

Université de Montréal

**Pistes de prévention en santé mentale pour les étudiants en
relation d'aide : Influence de facteurs de risque et de
protection sur des indicateurs de santé mentale**

par

Charles Boisvert

École de psychoéducation

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en psychoéducation
option mémoire et stage

Août 2017

© Charles Boisvert, 2017

Résumé

Venir en aide à des personnes avec des besoins particuliers entraînant des difficultés d'adaptation est une profession valorisante, mais potentiellement coûteuse pour la santé psychologique de l'aidant. Dès leur formation, les étudiants en relation d'aide bénéficieraient à développer des stratégies de protection afin de maintenir consciemment une bonne santé mentale. Dans une démarche exploratoire, l'objectif principal de cette étude vise à mettre en lumière les facteurs de risque et de protection améliorant ou aggravant des indicateurs de santé mentale chez des étudiants en relation d'aide. Les données ont été recueillies auprès de 68 étudiants du baccalauréat en psychoéducation de l'Université de Montréal au courant de l'été 2016 jusqu'à la fin de la session d'automne 2016. Les résultats montrent que ce parcours scolaire intégrant une première expérience clinique contient de multiples défis entraînant des augmentations significatives à la majorité des indicateurs de santé mentale, dès la rentrée scolaire et jusqu'à la fin de leur stage d'automne.

Divers facteurs de risque et de protection aggravent ou facilitent l'expérience vécue. D'une part, la sensibilité au non verbal, la contagion émotionnelle, les stratégies de *coping* et des habiletés de pleine conscience semblent jouer un rôle important dans les variations des indicateurs de santé mentale au cours de l'automne. D'autre part, les élévations du stress perçu exerçaient une forte influence sur l'augmentation des autres indicateurs de santé mentale. En outre, les élévations du stress perçu semblaient influencées à leur tour par l'élévation d'anxiété situationnelle. L'anxiété serait donc responsable en partie de cette cascade d'influence sur les autres élévations aux indicateurs de santé mentale au courant de la session. Les implications pour la recherche et la pratique sont discutées.

Mots-clés : non verbal, stress, santé mentale, intervention, détresse psychologique, anxiété, pleine conscience, stratégies de *coping* , empathie, contagion émotionnelle, coupure émotionnelle, stagiaire

Abstract

While helping people with special needs resulting in psychosocial difficulties is an honourable profession, it is potentially costly for the mental health of the counsellor. Counsellors-in-training can benefit by developing protective strategies in order to maintain their mental health. This exploratory study aims to highlight the risk factors as well as the protective factors that can improve or aggravate indicators of mental health in undergraduate students in counselling programs. Data was collected from 68 undergraduate students enrolled in University of Montreal's psycho-education program during their first immersive experience in a clinical internship. The results demonstrate that students face various challenges that can cause significant deterioration of mental health indicators, during the time of the internship.

Different risk and protective factors can aggravate or improve the experience of the student during their internship. On the one hand, sensitivity to non-verbal cues, emotional contagion, coping strategies, and mindfulness skills seemed to play an important role in the fluctuation of mental health indicators. On the other hand, perceived stress had a strong impact on the increase of other mental health factors. More precisely, the increase of situational anxiety seemed to have an influence on the increase of perceived stress. Anxiety would, therefore, be partly responsible for this chain of influence on the increase of mental health indicators that were observed during the semester. Implications for research and practice are discussed.

Key word : non verbal, stress, intervention, mental health, psychological distress, anxiety, mindfulness, coping strategies, empathy, emotional contagion, emotional restriction, trainee, undergraduate student, counseling.

Table des matières

Résumé.....	I
Table des matières.....	III
Liste des tableaux.....	VI
Liste des figures.....	VIII
Liste des abréviations.....	IX
Remerciements.....	XII
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
Définition et opérationnalisation du concept de stress.....	2
Le stress chronique et ses conséquences dans le monde du travail.....	8
Stress chronique et santé psychologique des intervenants psychosociaux.....	9
Facteurs de risque du stress chronique dans les professions de la relation d'aide.....	10
Le stress chez les étudiants en relation d'aide.....	11
Facteurs de risque et de protection modifiables.....	13
L'empathie au cœur de la relation d'aide.....	13
Sensibilité au non verbal.....	16
Habilités de pleine conscience dispositionnelle.....	17
Stratégies de <i>coping</i>	18
Objectifs.....	19
Hypothèses.....	20
Méthodologie.....	20

Participants.....	20
Protocole	21
Indicateurs de santé mentale	22
Facteurs de protection et de risque.....	24
Stratégie analytique.....	27
Traitement des valeurs manquantes:.....	29
Résultats	30
1. Participants : profil sociodémographique, bilan descriptif des variables de santé mentale et de leurs facteurs de protection	30
1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	30
1.2 Caractéristiques en matière de santé mentale	31
1.3 Caractéristiques en matière de facteurs de protection supposés	36
2. Variation des indicateurs de santé mentale au cours du temps.....	40
2.1 Attrition des participants au cours de l'étude	41
2.2 Analyses descriptives : corrélations entre les variables de santé mentale	42
2.3 Variation des indicateurs de santé mentale au cours du temps.....	48
3. Modélisation par régression multiple de la variation au cours du temps de chacun des instruments de mesure de santé mentale.....	51
3.1 Analyses préliminaires.....	51
3.2 Modèles de régression multiple	53
3.3 Modèles de régression multiple avec les évolutions d'indicateurs de santé mentale comme variables prédictives.....	59
Discussion	65

1. Description de l'état de santé mentale	67
2. Description de l'évolution des indicateurs de santé mentale (SM).....	68
3. Établir des modèles explicatifs à l'évolution des variables de santé mentale observées..	71
3.1. Concernant les valeurs des facteurs de risque et de protection.....	71
3.2. Concernant les modèles explicatifs des variations aux indicateurs de SM.....	73
3.3. Établir des modèles explicatifs des évolutions aux indicateurs de santé mentale incluant les évolutions observées comme variables prédictives.	79
Limites	80
Attrition.....	80
Critiques méthodologiques	83
Recommandations.....	85
Recommandations méthodologiques	86
Recommandations pratiques	86
Conclusion	91
Bibliographie.....	i

Liste des tableaux

Tableau I.	Niveau de complétions des questionnaires par les participants à T0.....	29
Tableau II.	Statistiques descriptives du stress perçu (PSS).....	32
Tableau III.	Statistiques descriptives du stress chronique (TICS-K).....	33
Tableau IV.	Statistiques descriptives de l'anxiété situationnelle (STAI-Y1).....	34
Tableau V.	Statistiques descriptives de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ-14)	35
Tableau VI.	Statistiques descriptives des mécanismes de régulation émotionnelle (CEC)..	36
Tableau VII.	Statistiques descriptives de la sensibilité au non verbal (GERT et MiniPONS)	37
Tableau VIII.	Statistiques descriptives des stratégies de coping (WCC-R).....	38
Tableau IX.	Statistiques descriptives des habiletés de pleine conscience dispositionnelles (FFMQ)	39
Tableau X.	Nombre de sujets à chaque temps de mesure.....	41
Tableau XI.	Matrice de corrélations des évolutions d'indicateurs de santé mentale et des facteurs prédictifs	41
Tableau XII.	Modèle de régression de l'augmentation de l'anxiété situationnelle entre T0- T1	53
Tableau XIII.	Modèle de régression de l'augmentation de l'anxiété situationnelle entre T0- T3	54
Tableau XIV.	Modèle de régression de l'augmentation de stress perçu entre T0-T2	55
Tableau XV.	Modèle de régression de l'augmentation de stress perçu entre T0-T3	55
Tableau XVI.	Modèle de régression de l'augmentation du stress chronique lié à la surcharge de travail entre T1-T2	56

Tableau XVII.	Modèle de régression de l'augmentation de stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales entre T1-T2	57
Tableau XVIII.	Modèle de régression de l'augmentation du stress chronique lié à la surcharge de travail entre T2-T3.....	58
Tableau XIX.	Modèle de régression de l'augmentation de détresse psychologique entre T1-T3	59
Tableau XX.	Modèle de régression de l'augmentation de l'anxiété situationnelle entre T0-T3 incluant les variables d'évolution de santé mentale.....	60
Tableau XXI.	Modèle de régression de l'augmentation de stress perçu entre T0-T2 incluant les variables d'évolution.....	61
Tableau XXII.	Modèle de régression de l'augmentation de stress perçu entre T1-T3 avec les variables d'évolution	62
Tableau XXIII.	Modèle de régression de l'augmentation du stress chronique lié à la surcharge de travail entre T1-T2 incluant les variables d'évolution.....	63
Tableau XXIV.	Modèle de régression de l'augmentation de stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales entre T1-T2 incluant les variables d'évolution.....	63
Tableau XXV.	Modèle de régression de l'augmentation du stress chronique lié à la surcharge de travail entre T2-T3 incluant les variables d'évolution.....	64
Tableau XXVI.	Modèle de régression de l'augmentation de la détresse psychologique entre T1-T3 incluant les variables d'évolution.....	65

Liste des figures

Figure 1.	Évolution du stress perçu (PSS).....	48
Figure 2.	Évolution du stress chronique lié à la surcharge de travail (TICS-K)	49
Figure 3.	Évolution du stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales (TICS-K)	49
Figure 4.	Évolution de l'anxiété situationnelle (STAI-Y1).....	50
Figure 5.	Évolution de l'indice de détresse psychologique (IDESP-14).....	50

Liste des abréviations

SNV : Sensibilité au non verbal

HPCD : Hâblerés de pleine conscience dispositionnelle

SWAT : Studies web automation tool

T0 : Temps 0

T1: Temps 1

T2: Temps 2

T3 : Temps 3

TICS-K : Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress – Kurte

PSS: Perceived stress scale

IDPESQ: Indice de détresse psychologique – Enquête santé Québec

STAI-Y1 : Inventaire d’anxiété situationnelle forme Y1

MiniPONS : Mini profile of nonverbal sensitivity

GERT : Geneva emotion recognition test

FFMQ: Five facets of mindfulness questionnaire

WCC-R: *Ways of coping* checklist revised

CEC: Coupure, empathie, contagion

BEES: Balanced Emotional Empathy Scale

ACHA: American college health assessment

APA: American psychological association

OPQ: Ordre des psychologues du Québec

OPPQ : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

« Parce que j'aime intensément la vie, toute la vie, je la sais infiniment précieuse. Parce que j'ai souffert et surmonté cette souffrance pour la transformer en joie, je connais le prix de la vie. Dès lors, je ne cesse de vouloir son plein épanouissement, non seulement pour mes frères et soeurs humains, mais aussi pour tous les êtres vivants »

Frédéric Lenoir

Remerciements

C'est la curiosité de l'humain, dans toute sa splendeur et sa déchéance, qui m'a amené à vouloir en apprendre plus sur lui, afin d'espérer transformer la souffrance vers la joie. La réalisation de ce mémoire n'est pas la fin de mes recherches, mais la continuité d'une quête personnelle qui continue à vouloir connaître la vie, l'aimer et l'investir avec créativité. De toute évidence, ce mémoire n'est pas que le résultat de mes efforts, mais le fruit de la présence bienveillante de multiples personnes qui auront su me conseiller, me reconforter, me guider et m'encourager. Personne n'est né sous la même étoile. Certes, j'ai fait des efforts, mais ils ont été faits dans un terrain disposé à faire fleurir des réussites. Merci à mes amis, Gary, Pierre, Alexis, Marie-Claire, Éliane, Jordan, Sam, Brad. Surtout, merci à mon directeur, Pierrich, pour sa capacité à s'adapter efficacement à notre rythme et nos besoins.

Si des expériences moins agréables m'ont permis de cultiver une envie d'aller plus loin dans la vie, d'autres m'auront été indispensables pour soutenir avec amour et paix mon cheminement. À l'école de psychoéducation, malgré que l'humanisation de la pratique n'ait pas été ce que j'ai ressenti régulièrement dans les cours que j'ai reçus, je remercie les professeurs ayant su animer simplicité, rigueur, passion, folie, empathie et joie dans les enseignements transmis. Particulièrement, merci Serge, Lina, Julien et Frank!

Finalement, merci de tout mon cœur à mon père adoptif Alain pour m'avoir ouvert ses bras et m'avoir accueilli dans sa vie. Merci à ma douce épouse qui m'aura épaulé tout au long par sa douce tendresse, ses rires accessibles, son ouverture d'esprit devant mes questionnements existentiels et son amour inconditionnel. Et sans certitude empirique, mais avec foi que cette fabuleuse vie se tisse sous le regard d'un grand artisan, merci à Dieu.

Introduction

Dans les professions de la relation d'aide, la théorie et les recherches empiriques soulignent l'importance de maintenir une bonne santé psychologique afin de réaliser un travail de qualité auprès des aidés (APA, 2016). Par la nature complexe que représente l'acte de venir en aide à des personnes vivant avec des difficultés d'adaptation, le travail d'intervenant peut mener, de façon ironique, mais fréquente, à éprouver des difficultés personnelles qui diminuent significativement la qualité de vie de l'intervenant (Felton, 1998; Chappell et Di Martino, 2006; Geoffrion, Martin et Guay, 2017). En raison des risques de blessures physiques ou psychologiques, la profession d'intervenant fait en effet partie des emplois les plus stressants (Dang et al, 2016; Lanctôt et Guay, 2014; Lippel, Vézina, Stock, Funès et Dupéré, 2016). Considérant que personne n'est à l'abri d'éprouver des difficultés de santé mentale au courant de sa vie (Sroufe et Rutter, 1984), rechercher des facteurs spécifiques contribuant à ce risque permettrait d'en optimiser la prévention (Felton, 1998; Geoffrion, Martin et Guay, 2017).

Étant donné qu'obtenir une profession en relation d'aide résulte de nombreuses années de formation académique, il est probable que ces difficultés puissent être prévenues très tôt, bien avant que l'aidant soit dans un parcours professionnel. Dès ses premières situations d'apprentissage dans le domaine de la relation d'aide, l'étudiant en formation est mis en contact avec des environnements de travail parfois précaires, pouvant contenir entre autres une clientèle plus complexe nécessitant davantage de savoir-faire et savoir-être pour relever adéquatement les défis relationnels rencontrés. Dans cette perspective, lorsque les étudiants sont en contexte de stage, ceux-ci s'exposent à des stressseurs qui leur génèrent des défis d'adaptation, où plusieurs dimensions de leur santé mentale peuvent en être touchées.

Dans le but de dresser un regard tant critique que rigoureux sur ces dimensions psychologiques, des indicateurs de santé mentale seront présentés. Le stress sera d'abord défini et expliqué pour mieux comprendre son lien avec la santé mentale. Ensuite, l'anxiété et la détresse psychologique seront discutées afin de bonifier la compréhension d'autres éléments pouvant être associés à la

souffrance psychologique. Une présentation détaillée de ces concepts permettra de distinguer ce qui est propre à chacun d'eux. Enfin, cette étude s'inscrit dans un souci de faire émerger des connaissances qui permettront aux étudiants de poser des actions concrètes pouvant bonifier leur expérience en stage et leurs compétences professionnelles. Ainsi, les dimensions de santé mentale retenues ont été choisies en fonction de la possibilité de les modifier positivement à court et moyen terme par le développement de stratégies d'adaptation. Des facteurs de protection propres aux capacités adaptatives d'un individu seront aussi mis en contexte.

À l'heure actuelle, cette étude est la première en ce genre à explorer le lien entre des facteurs de risque et de protection propres aux potentiels adaptatifs des aidants en formation et l'évolution de leur santé mentale au cours d'une première expérience clinique.

Contexte théorique

Définition et opérationnalisation du concept de stress

Considérant que les études en relation d'aide représentent une période stressante de la carrière des intervenants psychosociaux (Cushway, 1992), il apparaît essentiel de décrire le phénomène du stress afin d'en dégager ses influences sur la santé mentale des futurs intervenants.

Contexte historique de la notion de stress :

Depuis l'utilisation de ce terme au début du 20^e siècle en ingénierie (Lupien, 2015), son usage a entraîné plusieurs confusions et désaccords faisant encore écho aujourd'hui dans le milieu scientifique (Levi, 1998). À l'origine dans les années 1930, les ingénieurs utilisaient le terme « stress » pour signifier la déformation d'un corps résultant d'une force appliquée sur celui-ci (Levi, 1998; Lupien, 2015). Utilisé dans les travaux en biologie par Selye (1950), le

stress correspond alors à une contrainte non spécifique sur le corps, ayant le potentiel d'engendrer des altérations à son fonctionnement normal.

Pouvant entraîner une adaptation positive ou négative, Selye (1950) identifie deux types de réponses au stress: la détresse et l'eustress. La détresse était le résultat négatif de toutes formes de stressors, physique ou psychologique, qui excèdent les capacités d'un individu à maintenir un état d'homéostasie (c.-à.d.-avoir mal au ventre, à la tête, avoir la gorge serrée, se sentir étourdi). À l'opposé, l'eustress correspondait aux réactions positives qu'adopte un individu lorsqu'il est exposé à un stressor. Ces réactions ont pour fonction de le mobiliser vers un état majoré d'adaptation pouvant bonifier son autonomie ou son bien-être subjectif (Harris, 1970). Ainsi, mieux performer sous la pression dans une compétition sportive peut correspondre à une réaction d'eustress. Dans la vie de tous les jours, cela est souvent appelé du « bon stress ». En psychoéducation, l'eustress s'apparente étroitement à l'un de ses concepts centraux, soit le processus de déséquilibre dynamique. Ce processus correspond à un mariage idéal entre le potentiel des capacités adaptatives d'un individu et de l'environnement, où l'individu assimile des éléments de l'environnement et s'y accommode en gagnant un niveau de fonctionnement majoré (Gendreau, 2001). Cette perception piagétienne du changement est la base explicative du développement et des transformations qui s'opèrent chez l'humain (Renou, 2005). Dans le champ d'études du concept de la résilience, des similarités se présentent aussi avec l'eustress. Compris dans une perspective développementale, la résilience se réfère souvent à la capacité d'un individu à s'adapter positivement en contexte d'adversité (Sutcliffe et Vogus, 2003). Plus précisément, elle fait appel aux ressources internes et externes d'un individu lui permettant de réagir positivement devant des stressors. La résultante de cette réaction consiste en l'actualisation et l'atteinte de ses aspirations profondes (Koronis et Ponis, 2012).

En somme, le terme stress peut parfois faire référence à deux types de stress distincts. En recherchant dans la littérature scientifique l'état des connaissances sur ces deux formes de stress, un constat émerge. En date du 13 septembre 2016, le nombre de références dans la banque de données PsycNET pour le terme « stress » était de 221 680, contre 55 202 pour « distress »

et 121 pour « eustress ». De ce fait, beaucoup plus d'études scientifiques ont approfondi le stress dans son volet négatif, se rapportant à la détresse pour Selye (Le Fevre, Matheny et Kolt, 2003). De leur côté, si les études décrivent peu le volet positif du stress, différents concepts issus d'autres paradigmes théoriques, tels que la résilience, décrivent et explorent un même type d'adaptation positive devant des menaces. Ainsi, puisque la science parle surtout du stress dans sa conception négative et qu'elle décrit avec différents termes les notions d'adaptations positives devant des menaces, une confusion terminologique se présente, limitant en quelque sorte l'obtention d'une définition unique du stress, compris dans le même sens par tous dans le milieu scientifique (Cummings et Cooper, 1998).

