnout
- *Opérationnelles* :
 - Effets protecteur sur le burnout : âge, ancienneté, formation spécialisée au TSA
 - Effets à risque sur le burnout : stress-menace, stress-perte, faible satisfaction du soutien social, du coping-émotion

Rappel des résultats 2

- *EE, épuisement émotionnel* :
 - Facteurs de risque : stress-perte
 - Facteurs protecteurs : aucun antécédents ; stress-défi, satisfaction soutien social perçu
- *DEP, dépersonnalisation* :
 - Facteurs de risque : stress-perte, coping-émotion
 - Facteurs protecteurs : âge ; stress-défi, coping-problème
- *PAP, perte d'accomplissement personnel* :
 - Facteurs de risque : Aucun
 - Facteurs protecteurs : âge ; stress-défi

Nos résultats vérifient très partiellement nos hypothèses quant aux effets des prédicteurs sociodémographiques et professionnels sur le burnout. Seul *l'âge* élevé explique une faible dépersonnalisation et un accomplissement personnel élevé, ce qui fait des PSD les plus âgés, les plus accomplis personnellement dans leur travail avec les adultes TSA-DI. Faute de pouvoir agir sur l'âge des PSD, les maintenir en activité dans ce secteur professionnel, le plus longtemps possible est un challenge qui pourrait être lié aux déterminants de leur souffrance au travail.

L'ancienneté d'expérience n'a pas d'effet prédictif sur le burnout et ce résultat ne correspond pas aux résultats de Hensel et al. (2012) qui montre que l'apprentissage par l'expérimentation des comportements difficiles des adultes avec une DI augmente l'accomplissement personnel. Les faibles anciennetés (diplôme, établissements) des PSD montrent un parcours et un vieillissement professionnel, dans le secteur médicosocial, limité.

Ce résultat peut suggérer que l'ancienneté n'est pas une variable spécifique aux connaissances et compétences acquises dans le champ des TSA. L'ancienneté recouvre d'autres prédicteurs du burnout comme les mauvaises relations entre collègues, un leadership qui ne garantirait pas le bien-être des PSD et un manque de reconnaissance du travail accompli qui pourraient constituer des risques de burnout (Kozak et al., 2013). Effectivement, les adultes TSA-DI ont peu de compétences pour montrer aux PSD leur satisfaction et leur reconnaissance. De ce fait, la valorisation des PSD transite par les ressources sociales que sont les cadres (managers), les familles des résidents et les collègues PSD. En revanche, ces ressources sociales peuvent avoir un effet positif comme négatif en cas de conflit, comme par exemple les 26 % de PSD qui n'ont pas reçu de formation au TSA, ce qui peut nuire à la cohésion d'équipe. On peut supposer également que les faibles revenus des PSD sont des éléments pouvant favoriser un turnover et des réorientations professionnelles, affaiblissant indirectement le soutien social (Hastings, 2010). En effet, nos résultats montrent que la majorité des PSD ayant travaillé moins de dix ans auprès d'adultes avec une DI dont un TSA, sont diplômés depuis moins de dix ans ce qui suggère qu'ils quittent le secteur médicosocial adulte après dix ans d'expérience pour des raisons qui pourraient être liées à la perte d'accomplissement personnel accrue chez cette population, ou encore à des variables associées à l'ancienneté comme le manque de valorisation du statut et du salaire.

Enfin, *la formation spécialisée au TSA* n'a également pas d'effet sur le burnout et cette absence de résultats correspond à une donnée importante à la vue des moyens et des espoirs qu'elle porte en elle. Nos résultats ne s'accordent pas avec la littérature qui suggère que la préparation et la formation des PSD à la gestion des comportements difficiles réduit leur burnout (Howard et al., 2009). La majorité des PSD ont bénéficié d'une formation spécialisée au TSA dans leur parcours professionnel, reconnue pour réduire les exigences émotionnelles. Ce résultat peut être interprété par les faibles durées moyennes de formation et une formation

insuffisante et/ou ne répondant pas aux besoins des PSD pour faire face aux situations stressantes. Des solutions plus adaptées pourraient s'inspirer des programmes d'accompagnement psycho-éducatif de soutien aux parents d'enfants TSA (Cappe et al., 2010). Le TSA a des conséquences sur l'entourage familial et crée des besoins spécifiques en termes de soutien qui ont fait l'objet d'un état des lieux (Derguy & Cappe, 2019). Leur but est de soutenir les parents pour qu'ils développent des stratégies ayant des effets fonctionnels sur leur qualité de vie. La guidance des professionnels cliniciens spécialisés est nécessaire à l'analyse des comportements dysfonctionnels (Cappe et al., 2011). Ainsi pour soutenir les PSD de résidents TSA-DI, leur apporter de l'information et de la formation ne suffit pas. Les comprendre (à partir de leurs besoins) et les accompagner serait possible en adaptant des programmes existants psycho-éducatifs et d'éducation thérapeutique (Derguy et al., 2017; Ilg et al., 2016). Le principe de l'éducation thérapeutique est d'aider l'entourage à acquérir ou maintenir les compétences qui lui sont nécessaires au service de sa qualité de vie (OMS, 1966). Cette conception du soutien à fournir aux PSD de résidents TSA-DI est la conséquence de son rôle d'aidant. Percevoir les PSD comme des aidants professionnels qui accompagnent la vie durant les résidents permet d'envisager l'aide à l'aidant.

Concernant *les déterminants transactionnels* du burnout, nos hypothèses se vérifient et mettent en évidence des résultats significatifs.

Les PSD ont des expériences de stress perçu comme une perte qui prédisent l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation et ils ont des expériences de stress perçu comme un défi qui les protègent du burnout (d'un EE et DEP élevés et d'un AP faible/PAP). Ces résultats sont accord avec la littérature (Boujut et al., 2016; Cappe et al., 2015). Les expériences perçues comme une menace n'ont en revanche pas d'effet sur l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, ce qui suggère que ce n'est pas la transaction menaçante

mais l'exposition à des expériences de perte, vécues comme des agressions, qui a des conséquences dysfonctionnelles sur le bien-être des PSD, ce qui s'accorde avec la littérature (Hensel et al., 2012; Howard et al., 2009). Dans un contexte de faible ancienneté et par conséquent de turnover, la difficulté majeure rencontrée par les PSD est la répétition de ces expériences de perte lors des accompagnements d'adultes TSA-DI.

Lors des accompagnements stressants avec les résidents TSA-DI, les PSD qui sont satisfaits du soutien social perçu ont un faible épuisement émotionnel. Le soutien social est un déterminant de la santé reconnu ((Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). De plus, les PSD font un métier d'équipe, et ils travaillent dans une proximité physique avec les PSD de leur équipe. Le soutien social de proximité est donc une caractéristique en établissements lorsqu'un accompagnement met en difficulté le PSD. Toutefois, lors des transactions stressantes, la satisfaction du soutien d'équipe peut être faible et favoriser l'épuisement émotionnel, lorsque par exemple le collègue est un remplaçant, non formé ou bien si des tensions interpersonnelles existent. Les collègues de travail, c'est-à-dire les pairs PSD, constituent un autre contexte transactionnel avec ses propres facteurs de stress. Indirectement, des conflits interpersonnels d'équipe pourraient réduire la satisfaction du soutien social lors des transactions avec les résidents.

Lorsqu'il s'agit de faire face, les PSD ont des stratégies de coping centrées sur le problème qui réduisent le sentiment de dépersonnalisation. L'utilisation du coping-problème permet de rester en lien avec le résident et de maintenir une relation pour modifier et contrôler le comportement et la situation liés au facteur de stress. Les stratégies centrées sur l'émotion augmente la dépersonnalisation et mérite une vigilance quant aux effets qu'ils produisent sur la qualité de la relation avec le résident en terme de distance et d'évitement. Toutefois le coping problème n'est pas un déterminant de l'épuisement émotionnel ni de l'accomplissement personnel, qui touchent le plus les PSD. Les PSD pourraient ne pas avoir

de stratégies centrées sur le problème qui soient fonctionnelles, ce qui les amènerait par défaut à des difficultés d'adaptation lors des accompagnements. Augmenter les moyens des PSD d'agir sur les situations problèmes préserverait la qualité de la relation.

Ainsi, ces résultats nous permettent d'interpréter le mal-être des PSD en termes de burnout comme une conséquence d'expériences aiguës et chroniques que les PSD gèrent en se régulant sur le plan émotionnel, par défaut de solutions aux difficultés rencontrées. Par conséquent, le soutien émotionnel des PSD est nécessaire mais insuffisant. Les PSD doivent recourir à des stratégies de coping plus fonctionnelles organisées selon le type de prévention visée. La prévention primaire des risques du burnout consisterait à former, informer et sensibiliser à la recherche les PSD pour qu'ils constituent en amont des transactions, des ressources utiles à l'utilisation de stratégies centrées sur le problème. Toutefois, faciliter le coping problème améliorera la relation positive du PSD à son travail mais ne réduira pas forcément le coping-émotion. Ainsi, des formations ou des supervisions/analyse des pratiques cognitivo-comportementales pourraient donner les moyens aux PSD de gérer leur stress et de comprendre l'effet négatif sur la santé du coping-émotion. En prévention secondaire, le soutien psychologique en situation de crise ou post opérationnel, individuel ou collectif, réduirait les effets du stress négatif sur la santé. En prévention tertiaire, l'évaluation des symptômes de stress post-traumatique des PSD, conséquents aux transactions avec les résidents est un préalable à leurs prises en charge. Puis, l'organisation institutionnelle de ces prises en charge pourrait réduire la charge émotionnelle des PSD liée à l'exposition des facteurs de stress identifiés, en les reconnaissant et en partageant les conséquences. Des plateformes de répit, adaptées au contexte professionnel sont des moyens de soutien à développer. L'enjeu est de donner une alternative aux arrêts maladies des PSD par un soutien social institutionnel fonctionnel et en contexte.

Les PSD ont la responsabilité de comprendre les comportements difficiles des adultes TSA-DI pour s'adapter à eux. En dépend le bien-être du résident TSA-DI, celui des autres résidents qui vivent sur le même lieu de vie, ainsi que celui des PSD. La promotion de la qualité de vie de tous est un stresser supplémentaire pour les PSD. Les liens entre les PSD et les aidants familiaux d'enfants avec un TSA permettent d'accéder à une littérature scientifique sur la qualité de vie (Cappe et al., 2011; Rattaz et al., 2017) qui pourrait inspirer la recherche sur celle des PSD (Hastings, 2010). Le rôle de l'encadrement dans la mise en œuvre des dispositifs de formation, prévention, soutien et soins est majeur pour réduire indirectement le processus du burnout des PSD.

Pour résumer les déterminants du burnout :

- L'absence de résultats de l'ancienneté d'expérience et de la formation au TSA sur le burnout suggère des dispositifs de soutien et de formation insuffisamment adaptés aux besoins des PSD.
- Structurer et adapter la formation spécialisée au TSA des PSD pour prévenir le risque de burnout :
 - Prévention primaire : informer, former et guider les PSD au TSA et à leurs ressources adaptatives
 - Prévention secondaire : aider, soutenir les PSD suite aux transactions stressantes
 - Prévention tertiaire : créer un dispositif de répit pour protéger les PSD des exigences émotionnelles lorsque le coping ne suffit plus.

3. Le rôle médiateur et modérateur du coping

Le rappel des hypothèses et des résultats de l'étude 3 est présenté ci-dessous.

Rappel des hypothèses 3

- *Théorique* : le coping émotion augmente la relation entre le stress perçu élevé et le burnout
- *Opérationnelles* :
 - Le coping émotion augmente la relation entre les niveaux élevés de stress-menace et stress-perte et un EE et une DEP élevés et un AP faible
 - Le coping émotion diminue la relation entre le niveau élevé de stress-défi et un EE et une DEP faibles et un AP élevé

Rappel des résultats 3

- *Rôle modérateur* :
 - Lorsque les PSD utilisent un coping émotion élevé, il n'y a plus de relation positive entre le stress-défi et l'AP.

Le modèle transactionnel identifie le coping comme un médiateur entre le stress et les critères de santé, tels que les trois dimensions du burnout (Rascle & Irachabal, 2001). Le coping est un processus changeant selon la situation. Ce n'est pas un trait stable et de ce fait il interviendrait pour amplifier ou réduire une relation entre variables indépendantes et dépendantes et ne peut donc pas être un modérateur (Lazarus, 1999). Toutefois, l'absence d'effet modérateur du coping est contesté dans la littérature car le coping dépend des caractéristiques de l'environnement ce qui pourrait lui donner un rôle antérieur aux transactions et donc un rôle d'influence sur les transactions (Harris, 1995). Ainsi, nous avons testé les deux hypothèses, médiatrice et modératrice, afin d'identifier le rôle du coping dans notre étude entre le stress perçu et les trois dimensions du burnout.

Les résultats n'ont montré aucune analyse de médiation significative. En revanche, un seul résultat modérateur a été significatif : lorsque le coping centré sur l'émotion est élevé, il n'y a plus de lien entre le stress-défi et l'accomplissement personnel. Ainsi lorsque les PSD n'utilisent pas de stratégies de coping centrées sur l'émotion, le lien entre les expériences vécues comme des défis et l'accomplissement personnel est présent. Hasting et al. (2002) ont

mené une étude sur le burnout d'enseignants d'enfants avec une DI et ont également mis en évidence le rôle modérateur du coping émotion : lorsque les professionnels utilisent un coping émotion alors la relation entre l'exposition aux comportements problèmes et l'épuisement émotionnel est amplifiée.

L'utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion confirme ses effets dysfonctionnels sur les critères de santé et, chez les PSD d'adultes TSA-DI, sur leur accomplissement personnel. Bien que le coping centré sur le problème ne soit pas un déterminant de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement personnel, son utilisation pourrait permettre de préserver un rapport positif au travail des PSD.

Pour résumer le rôle du coping des PSD :

- L'absence de résultats du rôle médiateur du coping et le rôle modérateur du coping émotion suggère un style de coping centré sur l'émotion chez les PSD pour faire face aux transactions stressantes et chroniques.
- Ce style de coping crée un risque élevé de perte d'accomplissement personnel chez les PSD.
- Il est nécessaire de soutenir et former les PSD pour réduire l'utilisation du coping-émotion et ses conséquences, comme les résultats des déterminants du burnout le suggèrent.
- Il est nécessaire de former et guider pour favoriser un coping-problème et préserver les expériences vécues comme des défis.

4. Le rôle médiateur et modérateur de la satisfaction du soutien social perçu

Le rappel des hypothèses et des résultats de l'étude 4 est présenté ci-dessous.

Rappel des hypothèses 4

- *Théorique* : la satisfaction élevée du soutien social perçu diminue la relation entre le stress perçu élevé et le burnout
- *Opérationnelles* :
 - La satisfaction du soutien social perçu diminue la relation entre les niveaux élevés de stress-menace et perte et un EE et une DEP élevés et un AP faible
 - Une satisfaction élevée du soutien social perçu augmente la relation entre le niveau élevé de stress-défi et un EE et une DEP faibles et un AP élevé

Rappel des résultats 4

- *Rôle médiateur* :
 - La satisfaction du soutien social augmente la relation entre le stress-défi élevé et un faible EE
 - La satisfaction du soutien social diminue la relation entre le stress-perte élevé et l'EE élevé
- *Rôle modérateur* :
 - Lorsque la satisfaction du soutien social perçu est élevée, il n'y a plus de relation positive entre le stress-défi et l'AP

Le soutien social perçu et plus encore, la satisfaction que l'individu peut anticiper de ce soutien, joue un rôle protecteur sur la santé qui est reconnu (Rasclé & Irachabal, 2001). Par ailleurs, dans le cadre du modèle TIM de la psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014), le soutien social est une variable modératrice dans le sens où en sa présence la relation entre le stress et le critère de santé peut être modifiée (Baron & Kenny, 1986). Le stress perçu et la satisfaction du soutien social perçu peuvent avoir des effets directs sur les dimensions du burnout mais l'hypothèse modératrice teste les effets combinés de ces variables sur le burnout. Ainsi, en premier lieu nous discuterons du résultat modérateur trouvé, en accord avec le modèle TIM, puis des résultats de médiations de la satisfaction du soutien social perçu.