Modèles théoriques du stress

D'après les approches physiologiques, la réponse de stress joue une fonction adaptative essentielle qui assure la survie de l'individu en lui permettant de maintenir ou rétablir une relation d'homéostasie lorsqu'il est confronté à un changement de l'environnement (Cannon, 1932). Cette adaptation homéostatique produit des réactions physiologiques non spécifiques lorsqu'il est confronté à des facteurs de stress (Selye, 1956). Cette théorie soutient aussi qu'une exposition prolongée et répétée au stress entraîne des effets néfastes (Selye, 1956). Quant à ses limites, trois critiques ressortent. Premièrement, elle ne dresse pas une liste de facteurs environnementaux contribuant aux réponses de stress. Aucune catégorie de stressseurs n'est proposée. Deuxièmement, elle soutient que chaque humain réagit de la même façon au stress. Chaque humain exposé au même stressseur devrait obtenir la même réaction de stress. Troisièmement, le stress est un processus strictement physiologique. Aucun traitement psychologique n'influence la réaction de stress.

Tenant compte des composantes psychologiques influençant la réponse de stress, les théories interactionnistes stipulent que la relation « personne-environnement » est au cœur du phénomène de stress (Rasclé et Irachabal, 2001). Des réactions de stress varient entre les individus en raison de la présence de modérateurs internes (i.e. affectivité négative, lieu de

contrôle) et/ou externe (i.e. sexe, statut socio-économique). Ces derniers atténuent ou aggravent l'impact de situations stressantes sur leur ajustement (Rasclé et Irachabal, 2001).

D'après les approches transactionnelles, les mêmes principes sont majoritairement repris, sauf que les variables environnementales influencent les variables individuelles, et vice-versa. L'individu est un agent actif qui a le pouvoir d'agir sur la situation stressante de l'environnement et de la modifier en retour. Étant à la fois externe et interne à la personne, l'interaction qui en découle est dynamique et continue puisque la transaction personne-environnement se renouvelle et évolue en réciprocité. Dans cette approche, l'interprétation subjective de l'individu est au cœur de l'intensité du stress vécu (Lazarus et Folkman, 1984).

Définition du stress issu de la psychoneuroendocrinologie :

S'inscrivant dans un modèle interactionniste, la psychoneuroendocrinologie offre une compréhension globale de ce phénomène très étudié en recherche. La réaction de stress peut ainsi s'expliquer en deux volets : physiologique et psychologique, qui ont une interinfluence réciproque. La résultante de cette réaction est un changement immédiat et pratiquement automatique vers un état biologique et comportemental rendant l'organisme prêt à réagir (Plusquellec et Paquette, 2016). Issu du système nerveux activant l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien du cerveau, une libération d'hormones, particulièrement le cortisol, l'adrénaline et la noradrénaline, déclenche la réaction de stress (Lupien et al., 2005). Il s'ensuit une mobilisation métabolique des nutriments permettant d'augmenter le niveau d'énergie pour faire face à une menace dans le but d'être prêt à la fuir ou la combattre. Deux types de menaces génèrent cette réponse biologique : physique ou psychologique. Les menaces physiques correspondent à tout ce qui crée une tension ou une contrainte sur notre corps, c'est-à-dire des situations concrètes pouvant porter atteinte à l'intégrité physique d'un individu, comme être victime d'une attaque terroriste, être exposé à des températures très froides ou très chaudes, avoir des blessures ou de la douleur. Les menaces psychologiques se rapportent à tout ce qu'une personne peut interpréter psychologiquement comme négatif ou dangereux, tel que parler en public, ne pas pouvoir être remplacé au travail en cas de maladie ou attendre la sortie

des notes à un examen lorsqu'on pense échouer. En d'autres mots, les menaces relatives correspondent à ce qu'une personne interprète comme étant une menace d'après quatre critères mis à jour par Mason (1968), ainsi que Dickerson et Kemeny (2004). Ces critères sont d'avoir un sentiment de contrôle faible (S), de se sentir menacé dans sa personnalité (P), de vivre de l'imprévisibilité (I) et de la nouveauté (N), vulgarisé sous l'acronyme SPIN. Puisque chaque humain possède une histoire de vie et un profil génétique unique, la force de ces déclencheurs de stress varie d'une personne à l'autre (Lazarus et Folkman, 1984). Où tous partagent une similitude, c'est au niveau du processus biologique impliqué dans la réaction de stress comme décrit ci-dessus.

Coûteux en énergie, le système de stress aurait besoin de ne s'activer qu'en cas de menace absolue. Toutefois dans la majorité des cas pour les humains de notre ère, cette réaction de survie s'active la plupart du temps en cas de menace relative. L'analogie au détecteur de fumée de Nesse (2001) image bien cette réalité. Après une exposition chronique à de fausses alarmes d'un détecteur de fumée, il est possible que les piles du détecteur soient retirées à long terme, coupant ainsi le mécanisme d'alarme à nos risques et périls. Au moment où il pourrait nous avertir d'un réel danger, notre sécurité serait compromise par cette adaptation à un fonctionnement défectueux (Plusquellec et Paquette, 2016). Ce qu'il faut comprendre ici, c'est que la réponse de stress peut devenir déficiente et nuire davantage à un individu. Lorsque des stressseurs aigus se répètent trop fréquemment au quotidien, un dérèglement endocrinien du système de réponse de stress s'ensuit, pouvant mener à une sous-activation ou une suractivation du système biologique de stress au courant de la journée (McEwen, 2000). Si la réaction de stress peut être adaptative, les conséquences négatives résultant de l'exposition chronique au stress peuvent être néfastes et invalidantes.

Distinction entre stress, anxiété et détresse psychologique:

Pouvant souvent porter à confusion, il existe des distinctions entre le stress et l'anxiété. Dans une perspective cognitivo-comportementale, l'anxiété est une résultante de distorsions cognitives déclenchées par l'appréhension d'un danger réel, anticipé ou imaginaire (p. ex. « je vais me faire humilier si je parle en public ») (Dumas, 2013, cité dans Turgeon, 2016). De ce fait, elle se manifeste par une réponse physiologique (p. ex. rougeur, transpiration, respiration courte), cognitive (p. ex. penser à tort être responsable d'évènements désagréables hors de son contrôle), émotionnelle (p. ex. sentiment subjectif et conscient de nervosité et d'inquiétude) et comportementale (p. ex. comportements d'évitement ou d'affrontement) (Spielberger, 1989; Turgeon, 2016). Variable en intensité, l'anxiété a été étudiée par certains chercheurs sous deux grandes sous-dimensions : l'anxiété situationnelle et l'anxiété de trait (Spielberger, 1989). L'anxiété situationnelle correspond à un état transitoire d'anxiété résultant d'une ou plusieurs situations stressantes vécues ou anticipées. De son côté, l'anxiété de trait se rapporte à la notion d'état, ou de trait de personnalité, qui prédispose davantage certains individus à interpréter plus de stimuli neutres, présents dans son environnement, comme étant des signaux de danger (Spielberger, 1993). En plus des composantes émotives et cognitives associés à la réaction d'anxiété, l'anxiété de trait comprend aussi une propension biologique à vivre de l'anxiété.

À l'inverse, le stress n'est pas un trait de personnalité, indépendamment de la perspective théorique pour le définir (Stora, 1991). Dans la conception du stress la plus retenue aujourd'hui, le stress est le résultat d'une perception subjective et dynamique des transactions s'opérant entre un individu et son environnement. De cette façon, le stress ferait plus référence à la notion d'adaptation ou de *coping* devant un stressor que l'anxiété, où cette dernière fait davantage référence à la notion d'état (Hellems, 2004, cité dans Turgeon, 2016). En effet, le stress n'est pas une réaction induite par anticipation ou imagination comme l'anxiété peut l'être. Contrairement au stress, l'anxiété peut se déclencher de manière plus diffuse et persister en l'absence d'un évènement particulier spécifique. Cependant, des liens existent entre ces construits. Par exemple, il est plus probable que les personnalités anxieuses aient une réponse de stress plus élevée lorsque exposées à des situations menaçantes (Adam et al, 2014). Comme le stress, l'anxiété peut toucher les individus de tous les âges et joue une fonction adaptative d'autoprotection devant des menaces potentielles (Plusquellec et Paquette, 2016).

Quant à la détresse psychologique, elle est souvent utilisée pour désigner un état psychologique perturbé (Brown, Craig et Harris, 1985). Étant un concept plus large regroupant diverses composantes reliées à des difficultés psychologiques, la définition retenue dans cette étude est tirée d'un outil utilisé lors de l'enquête Santé Québec de 1992, soit l'indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ) (Boyer, Preville, Legaré et Valois, 1993). Ce dernier a été adapté du *Psychological Symptom Index (PSI)* élaboré par Idfeld (1976). Lors de la création du PSI, Idfeld s'était inspiré de l'échelle Hopkins Symptoms Distress Checklist (HSCL) (Derogatis, Lipman, Covi, Rickels et Uhlenhuth, 1970). Quatre construits intercorrélés souvent associés aux troubles affectifs et anxieux ont été retenus: l'anxiété, la dépression, l'irritabilité et les problèmes cognitifs. En ce sens, la détresse psychologique regroupe des éléments de l'anxiété et du stress, mais contient aussi d'autres facteurs pouvant aggraver la santé mentale d'un individu. Il est donc normal que des événements stressants entraînent une élévation de détresse psychologique (Compas et al., 1995). Finalement, si la détresse psychologique ne peut à elle seule permettre de mesurer la prévalence des troubles mentaux dans une population, elle est utile pour estimer la prévalence des personnes souffrant de problèmes psychologiques affectant leur vie sociale et pouvant les amener à rechercher une aide professionnelle (Santé Québec, 1995).

Le stress chronique et ses conséquences dans le monde du travail

Les problèmes de santé mentale s'inscrivent dans une trajectoire développementale complexe (Sroufe et Rutter, 1984). Grâce aux recherches longitudinales prospectives en psychopathologie développementale (Sroufe, 2009), il est reconnu que les facteurs de vulnérabilité sont multiples, relevant à la fois de l'hérédité (Zentner et Shiner, 2012), de l'interaction de l'environnement sur la génétique d'un individu (i.e. McGowan et al., 2009, Oberlander et al., 2008) et de l'interaction de sa génétique sur l'environnement (par ex., Rothbart et Bates, 2006). Puisque le stress fait partie intégrante de notre réalité quotidienne, il devient un facteur de risque majeur de trajectoires ayant le potentiel de conduire à la maladie, autant physique que mentale (Taylor, Repetti et Seeman, 1997). Au travail, cette problématique est

étudiée depuis plusieurs années, et reste à l'origine de situations préoccupantes malgré des progrès dans les mesures de sécurité et de santé au travail. Au Canada, les statistiques sont frappantes : un travailleur sur quatre décrit son quotidien comme très stressant (Shields, 2006), près de 500 000 Canadiens sont absents du travail chaque semaine pour cause de problèmes de santé reliés au stress et ces absences coûtent en moyenne deux fois plus cher à l'État qu'un départ pour cause de santé physique (Dewa, Chau et Dermer, 2010). Aussi, près de la moitié (45%) des travailleurs mentionnent avoir pensé quitter leur emploi en raison du stress dans leur milieu de travail et de ses impacts sur leur santé, et un travailleur sur trois prend des congés en raison du stress en milieu de travail (Morneau, 2014). Ainsi, le stress est reconnu comme l'un des déterminants associés au roulement de personnel chez les intervenants (Nissly, Mor Barak et Levin, 2005). Plus précisément au Québec, il est aussi observé que le stress est l'une des causes associées à un taux plus élevé d'absentéisme (Institut de la statistique du Québec, 2015). Le taux de roulement de personnel étant plus élevé dans les services sociaux (Selden, 2010), il suscite beaucoup de préoccupations chez les intervenants psychosociaux au Québec (Tremblay et Joly, 2009).

Stress chronique et santé psychologique des intervenants psychosociaux

Les professionnels de la santé et des services sociaux font partie des classes d'employés reconnues comme étant les plus vulnérables à vivre de l'adversité au travail (Dang et al, 2016; Lanctôt et Guay, 2014; Lippel, Vézina, Stock, Funès et Dupéré, 2016). Même si la recherche démontre que les personnes qui adoptent des comportements altruistes sont plus heureuses (Post, 2007), ont une meilleure santé physique (Post, 2007), se sentent utiles pour la société (Rogow, 1970) et rapportent un plus grand bien-être existentiel (Xi, Lee, Barr et Poloma, 2016), le travail d'intervenant est paradoxalement relié à une probabilité de vivre plus de stress comparativement à d'autres professions des services gouvernementaux, des services parapublics, de l'enseignement, etc (Lippel, Vézina, Stock, Funès et Dupéré, 2016). Malgré qu'il soit difficile de discerner les types d'emplois les plus stressants au sein de la population des travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux, il est toutefois possible d'affirmer que les étudiants

dans ces disciplines sont reconnus comme étant plus vulnérables au stress (Schwartz et Mette, 2009).

De multiples recherches ont permis de mettre en lumière les conséquences problématiques que le stress chronique engendre chez les intervenants psychosociaux. Reconnu dans l'étiologie des psychopathologies, le stress chronique augmente les risques d'épuisement professionnel (Felton, 1998), et est associé au déclenchement et à la perpétuation d'anxiété, de dépression, de problèmes comportementaux et de consommation de drogues (Bibeau et Dupuis, 2007; Deschesnes, 1998; Goussé et al, 2015; Angold, Costello, et Worthman, 1998; Goodyer, et coll., 1996; Hudziak, Rudiger, Neale, Heath, et Todd, 2000). Au niveau clinique, il diminue la qualité des décisions cliniques (Felton, 1998; Thériault et Gazzola, 2006), prédispose à se désengager ou adopter des conduites d'évitement en relation d'aide (Thériault et Gazzola, 2006) et augmente les risques d'agir en rupture avec son code d'éthique (Elman et Forest, 2007).

Facteurs de risque du stress chronique dans les professions de la relation d'aide

De nombreux facteurs peuvent expliquer ce risque accru, tels que des sentiments d'incompétence (Deutsch, 1984), un manque d'entraînement pour faire face à des situations difficiles (i.e. le suicide) (Kleespie et Dettmer, 2000), le sentiment de donner beaucoup et de peu recevoir (Farber et Heifetz, 1981), la surcharge de travail (Farber et Heifetz, 1981), des doutes sur l'efficacité de sa pratique (Mahoney, 1991), des dilemmes éthiques (Arnold, Cooper et Robertson, 1995), l'isolement et la solitude professionnelle (Véron, 2013), la qualité de la relation thérapeutique (Véron, 2013), le manque de soutien des collègues (De Boer et al., 2011), la non-adéquation entre l'idéalisation de la profession et la réalité du terrain (Skovholt et Ronnestad, 2003), la pratique en dehors de son champ de compétence (Walker et Matthews, 1997). Au Québec, un sondage réalisé par Larivière (2013) auprès d'intervenants révèle que 55% des répondants affirment que les changements dans le réseau des services sociaux issus de la réforme gouvernementale du Parti libéral ont eu un effet négatif sur eux en raison du stress.

Parmi les sources de stress identifiées, ils exprimaient à 48,9% être surchargés au travail. Trois ans plus tard, le bilan est similaire. Un sondage de la confédération des syndicats nationaux (CSN) rapporte que 60% des psychologues, travailleurs sociaux, physiothérapeutes et techniciens de la santé sont constamment ou fréquemment en surcharge de travail en raison des récentes compressions imposées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (Lacoursière, 2016).

Plus à risques de souffrir de difficultés liées au stress, il n'est pas surprenant d'apprendre que les intervenants psychosociaux expriment un plus grand taux d'insatisfaction par rapport à leur travail, soit près de trois fois plus que la population générale, et qu'une forte proportion (40%) d'entre eux ont fortement envie de le quitter ou ont des plans concrets de le quitter (Mor Barak Nissly, et Levin, 2001, Evans et al., 2006 ; Beidas et al., 2015). Parmi ces vulnérabilités, l'âge prédispose à vivre plus particulièrement certaines des problématiques (Pakenham et Stafford-Brown, 2012). En début de carrière, plusieurs sources de stress se présentent. Plus un intervenant exerce la relation d'aide à un jeune âge, plus il est susceptible de ressentir une pression à exceller, d'expérimenter des ambiguïtés dans son rôle professionnel, d'avoir des difficultés à créer des alliances thérapeutiques (Skovholt et Ronnestad, 2003), de vivre de l'épuisement émotionnel (Rupert et Kent, 2007) et de vivre des insécurités ou des doutes en lien avec ses compétences d'aidant (Rupert et Kent, 2007; Thériault et Gazzola, 2010).

Le stress chez les étudiants en relation d'aide

Malgré un intérêt croissant à mieux étudier le développement professionnel des personnes œuvrant dans le domaine de la relation d'aide (i.e. Neufeldt, 1999; Rupert et Kent, 2007), la majorité des études qui s'intéressent au stress de ceux-ci ont sélectionné comme échantillon des intervenants psychosociaux déjà intégrés au marché du travail. La littérature scientifique contient des informations précieuses auprès de cette population, mais est plus limitée quant aux étudiants en relation d'aide (Pakenham et Stafford-Brown, 2012). Exposés à des risques élevés de vivre du stress, le manque de données empiriques récoltées auprès de ces

derniers montre l'importance de mener d'autres recherches compte tenu des conséquences négatives pouvant particulièrement entraîner du stress chronique dans leur vie personnelle et professionnelle (Schwartz et Mette, 2009).

En élargissant la recherche bibliographique à l'ensemble des étudiants, l'étude du stress et de la santé mentale de cette population n'est pas chose nouvelle. Ainsi, les étudiants font face à plusieurs types de stressseurs : leurs responsabilités académiques élevées, l'endettement, équilibrer sa vie personnelle et l'école, le manque de support et de rétroaction, la compétition entre les pairs, les relations avec les chercheurs de leur département, le fait d'être évalué par ses superviseurs (Schwartz-Mette, 2009; Skovholt et Ronnestad, 2003), la peur de s'être trompé dans le choix de leur étude (Grigon, Gruel, Bensoussan, 2000), les échéances des travaux (Cahir et Morris, 1991; Nelson, Dell'Oliver, Koch, et Buckler, 2001), devoir alterner entre différents rôles comme faire du tutorat de recherche, participer à des séminaires, intervenir comme aidant et être supervisé (Schwartz-Mette, 2009). Selon l'intensité, la fréquence, la durée et l'interprétation subjective des étudiants de ces stressseurs, un éventail d'impacts peut survenir. Les conséquences sont variables : épuisement scolaire (May, Bauer et Fincham, 2015), diminution de la santé physique (Watson, Dreary, Thompson et Li, 2008; May, Sanchez-Gonzalez, Brown, Koutnik et Fincham, 2014), diminution de la performance académique (Dyrbye, et al., 2010; Salanova, Schaufeli, Martinez et Bresó, 2010), augmentation du recours au plagiat, augmentation d'erreurs dans la pratique de sa profession, diminution de l'empathie (Dyrbye, Thomas et Shanafelt, 2005), augmentation de l'abandon scolaire (Dyrbye et al., 2010), apparition de symptômes d'anxiété, de dépression (Ogden et Mtandabari, 1997) et même le suicide (Dyrbye, et al., 2008). En somme, puisque la période des études en relation d'aide contient de multiples stressseurs et défis d'adaptation distincts de ceux retrouvés en contexte de travail après avoir diplômé (Schoener, 1999; Schwartz-Mette, 2009), il devient fort probable que nos sujets expérimentent des augmentations d'anxiété situationnelle, de stress et de détresse psychologique au moment de leur première immersion dans un milieu clinique.

Facteurs de risque et de protection modifiables

Déjà soumis au stress propre de la vie universitaire, le stage en relation d'aide expose les étudiants dans un contexte formel, à un nouveau rôle de soutien auprès d'individus en difficulté. Dans ce vécu de stagiaire, certains possèdent plus et d'autres moins d'aptitudes à surmonter les défis rencontrés. Afin d'explorer des facteurs contribuant à bonifier l'expérience de stage, notre étude se penche sur l'influence de facteurs modifiables, sur lesquelles les étudiants peuvent exercer une influence volitionnelle dans le but de les développer à court et moyen terme: l'empathie, la sensibilité au non verbal (SNV), les habiletés de pleine conscience dispositionnelles (HPCD) et les stratégies de *coping*. Les facteurs moins susceptibles d'être modifiés en raison de leur stabilité dans le temps, comme la personnalité (McCrae et Costa, 1982), n'ont pas été retenus.

L'empathie au cœur de la relation d'aide

L'une des caractéristiques centrales en psychoéducation est l'établissement d'une alliance thérapeutique entre le client et l'intervenant. Depuis de nombreuses années, cette alliance est reconnue comme étant majoritairement responsable des changements positifs qui s'opèrent chez l'aidé (Krupnick et al.,1996). Plus concrètement, l'empathie est centrale au développement de cette alliance (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon 2004). Elle se définit comme la capacité à reconnaître, comprendre et partager les états émotionnels d'autres personnes et qui peut être associée, mais pas nécessairement, à une motivation pour améliorer leur bien-être (Decety, 2014). En psychoéducation, cette alliance thérapeutique prend naissance par le partage d'un vécu relationnel continu, s'opérant au courant de la réalisation de l'ensemble des routines quotidiennes du client, aussi appelé « vécu éducatif partagé » (VEP) (Gendreau, 2001). Cet accompagnement plus direct avec la clientèle offre un style d'intervention relationnelle qui privilégie davantage d'interactions dans l'ici et maintenant. Offrant plus d'opportunités pour susciter des apprentissages chez l'aidé, il existe un revers de la médaille inhérent au VEP. Étant donné que cette période de contact prolongé dans le temps contient de multiples moments de vie où se retrouvent des situations dans lesquelles le client vit des difficultés d'adaptation (i.e. à la maison, l'école, au travail) (Gendreau, 2001), l'intervenant

s'expose plus fréquemment aux émotions négatives du client en situation de déséquilibre adaptatif. Ainsi, dans ce contexte de proximité relationnelle, l'intervenant est à risque de devenir le récipiendaire d'un débordement émotionnel de celui qu'il accompagne, et de se voir être incapable de gérer adéquatement la charge émotive qui lui est transférée.

Faisant l'objet de quelques études émergentes, la littérature scientifique donne de plus en plus de renseignements sur ces processus de transfert émotionnel, plus familièrement connus sous le nom de contagion émotionnelle (Neumann et Strack, 2000; Hatfield, Bensman, Thornton et Rapson, 2014). Le phénomène de stress empathique correspond à l'un de ces processus impliqués dans la contagion émotionnelle. Il correspond à la capacité du corps à déclencher une réponse physiologique de stress, par la sécrétion de cortisol, lorsqu'une personne observe passivement un individu stressé, c'est-à-dire à travers une vitre sans tain ou simplement en étant dans la même pièce, mais sans interagir ni verbalement, ni physiquement (Buchanan, Bagley, Stansfield et Preston, 2012; Engert, Plessow, Miller, Kirschbaum et Singer, 2014). Dans l'étude de Buchanan (2012), la procédure consistait à administrer un test, le *Trier social stress test* (TSST), qui expose un participant à un stressor psychosocial, en présence d'un observateur étranger. Le stress du participant et de l'observateur a été évalué en simultané par des mesures de cortisol salivaire. Les résultats de l'expérience ont indiqué que les réponses physiologiques de stress entre ces deux personnes étaient corrélées positivement. Lorsque le participant était stressé dans sa tâche, l'observateur le devenait aussi. De plus, cette relation était plus forte chez les observateurs ayant des capacités d'empathie cognitives et émotionnelles plus élevées selon l'instrument *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) (Davis, 1983). Dans l'étude de Engert (2014), un TSST a été administré à des participants, en présence d'un observateur possédant différents niveaux de familiarité avec les participants. Les résultats montrent que la réponse de stress cortisolaire chez l'observateur est plus élevée lorsque le lien de familiarité est plus fort avec celui qui réalise la tâche stressante. Puisque l'empathie et la familiarité développée avec l'aidé influencent positivement la qualité de l'alliance thérapeutique (Wynn et Wynn, 2006; Arnow et al, 2014), l'intervenant a de fortes probabilités de s'exposer au phénomène de stress empathique. Malgré cela, en raison de la nature complexe des mécanismes de régulation émotionnelle

impliqués dans l'empathie, il arrive qu'aucune contagion ne survienne, pour le meilleur ou pour le pire.

En effet, la capacité à se dégager de la contagion émotionnelle est un critère de maturation psychique (Favre, Joly, Reynaud et Salvador, 2005). Autrement, les émotions des humains seraient à risque de fluctuer comme des montagnes russes au gré des émotions de ceux qu'ils côtoient quotidiennement. Toutefois, lorsque ce dégagement ne résulte pas d'une maturation des capacités adaptatives d'une personne, il peut être le résultat d'une coupure émotionnelle. Cette dernière correspond à une attitude défensive automatique adoptée vis-à-vis de ses propres émotions (Favre, Joly, Reynaud et Salvador, 2005). Face à l'émotion d'autrui pouvant en générer une en elle, la personne crée un blocage quasi total des processus de reproduction impliqués dans la contagion émotionnelle et dans l'empathie (Favre, Joly, Reynaud et Salvador, 2005). Utile pour se protéger de ce qui est observé, ce refus général de « partager » l'émotion de l'autre est davantage relié à des difficultés relationnelles et régulation des émotions, s'avérant donc peu adapté au travail clinique (Henry, Fuhrel-Forbis, Rogers et Eggly, 2012).

En somme, avant tout reconnue comme la capacité à reconnaître les émotions pour mieux les partager, l'empathie est un instrument essentiel du professionnel en relation d'aide. Si elle est utile, différents processus émotionnels peuvent interférer ou se présenter en parallèle avec celle-ci. Pour ce faire, afin de bien la mesurer, il devient important de tenir compte des facteurs de risque et de protection de la coupure émotionnelle et de la capacité à reconnaître les émotions issues du non verbal.

Distinction entre empathie et compassion :

Là où l'empathie est discutée, la compassion s'y retrouve non bien loin. Possédant des corrélations significatives de forces modérées (Sprecher et Fehr, 2005), ces cousins conceptuels se distinguent à quelques niveaux (Batson et Oleson, 1991; Lazarus; 1991). D'après Sprecher et Fehr (2005), la compassion est une attitude envers autrui, familier ou étranger, se manifestant

par des émotions, des pensées et comportements de douceur, de support, d'entraide et de compréhension.

Quant à elle, l'empathie se constitue de trois composantes : motrice, perceptive et émotionnelle (Blair, 2005). L'empathie motrice se réfère au processus automatique, inconscient, d'imiter les expressions faciales d'une autre personne ; l'empathie émotionnelle consiste à expérimenter des émotions similaires et en réponse à celles d'autrui ; l'empathie cognitive se rapporte aux habiletés à reconnaître et comprendre rationnellement les affects d'autrui en prenant leur perspective. L'empathie débute par une lecture et une interprétation juste de différentes émotions, attitudes et intentions issues d'indices non verbaux, provenant des expressions faciales, de la voix, des postures du corps. Ces habiletés étant des contributeurs importants au concept de l'empathie (Riggio, Tucker et Coffaro, 1989), Riggio et Darioly (2016) les rattachent au concept de sensibilité aux indices non verbaux (SNV). La SNV est aussi reconnue comme une composante centrale au grand construit, fortement étudié et surtout vulgarisé, de l'intelligence émotionnelle (Goleman, 1995; Cherniss, 2010).

Sensibilité au non verbal

La sensibilité au non verbal (SNV) se définit comme la capacité à décoder et décrire avec justesse des émotions, attitudes et comportements à partir de l'observation du langage non verbal d'un individu. Dans le monde du travail, la littérature a démontré qu'une SNV élevée est associée à de meilleures habiletés de leadership (Rubin et al., 2005), de meilleures habiletés à intégrer des apprentissages en contexte interrelationnel (Bernieri, 1991), un niveau de bien-être relationnel plus élevé (Carton, Kessler, Pape, 1999), de meilleures interactions sociales (Tottenham, Hare et Casey, 2011), un niveau plus faible de dépression (Ambady et Gray, 2002). Pour les cliniciens, une forte SNV est associée à une plus grande satisfaction des aidés (DiMatteo, Taranta, Friedman et Prince, 1986) ainsi qu'une plus grande capacité à détecter les signes d'anxiété et de dépression (Robbins, Kirmayer, Cathébras, Yaffe et Dworkind, 1994). À l'inverse, une faible SNV est associée à une plus forte tendance à interpréter des émotions neutres comme étant de la tristesse, de la peur et de la colère, donc à plus de biais (Daros,

Zakzanis et Ruocco, 2013; Philippot, Kornreich et Blairy, 2003). Ces derniers affectent la régulation émotionnelle d'un individu tout comme ses relations interpersonnelles. Cela se manifeste par des difficultés d'interactions et de communications sociales ainsi qu'un risque accru d'abus de substances (Feldman, Philippot et Custrini, 1991). Dans ce sens, il n'est pas surprenant que plusieurs troubles de santé mentale soient corrélés à une faible SNV : l'autisme, la dépression, l'anxiété sociale, la schizophrénie et le trouble de personnalité limite (Law Smith, Montagne, Perrett, Gill et Gallagher, 2010; Kohler, Hoffman, Eastman, Healy et Moberg, 2011; Joorman et Gotlib, 2006; Daros, Zakzanis et Ruocco, 2013). Par conséquent, étant un atout en relation d'aide, la SNV a attiré l'attention des chercheurs afin d'explorer si elle était modifiable par l'entremise de programmes d'entraînement. Dans la méta-analyse de Blanch-Hartigan (2012), il ressort que des programmes courts l'augmentent auprès d'une population d'adultes normatifs, ce qui retient particulièrement notre attention dans le cadre de cette recherche visant à améliorer la santé mentale des aidants en formation.

Habiletés de pleine conscience dispositionnelle

Si de nombreux programmes se sont avérés efficaces pour améliorer la santé mentale auprès de diverses populations, ceux touchant au concept de la pleine conscience ont su particulièrement se démarquer dans la recherche au courant des dernières années (Kachan et al, 2017).

Pour réduire les conséquences négatives du stress et de l'anxiété, la littérature soutient qu'il est bénéfique d'avoir de bonnes habiletés de pleine conscience dispositionnelle (HPCD) (Szanton, Wenzel, Connoly et Piferi, 2011). En général, la pleine conscience se définit par la qualité de conscience d'un individu (Brown, Ryan et Creswell, 2007). Par le fait que ces habiletés soient présentes naturellement chez tous les humains, des différences individuelles se retrouvent au sein de la population normative. Selon Brown (2003), les personnes ayant un niveau de pleine conscience plus élevé vivent moins d'affects négatifs, autant en fréquence qu'en intensité, et ont un niveau d'autonomie plus élevé. Également, selon Quaglia, Goodman et Brown (2015), les

individus avec des HPCD plus élevés seraient meilleurs et plus rapides lors d'un test de reconnaissance des expressions faciales d'émotions.

Sans que la définition de la pleine conscience fasse consensus dans la recherche (Hanley, Abell, Osborn, Roehrig et Canto, 2016), il est reconnu que chaque humain possède des caractéristiques multidimensionnelles de pleine conscience où chacun se situe à un degré différent sur un continuum. Dans une compréhension éthiquement neutre de la pleine conscience, se distinguant d'une compréhension traditionnellement bouddhiste (Hanley, Abell, Osborn, Roehrig et Canto, 2016), tous les humains, indépendamment de la culture et de la langue, possèderaient cinq dimensions d'HPCD : observation, description, action en pleine conscience, non-jugement et non-réactivité aux événements privés (Deng, Liu, Rodriguez et Xia, 2011; Lilja et al., 2011; Giovannini et al., 2014; Heeren et al., 2015). L'observation se définit par l'acte de reconnaître ou de porter attention à ses expériences intérieures ou extérieures. La description se caractérise par la capacité à décrire ses expériences intérieures avec des mots. L'action en pleine conscience correspond à porter attention à ce qu'on réalise dans le moment présent. Le non-jugement consiste à adopter une posture relationnelle de non-jugement face à ses propres émotions et pensées. Quant à la non-réactivité aux événements privés, elle se définit par la capacité à ne pas réagir à ses pensées et émotions et ne pas se laisser emporter par celles-ci (Bohlmeijer, Klooster, Fledderus et Veehof, 2011; Baer et al, 2008). En somme, plusieurs études suggèrent que les habiletés de pleine conscience peuvent se développer grâce à des programmes de courte durée et qu'elles génèrent des bienfaits sur la santé psychologique, physique et neurologique (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro, Schwartz, et Bonner, 1998; Hatchard et al., 2017).

Stratégies de *coping*

Devant différents défis d'adaptation, des stratégies de *coping* peuvent s'utiliser et se développer de manière à s'ajuster et conserver un équilibre adaptatif. Elles renvoient aux processus cognitifs et comportementaux qu'un individu emploie entre lui et un stressor pour le contrôler, le tolérer ou diminuer son impact sur son bien-être psychologique et physique. En relation d'aide, l'étude des stratégies de *coping* ont permis de comprendre davantage leurs

conséquences positives ou négatives pour les intervenants. Par exemple, d'après l'étude de Duffy, Oyehode et Allen (2009), ils s'étaient avérés que les aidants dans le réseau de la santé, possédant des stratégies de *coping* inefficaces, produisaient un travail de plus faible qualité et performance (Duffy, Oyebode et Allen, 2009). Selon une étude de Cushway (1992) réalisée auprès de psychologues en formation, des stratégies de *coping* centrées sur l'évitement avaient tendance à être davantage utilisées lorsque leur niveau de stress était plus élevé. À l'inverse, d'autres études ont mis en valeur que des stratégies de *coping* adaptées favorisaient une plus forte résilience, une réduction de la détresse et des risques d'épuisement professionnels (Bledin, MacCarthy, Kuipers et Woods 1990; Beltman, Mansfield et Price, , 2011; Lee et al., 2017). Devant les défis propres de la vie universitaire ainsi que ceux relatifs à la pratique de la relation d'aide, mettre en lumière les stratégies de *coping* des étudiants en psychoéducation permettra d'approfondir les caractéristiques améliorant leur adaptation durant cette période.

Objectifs

La présente étude s'inscrit dans une démarche exploratoire en vue d'émettre des recommandations pour améliorer la santé mentale des futurs intervenants. Son objectif principal consiste à décrire la relation de facteurs de risque et de protection sur des indicateurs de santé mentale auprès d'aidants en formation vivant une première expérience de travail clinique dans un milieu en relation d'aide afin de suggérer des pistes de prévention.

Objectifs spécifiques :

Plus spécifiquement, l'étude veut :

1. Décrire l'état de santé mental des étudiants de l'école de psychoéducation au début de leur 2^e année de formation universitaire de baccalauréat.
2. Décrire l'évolution de leurs indicateurs de santé mentale pendant la session d'automne lors du début de leur deuxième année de formation académique, qui correspond à leur première immersion clinique.

3. Établir des modèles explicatifs aux évolutions observées de ces indicateurs de santé mentale.
4. Offrir des pistes de recommandation pour améliorer l'expérience des futurs psychoéducateurs lors de leur parcours académique.

Hypothèses

- Tous les indicateurs de santé mentale se détérioreront au courant de la session, particulièrement lors de l'entrée en stage.
- La sensibilité au non verbal, les habiletés de pleine conscience et les stratégies de *coping* contribueront à réduire les augmentations des indicateurs de santé mentale observés au courant de la session.
- Des mécanismes de régulation émotionnelle inadéquats contribueront à l'augmentation des indicateurs de santé mentale. Plus les étudiants auront des scores élevés à l'échelle de coupure émotionnelle, de contagion et d'empathie, plus l'augmentation sera grande.

Méthodologie

Participants

La population ciblée est celle des étudiants de première année de l'Université de Montréal de l'école de psychoéducation. Le cheminement académique normal de ce programme consiste à recevoir une première année de cours théorique pour ensuite, lors de la deuxième année, vivre une première expérience de stage. Il était anticipé d'obtenir la participation d'environ 75 étudiants issus de cette cohorte de 100. À chaque temps de mesure, l'étude a permis de récolter des données à tous les questionnaires pour 27 participants.

Deux méthodes ont été utilisées pour le recrutement. D'une part, le projet de recherche a été présenté en classe auprès de la population ciblée. D'autre part, des courriels ont été envoyés à cette cohorte d'étudiants afin de promouvoir le projet de recherche et d'offrir l'opportunité aux étudiants absents aux présentations en classe de s'y joindre librement. Aucun incitatif financier n'a été utilisé pour stimuler le recrutement. La sélection de cette population étudiante s'est appuyée sur le fait qu'ils partageront majoritairement tous une première expérience clinique lors de leur stage pratique. Le seul critère d'inclusion était d'être inscrit à l'automne 2016 au cours Stage d'initiation à la pratique 1 – PSE22071. Parce que les programmes en relation d'aide contiennent majoritairement une clientèle féminine (Richmond, Broussard, Sterns, Sanders, Shardy, 2015; Lanfranchi et Narcy, 2015), il était attendu que l'échantillon comporte une forte surreprésentation de femmes. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en arts et en sciences de l'Université de Montréal (CERAS-2015-16-291-D) en date du 13 avril 2016.

Protocole

Dans le cadre de cette étude, un devis corrélationnel de type transversal et longitudinal a été utilisé. Compléter les questionnaires nécessitait entre 35 et 75 minutes tout dépendamment du temps de mesure. Toutes les données de cette étude étaient auto-rapportées et se remplissaient en ligne sur le *Studies Web Automation Tool* (SWAT). Développé par le Centre d'Étude sur le Stress Humain (CESH), le SWAT est une plate-forme web permettant aux participants de répondre aux questionnaires directement sur internet via un site sécurisé soutenu par l'Agence des services sociaux de Montréal. Pour y accéder, il faut recevoir un code d'accès unique. Ainsi, aucun participant n'a accès aux questionnaires en utilisant son nom personnel, ce qui assure une protection de son identité. Ils peuvent cesser de remplir les questionnaires et les recommencer plus tard selon leur motivation. S'ils veulent se désister, ils doivent informer le chercheur et les données sont détruites. Répondant aux enjeux éthiques et technologiques, les résultats des études réalisées sur internet sont aussi valides que ceux traditionnellement obtenus avec des mesures papier (Gosling, Vazire et Srivastava, 2004).