Nous avons donc testé l'hypothèse modératrice de la satisfaction du soutien social perçu, entre le stress perçu et le burnout. Un résultat significatif et inattendu concernait la

relation positive entre le stress perçu comme un défi et l'accomplissement personnel. Ainsi, lorsque les PSD n'ont pas de satisfaction du soutien social perçu, la relation entre le stress-défi et l'accomplissement personnel est présente et lorsque les PSD ont une satisfaction du soutien social perçu élevée, alors la relation entre stress-défi et accomplissement personnel est altérée. Il est complexe d'interpréter ce résultat qui montre que les effets de la satisfaction du soutien social perçu, habituellement positifs, soient ici un facteur de vulnérabilité. Les éléments de réponse résident probablement dans le travail d'équipe tel qu'il est vécu en FAM et en MAS. Le faible accomplissement personnel des PSD pourrait refléter des relations conflictuelles avec les supérieurs et les collègues plutôt qu'être en lien avec les résidents (Maslach & Leiter, 2016b). L'absence de données concernant les sources de soutien social perçues ne nous permet pas de connaître les différents niveaux de soutien social en établissement. La satisfaction du soutien social perçu sert probablement d'autres intérêts relationnels que les problématiques d'accompagnement vécues comme des défis. Il se pourrait qu'il existe une pression psychologique via l'équipe sur les PSD qui vivent leurs expériences comme des défis et ont un fort accomplissement personnel. Cette interprétation serait en faveur du rôle stressant de l'équipe et de son poids sur les effets positifs que suscitent les transactions entre PSD et résidents. Effectivement la compréhension des processus transactionnels se fait à l'échelle de l'individu toutefois la dynamique d'équipe, en dehors de laquelle les PSD ont peu d'autonomie de travail en FAM et MAS, pourrait modifier la perception des transactions liées au TSA. Ces considérations doivent prendre en compte le changement de culture de travail que l'autisme a impulsé dans les établissements du médicosocial au travers des différents plans autisme (2018). Les PSD de notre étude travaillent dans des FAM et des MAS suffisamment sensibilisés, si ce n'est spécialisés pour cinq d'entre eux, au TSA. Toutefois, le changement de paradigme d'accompagnement que

ces établissements ont impulsé correspond à une crise culturelle, dont le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évaluation du 3ème plan autisme fait état :

« Au final, le bilan de l'application du 3ème plan est contrasté : il a permis une structuration de la politique publique de l'autisme en France et a bénéficié dans sa gouvernance, de la création des ARS, mais les recommandations de bonnes pratiques demeurent contestées dans certains établissements sanitaires et médico-sociaux, et parfois mal appliquées. » (Corlay et al., 2017)

Cette contestation évoquée dans le rapport constitue un frein et fait de l'autisme en FAM et MAS un sujet pouvant diviser des équipes et créer une inertie dans les pratiques professionnelles, qui alimente de façon très spécifique le processus du burnout plus précisément de la perte d'accomplissement personnel. Effectivement, les PSD les plus impliqués dans les accompagnements des résidents avec un TSA et qui perçoivent leurs expériences comme des défis, seraient les plus en difficulté par un soutien social à contre-courant. Lorsque les relations entre collègues sont caractérisées par un manque de soutien, de confiance et des conflits non résolus, le risque de burnout pourrait être plus important (Maslach & Leiter, 2016b)

Nous avons également testé l'hypothèse médiatrice de la satisfaction du soutien social perçu entre le stress perçu et les dimensions du burnout. Deux résultats significatifs sont venus confirmer notre hypothèse théorique et le rôle médiateur de la satisfaction du soutien social perçu. Nos résultats montrent que la satisfaction du soutien social perçu crée un processus d'influence en permettant lors des expériences vécues comme des défis de réduire l'épuisement émotionnel. Ainsi, la satisfaction du soutien social perçu amplifie le rôle protecteur du stress-défi sur l'épuisement émotionnel. Le deuxième résultat de médiation, concerne un processus d'influence déclenché par les expériences de perte : lorsque le PSD vit une expérience de perte, la satisfaction du soutien social perçu vient réduire le phénomène

d'épuisement émotionnel causé par le stress vécu comme une perte. Ainsi dans les deux cas de médiation, la satisfaction du soutien social perçu permet au PSD de réduire indirectement son épuisement émotionnel.

Ses résultats suggèrent que le soutien social joue un rôle important face aux hautes exigences émotionnelles des transactions. Lorsque les expériences de stress ont une valeur négative pour le PSD sur le plan émotionnel, le soutien social joue son rôle protecteur de burnout. En revanche, lorsque les expériences de stress ont une valeur positive, le soutien social alimente le burnout. Il est probable que les répercussions sur l'équipe sont plus importantes lorsque le stress est vécu comme une perte, ce qui amène l'équipe à être un soutien plus satisfaisant car impliqué, alors que le stress vécu comme un défi a moins de répercussion sur l'équipe et reste une transaction plus singulière.

Pour résumer le rôle de la satisfaction du soutien social perçu des PSD :

- La satisfaction du soutien social perçu joue un rôle médiateur qui permet de réduire l'épuisement émotionnel.
- La satisfaction du soutien social perçu joue un rôle modérateur qui empêche les PSD qui vivent leurs expériences avec les résidents TSA-DI comme des défis d'être accomplis personnellement dans leur travail.
- Renforcer le soutien social à travers des dispositifs institutionnels d'information, de formation et de soutien qui créent un lien social.

5. Forces et limites de l'étude

5.1. Les forces

Notre recherche présente plusieurs intérêts en premier lieu, la population elle-même, la taille de l'échantillon et son homogénéité. Les professionnels de soutien direct français travaillant en FAM et MAS sont nombreux et ne font pas l'objet d'un intérêt scientifique permettant d'améliorer leur condition de travail. La littérature sur le burnout en France se tourne principalement sur le burnout des soignants travaillant dans le sanitaire (Estryn-Béhar, 2008; HAS, 2017) selon des priorités économiques dans ce secteur. En revanche, sur le plan international, les nombreuses références ont révélé les difficultés que représentent, pour ces professionnels de soutien direct, les accompagnements d'adultes avec une DI et l'exposition à des comportements problématiques dont hétéro-agressifs (Skirrow & Hatton, 2007). Ces études internationales ont montré la nécessité de comprendre le burnout de ces professionnels pour soutenir la qualité de vie dans ces lieux de vie. Toutefois les déterminants socioéconomiques du burnout ne rendent pas les comparaisons entre populations aisées. Pour comprendre et agir, les résultats du burnout doivent être interprétés en référence à l'environnement professionnel étudié (Maslach & Leiter, 2016a). Notre population fait donc l'objet d'un intérêt à naître et notre échantillon reflète déjà un état des lieux régional (Occitanie-Est) où tous les départements y sont représentés. Par ailleurs, la taille de notre échantillon est supérieure à des études similaires citées en référence (Cappe et al., 2015; Chung & Harding, 2009; Mutkins et al., 2011; Rose et al., 2013). Enfin, tous les professionnels de soutien direct d'adultes TSA-DI réalisent les mêmes types de tâches et assurent les mêmes fonctions d'aidants auprès d'utilisateurs ayant les mêmes caractéristiques. Cette homogénéité intra-institutionnelle est plus difficile à obtenir lorsque les populations d'étude sont des professionnels cadres, soignants (psychologue, médecins, infirmiers) et administratifs car ils vivent des expériences de stress pouvant conduire au burnout mais ces expériences sont

différentes, éloignées de la clinique des résidents et concernent des facteurs explicatifs différents. Effectivement les PSD n'ont pas de risque plus élevé de burnout en comparaison à d'autres champs professionnels, en revanche les niveaux de burnout entre les PSD d'adultes avec une DI et les autres professionnels travaillant dans le même établissement sont supérieurs (Skirrow & Hatton, 2007).

L'utilisation du modèle transactionnel intégratif et multifactoriel (TIM) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014) est une des forces de l'étude qui permet de répliquer l'étude chez des PSD d'adultes TSA-DI. Il est important de rappeler que la compréhension du burnout est multifactorielle et dépendante des caractéristiques de l'environnement. L'utilisation des résultats chez cette population n'a pas d'intérêt à être généralisée dans d'autres types d'entreprises. L'intérêt du modèle TIM en psychologie de la santé et de comprendre les déterminants de la santé de ces professionnels précisément et d'améliorer leur qualité de vie au travail. Ce modèle est particulièrement adapté à l'étude du burnout qui revêt trois types de critères de santé (épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel au travail) et classe les variables par facteurs à des statuts différents. Les transactions rendent présente la problématique des résidents TSA-DI autrement qu'au travers des antécédents prédicteurs : les résidents TSA-DI ne sont pas seulement des facteurs de stress pour les PSD. Les processus transactionnels offrent une alternative essentielle dans l'étude du burnout des PSD d'adultes TSA-DI : les transactions stressantes entre professionnels et résidents permettent également un éclairage sur les expériences relationnelles des adultes TSA-DI vieillissants. La santé des PSD en termes de burnout est également un indicateur de santé des adultes TSA-DI.

Enfin, notre étude fait partie de l'étude EFAAR, ce qui garantit le lien entre la population de PSD et la population d'adultes TSA-DI. Les difficultés d'accès au diagnostic de TSA à l'âge adulte lorsqu'il y a une DI confortent les rares données de la littérature sur ce

sujet et alimentent le faible intérêt de la recherche pour leurs aidants professionnels. L'étude EFAAR a donc permis de garantir la robustesse des diagnostics TSA des résidents inclus dans EFAAR et ainsi, la robustesse de la problématique de l'étude sur les PSD d'adultes TSA-DI.

5.2. Les limites

L'interprétation de nos résultats rencontre certaines limites. La première est celle de ne pas avoir pris en compte les déterminants organisationnels dont l'effet sur le burnout a été prouvé (Chung & Corbett, 1998; Skirrow & Hatton, 2007). La seconde limite est de ne pas avoir pris en compte également les facteurs politiques liés à la santé et aux handicaps. Ces déterminants sociaux de la santé, définis par World Health Organization (WHO, 2012) ont des conséquences sur les conditions de travail et auraient pu éclairer l'interprétation de nos résultats, comparés avec ceux recueillis dans d'autres pays. Une troisième limite tient au fait que nous avons inclus des établissements volontaires, avec des cultures de travail institutionnelles dynamiques, ce qui pourrait constituer un biais de recrutement. Enfin, notre étude est transversale et l'auto-évaluation des processus transactionnels a pu être influencée par le niveau de burnout des PSD.

5.3. Les perspectives

Cette étude doit être répliquée chez des professionnels de soutien direct d'environnements médicosociaux similaires, afin d'apporter des connaissances scientifiques sur la qualité de vie dans les établissements de ceux qui y vivent, les adultes avec une DI dont les adultes avec un TSA et de leurs aidants, les PSD.

Un design longitudinal permettrait de tester l'hypothèse d'une fragilité (en termes de burnout) réversible lorsque des pistes d'intervention adaptées sont proposées aux PSD pour les soutenir.

Au préalable, une définition des besoins des PSD dans leur rôle d'aidant ainsi que des types de soutien à créer est nécessaire dans le but de venir compléter l'offre de formation existante. Faciliter l'accès à une aide adaptée aux difficultés liées au TSA est indissociable de l'accès à des connaissances et compétences adaptées au TSA.

Les programmes d'éducation et de guidance tels qu'évoqués dans la discussion sont à créer. De même, des plateformes de répit pour les professionnels de soutien direct doivent être pensées. Chaque projet d'établissement doit pouvoir définir les missions d'aidants des PSD ainsi que les dispositifs de soutien leur permettant de faire face à leur travail.

Un effort de vulgarisation des travaux de recherche dans l'autisme doit être fait pour rendre accessible aux établissements accueillant des adultes avec un TSA, le fondement des paradigmes d'accompagnement dans l'autisme. En retour, l'implication des établissements dans la recherche en sera facilitée d'autant qu'elle est incontournable pour créer des connaissances scientifiques sur ces populations (PSD et résidents avec un TSA-DI). La recherche est un levier à l'évolution des pratiques professionnelles qu'il est urgent de développer pour dépasser des organisations professionnelles fondées sur des principes à questionner.

CONCLUSION GENERALE

L'ambition de cette recherche était de décrire et de comprendre le burnout : décrire le burnout des professionnels qui soutiennent des adultes avec un trouble du spectre autistique et une déficience intellectuelle et comprendre les facteurs psychologiques qui contribuent à faire face à ces accompagnements exigeants, complexes et stressants.

La fragilité des professionnels de soutien direct telle que nos résultats sur le burnout et ses déterminants la présentent, est une fragilité réversible en cela que le burnout est un processus. Comprendre comment rendre réversible ce processus permet de concevoir des pistes d'intervention et de soutien adaptées aux besoins des professionnels de soutien direct.

Les résultats de cette étude, tout autant que l'absence de certains résultats attendus, apportent une contribution considérable, dont celle d'aborder les difficultés transactionnelles que l'autisme à l'âge adulte suscitent, qui est peu documentée.

Il ressort de nos résultats que la relation entre les professionnels de soutien direct et les résidents TSA-DI est source de défi et prédit un sentiment d'efficacité et d'accomplissement chez ces professionnels. Pourtant, un faible accomplissement personnel caractérise le burnout de ces professionnels.

Pour préserver ce lien positif avec les résidents, la prévention des risques du burnout des professionnels de soutien direct doit être organisée. Les professionnels doivent être tout d'abord formés au TSA car l'autisme demande des connaissances que ces professionnels n'ont pas acquises durant leur formation qualifiante. La formation fonde le socle d'un coping centré sur le problème qui favorise la relation avec le résident, même si les formations spécialisées au TSA ne sont pas des déterminants du burnout comme nous l'attendions. Ainsi un effort doit être fait pour adapter les besoins en formation des professionnels, en qualité et en quantité, afin que les messages théoriques atteignent leurs objectifs pratiques. Les

formations doivent également cibler la gestion du stress pour aider les professionnels à faire face au stress négatif en situation aversive avec les résidents. Effectivement, les professionnels réagissent au stress vécu comme une perte avec un coping-émotion et l'utilisation du coping-émotion annule la relation positive, que nous souhaitons préserver, entre les expériences vécues comme des défis et un sentiment d'efficacité et d'accomplissement. Ce premier point résume le processus qui conduit au burnout des professionnels de soutien direct et à la perte d'accomplissement personnel qui le caractérise.

Pour préserver ce lien positif, le repérage des signes est un levier pour soutenir psychologiquement les professionnels ayant vécu une situation stressante. Ce soutien doit être organisé par l'établissement, en groupe si le vécu est collectif, afin de ne pas isoler le professionnel dans sa souffrance et construire le socle du soutien social perçu. Effectivement nos résultats montrent que les professionnels se sentent soutenus de façon satisfaisante face à des situations émotionnellement éprouvantes, mais ce soutien satisfaisant dans la difficulté, est contre-productif lorsque la relation des professionnels avec les résidents TSA-DI est positive. La formation et le soutien psychologique de groupe sont également des occasions d'un travail d'équipe et d'un soutien social satisfaisant sans que cette dynamique soit déclenchée par des expériences stressantes. Construire collectivement une culture commune des accompagnements spécialisés au TSA pourrait conforter les liens d'équipe autour de l'autisme et non pas en réaction à l'autisme.