La collecte des données s'est déroulée en quatre temps. Entre la fin du mois d'avril et la fin du mois d'août 2016, les premières données ont été récoltées (T0). Le stage débutant lors de la troisième semaine de septembre 2016, deux points de mesures ont été recueillis dans ce mois : une semaine avant le stage (2^e semaine de septembre, T1) et une semaine après (4^e semaine de septembre, T2). Finalement, une dernière mesure a été prise à la fin du stage d'automne lors de la quatrième semaine de novembre 2016 jusqu'à la première de décembre (T3).

Indicateurs de santé mentale

Parmi les indicateurs de santé mentale associés au stress en milieu de travail, quatre variables ont été mesurées : le stress chronique, le stress perçu, l'anxiété situationnelle et la détresse psychologique. Le niveau de stress chronique perçu a été évalué par le *Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress* (TICS-K) (Schulz et Schlotz, 2005). Ce questionnaire mesure l'exposition répétée à un stress suscitant une réaction de stress. Validé auprès d'un échantillon d'étudiants européens, l'instrument comporte neuf sous-échelles : surcharge de travail, surcharge sociale, sentiment d'être dépassé par le travail, manque de reconnaissance sociale, insatisfaction au travail, isolement et tension sociale, pression de performance au travail, pression dans les interactions sociales, tendance à s'inquiéter. L'instrument est composé de 30 items avec une cotation de Likert en 5 points, allant de « jamais » à « très souvent ». Exemples d'items : « J'avais des tâches à faire qui ne me permettaient aucune erreur » ou « j'avais des conflits inutiles avec les autres ». Le coefficient de consistance interne varie de 0,72 à 0,87 selon les sous-échelles (Schulz et Schlotz, 2005).

Le niveau de stress perçu a été mesuré par l'échelle de stress perçu. Traduit en français de l'outil *The Perceived Stress Scale* (PSS) (Cohen, Kamarck, et Mermelstein, 1983) par Quintard (1994), ce test mesure à partir de quels degrés les répondants considèrent une situation du quotidien comme stressante. Les items évaluent le degré auquel les répondants trouvent que la vie est imprévisible, incontrôlable ou surchargée. Le questionnaire inclut 14 items et est composé d'une cotation de Likert en 5 points, allant de « jamais » à « souvent ». Exemples de questions : « Au

cours du dernier mois, combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? » ou « Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e)? ». Validées à plusieurs reprises avec des populations majoritairement étudiantes provenant de différentes nationalités (Lee, 2012), les propriétés psychométriques de l'instrument sont satisfaisantes. La consistance interne rapportée dans la littérature varie entre 0,73 à 0,84. La fidélité test-retest est globalement de 0,70 entre 2 jours à 4 semaines.

La détresse psychologique a été évaluée en utilisant l'indice de détresse psychologique (IDPESQ-14) (Boyer, Preville, Legaré et Valois, 1993). Adapté du *Psychiatric Symptom Index* d'Ilfeld (1976 et 1978), ce questionnaire sert à estimer la fréquence des gens ayant suffisamment de symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et des problèmes cognitifs pour être considéré à haut risque de détresse psychologique nécessitant une intervention. Validé auprès de 15 000 Québécois âgés de plus de 15 ans, il possède 14 items, au lieu de 29 dans sa version originale (Préville, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré, 1992), avec une cotation de Likert à 4 points, allant de « jamais » à « très souvent ». Exemples de questions : « vous êtes-vous senti(e) seul(e)? » ou « avez-vous eu des blancs de mémoire? ». L'alpha de Cronbach indique une cohérence interne globale similaire à la version longue (alpha = 0,89).

L'anxiété situationnelle a été évaluée par l'inventaire d'anxiété situationnelle (STAI-Y1) (Spielberger, 1993). Utilisé dans plus de 3000 études et traduit dans plus de 30 langues (Spielberger et Diaz-Guerrero, 1976, 1983 ; Spielberger, 1989), il est composé de deux échelles distinctes avec 20 items chacune avec une cotation de Likert à 4 points, allant de « Pas du tout » à « Beaucoup » pour la première partie et de « Presque jamais » à « Presque toujours » pour la seconde. Une première évalue l'anxiété situationnelle. Exemple d'items: « Présentement, je me sens calme... » ou « Présentement, je me sens en sécurité... » La deuxième évalue l'anxiété de trait. Des exemples d'items sont : « En général, je me sens bien..... », « En général, je me sens nerveux... ». Dans le cadre de cette étude, seulement l'échelle d'anxiété situationnelle est conservée puisqu'elle revêt un caractère plus modifiable à court et moyen terme que l'anxiété

de trait (Usala et Hertzog, 1991). Adaptée de l'anglais et validée en français auprès d'étudiants universitaires au Québec, la consistance interne de la traduction française est de 0,90 pour les échantillons d'étudiants masculins et féminins (Gauthier et Bouchard, 1993). Sa validité de construit a été démontrée auprès de plusieurs populations différentes et dans différents contextes anxiogènes. Sa validité de critère a présenté des corrélations avec des instruments similaires, comme l'échelle d'anxiété de l'*Institute for Personality and Ability Testing*, le *Taylor Manifest Anxiety Scale* (Spielberger, 1983).

Facteurs de protection et de risque

Dans le but de dégager des variables pouvant prédire la variation des indicateurs de santé mentale, quatre types de facteurs ont été choisis: la sensibilité au non verbal (SNV), les habiletés de pleine conscience dispositionnelle (HPCD), les stratégies de *coping* et les mécanismes de régulation émotionnelle.

Sensibilité aux indices non verbaux :

Deux tests ont été utilisés. Le premier est une version abrégée du *Profile of Nonverbal Sensitivity* (PONS), nommé le MiniPONS. Il mesure les capacités d'un individu à reconnaître des émotions, des attitudes interpersonnelles et des intentions selon différents canaux de comportement non verbal (Banziger, Scherer, Hall, Rosenthal, 2011). Il se compose de plusieurs courtes vidéos, d'une durée de quelques secondes, présentant une femme caucasienne adoptant diverses expressions faciales, intonation de voix et positions corporelles. Le participant répond en choisissant celui des deux choix qui lui semble le mieux décrire la situation qu'il observe (i.e. elle admire la nature ou elle aide un client). Au lieu de contenir les 220 items de sa version longue, le MiniPONS en contient 64. Sa durée est d'environ 15 minutes. Le score total varie entre 0 et 64. Sa fidélité test-retest est de 0,64 (Banziger, Scherer, Hall, Rosenthal, 2011).

Le deuxième test est le *Geneva Emotion Recognition Test* (GERT) (Schlegel, Grandjean, et Scherer, 2014). Il mesure la reconnaissance des émotions issues de la voix, du visage et du corps. Il se compose de 83 courts vidéos avec son, d'une durée entre 1 à 3 secondes, contenant 10 acteurs, soit 5 hommes et 5 femmes, exprimant 14 émotions différentes. Le compléter dure environ 15 minutes. Après chaque clip, les participants doivent choisir entre l'une des quatorze émotions exprimées par l'acteur. Les premières études publiées sur ce test présentent une bonne consistance interne, validité de construit et validité écologique (Schlegel, Grandjean, et Scherer, 2012, 2014).

Ces tests ont été sélectionnés parce qu'ils mesurent différentes composantes du non verbal et peuvent s'administrer à partir d'une plate-forme web. Parmi celles-ci, on retrouve ce qui touche à la voix, l'intonation, l'expression des yeux, du visage, des mains, du corps, etc. Les deux tests se compléteront dans l'évaluation de la SNV. Jusqu'à ce jour, peu de lien a été établi dans la littérature entre ces deux instruments, et ce résultat constituera une contribution indirecte à la recherche.

Habilités de pleine conscience :

Les habiletés de pleine conscience ont été mesurées avec le *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney, 2006). Traduit en français et validé avec un échantillon majoritairement composé d'étudiants universitaires de France (Heeren, Douilliez, Debrauwere et Philippot, 2011), les cinq dimensions de la pleine conscience dispositionnelle sont mesurées : observation, description de l'expérience, action en pleine conscience, non-jugement, non-réactivité aux événements privés. Il est composé de 39 items avec une cotation de Likert en 5 points, allant de « jamais ou très rarement » à « très souvent ou toujours vrai ». Exemple d'items : « quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement » ou « je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière ». L'analyse confirmatoire d'Heeren (2011), réalisé avec des sujets n'ayant jamais pratiqué la pleine conscience ou de la méditation, confirme la stabilité de la structure factorielle avec la

version américaine de Baer (2006). Les coefficients de consistance interne varient entre les sous-échelles de 0,75 à 0,91. La fidélité test-retest varie entre 0,41 et 0,72 (Heeren, Douilliez, Debrauwere et Philippot, 2011).

Stratégies de coping :

Les stratégies de *coping* ont été évaluées par l'entremise d'une version abrégée du *Ways of coping Checklist* (WCC-R) (Cousson-Gelié, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier, et Rasclé, 1996). Adaptée de la version de Vitaliano (1985), cette version courte contient 27 items avec une cotation de Likert en 4 points : non, plutôt non, plutôt oui, oui. Exemples d'items : « J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi » ou « J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse ». Validée auprès de participants français, sa structure factorielle est tridimensionnelle : *coping* centré sur le problème, *coping* centré sur l'émotion, recherche de soutien social. Le *coping* centré sur le problème se définit par l'ensemble des efforts « actifs » entrepris pour contrôler ou modifier la situation stressante; le *coping* centré sur l'émotion, par les tentatives « passives » utilisées pour contrôler la tension émotionnelle induite par le stresser; la recherche de soutien social, par les efforts centrés sur l'aide obtenue d'autrui permettant de gérer le stresser. Les coefficients alpha de Cronbach sont tous supérieurs à 0,70 pour des échantillons d'adultes salariés et d'étudiants, âgés en moyenne de 27,5 ans (Cousson-Gelié, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier, et Rasclé, 1996). Après une semaine d'intervalle, le coefficient global de corrélation pour la fidélité de type test-retest est de 0,83.

Mécanismes de régulation émotionnelle :

Trois composantes de la régulation émotionnelle ont été mesurées avec le questionnaire Coupure-Empathie-Contagion (CEC) (Favre, Joly, Reynaud et Salvador, 2009). Élaboré avec une structure à trois échelles, il mesure l'empathie, la contagion émotionnelle et la coupure par rapport aux émotions. Les auteurs qualifient l'empathie comme la reproduction intentionnelle des représentations d'autrui associée potentiellement à une reproduction partielle de ses émotions. Au niveau de la contagion émotionnelle, ils la définissent par la reproduction

involontaire quasi à l'identique (nature, intensité) de l'émotion d'un autre ou de plusieurs autres, et pour la coupure par rapport aux émotions, comme un blocage quasi complet des processus de reproduction impliqués dans la contagion émotionnelle et dans l'empathie. Validé auprès d'adolescents canadiens âgés entre 15 et 17 ans, il est composé de 36 items avec une cotation de Likert à 5 points, allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Exemple d'items : « C'est agréable pour moi de voir quelqu'un qui rit parce je me dis qu'il est heureux » ou « Lorsque je vois quelqu'un pleurer ça me fait perdre tous mes moyens ». Le coefficient de Cronbach des échelles varie entre 0,56 à 0,62. Les coefficients de corrélations de Pearson pour la fidélité de type test-retest varient entre 0,59 à 0,96 dans un délai d'un mois et demi. En analysant la validité concomitante du CEC avec le test *Balanced Emotional Empathy Scale* (BEES) de Mehrabian (1997), des liens s'observent avec ce test, mais demeurent assez faibles. Seule l'échelle coupure émotionnelle possède une corrélation plus élevée avec le BEES total (-0,65) (Favre, Joly, Reynaud et Salvador, 2009).

Finalement, un questionnaire sociodémographique a été administré pour mesurer de multiples variables de contrôle pouvant influencer les relations étudiées. Il est composé de 20 questions avec différents types de choix de réponses. Exemples de questions : « Quel est votre sexe ? », « Avez-vous des expériences pertinentes en relation d'aide (p. ex : éducateur, accompagnatrice, ligne d'écoute) ? » ou « Avez-vous déjà reçu des services de relation d'aide? Si oui, pendant combien de temps et quel(s) type(s) de professionnel(s)? ».

Stratégie analytique

Objectif #1 : Décrire l'état de santé mentale des étudiants de l'école de psychoéducation au début de leur 2^e année de formation universitaire de baccalauréat.

Pour cet objectif, une analyse descriptive des données a été menée pour extraire la moyenne, la distribution, et tous les indicateurs nécessaires pour dresser un portrait de la santé mentale de notre échantillon à T0. Pour offrir des nuances sur les résultats obtenus, notre échantillon a été

comparé avec des populations issues d'autres études lorsque cela était possible. Des analyses corrélationnelles sont aussi incluses entre les variables de santé mentale (Tableau X).

Objectif #2 : Décrire l'évolution de leurs indicateurs de santé mentale pendant la session d'automne lors du début de leur deuxième année de formation académique, qui correspond à leur première immersion clinique.

Pour vérifier le deuxième objectif, les moyennes des scores obtenus de chaque sujet aux différents temps de mesure pour les variables de santé mentale ont été comparées entre elles à l'aide d'analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées.

Objectif #3 : Établir des modèles explicatifs aux évolutions observées de ces indicateurs de santé mentale.

Pour le troisième objectif, des régressions linéaires multiples ont été réalisées afin de déterminer la part de la variance qui pouvait être expliquée à partir de nos variables indépendantes ainsi que les variables d'évolution de santé mentale.

Objectif #4 : Offrir des pistes de recommandation pour améliorer l'expérience des futurs psychoéducateurs lors de leur parcours académique.

Pour mettre en lumière des informations au niveau de l'attrition, un groupe de décrocheur et de non-décrocheur ont été formés afin de déterminer s'il existait des différences entre ces groupes sur diverses variables. Pour ce faire, des tests-T à groupe indépendant, pour les variables continues, et des tests chi-deux, pour les variables catégorielles, ont été utilisés.

Pour réaliser l'ensemble de ces analyses, le programme SPSS (statistical package for social sciences) a été utilisé (IBM, 2016).

Traitement des valeurs manquantes:

Les variables avec des données manquantes n'ont pas été exclues. Lorsqu'un item n'a pas été répondu dans un questionnaire, un traitement a été employé. Il consistait à réaliser la moyenne des items pour chaque échelle plutôt que leur somme afin de pallier à cette donnée manquante. Ensuite, le score total à chaque instrument a été calculé en multipliant le score moyen des items pour chaque échelle par le nombre d'items total dans l'échelle en question. Le tableau I présente l'état de complétion de chaque questionnaire à T0. Tous les questionnaires complétés partiellement ont dû recevoir ce traitement en question. Aucune imputation de données n'a été réalisée lorsqu'un participant a quitté l'étude.

Tableau I. Niveau de complétions des questionnaires par les participants à T0

	GERT	MiniPONS	WCC-R	CEC	FFM	PSS	TICS-K	IDPESQ	STAI-Y1
Complété entièrement	48	50	55	56	58	61	59	58	55
Complété partiellement	0	3	0	1	1	0	0	0	0
Aucunement complété	20	15	13	11	9	7	9	10	13
Nombre total de participants	68	68	68	68	68	68	68	68	68

Résultats

Dans cette partie, des résultats seront présentés concernant les trois objectifs de notre étude. Dans un premier temps, un portrait de nos participants sera dressé, d'abord d'un point de vue sociodémographique puis selon les variables d'intérêt. Dans un deuxième temps, la variation des variables de santé mentale, telles que rapportées par les étudiants, sera exposée cours du temps (des vacances jusqu'à la fin du 1^{er} stage clinique). Enfin, les variations les plus intéressantes seront isolées, et des modèles de régression multiple tenteront de les expliquer.

1. Participants : profil sociodémographique, bilan descriptif des variables de santé mentale et de leurs facteurs de protection

Le premier objectif de cette recherche était de dresser le profil des étudiants de l'école de psychoéducation lors de leur entrée en deuxième année de formation. Ce profil sera exposé en trois sections. La première porte sur une description des variables sociodémographiques récoltées auprès de l'échantillon. La seconde dresse une comparaison détaillée des résultats aux différents instruments de mesure de santé mentale, et enfin la troisième porte sur la description des facteurs de protection retenus : la pleine conscience, la sensibilité au non verbal, les stratégies de *coping* et les mécanismes de régulation émotionnelle. Ces résultats seront contrastés avec ceux de la littérature.

1.1 Caractéristiques descriptives

Initialement, il était anticipé de recruter les trois quarts des étudiants (n=75) de la cohorte afin d'optimiser la représentativité de notre étude. Soixante-huit étudiants ont finalement été recrutés.

Comme attendu, la majorité de notre échantillon est composée de femmes (91,8%). Les étudiants occupent en majorité (76,8%) un travail rémunéré en même temps que leur étude. Près

d'un étudiant sur sept (7,1%) travaille entre 1 et 5 heures par semaine; près d'un sur neuf (8,9%) entre 6 et 10 heures par semaine; près du tiers (32,1%) entre 11 et 15 heures par semaine, près d'un sur quinze (16,1%) entre 16 à 20 heures par semaine et plus d'un sur dix (12,5%) plus de 20 heures par semaine. Présenté autrement, 60% des étudiants travaillent plus de 11 heures par semaine. Au niveau académique, la majorité des étudiants (60,7%) assistent à 4 cours pour la session. Sur le plan personnel, un peu moins que la moitié (46,6%) ont reçu des services d'un psychologue sur une durée variable entre 1 mois à plus de deux ans. Environ un étudiant sur 10 a reçu un diagnostic de santé mentale (11%) et 90% d'entre eux reçoivent de l'aide psychologique. Ces diagnostics varient entre le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble d'anxiété sociale, le trouble d'anxiété généralisé, le trouble d'adaptation, la dépression, le trouble panique avec agoraphobie ou le trouble de l'alimentation. Près de la moitié (49%) disent avoir vécu des événements majeurs au courant de la dernière année. Ces événements variaient entre le décès d'un proche, des problèmes liés à de la maladie, une rupture amoureuse, une perte d'emploi, des conflits familiaux ou des problèmes académiques. La majorité des étudiants ne rapportent pas consommer de drogues illicites (91,8%), se déclarent non fumeurs (86,9%) et sont célibataires (73,8%); mariés (11,5%); conjoints de fait (13,1%) et séparés (1,6%).

1.2 Caractéristiques en matière de santé mentale

Afin de pouvoir mieux situer nos participants, chaque instrument de mesure est présenté et comparé à des études similaires de la littérature dans des tableaux.

Stress perçu : Pour le PSS (Tableau II), le niveau de stress perçu rapporté par nos participants ($M=23,26$, $\sigma=8,4$) est légèrement supérieur à celui relevé auprès de travailleurs de France (Lesage, Berjot et Deschamps, 2011), œuvrant dans le milieu de la santé, âgé de moins de 30 ans ($M=19,6$, $\sigma=7,7$), mais est comparable à celui relevé aux É.-U. par Cohen (1983) auprès d'étudiants en psychologie ($M=23,67$, $\sigma=7,79$). En comparaison avec un échantillon stratifié ($n=2355$) représentatif de la population normale aux É.-U., le niveau de stress perçu de nos étudiants apparaît supérieur à celui-ci ($M=19,62$, $\sigma=7,49$). Toutefois, il est similaire aux résultats

de l'ensemble de l'échantillon utilisé dans l'étude de Lesage, Berjot et Deschamps (2011) ($M=21,2$; $\sigma=7,6$).