Enfin pour préserver ce lien positif avec les résidents TSA-DI, les professionnels de soutien direct ont parfois besoin d'une aide plus importante. Le vécu d'expériences de stress aigu peut s'associer à la chronicité des transactions stressantes que les professionnels gèrent par un coping-émotion, comme nos résultats le montrent. Toutefois, ce coping-émotion a un effet dysfonctionnel sur le burnout. L'aide à apporter aux professionnels de soutien direct doit

être continue et adaptée aux différentes étapes des difficultés rencontrées, dans le but de préserver ce lien positif, qui est le fil rouge de notre recherche.

Un dispositif de formation et de soutien adapté aux besoins des professionnels, en fonction de leur niveau de burnout pourrait faire l'objet d'un programme d'éducation thérapeutique pour les professionnels d'adultes avec un TSA-DI.

La recherche doit être associée à l'évaluation des interventions testées dans le cadre d'une réplique de notre étude à d'autres FAM et MAS en France.

REFERENCES

- Ahola, K., Honkonen, T., Virtanen, M., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2008). Burnout in relation to age in the adult working population. *Journal of Occupational Health*, 50(4), 362-365. <https://doi.org/10.1539/joh.M8002>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5th edition.). American Psychiatric Publishing.
- Amiet, C., Gourfinkel-An, I., Bouzamondo, A., Tordjman, S., Baulac, M., Lechat, P., Mottron, L., & Cohen, D. (2008). Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender : Evidence from a meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 64(7), 577-582. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.030>
- Anesm. (2008). *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*. ANESM - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.
- Anesm. (2013a). *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté*. ANESM - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.
- Anesm. (2013b). *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs*. ANESM - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.
- Anesm. (2014). *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) : Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement*. ANESM - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux.
- ANM. (2016). *Le burn-out*. ANM - Académie nationale de médecine.

- Baghdadli, A., Loubersac, J., Michelon, C., Rattaz, C., Pernon, E., Traver, S., Mortamais, M., Miot, S., Picot, M.-C., & consortium Elena. (2020). Cohorte ELENA : Etude transdisciplinaire des déterminants des troubles du spectre de l'autisme. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 6(7), 150-156.
- Baghdadli, A., Rattaz, C., Michelon, C., Pernon, E., & Munir, K. (2019). Fifteen-Year Prospective Follow-Up Study of Adult Outcomes of Autism Spectrum Disorders Among Children Attending Centers in Five Regional Departments in France : The EpiTED Cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(6), 2243-2256. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03901-9>
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson Rosenberg, C., White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L.-C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., Hewitt, A., ... Dowling, N. F. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (Washington, D.C.: 2002)*, 67(6), 1-23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Bishop-Fitzpatrick, L., Mazefsky, C. A., Minshew, N. J., & Eack, S. M. (2015). The Relationship between Stress and Social Functioning in Adults with Autism Spectrum

- Disorder and without Intellectual Disability. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 8(2), 164-173.
<https://doi.org/10.1002/aur.1433>
- Boujut, E., & Bruchon-Schweitzer, M. (2007). *Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année.*
- Boujut, E., Dean, A., Grouselle, A., & Cappe, E. (2016). Comparative study of teachers in regular schools and teachers in specialized schools in France, working with students with an Autism Spectrum Disorder : Stress, social support, coping strategies and burnout. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(9), 2874-2889.
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2833-2>
- Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. (2009). La santé mentale chez les étudiants : Suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales Medico-psychologiques*, 167, 662-668. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.05.020>
- Brangier, E., Lancry, A., & Louche, C. (2004). *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations.* Presse Universitaires.
- Bressi, C., Porcellana, M., Gambini, O., Madia, L., Muffatti, R., Peirone, A., Zanini, S., Erlicher, A., Scarone, S., & Altamura, A. C. (2009). Burnout Among Psychiatrists in Milan : A Multicenter Survey. *Psychiatric Services*, 60(7), 985-988.
<https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.985>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes.* Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles* (2eme éd.). Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé.* PUF.

- Busby, R., Ingram, R., Bowron, R., Oliver, J., & Lyons, B. (2012). Teaching Elementary Children with Autism : Addressing Teacher Challenges and Preparation Needs. *Rural Educator*, 33(2), 27-35.
- Cannon, W. B. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *The American Journal of the Medical Sciences*. <https://doi.org/DOI:10.1097/00000441-193501000-00001>
- Cappe, E., Poirier, N., Boujut, E., Nader-Grosbois, N., Dionne, C., & Boulard, A. (2017). Trouble du spectre de l'autisme et évaluation du stress perçu des parents et des professionnels : Étude des propriétés psychométriques d'une adaptation francophone de l'Appraisal of Life Event Scale (ALES-vf). *L'Encéphale*, 43(4), 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.08.001>
- Cappe, E., Rougé, M. C., & Boujut, E. (2015). Burnout des professionnels de l'éducation spécialisée intervenant auprès d'individus ayant un trouble du spectre de l'autisme : Rôle des antécédents psychosociaux et des processus transactionnels. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 21, 125-148. [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30013-9](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30013-9)
- Cappe, E., Smock, N., & Boujut, E. (2016). Scolarisation des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme et expérience des enseignants : Sentiment d'auto-efficacité, stress perçu et soutien social perçu. = Schooling for children with autism spectrum disorders and the experience of teachers: Personal efficacy, perceived stress and perceived social support. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(1), 73-91. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.05.006>
- Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., & Adrien, J. L. (2011). Quality of life : A key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the development of relevant support and assistance programmes.

- Quality of Life Research*, 20(8), 1279-1294. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9861-3>
- Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., Dionne, C., & Adrien, J. L. (2010). Qualité de vie et processus d'adaptation des parents d'un enfant ayant un trouble envahissant du développement : Présentation des principales conclusions issues d'une recherche exploratoire menée en France auprès de 160 parents. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 21, 125-133.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long : Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies : A Theoretically Based Approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Cathébras, P., Begon, A., Laporte, S., Bois, C., & Truchot, D. (2004). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Medicale*, 33, 1569-1574. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)98994-4](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)98994-4)
- CDC. (2012). *Prevalence of Autism Spectrum Disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008* (Morbidity and Mortality Weekly Report 61(3)). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>
- Cervantes, P. E., & Matson, J. L. (2015). Comorbid symptomology in adults with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 3961-3970. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2553-z>
- Chabrol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod.
- Chao, S. F., McCallion, P., & Nickle, T. (2011). Factorial validity and consistency of the Maslach Burnout Inventory among staff working with persons with intellectual

- disability and dementia. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(5), 529-536.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01413.x>
- Chung, M., & Corbett, J. (1998). The burnout of nursing staff working with challenging behaviour clients in hospital-based bungalows and a community unit. *International Journal of Nursing Studies*, 35(1), 56-64. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(98\)00015-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(98)00015-7)
- Chung, M., Corbett, J., & Cumella, S. (1996). Relating staff burnout to clients with challenging behaviour in people with a learning difficulty: Pilot study 2. *The European Journal of Psychiatry*, 10(3), 155-165.
- Chung, M., & Harding, C. (2009). Investigating burnout and psychological well-being of staff working with people with intellectual disabilities and challenging behaviour: The role of personality. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(6), 549-560. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00507.x>
- Clare, I. C. H., Madden, E. M., Holland, A. J., Farrington, C. J. T., Whitson, S., Broughton, S., Lillywhite, A., Jones, E., Wade, K. A., Redley, M., & Wagner, A. P. (2017). 'What vision?' : Experiences of team members in a community service for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(3), 197-209.
<https://doi.org/10.1111/jir.12312>
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological bulletin*, 98, 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Collange, J., Bellinghausen, L., Emery, J. L., Albert, E., & Zenasni, F. (2012). Une échelle de soutien social adaptée au monde professionnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 19, 1-14.

- Corlay, D., Compagno, C., & Petreault, G. (2017). *Évaluation du 3^{ème} plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4^{ème} plan*. IGAS - Inspection Générale des Affaires Sociales.
- Costa, P. T., Somerfield, M. R., & Mac Crae, R. R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. In *Handbook of coping: Theory research, applications* (p. 44-61). Wiley.
- Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: Validation française de la W.C.C. (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française, 41*(2), 155-164.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Atzeni, T., & Houede, N. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. *Psychological Reports, 108*(3), 923-942.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J. M., & Jutand, M.-A. (2007). Do Anxiety, Body Image, Social Support and Coping Strategies Predict Survival in Breast Cancer? A Ten-Year Follow-Up Study. *Psychosomatics, 48*(3), 211-216. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.3.211>
- Curchod-Ruedi, D., Doudin, P. A., & Peter, V. (2009). Le soutien social comme facteur de protection du burnout des enseignants. *Prismes, 10*, 55-59.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment, 296*-307.
- Denis, P., & Goussé, V. (2013). Les stratégies d'ajustement des enseignants de maternelle face au défi de l'inclusion scolaire: L'exemple des troubles du spectre autistique. *Psychol Educ, 4*, 37-51.

- Derguy, C., & Cappe, E. (2019). *Familles et trouble du spectre de l'autisme*. Dunod.
<https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/familles-et-trouble-du-spectre-autisme>
- Derguy, C., Pingault, S., Poumeyreau, M., & M'Bailara, K. (2017). L'éducation thérapeutique : Un modèle pertinent pour accompagner les parents d'enfant avec un Trouble du Spectre de l'Autisme ? *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 9, 20203. <https://doi.org/10.1051/tpc/2017013>
- Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A., & Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in Developmental Disabilities*, 30(2), 367-377. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.07.002>
- DGCS. (2020a, août 2). *Les métiers du travail social*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/>
- DGCS. (2020b, août 22). *Éducateur spécialisé*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/les-fiches-metiers-du-travail-social/article/educateur-specialise>
- DGCS. (2020c, août 22). *Les métiers de la santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/>
- DGT, Anact, & INRS. (2015). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out : Mieux comprendre, pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention*. http://travailemploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 210-227. <https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.2.210>

- Dusmesnil, H., Saliba-Serre, B., Régi, J.-C., Leopold, Y., & Verger, P. (2009). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : Prévalence et déterminants. *Sante Publique, Vol. 21(4)*, 355-364.
- Endler, N. S., Kantor, L., & Parker, J. D. A. (1994). State-trait coping, state-trait anxiety and academic performance. *Personality and Individual Differences, 16(5)*, 663-670. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90208-9](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90208-9)
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping : A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58(5)*, 844-854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.estry.2008.01>
- Fagin, L., Carson, J., Leary, J., De Villiers, N., Bartlett, H., O'Malley, P., West, M., Mcelfatrick, S., & Brown, D. (1996). Stress, Coping and Burnout in Mental Health Nurses : Findings From Three Research Studies. *International Journal of Social Psychiatry, 42(2)*, 102-111. <https://doi.org/10.1177/002076409604200204>
- Ferguson, E., Matthews, G., & Cox, T. (1999). The Appraisal of Life Events (ALE) scale : Reliability and validity. *British Journal of Health Psychology, 4(2)*, 97-116. <https://doi.org/10.1348/135910799168506>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21(3)*, 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process : Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48(1)*, 150-170. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>

- Fombonne, E. (2020). Epidemiological controversies in autism. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 171(01). <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03084>
- Fortuna, R. J., Robinson, L., Smith, T. H., Meccarello, J., Bullen, B., Nobis, K., & Davidson, P. W. (2016). Health conditions and functional status in adults with autism : A cross-sectional evaluation. *Journal of General Internal Medicine*, 31(1), 77-84. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3509-x>
- Fradin, J., Lefrancois, C., & Massioui, F. E. (2006). Des neurosciences à la gestion du stress devant l'assiette. *Médecine et Nutrition*, 42(2), 75-81. <https://doi.org/10.1051/mnut/2006422075>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Fusar-Poli, L., Brondino, N., Orsi, P., Provenzani, U., De Micheli, A., Ucelli di Nemi, S., Barale, F., & Politi, P. (2017). Long-term outcome of a cohort of adults with autism and intellectual disability : A pilot prospective study. *Research in Developmental Disabilities*, 60, 223-231. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.10.014>
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric Symptoms in Preschool Children with PDD and Clinic and Comparison Samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 379-393.
- Galam, E., Komly, V., Tourneur, A. L., & Jund, J. (2013). Burnout among French GPs in training : A cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, 63(608), e217-e224. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X664270>
- Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P., & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress : An intervention study. *Work and Stress*, 19(2), 137-152.

- Gentry, W. D., & Kobasa, S. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In *The Handbook of Behavioral Medicine* (W.D. Gentry). Guilford Publications.
- Gibson, J. A., Grey, I. M., & Hastings, R. P. (2009). Supervisor support as a predictor of burnout and therapeutic self-efficacy in therapists working in ABA schools. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1024-1030.
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1065-1074.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer : Effect on outcome. *Lancet*, 2, 785-787.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. W., & Haybittle, J. L. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet*, 1, 49-50.
- Harris, J. R. (1995). An examination of the transactional approach in occupational stress research. In *Occupational Stress : A Handbook* (p. 21-29). Taylor & Francis.
- HAS. (2011). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : Diagnostic et évaluation chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique (recommandations)*. HAS - Haute autorité de santé.
- HAS. (2017). *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout—Rapport d'élaboration*. HAS - Haute autorité de santé.
- HAS, & Anesm. (2017). *Trouble du spectre de l'autisme : Interventions et parcours de vie de l'adulte*. HAS - Haute autorité de santé.
- Hastings, R. P. (2002). Do challenging behaviors affect staff psychological well-being? Issues of causality and mechanism. *American Journal on Mental Retardation*, 107(6), 455-467.

- Hastings, R. P. (2010). Support staff working in intellectual disability services: The importance of relationships and positive experiences. *Journal Of Intellectual & Developmental Disability*, 35(3), 207-210.
<https://doi.org/10.3109/13668250.2010.492710>
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Coping strategies and the impact of challenging behaviors on special educators' burnout. *Mental Retardation*, 40(2), 148-156.
- Hastings, R. P., Horne, S., & Mitchell, G. (2004). Burnout in direct care staff in intellectual disability services: A factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 268-273.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guilford Press.
- Hensel, J. M., Lunsky, Y., & Dewa, C. S. (2012). Exposure to client aggression and burnout among community staff who support adults with intellectual disabilities in Ontario, Canada. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(9), 910-915.
- Hensel, J. M., Lunsky, Y., & Dewa, C. S. (2014). The mediating effect of severity of client aggression on burnout between hospital inpatient and community residential staff who support adults with intellectual disabilities. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1332-1341.
- Hosking, F. J., Carey, I. M., Shah, S. M., Harris, T., DeWilde, S., Beighton, C., & Cook, D. G. (2016). Mortality Among Adults With Intellectual Disability in England: Comparisons With the General Population. *American Journal of Public Health*, 106(8), 1483-1490.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Pub. Co.
- Howard, R., Rose, J., & Levenson, V. (2009). The psychological impact of violence on staff working with adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in*

- Intellectual Disabilities*, 22(6), 538-548. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00496.x>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hurt, A. A., Grist, C. L., Malesky, L. A. Jr., & McCord, D. M. (2013). Personality traits associated with occupational « burnout » in ABA therapists. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(4), 299-308.
- Ilg, J., Rousseau, M., & Clement, C. (2016). *L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA: Des parents en action! Programme*. Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.
- Ingham, B., Riley, J., Nevin, H., Evans, G., & Gair, E. (2013). An Initial Evaluation of Direct Care Staff Resilience Workshops in Intellectual Disabilities Services. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(3), 214-222.
- Innstrand, S. T., Espnes, G. A., & Mykletun, R. (2004). Job stress, burnout and job satisfaction: An intervention study for staff working with people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 119-126.
- INRS. (2009). *Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention*. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/ed6011.pdf>
- Inserm. (2011). *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants*. Les éditions Inserm.
- Ito, H., Kurita, H., & Shiiya, J. (1999). Burnout among direct-care staff members of facilities for persons with mental retardation in Japan. *Mental Retardation*, 37(6), 477-481.