Tableau II. Statistiques descriptives du stress perçu (PSS)

	N	Age	M	SD	Étendu	α
Étude présente						
Score total	61	n/a	23,26	8,4	10 à 42	0,88
Lesage, Berjot et Deschamps (1998)						
Score total	125	≤ 30	19,6	7,7	nd	nd
Score total	501	40,4	21,2	7,6	nd	nd
Cohen, Karmack et Mermelstein (1983)						
Score total	113	20,75	23,67	7,79	5 à 44	nd
Cohen et Williamson (1988)						
Score total	2355	42,8	19,62	7,49	nd	0,75

Stress chronique : Au niveau du TICS-K (Tableau III), le niveau de stress chronique total rapporté par nos sujets ($M=44,39$, $\sigma=14,96$) est plus élevé que celui relevé auprès de femmes enceintes suisses allemandes ($M=34,08$, $\sigma=11,00$). En comparaison avec un échantillon d'intervenants psychosociaux québécois, il est comparable ($M=42,00$, $\sigma=13,20$), tout comme avec l'échantillon original avec lequel ce test fut développé ($M=41,88$). Ce dernier est composé d'Allemands, incluant 15,8% d'étudiants universitaires (Schlotz et Schulz, 2005).

Tableau III.Statistiques descriptives du stress chronique (TICS-K)

	N	Age	M	SD	Étendu	α
Étude présente						
Score total	59	nd	44,39	14,96	16 à 80	0,88
Surcharge de travail	59	nd	6,19	2,46	0 à 12	0,64
Surcharge sociale	59	nd	3,97	2,41	0 à 10	0,76
Sentiment d'être dépassé	59	nd	2,98	2,33	0 à 23	0,71
Pression dans les interactions sociales	59	nd	5,80	2,26	0 à 11	0,59
Pression au travail	59	nd	4,68	2,40	0 à 10	0,47
Manque de reconnaissance	59	nd	3,56	2,37	0 à 11	0,87
Insatisfaction professionnelle	59	nd	3,80	2,58	0 à 10	0,64
Tension sociale	59	nd	2,70	1,75	0 à 7	0,58
Isolement	59	nd	4,42	2,44	0 à 9	0,57
Tendance à s'inquiéter	59	nd	5,51	2,89	0 à 12	0,75
Unternaehrer et al. (2016)						
Score total	100	31,9	34,08	11,00	16 à 60	nd
Fouda (2016)						
Score total	71	nd	42,60	nd	nd	0,70
Schlotz et Schulz (2005)						
Score total	424	40,2	41,88	nd	19 à 77	
Surcharge de travail	424	40,2	5,25	nd	nd	0,79
Surcharge sociale	424	40,2	4,11	nd	nd	0,87
Sentiment d'être dépassé	424	40,2	2,61	nd	nd	0,82
Pression dans les interactions sociales	424	40,2	4,38	nd	nd	0,86
Pression au travail	424	40,2	3,33	nd	nd	0,76
Manque de reconnaissance	424	40,2	3,06	nd	nd	0,84
Insatisfaction professionnelle	424	40,2	6,21	nd	nd	0,72

Tension sociale	424	40,2	5,43	nd	nd	0,72
Isolement	424	40,2	3,06	nd	nd	0,75
Tendance à s'inquiéter	424	40,2	4,44	nd	nd	0,81

Anxiété situationnelle : Pour le STAI-Y1 (Tableau III), les résultats à l'échelle d'anxiété situationnelle de notre population ($M=30,36$, $\sigma=10,75$) semblent inférieurs à ceux rapportés par les étudiants universitaires québécois français ($M=39,52$, $\sigma=9,86$) (Gauthier et Bouchard, 1993), par une population clinique souffrant de dépression ($M=44,91$, $\sigma=9,18$) (Fountoulakis et al, 2006) ainsi qu'avec l'échantillon d'étudiants universitaires américains de psychologie utilisés lors de la création de l'instrument (Spielberger, 1983) (Femme $M=38,76$, $\sigma=11,95$; Homme $M=36,47$, $\sigma=10,02$). Les résultats de nos participants semblent toutefois supérieurs à une population non clinique d'adultes européens en santé ($M=27,22$, $\sigma=11,36$) (Fountoulakis et al, 2006).

Tableau IV. Statistiques descriptives de l'anxiété situationnelle (STAI-Y1)

	N	Age	M	SD	Étendu	α
Étude présente						
Anxiété situationnelle Y1	55	nd	30,36	10,75	20 à 65	0,95
Spielberger, Gorsuch, Lushene et Jacob (1983)						
Anxiété situationnelle Y1 Homme	324	nd	36,47	10,02	nd	0,91
Anxiété situationnelle Y1 Femme	531	nd	38,76	11,95	nd	0,93
Gauthier et Bouchard (1998)						
Anxiété situationnelle Y1	83	22	39,52	9,86	nd	nd

Fountaouakis et al. (2006)

Anxiété situationnelle Y1 (sujets anxieux)	22	29,48	44,91	9,18	nd	nd
Anxiété situationnelle Y1 (sujets en santé)	121	27,22	24,95	11,36	nd	nd

Détresse psychologique : À l'IDPESQ-14 (Tableau V), les résultats de détresse psychologique de nos sujets (M=25,83) sont relativement similaires à ceux de Deschesnes (1998) auprès d'une population adolescente (M=27,35). En comparaison à un échantillon de jeunes adultes âgés entre 15 et 24 ans, nos sujets semblent aussi avoir des résultats similaires (M=28,2) (Institut de la statistique du Québec, 1998). Toutefois, ils apparaissent au-dessus de la moyenne de la population générale (M=20,1) (Institut de la statistique du Québec, 1998).

Tableau V. Statistiques descriptives de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ-14)

	N	Age	M	SD	Étendu	α
Étude présente						
Score total	58	nd	25,83	6,20	18 à 44	0,86
Deschesnes (1998)						
Score total filles	567	14,7	27,35	6,90	nd	nd
Score total garçons	563	14,9	23,89	6,00	nd	nd
Institut de la statistique (1998)						
Score total	358 7	15 à 24	28,20	nd	nd	nd
Score total	110 34	15 à 65 et +	20,10	nd	nd	nd

1.3 Caractéristiques en matière de facteurs de protection supposés

Mécanismes de régulation émotionnelle : En ce qui a trait à la version Likert du Contagion émotionnelle – Empathie – Coupure par rapport aux émotions (CEC) à 36 items utilisée dans cette étude, aucun article n’a été trouvé dans la littérature pouvant permettre de réaliser une comparaison de nos résultats (Tableau VI).

Tableau VI. Statistiques descriptives des mécanismes de régulation émotionnelle (CEC)

	N	Age	M	SD	Étendu	α
Étude présente						
Contagion émotionnelle	57	nd	38,11	5,56	26 à 48	0,60
Empathie	57	nd	41,18	4,49	30 à 50	0,61
Coupure émotionnelle	57	nd	23,96	4,03	17 à 36	0,43

Sensibilité au non verbal : Au niveau de la sensibilité au non verbal, deux outils ont été utilisés (Tableau VII). Pour le *Geneva Emotion Recognition Test* (GERT), les résultats de nos étudiants au score total apparaissent similaires à ceux de l’échantillon allemand d’étudiants en psychologie de l’étude de Schlegel, Grandjean et Scherer (2014). Créée en 2014, aucune autre étude ne présente actuellement des statistiques descriptives additionnelles pour le GERT. En ce qui a trait à la sensibilité au non verbal mesurée avec le MiniPONS (Tableau VI), les résultats de notre étude sont similaires à ceux obtenus dans les deux études rapportées par Banziger, Scherer, Hall et Rosenthal (2011) auprès d’un échantillon composé à la fois d’étudiants de diverses facultés et de participants non étudiants.

Tableau VII. Statistiques descriptives de la sensibilité au non verbal (GERT et MiniPONS)

	N	Age	M	SD	Étendu	α
GERT						
Étude présente						
Score total	48	nb	55,96	7,93	32 à 69	nb
Schlegel, Grandjean et Scherer (2014)						
Score total	125	37,10	55,61	nb	nb	nb
MiniPONS						
Étude présente						
Score total	58	nb	78,71	5,68	62,5 à 90,63	nb
Bänziger, Scherer, Hall et Rosenthal - étude 1 (2011)						
Score total	136	24	80,00	7,00	52 à 95	nb
Bänziger, Scherer, Hall et Rosenthal - étude 2 (2011)						
Score total	136	24	77,00	7,00	51 a 91	nb

Stratégies de coping : Pour les stratégies de *coping* mesurées avec le *Ways of coping Checklist-R* (WCC-R) (Tableau VIII), nos résultats sont comparés à un échantillon d'Européens francophones composé d'étudiants universitaires de première année provenant de programmes variés (Mazé et Verliac, 2013). À l'échelle de *coping* sur le problème, nos sujets ($M=30,44$, $\sigma=5,16$) semblent avoir un score supérieur ($M=26,28$, $\sigma=3,60$). À l'échelle de *coping* sur l'émotion et de soutien social, nos sujets paraissent avoir un score inférieur (*coping* sur

l'émotion $M=20,20$, $\sigma=5,46$; *coping* sur le soutien social $M=22,53$, $\sigma=4,12$; *coping* sur l'émotion $M=23,67$, $\sigma=4,68$; *coping* sur le soutien social $M=24,75$, $\sigma=4,32$). D'après l'étude de Boujut et al. (2017) réalisée auprès de professeurs en adaptation scolaire français, nos participants possèdent des résultats relativement similaires à toutes les échelles (Problème $M=28,60$, $\sigma= 15,2$; Émotion $M=20,10$, $\sigma=$; Soutien social $M=24,40$, $\sigma= 12,3$). D'après nos recherches, aucune étude dans la littérature n'a utilisé le WCC-R auprès d'un échantillon représentatif d'une population nord-américaine. Seulement des échantillons non représentatifs de la population générale ont été réalisés, comme auprès d'individus atteints du cancer (Cousson-Gélie et al, 2010) ou de professeurs en adaptation scolaire (Boujut et al, 2017).

Tableau VIII.Statistiques descriptives des stratégies de *coping* (WCC-R)

	N	Age	M	SD	Étendu	α
Étude présente						
Score de soutien social	55	nd	22,53	4,12	12 à 31	0,64
Score de <i> coping </i> sur l'émotion	55	nd	20,20	5,46	9 à 32	0,83
Score de <i> coping </i> sur le problème	55	nd	30,44	5,16	19 à 40	0,71
Mazé et Verlhac (2013)						
Score de soutien social	221	19	22,00	nd	11 à 31	0,69
Score de <i> coping </i> sur l'émotion	221	19	23,67	nd	8 à 34	0,67
Score de <i> coping </i> sur le problème	221	19	29,20	nd	15 à 40	0,65
Boujut et al. (2017)						
Score de soutien social	203	41,17	24,40	12,3	nd	0,68
Score de <i> coping </i> sur l'émotion	203	41,17	20,10	13,9	nd	0,75
Score de <i> coping </i> sur le problème	203	41,17	28,60	15,2	nd	0,81

Habiletés de pleine conscience : Avec le questionnaire *Five Facet Mindfulness* (Tableau IX), le niveau de pleine conscience rapporté par les participants de cette étude varie selon les échelles de l'instrument. En comparaison avec l'étude de Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere et Philippot (2011) réalisée auprès d'une population française d'étudiants universitaires de diverses facultés, les scores de nos sujets à l'échelle observation et description sont similaires. Par contre, les scores à l'échelle action en pleine conscience, non-jugement et total apparaissent inférieurs dans notre échantillon (action en pleine conscience $M=20,71$, $\sigma=5,40$ vs $M = 27,29$, $\sigma = 6,62$; non-jugement $M = 22,56$, $\sigma = 6,37$ vs $M=27,79$, $\sigma=6,88$; total $M=115,51$, $\sigma=10,11$ vs $M=124,11$, $\sigma=18,37$). Finalement, le score à l'échelle non-réactivité aux événements privés semble plus élevé dans notre échantillon ($M=24,47$, $\sigma=4,26$ vs $M=18,79$, $\sigma=4,47$). En comparaison avec un échantillon représentatif de la population générale allemande ne pratiquant pas la méditation basée sur la pleine conscience (Lopez, Sanderman et Schroevers, 2016), les résultats de nos sujets apparaissent similaires aux échelles observation, non-réactivité aux événements privés et description, mais semblent différer à la baisse aux échelles non-jugement ($M = 22,56$, $\sigma = 6,37$ vs $M=29,07$, $\sigma=5,68$) et action en pleine conscience ($M=20,71$, $\sigma=5,40$ vs $M=28,88$, $\sigma=5,14$).

Tableau IX. Statistiques descriptives des habiletés de pleine conscience dispositionnelles (FFMQ)

	N	Age	M	SD	Étendu	α
Étude présente						
Score total	59	nd	115,51	10,11	87 à 135	0,86
Observation	59	nd	25,6	5,36	18 à 37	0,76
Description de l'expérience	59	nd	28,92	5,31	18 à 30	0,89
Action en pleine conscience	59	nd	27,29	5,39	11 à 34	0,87
Non-jugement	59	nd	25,44	6,37	14 à 40	0,90
Non-réactivité aux événements privés	59	nd	21,47	4,26	17 à 40	0,79
López, Sanderman et Schroevers (2016)						
Score total	1736	54,9	131,78	nd	nd	nd

Observation	1736	54,9	24,98	5,56	15 à 37	0,76
Description de l'expérience	1736	54,9	27,24	5,75	18 à 30	0,87
Action en pleine conscience	1736	54,9	28,88	5,14	11 à 34	0,84
Non-jugement	1736	54,9	29,07	5,68	8 à 34	0,85
Non-réactivité aux évènements privés	1736	54,9	21,61	4,4	13 à 31	0,74

Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere et Philippot (2011)

Score total	1736	nd	124,11	18,38	60 à 177	0,88
Observation	1736	nd	24,43	5,78	10 à 38	0,78
Description de l'expérience	1736	nd	25,81	6,44	8 à 40	0,88
Action en pleine conscience	1736	nd	27,29	6,62	8 à 40	0,89
Non-jugement	1736	nd	27,79	6,88	9 à 40	0,89
Non-réactivité aux évènements privés	1736	nd	18,79	4,47	7 à 32	0,76

2. Variation des indicateurs de santé mentale au cours du temps

Le deuxième volet de cette étude était de nature longitudinale. Le but était d'évaluer l'évolution des variables de santé mentale au cours de la session d'automne au moment où les étudiants vivent leur première immersion en stage. Quatre temps de mesure ont donc été réalisés : T0 (avant la rentrée scolaire), T1 (au moment de la rentrée), T2 (dans la première semaine de stage), T3 (après le stage).

La première partie portera sur l'attrition rencontrée au cours de l'étude. Ensuite, une description des corrélations entre les variables de santé mentale mesurées au premier temps de mesure, soit le stress perçu, le stress chronique, l'anxiété et la détresse psychologique, sera réalisée afin d'évaluer l'intérêt de recourir à une approche plus intégrée (analyse factorielle) pour détailler la variation de ces variables au cours du temps.

2.1 Attrition des participants au cours de l'étude

Description de l'attrition. Au départ de l'étude, 68 participants ont été recrutés. Au T0, 11 participants (16.2%) n'ont pas complété entièrement la collecte de données et n'ont pas continué la recherche aux autres temps de mesure; au T1, 9 autres participants ont cessé l'étude complètement (13.2%); au T2, 15 participants additionnels ont quitté complètement (22.1%); et finalement au T3, 6 participants n'ont pas complété le temps de mesure (8.8%). Deux participants ont omis de compléter deux temps de mesure, soit respectivement le T1 et T3 ainsi que T0 et T1. Vingt-sept participants ont complété entièrement les temps de mesure. Le pourcentage total d'attrition est de 63,3%. Dix-sept étudiants se sont désistés officiellement de l'étude, dont six après avoir réalisé un ou plusieurs temps de mesure. Les autres ont cessé de compléter l'étude sans donner d'avis d'abandon. Parmi ceux qui se sont retirés en précisant leur retrait au chercheur, plusieurs d'entre eux stipulaient comme raison de départ qu'ils étaient trop stressés et surchargés.

Tableau X. Nombre de sujets à chaque temps de mesure

	T0	T1	T2	T3
N	68	42	35	30

Analyses inférentielles de l'attrition. Des test-t pour échantillons indépendants et un test de chi-deux ont été utilisés pour identifier les caractéristiques des décrocheurs à l'étude de ceux qui ont complété tous les temps de mesure (Tableau IX). Ces différences ont été testées pour le temps de mesure correspondant à la période d'été (T0).

- Différences en lien avec les caractéristiques sociodémographiques : Avec une analyse de tableau croisé, il est rapporté que le groupe de décrocheurs travaille en moyenne plus d'heures par semaine que le groupe de non-décrocheurs ($\chi^2 = 12,564$, ddl = 5, $p = 0,028$).
- Différence en lien avec les indicateurs de santé mentale : Le groupe de décrocheurs se distingue des autres par une tendance à un plus haut niveau d'anxiété auto-rapporté (M_d

non log = 32,16 vs M_{nd} non log = 28,04; test-t du log = 1,735, df = 53, $p = 0.089$), un plus haut niveau de stress perçu ($M_d = 25,69$ vs $M_{nd} = 19,76$; $t = 2.873$, df = 59, $p = 0.009$), un plus haut niveau de stress chronique ($M_d = 48,24$ vs $M_{nd} = 39,16$; $t = 2,395$, df = 57, $p = 0.020$). Le niveau de détresse psychologique ne diffère pas entre les deux groupes.

- Différence en lien avec les variables prédictives : Les deux groupes tendent à se distinguer seulement à l'une des sous-échelles du *five facet of mindfulness questionnaire* (FFMQ). Le groupe de décrocheurs tendant à posséder moins d'habiletés à agir en pleine conscience ($M_d = 26,24$ vs $M_{nd} = 28,72$; $t = 1,783$, df = 57, $p = 0.080$). Aucune autre différence n'a pu être mise en évidence.

2.2 Analyses descriptives : corrélations entre les variables de santé mentale

La matrice de corrélations des indicateurs de santé mentale à T0 révèle que les variables dépendantes du modèle sont corrélées dans la direction attendue. La première constatation est que tous les scores totaux des variables de santé mentale ont des corrélations de moyennes à fortes entre elles (Cohen, 1988). Le stress perçu est corrélé positivement avec l'anxiété situationnelle ($r = 0,71$, $p < 0,01$), avec le stress chronique ($r = 0,67$, $p < 0,01$) et l'indice de détresse psychologique ($r = 0,54$, $p < 0,01$). Le stress chronique est également lié positivement à l'anxiété situationnelle ($r = 0,55$, $p < 0,01$) et l'indice de détresse psychologique ($r = 0,68$, $p < 0,01$). Enfin, l'indice de détresse psychologique est aussi corrélé positivement à l'anxiété situationnelle ($r = 0,58$, $p < 0,01$). Une analyse en composante principale (non présentée ici) indique qu'un facteur expliquerait 72,9% de la variabilité totale des 4 instruments utilisés à T0. Cependant, compte tenu de l'attrition aux autres temps de mesure, et par crainte de perdre la cohérence de ce facteur aux différents temps de mesure, cette approche n'a pas été retenue. Les analyses détailleront donc la variation de chaque instrument de mesure au cours du temps.