- Jadoulle, V., Rokbani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M., & Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer : A six-month prospective study. *Bulletin du cancer*, 93, 67-72.
- Janot-Bergugnat, L., & Rascle, N. (2008). *Le stress des enseignants* (Armand Colin, Vol. 36).
<http://id.erudit.org/iderudit/0444009ar>
- Jasseron, C., Estryn-Béhar, M., Nézet, O. L., & Rahhali, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Recherche en soins infirmiers*, N° 85(2), 46-64.
- Jennett, H. K., Harris, S. L., & Mesibov, G. B. (2003). Commitment to philosophy, teacher efficacy, and burnout among teachers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 583-593.
- Johnson, P. O., & Neyman, J. (1936). Tests of certain linear hypotheses and their application to some educational problems. *Statistical Research Memoirs*, 1, 57-93.
- Johnson, P.O., & Fay, L. C. (1950). The Johnson-Neyman technique, its theory and application. *Psychometrika*, 15(4), 349-367. <https://doi.org/10.1007/BF02288864>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. JSTOR.
<https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work*. Basic books.
- Kelly, A., Carey, S., McCarthy, S., & Coyle, C. (2007). Challenging behaviour : Principals' experience of stress and perception of the effects of challenging behaviour on staff in special schools in Ireland. *European Journal of Special Needs Education*, 22(2), 161-181.

- Ko, C., Lunsky, Y., Hensel, J., & Dewa, C. S. (2012). Burnout among summer camp staff supporting people with intellectual disability and aggression. *Intellectual and Developmental Disabilities, 50*(6), 479-485.
- Koleck, M. (2000). *Rôle de certains facteurs psychosociaux dans l'évolution des lombalgies communes : Une étude semi-prospective en psychologie de la santé* [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux II.
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2003). Stress et coping : Un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 161*(10), 809-815.
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Thiébaud, E., Dumartin, N., & Sifakis, Y. (2000). Job stress, coping and burnout among French general practitioners. *European Review of Applied Psychology, 50*(3), 309-314.
- Koleck, M., Mazaux, J.-M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2006). Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain : A prospective study. *European journal of pain (London, England), 10*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.01.003>
- Kowalski, C., Driller, E., Ernstmann, N., Alich, S., Karbach, U., Ommen, O., Schulz-Nieswandt, F., & Pfaff, H. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 31*(2), 470-479. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.10.021>
- Kozak, A., Kersten, M., Schillmöller, Z., & Nienhaus, A. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 34*(1), 102-115. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.07.021>

- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory : A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 192-207.
- Krohne, H. W. (1996). Individual differences in coping. In *Theory, research, applications* (Vol. 17, p. 381-409). Wiley.
- Kumar, S., Fischer, J., Robinson, E., Hatcher, S., & Bhagat, R. N. (2007). Burnout and Job Satisfaction in New Zealand Psychiatrists : A National Study. *International Journal of Social Psychiatry, 53*(4), 306-316. <https://doi.org/10.1177/0020764006074534>
- Kumar, S., Hatcher, S., Dutu, G., Fischer, J., & Ma'u, E. (2011). Stresses Experienced By Psychiatrists and Their Role in Burnout : A National Follow-Up Study. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(2), 166-179. <https://doi.org/10.1177/0020764009341211>
- Kurz, A. S., Bethay, J. S., & Ladner-Graham, J. M. (2014). Mediating the relation between workplace stressors and distress in ID support staff : Comparison between the roles of psychological inflexibility and coping styles. *Research in Developmental Disabilities, 35*(10), 2359-2370. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.06.003>
- Laugaa, D., & Bruchon-Schweitzer, M. (2005). L'ajustement au stress professionnel chez les enseignants français du premier degré. *Orientation scolaire et professionnelle, 34*(4), 499-519. <https://doi.org/10.4000/osp.428>
- Laugaa, D., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stress and burnout among French elementary school teachers : A transactional approach. *European Review of Applied Psychology, 58*(4), 241-251. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.09.007>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion : A new synthesis* (p. xiv, 342). Springer Publishing Co.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer.
- Légeron, P. (2008). Le stress professionnel. *L'information psychiatrique, Volume 84(9)*, 809-820.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2011). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors : Relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology, 17(5)*, 627-639. <https://doi.org/10.1177/1359105311427475>
- Lin, L.-P., & Lin, J.-D. (2013). Job burnout amongst the institutional caregivers working with individuals with intellectual and developmental disabilities : Utilization of the Chinese version of the Copenhagen Burnout Inventory survey. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7(6)*, 777-784. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.03.004>
- Maenner, M. J. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries, 69*. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
- Makdessi, Y. (2010). *Établissements et services pour adultes handicapés. Résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006. Tome 2 : Les structures de soins et d'hébergement* (Série Statistiques N° 141). DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- Makdessi, Y. (2012). *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités* (Série Etudes et Recherche N° 123). DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- Mascha, K. (2007). Staff morale in day care centres for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20(3)*, 191-199. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00316.x>

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory manual* (Vol. 3). Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth About Burnout : How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. John Wiley & Sons.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016a). *Burn-out. Des solutions pour se préserver et pour agir* (Paris). Arènes.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016b). Understanding the burnout experience : Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Mazefsky, C., Herrington, J., Siegel, M., Scarpa, A., Maddox, B., Scahill, L., & White, S. (2013). The Role of Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 679-688. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>
- Ministère chargé des personnes handicapées. (2018). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*. https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf
- Miot, S., Akbaraly, T., Michelon, C., Couderc, S., Crepiat, S., Loubersac, J., Picot, M.-C., Pernon, É., Gonnier, V., Jeandel, C., Blain, H., & Baghdadli, A. (2019). Comorbidity burden in adults with autism spectrum disorders and intellectual disabilities—A report

- from the EFAAR (frailty assessment in ageing adults with autism spectrum and intellectual disabilities) study. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00617>
- Miot, S., Crépiat, S., Couderc, S., Jeandel, C., Blain, H., & Baghdadli, A. (2018). Vieillesse et trouble du spectre autistique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 18(104), 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.01.003>
- Mitchell, G., & Hastings, R. P. (1998). Learning disability care staff's emotional reactions to aggressive challenging behaviours : Development of a measurement tool. *The British Journal Of Clinical Psychology*, 37 (Pt 4), 441-449.
- Mitchell, G., & Hastings, R. P. (2001). Coping, burnout, and emotion in staff working in community services for people with challenging behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 106(5), 448-459.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Multidimensional assessment of coping : Validation of the Brief COPE among French population. *L'Encéphale*, 29(61), 507-518.
- Mutkins, E., Brown, R. F., & Thorsteinsson, E. B. (2011). Stress, depression, workplace and social supports and burnout in intellectual disability support staff. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(5), 500-510.
- Myers, J., Chavez, A., Hill, A. P., Zuckerman, K., & Fombonne, E. (2019). Epidemiological Surveys of Autism Spectrum Disorders. In F. R. Volkmar (Éd.), *Autism and Pervasive Developmental Disorders* (3^e éd., p. 25-60). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108297769.003>
- Nasse, P., & Légeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* (p. 94). Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.
- Neboit, M., & Vézina, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique*. Octarès.

- Nimmo-Smith, V., Heuvelman, H., Dalman, C., Lundberg, M., Idring, S., Carpenter, P., Magnusson, C., & Rai, D. (2020). Anxiety Disorders in Adults with Autism Spectrum Disorder : A Population-Based Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(1), 308-318.
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals : A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99.
- O'Nions, E., Ceulemans, E., Happé, F., Benson, P., Evers, K., & Noens, I. (2020). Parenting Strategies Used by Parents of Children with ASD : Differential Links with Child Problem Behaviour. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(2), 386-401. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04219-2>
- Pezet, V. (1997). *Le stress au travail : Des déclarations à l'observation des comportements (le syndrome de Burnout chez les travailleurs sociaux)* [Thèse de doctorat]. Université Paris Nanterre.
- Pines, A., & Aronson, E. (1981). *Career Burnout : Causes and Cures*. Free Press.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family : Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Dunn, G., Szmukler, G., Reid, Y., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1999). Mental health, « burnout » and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34(6), 295. <https://doi.org/10.1007/s001270050147>
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1996). Mental health, "burnout" and job satisfaction among hospital and community-based

- mental health staff. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 169(3), 334-337. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.3.334>
- Rasclé, N. (2000). Testing the mediating role of appraised stress and coping strategies on employee adjustment in a context of job mobility. *European Review of Applied Psychology*, 50(3), 301-307.
- Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M., & Sarason, I. G. (2005). Short Form of Sarason's Social Support Questionnaire: French Adaptation and Validation: *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.2466/pr0.97.1.195-202>
- Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs Et Modérateurs : Implications Théoriques Et Méthodologiques Dans Le Domaine Du Stress Et De La Psychologie De La Santé, Résumé. *Le travail humain*, 64(2), 97-118.
- Rattaz, C., Michelon, C., Roeyers, H., & Baghdadli, A. (2017). Quality of life in parents of young adults with ASD: EpiTED cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2826-2837. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3197-y>
- Raykov, T. (1997). Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement*, 21(2), 173-184.
- Raykov, T. (2016). Bias of Coefficient afor Fixed Congeneric Measures with Correlated Errors: *Applied Psychological Measurement*.
- Rivard, M., Morin, M., Mercier, C., Terroux, A., Mello, C., & Lépine, A. (2017). Social Validity of a Training and Coaching Program for Parents of Children With Autism Spectrum Disorder on a Waiting List for Early Behavioral Intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 877-887.
- Rivolier, J. (1989). *L'homme stressé*. Presses Universitaires Françaises.

- Rose, J., Mills, S., Silva, D., & Thompson, L. (2013). Client characteristics, organizational variables and burnout in care staff: The mediating role of fear of assault. *Research in Developmental Disabilities, 34*(3), 940-947.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*(7), 813-819. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- Rotstein, S., Hudaib, A.-R., Facey, A., & Kulkarni, J. (2019). Psychiatrist burnout: A meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means. *Australasian Psychiatry, 27*(3), 249-254. <https://doi.org/10.1177/1039856219833800>
- Ruble, L. A., Toland, M. D., Birdwhistell, J. L., McGrew, J. H., & Usher, E. L. (2013). Preliminary Study of the Autism Self-Efficacy Scale for Teachers (asset). *Research in autism spectrum disorders, 7*(9), 1151-1159.
- Saemundsen, E., Juliusson, H., Hjaltsted, S., Gunnarsdottir, T., Halldorsdottir, T., Hreidarsson, S., & Magnusson, P. (2010). Prevalence of autism in an urban population of adults with severe intellectual disabilities—A preliminary study. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*(8), 727-735.
- Sahler, B., Douillet, P., Mary-Cheray, I., & Berthet, M. (2007). *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail | (Anact)* (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail). <https://www.anact.fr/prevenir-le-stress-et-les-risques-psychosociaux-au-travail>
- Sappok, T., Diefenbacher, A., Budczies, J., Schade, C., Grubich, C., Bergmann, T., Bölte, S., & Dziobek, I. (2013). Diagnosing autism in a clinical sample of adults with intellectual disabilities: How useful are the ADOS and the ADI-R? *Research in Developmental Disabilities, 34*(5), 1642-1655.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships, 4*(4), 497-510. <https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In *Latent variables analysis: Applications for developmental research* (p. 399-419). Sage Publications, Inc.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research, 8*(2), 23-74.
- Schoufour, J. D., Mitnitski, A., Rockwood, K., Evenhuis, H. M., & Echteld, M. A. (2013). Development of a frailty index for older people with intellectual disabilities: Results from the HA-ID study. *Research in Developmental Disabilities, 34*(5), 1541-1555. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.029>
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature, 138*(3479), 32-32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Selye, H., & Verdun, P. (1962). *Le Stress de la vie: Le problème de l'adaptation*. Gallimard Lagny-sur-Marne, impr. E. Grevin et fils.
- Shaddock, A. J., Hill, M., & van Limbeek, C. A. H. (1998). Factors associated with burnout in workers in residential facilities for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 23*(4), 309-318.

- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1), 27-41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Skirrow, P., & Hatton, C. (2007). « Burnout » amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities : A systematic review of research findings and initial normative data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*(2), 131-144.
- Stora, J. B. (1993). *Le stress*. Presses Universitaires Françaises.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement : A theoretical integration. *Review of General Psychology, 9*(1), 48-46.
- Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies : A meta-analysis. *Health Psychology, 4*, 249-288.
- Symes, M., Remington, B., Brown, T., & Hastings, R. (2006). Early intensive behavioral intervention for children with autism : Therapists' perspectives on achieving procedural fidelity. *Research in developmental disabilities, 27*, 30-42. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.07.007>
- Taylor, S. E., & Aspinwall, L. G. (1996). Mediating and moderating processes in psychosocial stress : Appraisal, coping, resistance, and vulnerability. In H. B. Kaplan, (ed), *Psychosocial stress : Perspectives on structure, theory, life-course, and methods* (p. 71-110). Academic Press.
- Toits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes : Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 53. <https://doi.org/10.2307/2626957>
- Truchot, D. (2004). *Epuisement professionnel et burn-out. Concepts, méthodes, interventions*. Dunod.

- Turner, R. J., & Marino, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(3), 193-212. <https://doi.org/10.2307/2137276>
- van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2001). Burnout and inequity among human service professionals: A longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1), 43-52. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.1.43>
- Vincent, L., Brindley, P. G., Highfield, J., Innes, R., Greig, P., & Suntharalingam, G. (2019). Burnout syndrome in UK intensive care unit staff: Data from all three burnout syndrome domains and across professional groups, genders and ages. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(4), 363-369. <https://doi.org/10.1177/1751143719860391>
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26.
- Wang, L., Tancredi, D., & Thomas, D. (2011). The prevalence of gastrointestinal problems in children across the united states with autism spectrum disorders from families with multiple affected members. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(5), 351-360. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31821bd06a>
- Wiggins, L., Christensen, D., Van Naarden Braun, K., Martin, L., & Baio, J. (2018). Comparison of autism spectrum disorder surveillance status based on two different diagnostic schemes: Findings from the Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Surveillance Program, 2012. *PLoS ONE*, 13(11).
- Willaye, E., & Magerotte, G. (2014). *Évaluation et intervention auprès des comportements défis. Déficience intellectuelle et/ou autisme* (2nd éd.). De Boeck.