Tableau XI. Matrice de corrélations des évolutions d'indicateurs de santé mentale et des facteurs prédictifs

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Δ anxiété situationnelle T0-T1								
2. Δ anxiété situationnelle T0-T3	0,48*							
3. Δ stress perçu T0-T2	0,66**	0,36						
4. Δ stress perçu T1-T3	0,07	0,26	0,01					
5. Δ stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales T1-T2	-0,32	-0,33	-0,13	0,17				
6. Δ stress chronique lié à la surcharge de travail T1-T2	0,08	-0,11	0,37*	-0,10	0,26			
7. Δ stress chronique lié à la surcharge de travail T2-T3	0,18	0,12	0,16	0,69**	0,16	-0,22		
8. Δ détresse psychologique T1-T3	0,21	0,31	-0,21	0,65**	-0,03	0,00	0,35	
9. <i>coping</i> centré sur le soutien social (WCC-R)	0,23	0,03	0,08	0,03	0,13	-0,24	0,18	-0,04
10. <i>coping</i> centré sur l'émotion (WCC-R)	-0,05	-0,31	0,03	-,43*	0,26	0,10	-0,34	-0,42*
11. <i>coping</i> centré sur le problème (WCC-R)	0,36*	0,29	0,08	0,34	-0,02	-0,09	0,14	0,29
12. Contagion émotionnelle (CEC)	0,14	-0,04	0,34	-0,06	0,11	0,30	0,15	-0,42*
13. Coupure émotionnelle (CEC)	0,05	-0,15	0,08	-0,25	0,13	-0,02	0,20	-0,36
14. Empathie (CEC)	-0,08	0,02	0,05	0,37	-0,08	0,05	0,13	0,16
15. HPCD Observation (FFMQ)	0,07	0,21	0,34	0,02	-0,21	0,29	-0,11	-0,23
16. HPCD Description de l'expérience (FFMQ)	-0,01	0,13	-0,14	0,04	0,28	-0,11	-0,10	0,16
17. HPCD action en pleine conscience (FFMQ)	0,19	0,33	-0,15	0,24	-0,25	-0,27	0,16	0,24
18. HPCD non-jugement (FFMQ)	0,46**	0,41*	0,25	0,14	-0,46*	0,06	0,12	0,30
19. HPCD non-réactivité aux événements privés (FFMQ)	0,01	0,11	-0,37*	0,05	-0,25	-0,27	-0,26	0,31
20. HPCD score total de mindfulness (FFMQ)	0,30	0,47*	0,09	0,19	-0,38*	-0,06	-0,02	0,27
21. SNV (GERT)	-0,17	0,07	-0,34	0,15	0,13	-0,08	0,16	0,22
22. SNV (MiniPONS)	-0,23	-0,05	0,18	-0,22	-0,08	0,20	-0,30	-0,32
23. Socio-démo Statut d'étudiant travailleur	-0,30	-0,22	-0,04	-0,03	-0,04	-0,47**	0,14	-0,46*
24. Socio-démo Diagnostic de santé mentale	-0,33*	0,00	-0,28	0,10	0,02	-0,25	0,18	0,14

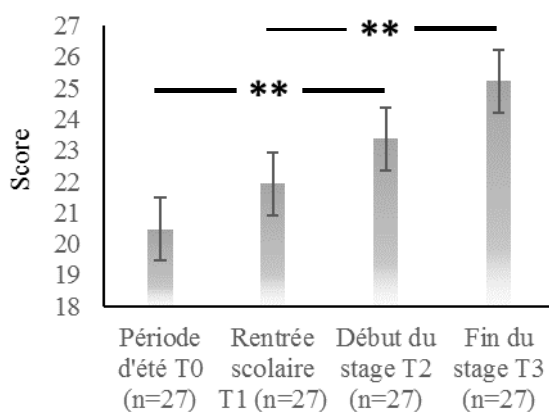
Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

2.3 Variation des indicateurs de santé mentale au cours du temps

Pour comparer les différents temps de mesure, des ANOVA à mesures répétées intrasujets ont été réalisées. Des analyses préliminaires ont été effectuées afin de vérifier si les variables de santé mentale (TICS, PSS, STAI Y1, IDP) respectaient les postulats de l'ANOVA. Les scores extrêmes ont été identifiés et seulement la détresse psychologique (IDP) a subi des transformations afin de ramener dans la distribution normale ses valeurs extrêmes par winsorization. Toutes les variables possédaient des distributions normales, à l'exception de l'anxiété situationnelle et de la détresse psychologique. Une transformation logarithmique a été appliquée à ces variables.

Stress perçu : Une augmentation linéaire significative s'observe entre le T0 et le T2, $F(1, 31) = 4,476, p < 0,05, \eta^2 = 0,134$, et entre le T1 et le T3, $F(1, 27) = 4,178, p = 0,051, \eta^2 = 0,134$ (Figure 1).

Figure 1. Évolution du stress perçu (PSS)



Stress chronique : on retrouve des variations significatives à deux sous-échelles. À l'échelle surcharge de travail, une augmentation linéaire significative s'observe entre T1 et T2, $F(1, 32) = 8,00, p < 0,05, \eta^2 = 0.20$, ainsi qu'entre le T2 et le T3, $F(1, 32) = 8,00, p < 0,05, \eta^2 = 0,126$ (Figure 2). À l'échelle de pression dans les interactions sociales, une augmentation linéaire significative est observée entre T1 et T2, $F(1, 32) = 14,06, p < 0,005, \eta^2 = 0.305$ (Figure 3).

Figure 2. Évolution du stress chronique lié à la surcharge de travail (TICS-K)

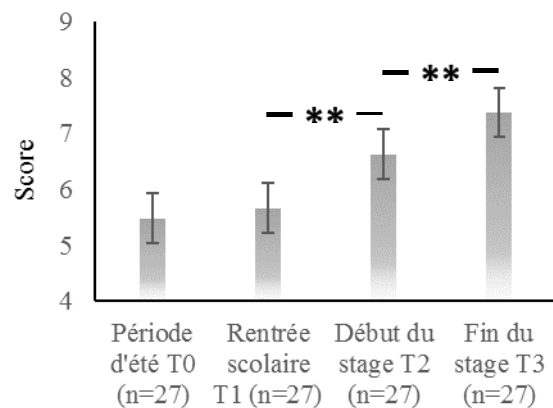
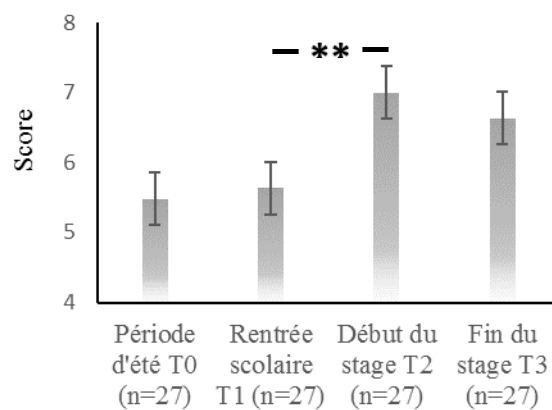
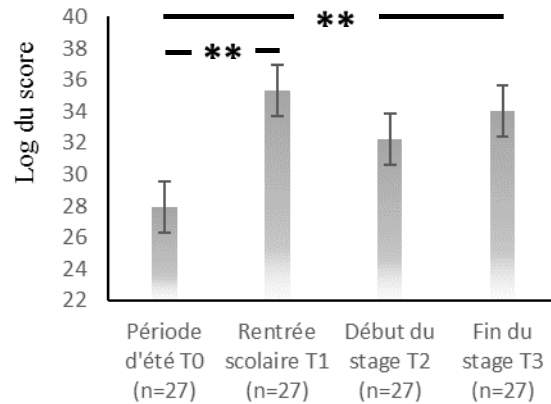


Figure 3. Évolution du stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales (TICS-K)



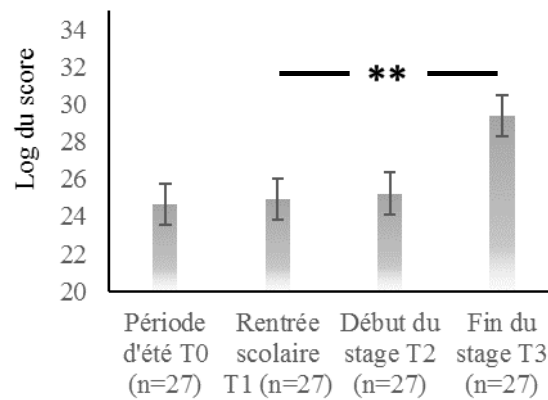
Anxiété situationnelle : une augmentation linéaire significative s'observe entre T0 et T1, $F(1, 41) = 10,975$, $p < 0,005$, $\eta^2 = 0,211$, ainsi qu'entre le T0 et T3, $F(1, 26) = 7,393$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,221$ (Figure 4).

Figure 4. Évolution de l'anxiété situationnelle (STAI-Y1)



Indice de détresse psychologique : une augmentation linéaire significative se présente entre le T1 et le T3, $F(1, 27) = 15,294$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,362$ (Figure 5).

Figure 5. Évolution de l'indice de détresse psychologique (IDESP-14)



Selon ces résultats, toutes les variables de santé mentale rapportées par les étudiants présentent une augmentation significative au cours du temps. La prochaine étape consiste à tenter d'explorer de quelle manière les facteurs prédictifs retenus expliquent ces variations au cours du temps pour chaque instrument.

3. Modélisation par régression multiple de la variation au cours du temps de chacun des instruments de mesure de santé mentale

Le troisième volet de cette étude était de nature prédictive. Le but était d'évaluer en quoi l'évolution des variables de santé mentale pouvait être prédite par les variables prédictives sélectionnées, tout en tenant compte des variables sociodémographiques, mais aussi des variables de santé mentale elle-même.

3.1 Analyses préliminaires

Dans un premier temps, les indicateurs rendant compte des variations significatives entre les temps de mesure et pour chaque instrument ont été créés et des analyses préliminaires ont été effectuées afin de vérifier si ces nouvelles variables, ainsi que les variables prédictives respectaient les postulats de base pour les analyses de régression. Comme mentionné dans les analyses préliminaires de l'ANOVA, des scores extrêmes ont été détectés et les variables suivantes ont subi des transformations afin de ramener dans la distribution certaines valeurs extrêmes : % de variation d'anxiété situationnelle entre T0-T1, % de variation d'anxiété situationnelle entre T0-T3, % de variation de stress lié à la surcharge de travail entre T1-T2, % de variation de stress lié aux pressions dans les interactions sociales entre T1-T2, % de variation de stress perçu entre T1-T3. L'analyse de la distribution des scores par des histogrammes de fréquences a permis de vérifier la normalité des résultats. La normalité de la distribution a également été examinée par les valeurs de *skewness* et *kurtosis*. La linéarité et l'homoscédasticité (constance de la variance de l'erreur) ont été vérifiées par des graphiques de résiduels. Toutes les variables possédaient des distributions normales, à l'exception de l'anxiété situationnelle et de la détresse psychologique. Une transformation logarithmique a été appliquée à ces variables.

Dans un deuxième temps, des tests-t ont été réalisés auprès des variables sociodémographiques pour savoir quelles variables inclure dans les modèles de régression. Des différences significatives ont été obtenues en lien avec le statut d'étudiant-travailleur et la présence d'un ou plusieurs diagnostics de santé mentale. Tout d'abord, une plus forte élévation d'anxiété situationnelle s'observait entre la période d'été (T0) et la rentrée scolaire (T1) chez les étudiants-travailleurs ($M = 11,47$) par rapport aux non-travailleurs ($M = 4,33$) ($t = 1,967$, $df = 38$, $p = 0.056$). L'effet de taille était moyen ($d = 0,68$) (Cohen, 1988). Aussi, une plus forte élévation d'anxiété situationnelle s'observait entre la période d'été (T0) et la rentrée scolaire (T1) chez les étudiants n'ayant pas de diagnostic de santé mentale ($M = 7,60$) par rapport à ceux qui en rapportaient en avoir reçu un ou plusieurs ($M = -1,90$) ($t = 2,211$, $df = 40$, $p = 0.033$). L'effet de taille était très fort ($d = 1,19$) (Cohen, 1988).

Ensuite, des analyses des corrélations de Pearson ont été réalisées pour sélectionner les variables prédictives à inclure dans les analyses de régression subséquentes (Tableau XI). Les variables d'évolution des indicateurs de santé mentale créées à l'étape précédente ont aussi été incluses afin de vérifier en quoi l'élévation de l'une pouvait influencer l'élévation d'une autre si elle lui était antérieure. Toute variable prédictive à T0 associée à $p < 0,20$ avec une variable de variation de santé mentale a été incluse dans le modèle de régression de cette dernière. Aucun problème de multicollinéarité n'a été observé entre les prédicteurs (Tabachnick et Fidell, 2006). Une méthode de régression de type recul pas à pas (*Stepwise - backward deletion*) a été utilisée. Cette méthode consiste à retirer la variable indépendante qui n'est plus significative suite à l'ajout d'une autre pour conserver un modèle parcimonieux contenant les variables les plus significatives pouvant expliquer la variance de la variable étudiée.

3.2 Modèles de régression multiple

Cette section présente des modèles de régression multiples visant à évaluer les variables explicatives de l'évolution des variables de santé mentale tout en tenant compte des variables sociodémographiques et des variables prédictives choisies.

#1 Modèle de variation de l'anxiété situationnelle entre la période d'été (T0) et le début des cours à l'automne (T1): Les prédicteurs du cinquième bloc expliquent 30,9% de la variance (R^2 ajusté = 0,309; $F(3,36) = 6,815, p < 0,001$). Plus les étudiants possèdent des HPCD de non-jugement en pleine conscience à T0, de fortes stratégies de *coping* centrées sur le problème à T0, plus ils rapportent une élévation d'anxiété entre la période d'été (T0) et la rentrée scolaire (T1). À l'inverse, les étudiants avec un diagnostic de santé mentale seraient moins vulnérables à cette hausse d'anxiété (Tableau XII).

Tableau XII. Modèle de régression de l'augmentation de l'anxiété situationnelle entre T0-T1

Variables indépendantes	Modèle 4			Modèle 5		
	Beta	(ET) ^a	β	Beta	(ET) ^a	β
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale	-8,42	3,83	-0,30**	-8,84	3,89	-0,31**
Coping centré sur le problème	0,56	0,29	0,27*	0,60	0,30	0,28*
HPCD Non-jugement	0,55	0,24	0,32**	0,60	0,25	0,34**
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur	-4,74	3,12	-0,20			
SNV MiniPONS						
Coping centré sur le soutien social						
HPCD score total de pleine conscience						
			R-deux			0,40
			R-deux ajusté			0,36
						0,33
						0,31

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

#2 Modèle de l'évolution de l'anxiété situationnelle entre la période d'été (T0) et la fin des stages (T3): Étant marginalement significatif, le septième bloc comporte des prédicteurs qui expliquent 10,9% de la variance (R^2 ajusté = 0,109; $F(1,23) = 3,946$, $p = 0,059$). Plus les étudiants rapportent de fortes habiletés de non-jugement en pleine conscience à T0, plus la variation d'anxiété situationnelle entre la période d'été (T0) et la fin du stage (T3) est élevée (Tableau XIII).

Tableau XIII. Modèle de régression de l'augmentation de l'anxiété situationnelle entre T0-T3

Variables indépendantes	Modèle 6			Modèle 7		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
HPCD Non-jugement	0,53	0,28	0,36*	0,58	0,29	0,38*
HPCD action en pleine conscience	0,79	0,51	0,29			
Coping centré sur le problème						
Coping centré sur l'émotion						
HPCD Score total de pleine conscience						
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur						
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
	R-deux		0,23			0,16
	R-deux ajusté		0,15			0,11

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

#3 Modèle de l'évolution de la variable du stress perçu entre la période d'été (T0) et le début du stage (T2): Dans le cinquième bloc, les prédicteurs expliquent 25,5% de la variance (R^2 ajusté = 0,255; $F(3,26) = 4,306$, $p < 0,05$). Plus les étudiants rapportent de fortes habiletés de non-jugement en pleine conscience à T0, de faibles habiletés de non-réactivité aux événements privés à T0 et tendent à avoir une faible sensibilité au non verbal (GERT), plus l'élévation de stress perçu entre la période d'été (T0) et le début du stage (T2) est élevée (Tableau XIV).

#4 Modèle de l'évolution de la variable du stress perçu entre le début des cours à l'automne (T1) et la fin du stage (T3): Dans le quatrième bloc proposé, les prédicteurs expliquent 25,7% de la variance de (R^2 ajusté = 0,257), $F(2,23) = 5,317$, $p < 0,05$). Plus les étudiants tendent à

être empathiques (CEC) à T0 et utilisent moins de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (T0), plus la variation de stress perçu entre le début des cours à l'automne (T1) et la fin du stage (T3) est élevée (Tableau XV).

Tableau XIV. Modèle de régression de l'augmentation de stress perçu entre T0-T2

Variables indépendantes	Modèle 4			Modèle 5		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
HPCD non-jugement	1,96	0,96	0,35*	2,25	0,95	0,40**
HPCD non-réactivité aux événements privés	-3,18	1,89	-0,30	-3,90	1,84	-0,37**
SNV GERT	-1,62	0,86	-0,304*	-1,67	0,87	-0,31*
HPCD observation	1,53	1,15	0,22			
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
Contagion émotionnelle						
Socio-démo - Statut d'étudiant travailleur						
		R-deux				0,38
		R-deux ajusté				0,28

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,001$

(ET)^a = Écart-type

Tableau XV. Modèle de régression de l'augmentation de stress perçu entre T0-T3

Variables indépendantes	Modèle 3			Modèle 4		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
Coping centré sur l'émotion	-2,50	1,20	-0,38**	-2,72	1,14	-0,41**
Empathie	3,35	1,62	0,38**	3,06	1,54	0,34*
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale	14,79	22,13	0,13			
Socio-démo - Statut d'étudiant travailleur						
Coping centré sur le problème						
		R-deux				0,33
		R-deux ajusté				0,26

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,001$.

(ET)^a = Écart-type

#5 Modèle de l'évolution de la variable de la surcharge de travail entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) : Dans le quatrième bloc proposé, la variance expliquée par les prédicteurs retenus est de 52,9% (R^2 ajusté = 0,529; $F(4,26) = 9,410$, $p < 0,0001$). Plus les étudiants ont des scores élevés de contagion émotionnelle (T0), de faibles stratégies de *coping* centrées sur le soutien social (T0), de faibles habiletés à agir en pleine conscience (T0) et qu'ils travaillent pendant leur étude, plus ils expérimentent une élévation de stress chronique liée à la surcharge de travail entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) (Tableau XVI).

Tableau XVI. Modèle de régression de l'augmentation du stress chronique lié à la surcharge de travail entre T1-T2

Variables indépendantes	Modèle 3			Modèle 4		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
Coping centré sur le soutien social	-2,76	1,26	-0,29**	-2,91	1,25	-0,30**
Contagion émotionnelle	2,60	0,95	0,38**	2,80	0,93	0,41***
HPCD Action en pleine conscience	-1,99	1,19	-0,22	-2,15	1,18	-0,24*
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur	-62,86	12,47	0,681***	-64,18	12,39	-0,70***
HPCD Observation	0,92	0,94	0,13			
HPCD Non-réactivité aux événements privés						
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
			R-deux			0,59
			R-deux ajusté			0,53

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

#6 Modèle de l'évolution du stress chronique liée aux pressions dans les interactions sociales entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) : Le sixième bloc proposé a été retenu ($F(1,28) = 7,799$, $p < 0,05$), dans lequel 19% de la variance est expliquée (R^2 ajusté = 0,19). Plus les étudiants possèdent de faibles habiletés de non-jugement (T0), plus ils expérimentent une forte élévation de stress chronique liée aux pressions dans les interactions sociales entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) (Tableau XVII).