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1. Lettre d'information destinée aux professionnels de soutien direct	180
Annexe 2. Le Maslach Burnout Inventory (MBI)	181
Annexe 3. Le Questionnaire d'informations générales	183
Annexe 4. L'Appraisal of Life Events Scale, version française (ALES.vf).....	187
Annexe 5. Le Questionnaire de soutien social perçu (QSSP)	188
Annexe 6. La Ways of Coping Checklist (WCC-R)	190
Annexe 7. Évaluation du coping en tant que médiateur entre le stress perçu et le burnout ..	192
Annexe 8. Évaluation du coping en tant que modérateur entre le stress perçu et le burnout	199
Annexe 9. Évaluation de la satisfaction du soutien social perçu en tant que médiateur entre le stress perçu et le burnout.....	207
Annexe 10. Évaluation de la satisfaction du soutien social perçu en tant que modérateur entre le stress perçu et le burnout.....	210

Annexe 1. Lettre d'information destinée aux professionnels de soutien direct

Lettre d'information destinée aux Aides-Soignants, Aides-Médico-Psychologiques, Moniteurs-Educateurs, Educateurs Spécialisés qui participent au protocole de recherche suivant :

« Le vécu des éducateurs dans l'accompagnement de personnes présentant un trouble du spectre autistique (TSA) et une déficience intellectuelle (DI), en FAM et MAS du Languedoc Roussillon »

Mesdames, Messieurs,

Nous vous sollicitons dans le cadre d'une étude promue par le CHU de Montpellier et coordonnée par le Pr Amaria Baghdadli (Centre Ressources Autisme du Languedoc Roussillon) intitulée : « Evaluation de la fragilité chez des adultes avec TSA et retard mental, avançant en âge (EFAAR) ». **Des résidents de votre établissement ont participé à cette étude dont le sigle est EFAAR.**

Le but d'EFAAR est de décrire l'état de santé des adultes avec TSA et DI, d'identifier leur degré de fragilité et de le comparer aux données en population générale. L'hypothèse de cette étude est qu'il existerait une fragilité précoce de cette population.

Aujourd'hui nous vous sollicitons car vous accompagnez sur les temps du quotidien et sur leur lieu de vie, ces résidents qui ont participé à EFAAR. Votre vécu et votre gestion des accompagnements de ces résidents sont des informations que nous souhaitons recueillir au travers des 5 questionnaires qui constituent ce recueil, conçu avec la collaboration du Pr Florence Cousson-Gélie (Laboratoire Epsilon, EA 4556, Université Paul Valéry Montpellier 3 & Université de Montpellier), de Emilie Cappe et Emilie Boujut (Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, EA 4057, Université Paris Descartes).

Vous êtes totalement libre de refuser ou d'accepter de participer à ce protocole de recherche.

Le but de cette recherche est d'identifier les processus d'adaptation que vous devez mettre en œuvre dans l'accompagnement des résidents avec TSA et DI. A l'instar des adultes avec TSA et DI, peu d'études scientifiques existent portant sur les aidants professionnels que vous êtes. Pourtant, les éducateurs du médicosocial, (nous regroupons sous cet intitulé les Aides-Soignants, Aides-Médico-Psychologiques, Moniteurs Educateurs et Educateurs Spécialisés) prennent le relais des familles, lorsque leur enfant autiste devient adulte et ce, tout au long du parcours institutionnel du résident.

Dans l'enveloppe qui vous sera remise par Sylvie Couderc, psychologue doctorante investigatrice de cette recherche, vous trouverez 5 questionnaires à remplir. **Nous vous demandons de bien veiller à vous référer, dans vos réponses, aux résidents autistes d'EFAAR que vous accompagnez sur vos groupes.**

Au terme de cette étude, nous vous proposerons une restitution des résultats.

Les responsables de la recherche :

Pr Amaria BAGHDADLI

Coordonnatrice du CRA
Coordonnatrice de l'étude EFAAR
Université Montpellier
A-BAGHDADLI@CHU-MONTPPELLIER.FR

Pr Florence COUSSON-GELIE

Directrice du Laboratoire Epsilon
Université Paul Valéry
Montpellier 3
florence.cousson-gelie@univ-montp3.fr

Sylvie COUDERC

Psychologue, doctorante
Université Paul Valéry
Montpellier 3
sylvie.couderc@etu.univ-montp3.fr

Annexe 2. Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

MBI de Maslach et al. (1996)

Adaptation de Cappe *et al.* (2015) de la version française du MBI de Dion & Tessier (1994)

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.

Jamais : 0

Quelque fois par année, au moins : 1

Une fois par mois, au moins : 2

Quelque fois par mois : 3

Une fois par semaine : 4

Quelque fois par semaine : 5

Chaque jour : 6

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

Item	Fréquence						
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail auprès de personnes présentant un trouble du spectre autistique.	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail auprès de personnes présentant un trouble du spectre autistique.	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail auprès de personnes présentant un trouble du spectre autistique.	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que les personnes présentant un trouble du spectre autistique auprès desquelles je travaille ressentent.	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certaines personnes présentant un trouble du spectre autistique de façon impersonnelle comme si elles étaient des objets.	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes des personnes présentant un trouble du spectre autistique auprès desquelles je travaille.	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail auprès de personnes présentant un trouble du spectre autistique.	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail auprès de personnes présentant un trouble du spectre autistique, d'avoir une influence positive sur les gens.	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que je travaille avec des personnes présentant un trouble du spectre autistique.	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail auprès de personnes présentant un	0	1	2	3	4	5	6

trouble du spectre autistique ne m'endurcisse émotionnellement.	
12. Je me sens plein(e) d'énergie.	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e).	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon activité auprès de personnes présentant un trouble du spectre autistique	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certaines personnes présentant un trouble du spectre autistique auprès de qui je travaille.	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les personnes présentant un trouble du spectre autistique.	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des personnes présentant un trouble du spectre autistique.	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail avec les personnes présentant un trouble du spectre autistique.	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau.	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail avec les personnes présentant un trouble du spectre autistique, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que les personnes présentant un trouble du spectre autistique desquelles je m'occupe me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	0 1 2 3 4 5 6

Annexe 3. Le Questionnaire d'informations générales

Questionnaire d'informations générales

Adapté du protocole de Cappe, Rougé & Boujut (2015)

1) Quels sont le(s) résident(s) que vous accompagnez sur votre groupe (lieu de vie) et qui ont participé à EFAAR :

- 1 Précisez depuis combien de temps :mois..... an
2 Précisez depuis combien de temps :mois..... an
3 Précisez depuis combien de temps :mois..... an
4 Précisez depuis combien de temps :mois..... an

Etes-vous référent du projet personnalisé (individualisé) de l'un d'entre eux :

Oui Non, Précisez lequel:

2) La date d'aujourd'hui (jj/mm/aa) :/...../.....

3) Vous êtes : un homme une femme

4) Votre date de naissance (jj/mm/aa) :/...../.....

5) Vous vivez maritalement : Oui Non

Vous avez des enfants : Oui Non Si oui, combien :

6) Vous êtes : Aide-Soignant Aide-Médico-Psychologique Accompagnant Educatif et Social Moniteur Educateur Educateur Spécialisé Autre, Précisez :

Vous êtes diplômé depuis quand (mm/aa) ?/.....

Avez-vous obtenu votre diplôme par VAE (Validation des Acquis d'Expérience) ?

Oui Non

Si oui, quel diplôme aviez-vous avant votre VAE : Aide-Soignant Aide-Médico-Psychologique Accompagnant Educatif et social Moniteur Educateur Educateur Spécialisé Autre, Précisez :

Depuis quelle année :

7) Etes-vous satisfait(e) de la formation théorique reçue en école (formation initiale)?

Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)

Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
8) Etes-vous satisfait(e) de la formation aux TSA reçue en école (formation initiale)?

- Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)
 Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

Pour quelles raisons ?
.....
.....
.....

9) Vous travaillez en : FAM MAS

Vous travaillez : à temps partiel à temps plein

Depuis quand travaillez-vous dans cet établissement : ans.....mois

10) Avez-vous travaillé auparavant dans d'autres établissements du médico-social ?

- Oui Non

Si oui, lesquels (ex : ESAT, FAM, MAS, Foyer de vie...) :

Type : Durée : ans.....mois

11) Vous travaillez dans un établissement qui accueille combien de résidents ?

12) Comment définiriez-vous le type d'accueil de votre établissement :

- Accueil seulement de personnes avec TSA
 Accueil de personnes avec TSA sur certains groupes seulement, dédiés aux TSA
 Accueil de personnes avec TSA sur des places dédiées à l'autisme mais dans des groupes hétérogènes
 Etablissement généraliste accueillant des personnes avec tout type de handicap

indifféremment

13) Vous travaillez sur un groupe (lieu de vie) qui accueille combien de résidents ?.....

Parmi ces résidents de votre groupe, combien présente un TSA :

Au quotidien, combien d'éducateurs êtes-vous pour encadrer les résidents de votre groupe :

14) Au sein de votre établissement, bénéficiez-vous d'une supervision (ou analyse de pratique) ? Oui Non

Si oui, est-ce une supervision réalisée par : un psychologue autre

Précisez la durée de ces supervisions :heures

Et précisez la fréquence (nombre/an ou mois) de ces supervisions : An Mois

Etes-vous satisfait(e) de cette supervision?

Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)

Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....

Si vous n'êtes pas supervisé(e) souhaitez-vous l'être ? Oui Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....

15) En dehors de votre formation en école, avez-vous suivi une formation spécialisée (formation continue) ?

Formation sur les troubles du spectre autistique,

Préciser le nombre d'heure:

Préciser le type formation : Individuelle En groupe

Etes-vous satisfait(e) ?

Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)

Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

Préciser la raison :

Formation TEACCH, *Préciser le nombre d'heure:*

Préciser le type formation : Individuelle En groupe

Etes-vous satisfait(e) ?

Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)

Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

Préciser la raison :

Formation PECS, *Préciser le nombre d'heure:*

Préciser le type formation : Individuelle En groupe

Etiez-vous satisfait(e) ?

Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)

Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

Préciser la raison :

Formation ABA, *Préciser le nombre d'heure:*

Préciser le type formation : Individuelle En groupe

Etiez-vous satisfait(e) ?

Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)

Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

Préciser la raison :

Autre, *Préciser laquelle:*

Préciser le nombre d'heure :

Préciser le type formation : Individuelle En groupe

Etiez-vous satisfait(e) ?

Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)

Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

Préciser la raison :

16) Depuis un an, avez-vous dû vous absenter de votre travail ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons : Arrêt maladie, préciser la durée

Congés maternité/parental, préciser la durée

Congés exceptionnels, préciser la durée

Autre, préciser lequel et la durée.....

Annexe 4. L'Appraisal of Life Events Scale, version française (ALES.vf)

ALES de Ferguson, Matthews et Cox (1999), adaptation de Cappe *et al.* (2017)

Dans l'espace ci-dessous, veuillez décrire brièvement en quoi, d'après votre expérience, le travail auprès des résidents ayant un TSA participant à l'étude EFAAR, peut parfois être source de stress.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous aimerions que vous estimiez la façon dont vous percevez **votre situation actuelle**. C'est-à-dire la perception que vous avez de votre expérience auprès de ces résidents ayant un trouble du spectre autistique **au moment présent**. Utilisez les six chiffres des échelles suivantes **qui vont de 0 = pas du tout à 5 = extrêmement** pour indiquer dans quelle mesure chacun des adjectifs décrit le mieux votre perception au moment présent. Pour ce faire, entourez le chiffre qui convient dans chaque échelle. Répondez aussi rapidement que possible : les premières réactions sont souvent les plus justes. Sélectionnez une réponse pour tous les adjectifs.

Selon vous, intervenir auprès des résidents ayant un TSA participant à l'étude EFAAR est une expérience :

1. Menaçante : 0 1 2 3 4 5	9. Dououreuse : 0 1 2 3 4 5
2. Paniquante : 0 1 2 3 4 5	10. Déprimante : 0 1 2 3 4 5
3. Agréable : 0 1 2 3 4 5	11. Malheureuse : 0 1 2 3 4 5
4. Inquiétante : 0 1 2 3 4 5	12. Instructive : 0 1 2 3 4 5
5. Destructrice : 0 1 2 3 4 5	13. Excitante : 0 1 2 3 4 5
6. Stimulante : 0 1 2 3 4 5	14. Effrayante : 0 1 2 3 4 5
7. Enrichissante : 0 1 2 3 4 5	15. Bouleversante : 0 1 2 3 4 5
8. Passionnante : 0 1 2 3 4 5	16. Insupportable : 0 1 2 3 4 5

Annexe 5. Le Questionnaire de soutien social perçu (QSSP)

Adaptation de Cappe et al. (2015) du QSSP de Koleck (2000)

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien par rapport aux difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre travail auprès des résidents ayant un TSA participant à l'étude EFAAR. Chacune des questions est en deux parties. Dans un premier temps, cochez toutes les catégories de personnes sur qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite et indiquez le nombre de personnes dans chaque catégorie. Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

1.a) Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous rassurer et vous encourager lorsque vous doutez de vos capacités ?

- Sur personne
- Sur vos collègues, *nombre de personnes*:
- Sur vos amis, *nombre de personnes*:
- Sur votre famille, *nombre de personnes*:
- Sur les professionnels extérieurs à la structure, (éducateurs, psychologues, médecins), *nombre de personnes*:
- Autres personnes, précisez: *nombre*

1.b) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)
- Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

2.a) Qui peut vous donner des conseils, des informations quand vous avez un problème ?

- Personne
- Vos collègues, *nombre de personnes*:
- Vos amis, *nombre de personnes*:
- Votre famille, *nombre de personnes*:
- Les professionnels extérieurs à la structure, (éducateurs, psychologues, médecins), *nombre de personnes*:
- Autres personnes, précisez: *nombre*:

2.b) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

- Très satisfait (e) Satisfait (e) Plutôt satisfait (e)
- Plutôt insatisfait (e) Insatisfait (e) Très insatisfait (e)

3.a) A qui pouvez-vous vous confier quand un évènement vous perturbe ou vous tracasse ?

- A personne
- A vos collègues, *nombre de personnes*:

Annexe 6. La Ways of Coping Checklist (WCC-R)

WCC-R de Vitaliano *et al.* (1985)

Adaptation de Cappe *et al.* (2015) de la version française (Cousson-Gélie *et al.*, 1996)

a. Décrivez une situation stressante, en rapport avec au moins un des résidents ayant un TSA participant à l'étude EFAAR, que vous avez connu durant les derniers mois (situation qui vous a particulièrement troublée) :

.....
.....
.....
.....
.....

b. Par rapport à cette situation que vous venez de décrire, vous diriez qu'elle était de niveau de stress : Faible Moyen Elevé

c. Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée ces derniers mois pour faire face aux problèmes en lien avec votre travail auprès des résidents ayant un TSA participant à l'étude EFAAR. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans les colonnes de droite.

	Non	Plutôt non	Plutôt Oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
4. Je me suis battu pour ce que je voulais.				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.				
7. J'ai changé positivement.				
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
10. J'ai appris les choses une par une.				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait.				

12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
14. Je me suis culpabilisé(e)				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions				
16. Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.				
18. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.				
19. J'ai changé les choses pour que tout puisse bien finir.				
20. J'ai essayé de tout oublier.				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler.				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.				
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.				

d. Utilisez-vous d'autres stratégies, non recensées dans ce questionnaire, pour faire face aux situations stressantes en lien avec votre travail auprès des résidents ayant un TSA participant à l'étude EFAAR ?

Oui Non

Si Oui : lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 7. Évaluation du coping en tant que médiateur entre le stress perçu et le burnout

Partie 1 : Épuisement émotionnel									
<i>Modèle 1. n = 110</i>	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	0,02	0,23	0,08	,934	21,47	2,29	9,39	< ,001	
Age ^a	-0,01	0,11	-0,08	,940	-0,05	1,08	-0,05	,963	
Ancienneté structure ^a	-0,14	0,11	-1,21	,229	-0,12	1,14	-0,10	,918	
Centre de recrutement ^a	-0,002	0,05	-0,04	,966	-0,86	0,50	-1,72	,088	
Défi (X)	0,15	0,10	1,49	,139	-2,49	1,00	-2,50	< ,05	-0,19 [-0,69 – 0,21]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	-1,32	0,98	-1,35	,181	
<i>Modèle 2. n = 116</i>	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	0,27	0,22	1,26	,209	20,08	2,10	9,54	< ,001	
Age ^a	-0,24	0,10	-2,36	< ,05	0,96	1,02	0,94	,351	
Ancienneté structure ^a	0,05	0,11	0,42	,672	-0,35	1,08	-0,32	,748	
Centre de recrutement ^a	-0,07	0,05	-1,45	,151	-0,46	0,46	-1,00	,321	
Défi (X)	0,04	0,09	0,46	,647	-2,55	0,90	-2,83	< ,01	0,14 [-0,49 – 0,90]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	3,24	0,91	3,54	< ,01	
<i>Modèle 3. n = 115</i>	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	0,06	0,22	0,29	,775	20,86	2,19	9,54	< ,001	
Age ^a	-0,15	0,10	-1,46	,147	0,18	1,06	0,17	,863	
Ancienneté structure ^a	-0,004	0,11	-0,04	,971	-0,28	1,11	-0,25	,802	
Centre de recrutement ^a	-0,02	0,05	-0,42	,677	-0,68	0,47	-1,45	,149	
Défi (X)	0,18	0,10	1,87	,064	-2,16	0,99	-2,18	< ,05	-0,07 [-0,05 – 0,03]
RSS (M)	-	-	-	-	-0,37	0,96	-0,38	,703	
<i>Modèle 4. n = 110</i>	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	0,08	0,23	0,34	,732	19,37	2,07	9,38	< ,001	
Age ^a	-0,003	0,11	-0,03	,977	-0,20	0,99	-0,20	,844	
Ancienneté structure ^a	-0,16	0,11	-1,43	,157	0,41	1,04	-0,39	,694	

Centre de recrutement ^a	-0,02	0,05	-0,31	,757	-0,35	0,45	-0,77	,441	
Menace (X)	0,03	0,10	0,36	,719	4,53	0,87	5,22	< 0,001	-0,06 [-0,57 – 0,28]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	-1,84	0,89	-2,06	< 0,05	
Modèle 5. n = 116	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,21	0,19	1,09	,280	18,81	2,00	9,39	< ,001	
Age ^a	-0,26	0,09	-2,81	< ,01	0,25	1,00	0,25	,805	
Ancienneté structure ^a	0,01	0,10	0,06	,950	-0,16	1,03	-0,15	,880	
Centre de recrutement ^a	-0,05	0,04	-1,22	,226	-0,16	0,44	-0,37	,716	
Menace (X)	0,42	0,08	5,19	< ,001	3,81	0,94	4,06	< ,001	0,57 [-0,35 – 1,54]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	1,36	0,98	1,38	,169	
Modèle 6. n = 115	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,10	0,22	0,47	,640	19,32	1,99	9,71	< ,001	
Age ^a	-0,16	0,11	-1,49	,140	-0,30	0,97	-0,30	,761	
Ancienneté structure ^a	-0,04	0,11	-0,37	,716	-0,33	1,01	-0,33	,745	
Centre de recrutement ^a	-0,03	0,05	-0,58	,561	-0,30	0,43	-0,71	,480	
Menace (X)	0,13	0,09	0,47	,154	4,41	0,87	5,09	< ,001	-0,18 [-0,68 – 0,07]
RSS (M)	-	-	-	-	-1,34	0,87	-1,53	,129	
Modèle 7. n = 110	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,08	0,22	0,36	,722	20,52	1,94	10,60	< ,001	
Age ^a	0,01	0,11	0,06	,952	-0,51	0,93	-0,55	,585	
Ancienneté structure ^a	-0,15	0,11	-1,30	,196	-0,15	0,97	-0,15	,877	
Centre de recrutement ^a	-0,02	0,05	-0,37	,716	-0,58	0,42	-1,37	,175	
Perte (X)	-0,14	0,10	-1,47	,146	5,54	0,83	6,66	< ,001	0,12 [-0,21 – 0,55]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	-0,88	0,85	-1,04	,302	
Modèle 8. n = 116	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,32	0,20	1,56	,121	19,98	1,85	10,81	< ,001	
Age ^a	-0,27	0,10	-2,78	< ,01	-0,10	0,92	-0,11	,916	
Ancienneté structure ^a	0,03	0,11	0,29	,773	-0,02	0,95	-0,02	,982	

Centre de recrutement ^a	-0,08	0,04	-1,71	,091	-0,40	0,40	-0,98	,327	
Perte (X)	0,31	0,09	3,48	<,001	5,23	0,83	6,27	<,001	0,44 [-0,09 – 1,16]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	1,44	0,85	1,69	,094	
Modèle 9. n = 115	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,13	0,22	0,59	,557	20,37	1,84	11,05	<,001	
Age ^a	-0,15	0,11	-1,39	,168	-0,50	0,91	-0,55	,581	
Ancienneté structure ^a	-0,03	0,11	-0,27	,788	-0,33	0,94	-0,35	,725	
Centre de recrutement ^a	-0,03	0,05	-0,73	,464	-0,51	0,40	-1,28	,202	
Perte (X)	-0,002	0,09	-0,02	,986	5,49	0,80	6,87	<,001	0,001 [-0,26 – 0,02]
RSS (M)	-	-	-	-	-0,72	0,80	-0,90	,370	

Partie 2 : Dépersonnalisation

Modèle 1. n = 111	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,03	0,23	0,15	,880	5,36	0,94	5,71	<,001	
Age ^a	-0,02	0,11	-0,16	,874	-0,80	0,44	-1,81	,074	
Ancienneté structure ^a	-0,13	0,11	-1,18	,240	0,07	0,47	0,16	,875	
Centre de recrutement ^a	-0,004	0,05	-0,08	,935	-0,43	0,21	-2,07	<,05	
Défi (X)	0,15	0,10	1,53	,129	-0,80	0,41	-1,95	,054	-0,16 [-0,49 – 0,05]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	-1,05	0,40	-2,61	<,05	

Modèle 2. n = 117	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,29	0,22	1,33	,187	4,99	0,93	5,36	<,001	
Age ^a	-0,25	0,10	-2,45	<,05	-0,57	0,45	-1,27	,208	
Ancienneté structure ^a	0,05	0,11	0,45	,653	0,09	0,48	0,18	,855	
Centre de recrutement ^a	-0,07	0,05	-1,49	,140	-0,35	0,20	-1,72	,088	
Défi (X)	0,05	0,09	0,49	,625	-0,87	0,40	-2,19	<,05	0,02 [-0,11 – 0,19]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	0,49	0,40	1,22	,225	

Modèle 3. n = 116	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,07	0,22	0,33	,744	5,19	,90	5,77	<,001	
Age ^a	-0,16	0,10	-1,52	,132	-0,85	0,43	-1,96	,052	

Ancienneté structure ^a	-0,002	0,11	-0,02	,983	0,18	0,46	0,39	,699	
Centre de recrutement ^a	-0,02	0,05	-0,44	,660	-0,40	0,19	-2,08	< ,05	
Défi (X)	0,18	0,10	1,90	,060	-0,84	0,41	-2,05	< ,05	-0,14 [-0,39 – 0,01]
RSS (M)	-	-	-	-	-0,74	0,39	-1,88	,062	
Modèle 4. n = 111	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,09	0,23	0,41	,685	4,90	0,94	5,23	< ,001	
Age ^a	-0,01	0,11	-0,11	,913	-0,82	0,45	-1,85	,068	
Ancienneté structure ^a	-0,16	0,11	-1,42	,160	0,11	0,47	0,23	,816	
Centre de recrutement ^a	-0,02	0,05	-0,34	,734	-0,32	0,20	-1,56	,123	
Menace (X)	0,05	0,09	0,49	,625	0,43	0,39	1,10	,273	-0,05 [-0,32 – 0,17]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	-1,19	0,40	-2,95	< ,01	
Modèle 5. n = 117	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,21	0,19	1,11	,271	4,61	0,93	4,93	< ,001	
Age ^a	-0,26	0,09	-2,85	< ,01	-0,64	0,46	-1,38	,169	
Ancienneté structure ^a	0,01	0,10	0,07	,947	0,22	0,48	0,45	,652	
Centre de recrutement ^a	-0,05	0,04	-1,23	,221	-0,27	0,20	-1,30	,196	
Menace (X)	0,42	0,08	5,29	< ,001	0,22	0,44	0,52	,607	0,15 [-0,26 – 0,13]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	0,35	0,46	0,75	,454	
Modèle 6. n = 116	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,11	0,22	0,50	,620	4,78	0,90	5,32	< ,001	
Age ^a	-0,16	0,10	-1,53	,128	-0,94	0,44	-2,13	< ,05	
Ancienneté structure ^a	-0,04	0,11	-0,36	,719	0,28	0,47	0,60	,549	
Centre de recrutement ^a	-0,03	0,05	-0,60	,551	-0,28	0,20	-1,42	,157	
Menace (X)	0,14	0,09	1,51	,135	0,59	0,39	1,51	,135	-0,14 [-0,42 – 0,02]
RSS (M)	-	-	-	-	-0,97	0,40	-2,45	< ,05	
Modèle 7. n = 111	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,10	0,22	0,46	,650	5,00	0,91	5,51	< ,001	
Age ^a	-0,01	0,11	-0,05	,962	-0,88	0,44	-2,01	< ,05	

Ancienneté structure ^a	-0,14	0,11	-1,28	,204	0,10	0,46	0,22	,823	
Centre de recrutement ^a	-0,02	0,05	-0,42	,674	-0,34	0,20	-1,69	,094	
Perte (X)	-0,13	0,09	-1,33	,185	1,00	0,39	2,57	< ,05	0,03 [-0,02 – 0,11]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	-1,04	0,40	-2,61	< ,05	

<i>Modèle 8. n = 117</i>	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	0,32	0,20	1,61	,110	4,79	0,91	5,25	< ,001	
Age ^a	-0,28	0,10	-2,84	< ,01	-0,78	0,45	-1,73	,087	
Ancienneté structure ^a	0,03	0,11	0,30	,765	0,21	0,47	0,45	,655	
Centre de recrutement ^a	-0,08	0,04	-1,74	,085	-0,30	0,20	-1,51	,134	
Perte (X)	0,31	0,09	3,58	< ,001	1,02	0,41	2,48	< ,05	0,04 [-0,24 – 0,33]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	0,12	0,42	0,27	,785	

<i>Modèle 9. n = 116</i>	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	0,14	0,22	0,64	,523	4,92	0,87	5,66	< ,001	
Age ^a	-0,15	0,11	-1,45	,149	-1,00	0,43	-2,33	< ,05	
Ancienneté structure ^a	-0,03	0,11	-0,26	,796	0,22	0,44	0,49	,628	
Centre de recrutement ^a	-0,04	0,05	-0,77	,445	-0,33	0,19	-1,78	,078	
Perte (X)	0,005	0,09	0,05	,959	1,11	0,38	2,95	< ,01	-0,004 [-0,21 – 0,17]
RSS (M)	-	-	-	-	-0,89	0,38	-2,34	< ,05	

Partie 3 : Accomplissement Personnel

<i>Modèle 1. n = 108</i>	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	0,11	0,23	0,49	,627	32,36	1,76	18,36	< ,001	
Age ^a	-0,05	0,11	-0,47	,641	2,24	0,81	2,77	,007	
Ancienneté structure ^a	-0,12	0,11	-1,05	,295	-0,88	0,85	-1,03	,304	
Centre de recrutement ^a	-0,02	0,05	-0,36	,723	-0,19	0,38	-0,50	,618	
Défi (X)	0,13	0,10	1,28	,203	1,96	0,76	2,59	,011	0,20 [-0,09 – 0,72]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	1,63	0,76	2,15	,034	

<i>Modèle 2. n = 115</i>	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	0,47	0,22	2,18	,031	32,72	1,74	18,82	< ,001	

Age ^a	-0,25	0,10	-2,49	,014	1,91	0,82	2,33	,022	
Ancienneté structure ^a	0,04	0,11	0,39	,699	-1,03	0,87	-1,19	,235	
Centre de recrutement ^a	-0,10	0,05	-2,18	,031	-0,31	0,38	-0,83	,410	
Défi (X)	0,02	0,09	0,17	,868	1,97	0,74	2,68	,009	-0,01 [-0,20 – 0,23]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	-0,54	0,75	-0,72	,475	
Modèle 3. n = 114	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,15	0,23	0,67	,501	31,96	1,69	18,93	< ,001	
Age ^a	-0,14	0,11	-1,30	,195	2,23	0,80	2,79	,006	
Ancienneté structure ^a	-0,02	0,11	-0,14	,888	-1,16	0,84	-1,38	,169	
Centre de recrutement ^a	-0,04	0,05	-0,72	,471	-0,16	0,36	-0,44	,658	
Défi (X)	0,16	0,10	1,63	,107	-1,16	0,84	-1,38	,169	0,07 [-0,16 – 0,44]
RSS (M)	-	-	-	-	0,40	0,71	0,56	,575	
Modèle 4. n = 108	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,17	0,23	0,74	,462	33,42	1,80	18,61	< ,001	
Age ^a	-0,05	0,11	-0,43	,667	2,30	0,83	2,76	,007	
Ancienneté structure ^a	-0,13	0,11	-1,22	,227	-1,05	0,88	-1,20	,232	
Centre de recrutement ^a	-0,03	0,05	-0,61	,541	-0,43	0,39	-1,10	,272	
Menace (X)	0,02	0,09	0,20	,842	-0,34	0,73	-0,47	,639	0,04 [-0,34 – 0,43]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	1,88	0,77	2,43	,017	
Modèle 5. n = 115	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,38	0,20	1,95	,054	33,55	1,77	19,00	< ,001	
Age ^a	-0,25	0,09	-2,72	,008	1,98	0,85	2,32	,022	
Ancienneté structure ^a	0,003	0,10	0,03	,973	-1,29	0,89	-1,45	,149	
Centre de recrutement ^a	-0,08	0,04	-1,92	,058	-0,50	0,38	-1,31	,192	
Menace (X)	0,37	0,08	4,60	< ,001	-0,35	0,78	-0,44	,660	-0,13 [-0,90 – 0,52]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	-0,35	0,84	-0,42	,674	
Modèle 6. n = 114	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,18	0,23	19,02	< ,001	32,80	1,72	19,02	< ,001	

Age ^a	-0,14	0,11	-1,31	,192	2,29	0,82	2,79	,006	
Ancienneté structure ^a	-0,05	0,11	-0,41	,681	-1,34	0,86	-1,55	,124	
Centre de recrutement ^a	-0,04	0,05	-0,86	,391	-0,35	0,37	-0,95	,343	
Menace (X)	0,11	0,10	1,17	,245	-0,66	0,73	-0,91	,367	0,09 [-0,10 – 0,42]
RSS (M)	-	-	-	-	0,77	0,73	1,05	,296	
Modèle 7. n = 108	Effets directs sur le Coping Problème (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,18	0,22	0,82	,415	33,36	1,77	18,80	< ,001	
Age ^a	-0,04	0,11	-0,38	,708	2,33	0,83	2,80	,006	
Ancienneté structure ^a	-0,12	0,11	-1,09	,280	-1,06	0,87	-1,21	,228	
Centre de recrutement ^a	-0,03	0,05	-0,71	,477	-0,42	0,38	-1,09	,277	
Perte (X)	-0,15	0,09	-1,64	,105	-0,69	0,74	-0,92	,358	-0,69 [-2,16 – 0,79]
Coping Problème (M)	-	-	-	-	1,76	0,78	2,25	,027	
Modèle 8. n = 115	Effets direct sur le Coping Émotion (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,48	0,20	2,35	,020	33,37	1,75	19,02	< ,001	
Age ^a	-0,28	0,10	-2,83	,006	2,11	0,85	2,49	,014	
Ancienneté structure ^a	0,03	0,10	0,28	,781	-1,29	0,88	-1,47	,145	
Centre de recrutement ^a	-0,10	0,04	-2,34	,021	-0,47	0,38	-1,23	,222	
Perte (X)	0,29	0,09	3,28	,001	-1,08	0,77	-1,41	,162	-0,05 [-0,59 – 0,41]
Coping Émotion (M)	-	-	-	-	-0,17	0,80	-0,21	,835	
Modèle 9. n = 114	Effets directs sur la recherche de soutien social (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	0,21	0,23	0,94	,347	32,69	1,70	19,23	< ,001	
Age ^a	-0,14	0,11	-1,28	,203	2,37	0,82	2,91	,005	
Ancienneté structure ^a	-0,04	0,11	-0,32	,751	-1,31	0,85	-1,54	,126	
Centre de recrutement ^a	-0,05	0,05	-1,01	,317	-0,33	0,36	-0,91	,363	
Perte (X)	-0,001	0,10	-0,005	,996	-1,23	0,72	-1,69	,093	-0,0003 [-0,24 – 0,16]
RSS (M)	-	-	-	-	0,69	0,72	0,96	,337	

Notes. RSS: Recherche de soutien social ; ^a Variables contrôle.