#7 Modèle de l'évolution de la variable de la surcharge de travail entre le début du stage (T2) et la fin de celui-ci (T3) : Les prédictors du quatrième bloc expliquent la variance du modèle à 20,8% (R^2 ajusté = 0,208; $F(3,23) = 4,281$, $p < 0,05$). Plus les étudiants possèdent de faibles stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (T0) et de faibles habiletés de non-réactivité aux événements privés (FFMQ) à T0, plus l'élévation de stress chronique lié à la surcharge de travail entre le début du stage (T2) et la fin du stage (T3) était petite (Tableau XVIII).

Tableau XVII. Modèle de régression de l'augmentation de stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales entre T1-T2

Variables indépendantes	Modèle 5			Modèle 6		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
HPCD non-jugement	-3,77	1,18	-0,57***	-3,10	1,11	-0,47**
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur	-26,32	17,80	-0,26			
HPCD description de l'expérience						
HPCD action en pleine conscience						
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
Coping centré sur l'émotion						
			R-deux			0,22
			R-deux ajusté			0,19

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

Tableau XVIII. Modèle de régression de l'augmentation du stress chronique lié à la surcharge de travail entre T2-T3

Variables indépendantes	Modèle 3		Modèle 4			
	Beta (ET) ^a	β	Beta (ET) ^a	β		
HPCD non-réactivité aux événements privés	-4,277	2,119	-0,38*	-4,557	2,111	-0,41**
Coping centré sur l'émotion	-3,133	1,35	-0,45**	-3,421	1,328	-0,49**
SNV MiniPONS	-1,78	1,66	-0,20			
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur						
		R-deux	0,31			0,27
		R-deux ajusté	0,21			0,21

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

#8 Modèle de variation de détresse psychologique entre la rentrée scolaire (T1) et la fin du stage (T3) : Six blocs sont proposés. Dans le dernier, les prédicteurs expliquent 43,9% de la variance (R^2 ajusté = 0,439; $F(4,21) = 5,895, p < 0,005$). Plus les étudiants possèdent de faibles stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (T0), un faible score de contagion émotionnelle (T0), un faible score de sensibilité au non verbal (MiniPONS) (T0) et qu'il travaille pendant leur étude, plus leur niveau de détresse psychologique augmente entre la rentrée scolaire (T1) et la fin du stage (T3) (Tableau XVIII).

Tableau XIX. Modèle de régression de l'augmentation de détresse psychologique entre T1-T3

Variables indépendantes	Modèle 5		Modèle 6			
	Beta (ET) ^a	β	Beta (ET) ^a	β		
Coping centré sur l'émotion	-0,47	0,20	-0,35**	-0,50	0,21	-0,37**
Contagion émotionnelle	-0,41	0,22	-0,29*	-0,46	0,23	-0,32*
SNV MiniPONS	-4,26	0,23	-0,28*	-0,47	0,24	-0,31*
Socio-démo - Statut d'étudiant travailleur	-5,61	2,69	-0,32**	-5,81	2,77	-0,33**
Coupure émotionnelle	-0,50	0,33	-0,23			
HPCD Non-réactivité aux évènements privés						
Socio-démo - Bénéficiaire de services psychologiques						
Coping centré sur le problème						
HPCD Non-jugement						
		R-deux				0,58
		R-deux ajusté				0,47

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

3.3 Modèles de régression multiple avec les évolutions d'indicateurs de santé mentale comme variables prédictives

Cette section présente des modèles de régression multiples qui incluent dans les variables explicatives des variables d'évolution d'indicateurs de santé mentale, des variables prédictives choisies et des variables sociodémographiques à titre exploratoire.

Puisque aucune variable d'évolution ne pouvait être incluse dans les analyses parce qu'elle n'était pas présente pendant le T0-T1, la variation d'anxiété situationnelle entre T0-T1 demeure inchangée.

#1 Modèle de l'évolution de l'anxiété situationnelle entre la période d'été (T0) et la fin des stages (T3): Les prédictors du onzième bloc expliquent 35,7% de la variance (R^2 ajusté = 0,357; $F(2,21) = 7,387, p < 0,005$). Plus les étudiants rapportent une grande variation de détresse psychologique entre T1-T3 ainsi qu'une grande variation de stress perçu entre T0-T3, plus la variation d'anxiété situationnelle entre la période d'été (T0) et la fin du stage (T3) est élevée (Tableau XX).

Tableau XX. Modèle de régression de l'augmentation de l'anxiété situationnelle entre T0-T3 incluant les variables d'évolution de santé mentale

Variables indépendantes	Modèle 10			Modèle 11		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
% Δ Détresse psychologique T1-T3	0,50	0,22	0,41**	0,62	0,21	0,50**
% Δ Stress perçu T0-T2	0,13	0,05	0,47**	0,14	0,05	0,54***
HPCD Score total de pleine conscience	0,20	0,14	0,25			
% Δ Anxiété situationnelle T0-T1						
HPCD Non-jugement						
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
Socio-démo - Statut d'étudiants-travailleurs						
% Δ Stress perçu T1-T3						
HPCD Action en pleine conscience						
Coping centré sur le problème						
% Δ Pression interactions sociales						
Coping centré sur l'émotion						
			R-deux			0,49
			R-deux ajusté			0,39

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

#2 Modèle de l'évolution de la variable du stress perçu entre la période d'été (T0) et le début du stage (T2) : Dans le septième bloc, les prédictors expliquent 48,7% de la variance (R^2 ajusté = 0,487; $F(3,25) = 9,851, p < 0,0001$). Plus les étudiants rapportent une grande élévation d'anxiété situationnelle entre T0-T1, une grande élévation de surcharge de travail entre T1-T2

et qu'ils occupent un travail en dehors des études, plus l'élévation de stress perçu entre la période d'été (T0) et le début du stage (T2) est élevée (Tableau XXI).

Tableau XXI. Modèle de régression de l'augmentation de stress perçu entre T0-T2 incluant les variables d'évolution

Variables indépendantes	Modèle 6			Modèle 7		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
% Δ Surcharge de travail T1-T2	0,35	0,14	0,38**	0,38	0,14	0,41**
% Δ Anxiété situationnelle T0-T1	2,44	0,53	0,64***	2,58	0,52	0,68***
Socio-démo - Statut d'étudiant travailleur	21,25	13,40	0,25	23,84	13,47	0,28*
SNV GERT	-1,01	0,76	-0,18			
HPCD Observation						
Contagion émotionnelle						
HPCD Non-jugement						
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
HPCD Non-réactivité aux événements privés						
		R-deux				0,54
		R-deux ajusté				0,49

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,001$

(ET)^a = Écart-type

#3 Modèle de l'évolution de la variable du stress perçu entre le début des cours à l'automne (T1) et la fin du stage (T3) : Dans le sixième bloc proposé, les prédicteurs expliquent 71,3% de la variance de (R^2 ajusté = 0,713), $F(3,21) = 20,876$, $p < 0,0001$). Plus les étudiants sont empathiques (CEC) à T0, qu'ils ont une grande variation de stress liée à une surcharge de travail entre T2-T3 et une grande variation de détresse psychologique entre T1-T3, plus la variation de stress perçu entre le début des cours à l'automne (T1) et la fin du stage (T3) est élevée (Tableau XXII).

Tableau XXII. Modèle de régression de l'augmentation de stress perçu entre T1-T3 avec les variables d'évolution

Variables indépendantes	Modèle 5			Modèle 6		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
% Δ Détresse psychologique T1-T3	1,94	0,60	0,40***	2,12	0,57	0,44***
% Δ Surcharge de travail T2-T3	0,50	0,11	0,50***	0,50	0,11	0,51***
Empathie	,2,5	0,99	0,28**	2,50	0,98	0,28**
Anxiété situationnelle T0-T3	0,41	0,47	0,10			
Coping centré sur le problème						
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur						
Coping centré sur l'émotion						
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
		R-deux	0,76			0,75
		R-deux ajusté	0,71			0,71

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

#4 Modèle de l'évolution de la variable de la surcharge de travail entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) : Dans le sixième bloc proposé, la variance expliquée par les prédicteurs retenus est de 58,6% (R^2 ajusté = 0,586; $F(4,23) = 10,572$, $p < 0,0001$). Plus les étudiants ont des scores élevés de contagion émotionnelle (T0), de faibles stratégies de *coping* centrées sur le soutien social (T0), de faibles habiletés à agir en pleine conscience (T0) et qu'ils travaillent pendant leur étude, plus ils expérimentent une élévation de stress chronique liée à la surcharge de travail entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) (Tableau XXIII).

#5 Modèle de l'évolution du stress chronique liée aux pressions dans les interactions sociales entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) : Le huitième bloc proposé a été retenu, dans lequel 19,0% de la variance est expliquée (R^2 ajusté = 0,190; $F(1,28) = 7,799$, $p < 0,05$). Plus les étudiants possèdent de faibles habiletés de non-jugement (T0), plus ils expérimentent une forte élévation de stress chronique liée aux pressions dans les interactions sociales entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) (Tableau XXIV).

Tableau XXIII. Modèle de régression de l'augmentation du stress chronique lié à la surcharge de travail entre T1-T2 incluant les variables d'évolution

Variables indépendantes	Modèle 5			Modèle 6		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur	-60,34	11,81	-0,66***	-62,86	12,04	-0,69***
Coping sur le soutien social	-2,78	1,23	-0,28**	-3,06	1,25	-0,31**
Contagion émotionnelle	2,77	0,90	0,40**	3,06	0,91	0,45***
HPCD Action en pleine conscience	-2,96	1,25	-0,29**	-2,98	1,29	-0,29**
HPCD Observation	1,42	0,92	0,19			
% Δ Pression dans les interactions sociales T1-T2						
% Δ Stress perçu T0-T2						
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
HPCD Non-réactivité aux événements privés						
	R-deux		0,68			0,65
	R-deux ajusté		0,61			0,59

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

Tableau XXIV. Modèle de régression de l'augmentation de stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales entre T1-T2 incluant les variables d'évolution

Variables indépendantes	Modèle 7			Modèle 8		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
HPCD non-jugement	-3,21	1,08	-0,48**	-3,10	1,11	-0,47**
% Δ Surcharge de travail T1-T2	0,30	0,18	0,27			
HPCD Non-jugement						
HPCD Description de l'expérience						
Coping centré sur l'émotion						
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur						
HPCD Action en pleine conscience						
	R-deux		0,29			0,24
	R-deux ajusté		0,22			0,19

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

#6 Modèle de l'évolution de la variable de la surcharge de travail entre le début du stage (T2)

et la fin de celui-ci (T3) : Les prédictors du sixième bloc expliquent la variance du modèle à 53,5% (R^2 ajusté = 0,535; $F(2,22) = 14,801$, $p < 0,0001$). Plus les étudiants rapportaient un

niveau de stress perçu entre T1-T3 élevé ainsi qu'une faible non-réactivité aux évènements privés (FFMQ) à T0, plus l'élévation de stress perçu entre le début du stage (T2) et la fin du stage (T3) était grande (Tableau XXV).

Tableau XXV. Modèle de régression de l'augmentation du stress chronique lié à la surcharge de travail entre T2-T3 incluant les variables d'évolution

Variables indépendantes	Modèle 5			Modèle 6		
	Beta (ET) ^a		β	Beta (ET) ^a		β
% Δ Stress perçu T1-T3	0,65	0,16	0,64***	0,74	0,14	0,72***
HPCD Non-réactivité aux évènements privés	-4,25	1,62	-0,38**	-3,59	1,56	-0,32**
Coping centré sur l'émotion	-1,45	1,13	-0,21			
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale						
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur						
SNV MiniPONS						
			R-deux			0,61
			R-deux ajusté			0,57
						0,55
						0,54

Note: * = $p < 0,10$, ** = $p < 0,05$, *** = $p < 0,005$

(ET)^a = Écart-type

#7 Modèle de variation de détresse psychologique entre la rentrée scolaire (T1) et la fin du stage (T3) : Dix blocs sont proposés. Dans le dernier, les prédicteurs expliquent 67,6% de la variance (R^2 ajusté = 0,676; $F(3,21) = 17,666$, $p < 0,0001$). Plus les étudiants rapportent des élévations de stress perçu entre T1-T3, plus leur niveau de détresse psychologique augmente entre la rentrée scolaire et la fin du stage. À l'inverse, lorsqu'ils travaillent et qu'ils ont des scores plus élevés de contagion émotionnelle, plus leur niveau de détresse psychologique est faible entre T1-T3 (Tableau XXVI).

Tableau XXVI. Modèle de régression de l'augmentation de la détresse psychologique entre T1-T3 incluant les variables d'évolution

Variables indépendantes	Modèle 9		Modèle 10	
	Beta (ET) ^a	β	Beta (ET) ^a	β
% Δ Stress perçu T1-T3	0,12	0,03 0,574***	0,11	0,02 0,64***
Socio-démo - Statut d'étudiant-travailleur	-5,07	2,28 -0,272**	-5,35	2,30 -0,29**
Contagion émotionnelle	-0,53	0,18 -0,36**	-0,55	0,18 -0,37***
Coping centré sur l'émotion	-0,23	0,18 -0,16		
Coupure émotionnelle				
Coping centré sur le problème				
% Δ Surcharge de travail				
% Δ Anxiété situationnelle T0-T3				
SNV MiniPONS				
HPCD Non-réactivité aux événements privés				
Socio-démo - Diagnostic de santé mentale				
HPCD Non-jugement				
	R-deux	0,74		0,72
	R-deux ajusté	0,68		0,68

Note: * = p < 0,10, ** = p < 0,05, *** = p < 0,005

(ET)^a = Écart-type

Discussion

Cette section fait un rappel sur les objectifs de la recherche. Les résultats et leur interprétation sont présentés sommairement. Ensuite, des limites de l'étude sont discutées et des retombées pratiques sont proposées. Finalement, des suggestions pour les futures recherches sont offertes afin d'approfondir ce domaine de recherche.

La présente étude visait comme objectif général d'évaluer l'influence de facteurs de risque et de protection sur des indicateurs de santé mentale chez des aidants en formation vivant une première expérience clinique en relation d'aide. Considérant que la littérature est limitée sur le vécu des étudiants en relation d'aide, cette étude est la première à tenter de mettre en lumière des facteurs explicatifs aux difficultés vécues par les futurs psychoéducateurs.

Suite aux analyses menées avec l'échantillon des étudiants en psychoéducation, il est possible de dresser plusieurs observations:

1. Leur profil sociodémographique semble normatif, sauf pour le taux de consultation de services psychologiques s'avérant élevé.
2. En dehors de la période scolaire, notre échantillon possède des résultats comparables aux autres populations d'étudiants pour le stress perçu, la détresse psychologique et l'anxiété situationnelle, mais les résultats apparaissent préoccupants pour le stress chronique.
3. Tous les indicateurs de santé mentale ont rapporté des élévations significatives au cours de la session d'automne : particulièrement entre la période d'été (T0) ou la rentrée scolaire (T1) et le début du stage (T2) ou la fin de celui-ci (T3). Les variations observées aux indicateurs de santé mentale ne sont jamais revenues à leur niveau de base établi dans la période d'été.
4. Une bonne sensibilité au non verbal (SNV) est apparue comme un facteur réduisant certaines élévations des indicateurs de santé mentale, en particulier pour le stress perçu et la détresse psychologique.
5. Les habiletés de pleine conscience dispositionnelles (HPCD) de non-réactivité aux événements privés et d'action en pleine conscience ont réduit les élévations du stress chronique, de l'anxiété et du stress perçu. L'échelle non-jugement a présenté des résultats contradictoires, réduisant l'évolution de stress chronique, mais favorisant l'augmentation de l'anxiété et du stress perçu.
6. Les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion ont réduit l'augmentation du stress chronique, du stress perçu et de la détresse psychologique.
7. L'empathie favoriserait l'augmentation de stress perçu au cours de la session. La contagion émotionnelle, quant à elle diminuerait l'évolution de détresse psychologique, mais augmenterait l'évolution de surcharge de travail, une sous-échelle du stress chronique.

1. Description de l'état de santé mentale

Bilan des variables sociodémographiques

Le premier objectif de l'étude concernait le profil de santé mentale des participants. La majorité des sujets travaille en moyenne entre 11 et 15 heures par semaine, soit de manière inférieure ou égale au nombre maximal de 15 heures/semaine recommandées par le rapport d'enquête sur les Indicateurs de Conditions de Poursuites des Études (ICOPE) pour favoriser la réussite de leur baccalauréat (Bonin et Girard, 2013). De plus, notons que la majorité des étudiants n'assistent pas à cinq cours durant leur session comme le programme le prévôt pour le finaliser dans les délais habituels de trois années (Université de Montréal, 2017). À ce sujet, il serait intéressant de mettre en lumière les facteurs explicatifs de cette réduction de cours, tels que la surcharge de travail qu'entraîne le stage, les valeurs de la génération du millénaire, l'adversité dans la vie personnelle, etc. Un peu moins de la moitié a reçu ou reçoit des services psychologiques, ce qui se distingue fortement du taux de consultation (17%) de la population canadienne (Sunderland et Findlay, 2013). Tout en demeurant nettement supérieur à ces populations, notre taux se rapproche davantage de celui des étudiants de l'université McGill (35%) (Tellier et DiGenova, 2014), des autres universités canadiennes (33%) (ACHA, 2013) et des institutions d'enseignement postsecondaire des É.U. (38,2%) (ACHA, 2016). Finalement, la présence d'étudiants vivant avec un trouble de santé mentale semble similaire au taux de 12% retrouvé dans la population québécoise d'après l'étude de Kisely (2009).

Indicateurs de santé mentale

Pour le stress perçu (PSS), nos résultats étaient comparables ou légèrement supérieurs aux autres études. Puisqu'il est connu que les femmes rapportent des niveaux plus élevés de stress perçu que les hommes (Cohen, 1983; Hudd et al., 2000; Hall, Chipperfield, Perry, Ruthig et Goetz, 2006), il est intéressant de remarquer que nos sujets majoritairement féminins rapportent un niveau de stress perçu moyen similaire à celui d'un échantillon d'étudiants occidentaux ayant une égale répartition des sexes. Nos résultats étant plus élevés que ceux de la population générale des É.-U., cela peut s'expliquer par le fait que les individus plus jeunes rapportent

habituellement des scores plus élevés comparativement à des personnes plus âgées (Cohen, 1983; Hamarat et al., 2001).

Pour le stress chronique (TICS-K), nos résultats étaient comparables ou semblaient plus élevés que ceux des autres études. L'égalité des scores de notre échantillon au premier temps de mesure soit durant la période d'été, comparé à ceux des intervenants psychosociaux québécois est préoccupante. En effet, cette population de travailleurs est reconnue comme étant à risque de subir des conséquences négatives liées au stress chronique (Dang et al, 2016; Lanctôt et Guay, 2014; Lippel, Vézina, Stock, Funès et Dupéré, 2016).