Annexe 8. Évaluation du coping en tant que modérateur entre le stress perçu et le burnout

Partie 1: Épuisement Émotionnel												
<i>Modèle</i>	Modèle				Informations relatives au modèle					Test de l'interaction inconditionnelle d'ordre le plus élevé		
	β	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>ESM</i>	<i>F (ddl1; ddl2)</i>	<i>p</i>	ΔR^2	<i>F (ddl1; ddl2)</i>	<i>p</i>
1. <i>n</i> = 110					0,30	0,09	96,83	1,76 (6,00; 103,00)	,116	0,0001	0,01 (1,00; 103,00)	,909
Constante	21,54	2,39	9,03	< ,001								
Age ^a	-0,05	1,08	-0,04	,966								
Ancienneté structure ^a	-0,11	1,14	-0,10	,921								
Centre de recrutement ^a	-0,873	0,514	-1,698	,093								
Défi	-2,50	1,00	-2,49	,015								
Coping Problème	-1,32	0,99	-1,34	,184								
Défi x Coping Problème	-0,12	1,03	-0,11	,909								
2. <i>n</i> = 116					0,40	0,16	85,71	3,43 (6,00; 109,00)	,004	0,0001	0,02 (1,00; 109,00)	,896
Constante	20,08	2,11	9,50	< ,001								
Age ^a	0,96	1,03	0,94	,352								
Ancienneté structure ^a	-0,35	1,09	-0,32	,746								
Centre de recrutement ^a	-0,46	0,46	-1,00	,321								
Défi	-2,54	0,91	-2,80	,006								
Coping Émotion	3,24	0,92	3,53	< ,001								
Défi x Coping Émotion	0,12	0,91	0,13	,896								
3. <i>n</i> = 115					0,24	0,06	95,06	1,10 (6,00; 108,00)	,368	0,0003	0,03 (1,00; 108,00)	,857
Constante	20,91	2,22	9,44	< ,001								
Age ^a	0,19	1,06	0,18	,858								
Ancienneté structure ^a	-0,28	1,11	-0,25	,803								
Centre de recrutement ^a	-0,69	0,47	-1,45	,149								
Défi	-2,15	1,00	-2,16	,033								
RSS	-0,38	0,96	-0,39	,696								
Défi x RSS	-0,17	0,97	-0,18	,857								
4. <i>n</i> = 110					0,50	0,25	80,51	5,59 (6,00; 103,00)	< ,001	0,008	1,09 (1,00; 103,00)	,299

Constante	19,48	2,07	9,42	< ,001								
Age ^a	-0,17	0,99	-0,18	,861								
Ancienneté structure ^a	-0,37	1,04	-0,36	,723								
Centre de recrutement ^a	-0,37	0,45	-0,82	,415								
Menace	4,45	0,87	5,10	< ,001								
Coping Problème	-1,98	0,90	-2,20	,030								
Menace x Coping Problème	-1,06	1,02	-1,04	,299								
5. n = 116					0,46	0,22	79,98	4,98 (6,00; 109,00)	< ,001	0,0000	0,0001 (1,00; 109,00)	,993
Constante	18,81	2,11	8,93	< ,001								
Age ^a	0,25	1,00	0,25	,806								
Ancienneté structure ^a	-0,16	1,05	-0,15	,881								
Centre de recrutement ^a	-0,16	0,44	-0,36	,721								
Menace	3,80	1,01	3,77	< ,001								
Coping Émotion	1,36	1,00	1,36	,177								
Menace x Coping Émotion	0,01	0,83	0,01	,993								
6. n = 115					0,47	0,22	78,36	5,17 (6,00; 108,00)	< ,001	0,02	2,51 (1,00; 108,00)	,116
Constante	18,74	2,01	9,32	< ,001								
Age ^a	-0,31	0,97	-0,32	,750								
Ancienneté structure ^a	-0,57	1,01	-0,56	,578								
Centre de recrutement ^a	-0,21	0,43	-0,49	,626								
Menace	4,43	0,86	5,14	< ,001								
RSS	-1,30	0,87	-1,50	,138								
Menace x RSS	1,61	1,02	1,58	,116								
7. n = 110					0,57	0,33	71,91	8,31 (6,00; 103,00)	< ,001	0,0007	0,10 (1,00; 103,00)	,748
Constante	20,51	1,94	10,55	< ,001								
Age ^a	-0,49	0,94	-0,53	,599								
Ancienneté structure ^a	-0,21	1,00	-0,21	,831								
Centre de recrutement ^a	-0,56	0,43	-1,32	,188								
Perte	5,61	0,87	6,48	< ,001								
Coping Problème	-0,87	0,85	-1,03	,306								

Perte x Coping Problème	0,26	0,81	0,32	,748								
8. n = 116					0,58	0,34	67,58	9,23 (6,00; 109,00)	< ,001	0,002	0,26 (1,00; 109,00)	,610
Constante	19,82	1,88	10,54	< ,001								
Age ^a	-0,09	0,92	-0,10	,923								
Ancienneté structure ^a	-0,05	0,96	-0,05	,961								
Centre de recrutement ^a	-0,39	0,41	-0,95	,345								
Perte	5,10	0,88	5,81	< ,001								
Coping Émotion	1,50	0,86	1,73	,086								
Perte x Coping Émotion	0,39	0,76	0,51	,610								
9. n = 115					0,58	0,34	66,87	9,15 (6,00; 108,00)	< ,001	0,02	3,82 (1,00; 108,00)	,053
Constante	20,14	1,82	11,04	< ,001								
Age ^a	-0,41	0,90	-0,46	,647								
Ancienneté structure ^a	-0,67	0,94	-0,71	,479								
Centre de recrutement ^a	-0,44	0,39	-1,12	,264								
Perte	5,55	0,79	7,04	< ,001								
RSS	-0,58	0,80	-0,73	,467								
Perte x RSS	1,61	0,82	1,95	,053								

Partie 2: Dépersonnalisation

Modèle	Modèle				Informations relatives au modèle					Test de l'interaction inconditionnelle d'ordre le plus élevé		
	β	ES	t	p	R	R ²	ESM	F (ddl1; ddl2)	p	ΔR^2	F (ddl1; ddl2)	p
1. n = 111					0,40	0,16	16,18	3,33 (6,00; 104,00)	,005	0,01	1,40 (1,00; 104,00)	,239
Constante	5,05	0,97	5,18	< ,001								
Age ^a	-0,81	0,44	-1,85	,068								
Ancienneté structure ^a	0,06	0,47	0,12	,905								
Centre de recrutement ^a	-0,37	0,21	-1,77	,079								
Défi	-0,76	0,41	-1,86	,065								
Coping Problème	-1,07	0,40	-2,66	,009								
Défi x Coping Problème	0,49	0,42	1,18	,239								
2. n = 117					0,32	0,10	16,62	2,11 (6,00; 110,00)	,058	0,01	1,30 (1,00; 110,00)	,256

Constante	4,99	0,93	5,37	< ,001										
Age ^a	-0,56	0,45	-1,24	,216										
Ancienneté structure ^a	0,07	0,48	0,14	,886										
Centre de recrutement ^a	-0,36	0,20	-1,77	,080										
Défi	-0,85	0,40	-2,12	,036										
Coping Émotion	0,50	0,40	1,23	,220										
Défi x Coping Émotion	0,46	0,40	1,14	,256										
3. n = 116					0,36	0,13	16,01	2,71 (6,00; 109,00)	,017	0,01	1,05 (1,00; 109,00)		,307	
Constante	5,07	0,91	5,59	< ,001										
Age ^a	-0,87	0,44	-2,00	,048										
Ancienneté structure ^a	0,18	0,46	0,39	,699										
Centre de recrutement ^a	-0,39	0,19	-2,02	,046										
Défi	-0,86	0,41	-2,11	,037										
RSS	-0,72	0,39	-1,81	,073										
Défi x RSS	0,41	0,40	1,03	,307										
4. n = 111					0,39	0,15	16,37	3,08 (6,00; 104,00)	,008	0,02	2,67 (1,00; 104,00)		,105	
Constante	4,99	0,93	5,36	< ,001										
Age ^a	-0,82	0,44	-1,86	,066										
Ancienneté structure ^a	0,14	0,47	0,30	,764										
Centre de recrutement ^a	-0,34	0,20	-1,65	,103										
Menace	0,39	0,39	1,08	,316										
Coping Problème	-1,27	0,40	-3,16	,002										
Menace x Coping Problème	-0,73	0,45	-1,64	,105										
5. n = 117					0,24	0,06	17,44	1,15 (6,00; 110,00)	,338	0,003	0,39 (1,00; 110,00)		,534	
Constante	4,43	0,98	4,51	< ,001										
Age ^a	-0,62	0,47	-1,32	,188										
Ancienneté structure ^a	0,17	0,49	0,36	,723										
Centre de recrutement ^a	-0,25	0,21	-1,19	,239										
Menace	0,12	0,47	0,25	,800										
Coping Émotion	0,40	0,47	0,85	,399										

Menace x Coping Émotion	0,24	0,39	0,62	,534								
6. n = 116					0,35	0,12	16,17	2,50 (6,00; 109,00)	,026	0,01	1,82 (1,00; 109,00)	,180
Constante	4,54	0,91	4,98	< ,001								
Age ^a	-0,93	0,44	-2,14	,035								
Ancienneté structure ^a	0,15	0,46	0,33	,745								
Centre de recrutement ^a	-0,27	0,20	-1,39	,167								
Menace	0,58	0,39	1,51	,135								
RSS	-0,96	0,39	-2,43	,017								
Menace x RSS	0,62	0,46	1,35	,180								
7. n = 111					0,43	0,19	15,65	4,03 (6,00; 104,00)	,001	0,02	2,21 (1,00; 104,00)	,140
Constante	5,04	0,90	5,57	< ,001								
Age ^a	-0,92	0,43	-2,12	,036								
Ancienneté structure ^a	0,24	0,46	0,52	,607								
Centre de recrutement ^a	-0,36	0,20	-1,84	,069								
Perte	0,86	0,40	2,16	,033								
Coping Problème	-1,03	0,39	-2,62	,010								
Perte x Coping Problème	-0,56	0,38	-1,49	,140								
8. n = 117					0,33	0,11	16,49	2,28 (6,00; 110,00)	,041	,01	0,92 (1,00; 110,00)	,339
Constante	4,64	0,93	5,01	< ,001								
Age ^a	-0,77	0,45	-1,70	,091								
Ancienneté structure ^a	0,19	0,47	0,40	,692								
Centre de recrutement ^a	-0,29	0,20	-1,45	,151								
Perte	0,89	0,43	2,06	,041								
Coping Émotion	0,17	0,43	0,39	,696								
Perte x Coping Émotion	0,36	0,38	0,96	,339								
9. n = 116					0,41	0,16	15,37	3,58 (6,00; 109,00)	,003	,01	1,26 (1,00; 109,00)	,265
Constante	4,85	0,87	5,57	< ,001								
Age ^a	-0,97	0,43	-2,26	,026								
Ancienneté structure ^a	0,12	0,45	0,27	,788								
Centre de recrutement ^a	-0,31	0,19	-1,67	,098								

Perte	1,12	0,38	2,99	,003
RSS	-0,85	0,38	-2,24	,027
Perte x RSS	0,44	0,39	1,12	,265

Partie 3: Accomplissement Personnel

Modèle	Modèle				Informations relatives au modèle					Test de l'interaction inconditionnelle d'ordre le plus élevé		
	β	ES	t	p	R	R ²	ESM	F (ddl1; ddl2)	p	ΔR^2	F (ddl1; ddl2)	p
1. n = 108					0,46	0,21	52,53	4,46 (6,00; 101,00)	<,001	0,02	2,99 (1,00; 101,00)	,086
Constante	33,12	1,80	18,40	<,001								
Age ^a	2,32	0,80	2,90	,005								
Ancienneté structure ^a	-0,84	0,84	-1,00	,319								
Centre de recrutement ^a	-0,32	0,38	-0,82	,412								
Défi	1,95	0,75	2,59	,011								
Coping Problème	1,76	0,75	2,34	,021								
Défi x Coping Problème	-1,41	0,81	-1,73	,086								
2. n = 115					0,44	0,20	51,64	4,41 (6,00; 108,00)	<,001	0,06	7,82 (1,00; 108,00)	,006
Constante	32,57	1,69	19,31	<,001								
Age ^a	1,86	0,80	2,34	,021								
Ancienneté structure ^a	-0,95	0,84	-1,13	,259								
Centre de recrutement ^a	-0,24	0,37	-0,66	,513								
Défi	1,97	0,71	2,76	,007								
Coping Émotion	-0,56	0,73	-0,77	,444								
Défi x Coping Émotion	-2,03	0,73	-2,80	,006								
3. n = 114					0,39	0,15	54,27	3,22 (6,00; 107,00)	,006	0,01	1,40 (1,00; 107,00)	,240
Constante	32,18	1,70	18,98	<,001								
Age ^a	2,25	0,80	2,81	,006								
Ancienneté structure ^a	-1,16	0,84	-1,38	,171								
Centre de recrutement ^a	-0,177	0,36	-0,49	,625								
Défi	2,10	0,76	2,75	,007								
RSS	0,33	0,72	0,46	,649								

Challenge x SSS	-0,86	0,73	-1,18	,240								
4. n = 108					0,37	0,14	57,18	2,73 (6,00; 101,00)	,017	0,005	0,60 (1,00; 101,00)	,441
Constante	33,46	1,80	18,59	< ,001								
Age ^a	2,32	0,83	2,78	,007								
Ancienneté structure ^a	-1,04	0,88	-1,18	,242								
Centre de recrutement ^a	-0,44	0,39	-1,12	,266								
Menace	-0,67	0,73	-0,50	,619								
Coping Problème	1,84	0,78	2,37	,020								
Menace x Coping Problème	-0,67	0,87	-0,77	,441								
5. n = 115					0,29	0,08	58,85	1,67 (6,00; 108,00)	,136	0,001	0,12 (1,00; 108,00)	,732
Constante	33,39	1,83	18,21	< ,001								
Age ^a	2,00	0,86	2,34	,021								
Ancienneté structure ^a	-1,34	0,90	-1,48	,141								
Centre de recrutement ^a	-0,49	0,39	-1,26	,211								
Menace	-0,46	0,85	-0,54	,591								
Coping Émotion	-0,30	0,86	-0,35	,727								
Menace x Coping Émotion	0,24	0,71	0,34	,732								
6. n = 114					0,31	0,10	57,77	1,94 (6,00; 107,00)	,080	0,006	0,67 (1,00; 107,00)	,416
Constante	33,01	1,75	18,91	< ,001								
Age ^a	2,27	0,82	2,75	,007								
Ancienneté structure ^a	-1,23	0,87	-1,41	,163								
Centre de recrutement ^a	-0,38	0,37	-1,03	,304								
Menace	-0,64	0,73	-0,87	,386								
RSS	0,72	0,73	0,99	,325								
Menace x RSS	-0,69	0,84	-0,82	,416								
7. n = 108					0,38	0,14	57,10	2,76 (6,00; 101,00)	,016	,001	0,12 (1,00; 101,00)	,735
Constante	33,36	1,78	18,72	< ,001								
Age ^a	2,34	0,83	2,80	,006								
Ancienneté structure ^a	-1,11	0,89	-1,25	,214								
Centre de recrutement ^a	-0,41	0,39	-1,06	,292								

Perte	-0,63	0,76	-0,83	,411								
Coping Problème	1,74	0,79	2,21	,029								
Perte x Coping Problème	0,25	0,73	0,34	,735								
8. n = 115					0,32	0,10	57,58	2,10 (6,00; 108,00)	,058	0,006	0,72 (1,00; 108,00)	,397
Constante	33,17	1,77	18,71	< ,001								
Age ^a	2,11	0,85	2,49	,014								
Ancienneté structure ^a	-1,33	0,88	-1,50	,136								
Centre de recrutement ^a	-0,46	0,38	-1,20	,235								
Perte	-1,30	0,81	-1,60	,112								
Coping Émotion	-0,10	0,81	-0,12	,901								
Perte x Coping Émotion	0,60	0,71	0,85	,397								
9. n = 114					0,33	0,11	57,04	2,20 (6,00; 107,00)	,049	0,0002	0,02 (1,00; 107,00)	,875
Constante	32,67	1,71	19,08	< ,001								
Age ^a	2,38	0,82	2,90	,005								
Ancienneté structure ^a	-1,34	0,87	-1,54	,127								
Centre de recrutement ^a	-0,33	0,37	-0,89	,375								
Perte	-1,22	0,73	-1,68	,096								
RSS	0,70	0,72	0,97	,335								
Perte x RSS	0,12	0,76	0,16	,875								

Notes. RSS: Recherche de soutien social ; ^a Variables contrôles.

Annexe 9. Évaluation de la satisfaction du soutien social perçu en tant que médiateur entre le stress perçu et le burnout

Partie 1 : Épuisement émotionnel										
<i>Modèle 1. n = 108</i>	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y	
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]	
Constante	-0,20	0,23	-0,89	,378	20,52	2,04	10,04	< ,001		
Age ^a	-0,18	0,12	-1,51	,134	-0,51	1,06	-0,49	,629		
Ancienneté structure ^a	0,10	0,12	0,80	,424	-0,46	1,12	-0,41	,685		
Centre de recrutement ^a	0,04	0,05	0,79	,434	-0,43	0,45	-0,96	,338		
Défi (X)	0,17	0,11	1,64	,105	-2,49	0,97	-2,58	< ,05	-0,62 [-1,44 – -0,01]	
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	-3,56	0,88	-4,04	< ,001		
<i>Modèle 2. n = 108</i>	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y	
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]	
Constante	-0,09	0,22	-0,42	,674	18,99	1,90	10,02	< ,001		
Age ^a	-0,17	0,11	-1,44	,153	-0,57	0,99	-0,58	,562		
Ancienneté structure ^a	0,11	0,12	0,88	,381	-0,656	1,04	-0,629	,531		
Centre de recrutement ^a	0,01	0,05	0,30	0,77	-0,08	0,42	-0,18	,856		
Menace (X)	-0,25	0,10	-2,62	< ,05	4,00	0,86	4,67	< ,001	0,75 [-0,22 – 1,56]	
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	-2,94	0,84	-3,49	< ,001		
<i>Modèle 3. n = 108</i>	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur l'épuisement émotionnel (Y)				Effets indirects de X sur Y	
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]	
Constante	-0,14	0,22	-0,65	,518	19,82	1,78	11,15	< ,001		
Age ^a	-0,13	0,11	-1,13	,262	-1,04	0,93	-1,11	,268		
Ancienneté structure ^a	0,09	0,12	0,75	,456	-0,38	0,97	-0,39	,694		
Centre de recrutement ^a	0,03	0,05	0,54	,592	-0,27	0,39	-0,69	,492		
Perte (X)	-0,33	0,09	-3,55	< ,001	5,03	0,82	6,16	< ,001	0,75 [0,12 – 1,48]	
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	-2,27	0,81	-2,80	< 0,01		
Partie 2 : Dépersonnalisation										
<i>Modèle 1. n = 109</i>	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y	
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]	
Constante	-0,19	0,23	-0,85	,395	4,83	0,87	5,53	< ,001		
Age ^a	-0,18	0,12	-1,57	,120	-0,80	0,45	-1,77	,079		

Ancienneté structure ^a	0,10	0,12	0,82	,412	-0,33	0,48	-0,68	,499	
Centre de recrutement ^a	0,04	0,05	0,77	,444	-0,34	0,19	-1,79	,077	
Défi (X)	0,18	0,11	1,66	,099	-0,97	0,41	-2,35	< ,05	-0,05 [-0,23 – 0,07]
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	-0,30	0,38	-0,79	,432	

<i>Modèle 2. n = 109</i>	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	-0,08	0,22	-0,36	,718	4,42	0,88	4,99	< ,001	
Age ^a	-0,18	0,11	-1,54	,127	-0,83	0,46	-1,80	,074	
Ancienneté structure ^a	0,11	0,12	0,89	,378	-0,19	0,49	-0,38	,703	
Centre de recrutement ^a	0,01	0,05	0,27	,788	-0,26	0,20	-1,32	,189	
Menace (X)	-0,24	0,10	-2,51	< ,05	0,41	0,39	1,03	,304	0,08 [-0,12 – 0,28]
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	-0,34	0,39	-0,88	,382	

<i>Modèle 3. n = 109</i>	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur la dépersonnalisation (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	-0,12	0,21	-0,57	,569	4,50	0,86	5,25	< ,001	
Age ^a	-0,14	0,11	-1,24	,217	-0,91	0,45	-2,03	< ,05	
Ancienneté structure ^a	0,09	0,12	0,77	,445	-0,21	0,47	-0,45	,653	
Centre de recrutement ^a	0,02	0,05	0,50	,621	-0,28	0,19	-1,46	,147	
Perte (X)	-0,32	0,09	-3,44	< ,001	1,03	0,39	2,65	< ,01	0,03 [-0,26 – 0,26]
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	-0,11	0,39	-0,28	,780	

Partie 3 : Accomplissement Personnel

<i>Modèle 1. n = 107</i>	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	-0,14	0,23	-0,59	,555	32,10	1,68	19,10	< ,001	
Age ^a	-0,17	0,12	-1,42	,159	2,43	0,85	2,85	< ,01	
Ancienneté structure ^a	0,09	0,13	0,73	,469	-1,07	0,91	-1,18	,242	
Centre de recrutement ^a	0,03	0,05	0,56	,578	-0,16	0,37	-0,44	,659	
Défi (X)	0,15	0,11	1,33	,185	2,73	0,80	3,43	< ,001	0,002 [-0,23 – 0,25]
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	0,02	0,71	0,02	,982	

<i>Modèle 2. n = 107</i>	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β	ES	<i>t</i>	<i>p</i>	β [IC 95%]
Constante	-0,02	0,23	-0,09	,926	33,16	1,76	18,87	< ,001	

Age ^a	-0,17	0,11	-1,51	,135	2,42	0,90	2,69	< ,01	
Ancienneté structure ^a	0,12	0,12	0,94	,350	-1,47	0,96	-1,54	,128	
Centre de recrutement ^a	0,003	0,05	0,05	,959	-0,38	0,39	-0,98	,331	
Menace (X)	-0,26	0,10	-2,73	< ,01	-0,69	0,78	-0,89	,375	-0,04 [-0,43 – 0,40]
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	0,16	0,77	0,20	,839	
Modèle 3. n = 107	Effets directs sur la SAT-SSP (M)				Effets directs sur l'accomplissement personnel (Y)				Effets indirects de X sur Y
	β	ES	t	p	β	ES	t	p	β [IC 95%]
Constante	-0,06	0,22	-0,26	,794	33,10	1,72	19,22	< ,001	
Age ^a	-0,13	0,11	-1,16	,248	2,55	0,89	2,88	< ,01	
Ancienneté structure ^a	0,09	0,12	0,76	,447	-1,46	0,93	-1,56	,121	
Centre de recrutement ^a	0,01	0,05	0,25	,801	-0,36	0,38	-0,95	,342	
Perte (X)	-0,33	0,09	-3,46	< ,001	-1,53	0,78	-1,96	,053	0,05 [-0,41 – 0,63]
SAT-SSP (M)	-	-	-	-	-0,16	0,77	-0,20	,841	

Notes. SAT-SSP: Satisfaction du Soutien Social Perçu ; ^a Variables contrôle.

Annexe 10. Évaluation de la satisfaction du soutien social perçu en tant que modérateur entre le stress perçu et le burnout

Partie 1: Épuisement Émotionnel												
<i>Modèle</i>	Modèle				Informations relatives au modèle					Test de l'interaction inconditionnelle d'ordre le plus élevé		
	β	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>ESM</i>	<i>F (ddl1; ddl2)</i>	<i>p</i>	ΔR^2	<i>F (ddl1; ddl2)</i>	<i>p</i>
1. <i>n</i> = 108					0,47	0,22	81,11	4,66 (6,00 ; 101,00)	< ,001	,002	0,22 (1,00 ; 101,00)	,638
Constante	20,33	2,09	9,73	< ,001								
Age ^a	-0,50	1,06	-0,47	,637								
Ancienneté structure ^a	-0,53	1,14	-0,46	,643								
Centre de recrutement ^a	-0,40	0,45	-0,90	,376								
Défi	-2,50	0,97	-2,58	< ,05								
SAT-SSP	-3,64	0,90	-4,05	< ,001								
Défi x SAT-SSP	0,55	1,17	0,47	,638								
2. <i>n</i> = 108					0,57	0,32	70,46	7,91 (6,00 ; 101,00)	< ,001	0,008	1,22 (1,00 ; 101,00)	,273
Constante	19,35	1,92	10,07	< ,001								
Age ^a	-0,42	1,00	-0,42	,674								
Ancienneté structure ^a	-0,86	1,06	-0,81	,419								
Centre de recrutement ^a	-0,12	0,42	-0,29	,775								
Menace	4,40	0,93	4,74	< ,001								
SAT-SSP	-3,33	0,91	-3,65	< ,001								
Menace x SAT-SSP	0,64	0,58	1,10	,273								
3. <i>n</i> = 108					0,63	0,40	61,81	11,37 (6,00 ; 101,00)	< ,001	0,01	2,09 (1,00 ; 101,00)	,151
Constante	20,50	1,83	11,21	< ,001								
Age ^a	-0,88	0,93	-0,94	,349								
Ancienneté structure ^a	-0,54	0,97	-0,55	,581								
Centre de recrutement ^a	-0,36	0,39	-0,92	,359								
Perte	5,51	0,88	6,28	< ,001								
SAT-SSP	-2,68	0,86	-3,13	< ,01								
Perte x SAT-SSP	0,82	0,57	1,45	,151								

Partie 2: Dépersonnalisation

<i>Modèle</i>	Modèle				Informations relatives au modèle					Test de l'interaction inconditionnelle d'ordre le plus élevé		
	β	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>ESM</i>	<i>F (ddl1; ddl2)</i>	<i>p</i>	ΔR^2	<i>F (ddl1; ddl2)</i>	<i>p</i>
1. n = 109					0,38	0,15	14,73	2,89 (6,00 ; 102,00)	< ,05	0,01	1,33 (1,00 ; 102,00)	,252
Constante	5,02	0,89	5,65	< ,001								
Age ^a	-0,81	0,45	-1,80	,074								
Ancienneté structure ^a	-0,25	0,48	-0,52	,602								
Centre de recrutement ^a	-0,37	0,19	-1,92	,057								
Défi	-0,96	0,41	-2,33	< ,05								
SAT-SSP	-0,22	0,38	-0,58	,564								
Défi x SAT-SSP	-0,58	0,50	-1,15	,252								
2. n = 109					0,35	0,12	15,16	2,33 (6,00 ; 102,00)	< ,05	0,02	2,76 (1,00 ; 102,00)	,0998
Constante	4,65	0,89	5,24	< ,001								
Age ^a	-0,72	0,46	-1,55	,124								
Ancienneté structure ^a	-0,33	0,49	-0,67	,506								
Centre de recrutement ^a	-0,29	0,19	-1,48	,142								
Menace	0,67	0,42	1,59	,114								
SAT-SSP	-0,62	0,42	-1,47	,146								
Menace x SAT-SSP	0,44	0,27	1,66	,0998								
3. n = 109					0,42	0,18	14,21	3,62 (6,00 ; 102,00)	< ,01	0,03	3,66 (1,00 ; 102,00)	,059
Constante	4,91	0,87	5,63	< ,001								
Age ^a	-0,80	0,45	-1,80	,075								
Ancienneté structure ^a	-0,31	0,47	-0,67	,507								
Centre de recrutement ^a	-0,33	0,19	-1,76	,081								
Perte	1,32	0,41	3,20	< ,01								
SAT-SSP	-0,37	0,41	-0,91	,365								
Perte x SAT-SSP	0,52	0,27	1,91	,059								

Partie 3: Accomplissement Personnel

<i>Modèle</i>	Informations relatives au modèle					Test de l'interaction inconditionnelle d'ordre le plus élevé		
---------------	---	--	--	--	--	---	--	--

<i>Modèle</i>	<i>β</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>ESM</i>	<i>F (ddl1; ddl2)</i>	<i>p</i>	<i>Δ R</i> ²	<i>F (ddl1; ddl2)</i>	<i>p</i>
1. n = 107					0,48	0,23	50,42	5,04 (6,00 ; 100,00)	< ,001	0,05	6,89 (1,00 ; 100,00)	< ,05
Constante	32,73	1,65	19,83	< ,001								
Age ^a	2,37	0,83	2,86	< ,01								
Ancienneté structure ^a	-0,74	0,89	-0,83	,407								
Centre de recrutement ^a	-0,25	0,36	-0,70	,486								
Défi	2,84	0,78	3,67	< ,001								
SAT-SSP	0,32	0,70	0,45	,652								
Défi x SAT-SSP	-2,43	0,93	-2,63	< ,05								
2. n = 107					0,31	0,10	59,34	1,78 (6,00 ; 100,00)	,112	0,005	0,57 (1,00 ; 100,00)	,451
Constante	32,91	1,79	18,38	< ,001								
Age ^a	2,31	0,91	2,53	< ,05								
Ancienneté structure ^a	-1,34	0,97	-1,38	,171								
Centre de recrutement ^a	-0,34	0,39	-0,88	,379								
Menace	-0,92	0,84	-1,10	,274								
SAT-SSP	0,40	0,83	0,48	,633								
Menace x SAT-SSP	-0,40	0,52	-0,76	,451								
3. n = 107					0,34	0,12	57,91	2,23 (6,00 ; 100,00)	< ,05	,001	,08 (1,00 ; 100,00)	,783
Constante	32,98	1,79	18,47	< ,001								
Age ^a	2,53	0,90	2,82	< ,01								
Ancienneté structure ^a	-1,43	0,94	-1,52	,132								
Centre de recrutement ^a	-0,34	0,38	-0,89	,374								
Perte	-1,61	0,84	-1,92	,058								
SAT-SSP	-0,08	0,83	-0,09	,928								
Perte x SAT-SSP	-0,15	0,55	-0,28	,783								

Notes. SAT-SSP: Satisfaction du Soutien Social Perçu ; ^a Variables contrôle.