Pour l'anxiété situationnelle (STAI-Y1), nos résultats semblaient inférieurs aux autres populations étudiantes. Cela peut s'expliquer par le fait que les données du T0 sont collectées lors de la période d'été, soit en dehors du contexte scolaire. Comparativement à une population clinique, nos résultats étaient nettement inférieurs, ce qui était attendu.

Pour la détresse psychologique (IDPESQ-14), nos résultats ont excédé ceux de la population québécoise, mais se rapprochent de résultats d'adolescents québécois et des Québécois âgés entre 15 et 24 ans. Des niveaux élevés de détresse psychologique sont associés à un risque accru de difficultés psychosociales (Deschesnes, Langlois et Couture, 1992), telles que la consommation de psychotropes et la présence d'idées et de tentatives suicidaires (Préville, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré, 1992; Préville, Potvin et Boyer, 1995). Toutefois, le niveau de détresse psychologique de nos étudiants durant la période d'été ne suscite pas de préoccupation clinique.

2. Description de l'évolution des indicateurs de santé mentale (SM)

Les variables dépendantes sont apparues fortement corrélées entre elles. Ce constat appuie le lien déjà bien établi dans la littérature au sujet des fortes corrélations entre l'anxiété, le stress et

la détresse psychologique (Bibeau et Dupuis, 2007; Deschesnes, 1998; Goussé et al, 2015; Fouda, 2015).

Au courant de la session d'automne, les comparaisons aux différents temps de mesure ont révélé des élévations significatives aux variables de santé mentale.

Anxiété : Premièrement, l'anxiété situationnelle a augmenté entre la période d'été (T0) et la rentrée scolaire (T1). Cette élévation était attendue puisque la rentrée expose les étudiants à plusieurs facteurs de nouveauté : nouvelles interactions sociales avec les pairs et les professeurs, le début d'exigences académiques, reprise de la conciliation travail-étude, etc. En vérifiant si cette observation avait été reproduite dans la recherche, aucune étude n'a été trouvée spécifiquement en lien avec l'anxiété et la rentrée scolaire. Notons que le niveau d'anxiété est resté élevé tout au long de la session avec une augmentation encore plus grande entre T2 et T3. L'anticipation des examens finaux peut expliquer l'élévation d'anxiété observée au T3.

Stress perçu : Une augmentation s'est présentée entre la période d'été (T0) et le début du stage (T2). Débutant à la troisième semaine de septembre, l'effet unique du stage semble être responsable de cette élévation. La pratique de l'intervention expose les étudiants à de multiples réalités : individus en difficulté d'adaptation, appropriation du rôle de stagiaire, apprentissage de techniques d'observation et d'intervention, etc. Plusieurs éléments peuvent donc être interprétés comme stressants d'après les déterminants psychologiques du stress qui sont le sens du contrôle faible, la personnalité menacée, l'imprévisibilité et la nouveauté (Mason, 1968; Dickerson et Kemeny, 2004).

Stress chronique : La sous-échelle de la surcharge de travail entre la rentrée scolaire (T1) et le début du stage (T2) met en lumière une augmentation préoccupante à ce temps de l'année scolaire. Le début du stage marque une transition importante dans l'horaire des étudiants, qui se doivent alors de réaliser 11 heures de présence en stage par semaine en plus d'assister à leurs

cours habituels. En moins d'un mois d'école, les étudiants se sentent déjà plus surchargés et maintiennent ce stress sur une période prolongée. Ce stress lié à la surcharge de travail ne cessera pas d'augmenter comparativement à la période d'été. Une seconde élévation significative est observée entre le début du stage (T2) et la fin du stage (T3). Malgré la fin du stage, des travaux à remettre dans le cadre du stage semblent maintenir les étudiants dans cet état en plus de la préparation aux examens finaux. À la sous-échelle de la pression dans les interactions sociales, une augmentation se fait voir entre la rentrée scolaire (T1) et le début du stage (T2). L'augmentation de stress chronique se maintiendra jusqu'à la fin du stage. Le rôle de stagiaire dans un contexte de performance peut possiblement expliquer ce stress ressenti dans ses interactions sociales, particulièrement avec son accompagnateur de stage, son superviseur de stage et l'équipe de travail.

Détresse psychologique : La détresse psychologique a augmenté tout au long de la session. Une augmentation significative est observée entre la rentrée scolaire (T1) et la fin du stage (T3), en cohérence avec les autres indicateurs de santé mentale.

Dans l'ensemble de ces élévations, de tenir compte des effets du changement de saison nuance la lecture de ces résultats. À l'arrivée de l'automne, les journées se raccourcissent et cela peut engendrer des changements sur le rythme circadien et les neurotransmetteurs chez l'humain, pouvant mener à l'apparition de symptômes dépressifs (Gagné, Bouchard, Tremblay, Sesseville et Hébert, 2010). La dépression saisonnière est plus prévalente chez les femmes et les jeunes adultes (Jacobsen, Wehr, Sack, James et Rosenthal, 1987; Ravindran et al., 2009; Magnusson et Partonen, 2005; Meny, 2010), et elle touche au Canada entre 1,7% et 2,9% de la population (Levitt, Boyle, Joffe et Bauml, 2000; Levitt et Boyle, 2002). Il se pourrait ainsi qu'une partie de la variabilité des indicateurs de santé mentale, particulièrement la détresse psychologique, soit attribuable à ce phénomène pour certaines de nos participantes.

3. Établir des modèles explicatifs à l'évolution des variables de santé mentale observées.

Nos analyses de régression ont cherché à expliquer, parmi nos facteurs de risque et de protection propre aux étudiants en relation d'aide, une part de variabilité contenue dans les évolutions des indicateurs de santé mentale. Pour ce faire, un regard critique est porté sur l'état des facteurs de risque et de protection de nos étudiants. Ensuite, les facteurs retenus dans les modèles de régression sont discutés.

3.1. Concernant les valeurs des facteurs de risque et de protection

Au niveau des variables de sensibilité au non verbale (GERT et MiniPONS), les niveaux sont similaires aux études trouvées dans littérature. Ce résultat était attendu si on se réfère aux études de Rosenthal (1979) et de Hall (2009) dans lesquelles des étudiants de psychologie et de médecine s'étaient avérés aussi compétents qu'un groupe de la population générale à identifier des émotions à partir du non verbal. Les femmes étant meilleures à décoder le non verbal que les hommes (Hall, 1978; Martínez-Sánchez, Fernández-Abascal et Martínez-Modia, 2013), notons que l'échantillon des études comparées contenait aussi une surreprésentation féminine, ce qui favorise une comparaison plus juste avec notre étude.

Pour les habiletés de pleine conscience (FFMQ), nos résultats variaient entre les populations en fonction de la sous-échelle en question. Des résultats similaires étaient présents pour l'échelle observation et description. Les étudiants rapportent donc des compétences comparables à porter attention à leurs expériences intérieures ou extérieures et de les décrire en mots. Pour les échelles non jugement, action en pleine conscience et score total, les résultats semblaient inférieurs aux autres études. Les étudiants de notre étude sont apparus moins enclins à adopter une posture relationnelle de non-jugement sur leurs propres émotions, et moins aptes à porter attention à ce qu'ils constatent dans le moment présent ainsi que dans leur compétence globale de pleine conscience. En ce qui a trait à la capacité à ne pas réagir ni se laisser emporter par ses pensées et émotions, représentée par l'échelle non-réactivité aux évènements privés, nos

résultats semblaient supérieurs ou similaires selon l'étude considérée. Pour en venir à expliquer les variations à cet instrument avec un peu plus de nuances, la littérature donne certaines précisions par rapport aux différences sexuelles. Il est rapporté que les femmes ont des résultats plus élevés de description (Lilja et al., 2011; Iani, Lauriola, Cafaro, et Didonna, 2017) et plus faibles de non-jugement, d'action en pleine conscience et de non-réactivité (Bränström, Duncan et Moskowitz, 2011; Fisak et Von Lehe 2012). Nos résultats plus faibles à l'échelle non jugement et action en pleine conscience pourraient donc s'expliquer par cette influence du sexe.

Pour les stratégies de *coping* (WCC-R), nos résultats étaient majoritairement comparables à ceux de la littérature, sauf pour l'échelle de *coping* sur le problème qui semble plus faible pour nos sujets. Au niveau des différences hommes/femmes, il est rapporté que les hommes utilisent davantage des stratégies centrées sur le problème et les femmes centrées sur l'émotion pour gérer des situations stressantes (Endler et Parker, 1990; Matud, 2004; Ptacek et al., 1994). Étonnamment, nos résultats se distinguent inversement de cette tendance puisque les scores à l'échelle de *coping* centré sur le problème sont plus élevés que ceux sur l'émotion. En somme, dans la limite de nos connaissances, il n'a pas été possible de comparer nos résultats à aucun échantillon représentatif d'une population nord-américaine. Seulement des études comprenant des échantillons non représentatifs de la population générale ont été réalisées, comme auprès d'individus atteints de cancer (Cousson-Gélie et al, 2010), des professionnels de la santé (Le Ray-Landrein, Gillet, Colombat et Dubourg, 2016) ou de professeurs en adaptation scolaire (Boujut et al, 2017).

Pour les capacités de régulation émotionnelle (CEC), nos recherches n'ont pas permis de réaliser des comparaisons avec d'autres populations. Il est toutefois connu que les femmes expérimentent quotidiennement davantage de contagion émotionnelle que les hommes (Favre, Joly, Reynaud et Salvador, 2009; Kevrekidis, Skapinakis, Damigos et Mavreas, 2008), et qu'elles sont moins à risque de coupure émotionnelle (Favre, Joly, Reynaud et Salvador, 2009).

Dans cette lecture nuancée de nos résultats obtenus aux facteurs de risque et de protection modifiables, un regard plus aiguisé peut maintenant s'offrir sur les modèles de régression cherchant à prédire les variations observées aux indicateurs de santé mentale.

3.2. Concernant les modèles explicatifs des variations aux indicateurs de SM

Anxiété situationnelle: Dans l'augmentation de l'anxiété situationnelle entre T0-T1, un faible niveau de non-jugement en pleine conscience et de *coping* sur le problème l'augmenteraient. À l'inverse, avoir un diagnostic de santé mentale serait relié à une plus faible anxiété situationnelle. Ces facteurs expliqueraient 30,9% de l'augmentation observée. Dans l'augmentation marginalement significative de l'anxiété situationnelle entre T0-T3, le non-jugement en pleine conscience l'augmenterait et prédirait 10,9% de la variance. Contre toute attente, un score élevé de non-jugement en pleine conscience (FFM) ainsi que des stratégies de *coping* centrées sur le problème (WCC-R) contribueraient à l'augmentation de l'anxiété malgré que ces deux variables eussent des corrélations simples négatives et significatives avec l'anxiété à T0. Par rapport au résultat inattendu du non-jugement, il est tenu de préciser que peu d'attention a été portée dans la littérature concernant les effets iatrogènes de la pleine conscience (Hanley, Abell, Osborn, Roehrig et Canto, 2016) et ces derniers ne sont pas rapportés de manière systématique dans la littérature (Lustyk, Chawla, Nolan et Marlatt, 2009; Dobkin, Irving et Amar, 2012). D'après Heeren et al. (2015) et Iani, Lauriola, Cafaro et Didonna (2017), plus les capacités de non-jugement sont élevées, plus une réduction d'anxiété est attendue. À ce titre, deux explications sont proposées. D'une part, une première explication possible est que les individus pratiquant davantage le non-jugement sont aussi plus conscients d'eux-mêmes et de leur environnement (Heeren et al., 2015). Être davantage conscient d'expériences négatives à l'extérieur de soi, de ses distorsions cognitives ou sensations physiologiques peut augmenter la probabilité de faire face consciemment à des menaces réelles ou imaginaires. Pour ce qui est du lien positif entre le *coping* centré sur le problème et l'anxiété, notre résultat est similaire à celui obtenu par Bolger (1990) où le *coping* sur le problème était associé à une élévation d'anxiété. Le besoin de se préparer pour la rentrée peut augmenter l'anticipation de menaces face à celle-ci, et augmenter par le fait même l'anxiété ressentie. Eysenck (1992) soutenait que les individus plus anxieux

utilisaient davantage des stratégies de *coping* centrées sur le problème pour pallier la détresse vécue. Ainsi, l'impossibilité de contrôler activement ou de fuir l'évènement anxigène de la rentrée scolaire peut expliquer pourquoi les étudiants étaient moins en mesure de réduire l'anxiété vécue.

Par rapport au lien négatif entre la présence d'un diagnostic de santé mentale et l'anxiété, il est possible que les services psychologiques qu'obtiennent les étudiants diagnostiqués facilitent leurs défis d'adaptation ayant le potentiel d'augmenter ponctuellement leur anxiété. Néanmoins, la fragilité reconnue dans la littérature entre des problèmes psychiatriques et l'anxiété situationnelle complexifie l'analyse de ce lien (Fountoulakis et al., 2006). Faute d'appui scientifique sur ce type de lien avec l'anxiété situationnelle, aucune explication ne peut rendre compte de celui-ci.

Stress perçu entre la période d'été (T0) et le début du stage (T2) : Selon notre modèle, l'augmentation de stress perçu de T0 à T2 serait limitée par de faibles habiletés de non-jugement, de fortes habiletés de non-réactivité aux évènements privés à T0 ainsi qu'une tendance à une forte sensibilité au non verbal. Ces facteurs expliqueraient 26,5% de l'augmentation observée. Tout d'abord, il était attendu que la SNV modère à la baisse l'expérience de stress perçu telle que rapportée dans la littérature (Jamnik, Lane et Wright, 2015). La précision dans le traitement des informations issues du non verbal réduit le taux d'erreurs de perception d'émotions négatives pouvant déclencher des réactions de stress (Eysenck, 1992). Quant à la non-réactivité, ce résultat est cohérent avec ce que relève l'étude de Bränström, Duncan et Moskowitz (2011), soit que la non-réactivité modère à la baisse l'association entre le stress perçu et la dépression. D'ailleurs, l'interprétation négative de stimuli générant une réaction physiologique de stress diminuerait avec le temps plus la non-réactivité est forte, ce qui aide aussi à diminuer l'adoption d'une attitude négative lorsqu'une expérience de stress est vécue (Baer, 2009).

Stress perçu entre le début des cours à l'automne (T1) et la fin du stage (T3) : L'augmentation de stress perçu entre T1 et T3 serait limitée par une tendance à être moins empathique et un haut

niveau de *coping* centré sur l'émotion. Ces facteurs expliqueraient 25,7% de l'augmentation. D'une part, ce résultat fait écho aux études de Buchanan (2012) et Engert (2015) soutenant que les gens plus empathiques sont plus vulnérables à expérimenter des réactions de stress en contexte social. Dans un exercice d'empathie, l'accès aux émotions d'autrui entraînerait un ancrage spontané du stress perçu dans l'expérience subjective de l'aidant (Gallese, 2001). D'autre part, l'influence des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion appuie les résultats de l'étude de Pearlin et Schooler (1978), où de fortes habiletés de *coping* centré sur l'émotion s'étaient avérées bénéfiques pour réduire le stress relié au travail.

Stress lié à une surcharge de travail entre la rentrée scolaire (T1) et le début du stage (T2) :

Avant le stage, les étudiants assistent à quatre cours en classe d'une durée de trois heures chacun, donc 12 heures d'enseignement par semaine. Lors du stage, en plus de leurs cours, ils doivent réaliser un nombre minimal de 11 heures en stage par semaine. Ainsi, une surcharge de travail était attendue. Cette augmentation de charge de travail entre la rentrée scolaire (T1) et le début du stage (T2) serait favorisée par un score élevé de contagion émotionnelle (T0), de faibles habiletés de *coping* sur le soutien social, de faibles HPCD à agir en pleine conscience et serait limitée par le fait de travailler pendant ses études. Ces facteurs contribueraient à expliquer 52,9% de l'augmentation. Tout d'abord, dans cette période transitoire où un stress se ressent sur la charge de travail, il est possible que les étudiants partagent de manière involontaire le stress des autres par contagion émotionnelle. En effet, d'après la théorie de stress-contagion (Wethington, 2000), des expériences stressantes peuvent être déversées d'un individu sur l'autre lorsqu'ils partagent un même contexte social, tel qu'un environnement de classe (Milkie et Warner, 2011). Ensuite, ce stress augmente chez les étudiants utilisant peu de stratégies de *coping* centrées sur le soutien social (T0). Même si la littérature est rare sur le stress et les stratégies de *coping* auprès d'une population étudiante en relation d'aide (El-Ghoroury, Galper, Sawaqdeh et Bufka, 2012), certaines études s'étant intéressées à cette population soutiennent que le *coping* sur le soutien social réduit le stress (Goplerud, 1980; Inman et al., 2011). Auprès d'autres populations, Dick et Wagner (2001) ont démontré que le support social réduit la perception négative associée à une surcharge de travail. Cette stratégie de *coping* favorise aussi l'émergence de sentiments positifs réduisant les effets négatifs des stressseurs (Frese 1999). Les

étudiants ayant utilisé davantage le soutien de leur entourage au moment de l'entrée en stage ont donc été mieux adaptés à faire face à cette transition stressante. Contre nos attentes, travailler pendant ses études limiterait l'augmentation de stress. Cela appuie les résultats démontrant que le travail peut jouer un rôle de facteur de protection pour la santé mentale (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2017). Plus précisément, une piste d'explication possible peut se retrouver dans les capacités d'adaptation des étudiants travailleurs. Dans l'étude de Wang, Kong, Shan et Vong (2010), travailler à temps partiel pendant les études enrichirait la vie étudiante et augmenterait leur support social, ce qui est cohérent avec le résultat obtenu du *coping* centré sur le soutien social.

L'augmentation de stress se voit aussi influencée à la baisse par les HPCD à agir en pleine conscience (T0), ce qui vient en appui des nombreuses études ayant illustré qu'agir en pleine conscience réduit le stress (i.e. Heeren et al., 2015; Iani, Lauriola, Cafaro et Didonna, 2017).

Stress chronique liée aux pressions dans les interactions sociales entre le début des cours à l'automne (T1) et le début du stage (T2) : L'entrée en stage des étudiants marque un changement dans leur expérience de stress en relation. L'augmentation du stress chronique lié à une pression dans les interactions sociales est logique dans la mesure où le stagiaire fait face à une nouvelle équipe de travail où il peut rechercher les comportements socialement attendus par son milieu pouvant l'aider à mieux s'intégrer, complaire aux attentes du milieu et répondre aux attentes afin de passer son stage. D'après nos analyses, l'HPCD de non-jugement expliquerait 19% de cette variation. Il serait associé à une plus faible augmentation de stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales, ce qui est conforme à ce que la littérature soutient à propos de la réduction du stress en lien avec des habiletés de non-jugement en pleine conscience (i.e. Heeren et al., 2015; Iani, Lauriola, Cafaro et Didonna, 2017).

Stress chronique lié à une surcharge de travail entre le début du stage (T2) et la fin de celui-ci (T3) : Le début du stage entraîne la réalisation de travaux, soit des faits d'observation, devenant de plus en plus long au fil de la session et au fur et à mesure qu'ils se complexifient.

D'autre part, le mois d'octobre est marqué par des examens de mi-session et le début de décembre par les examens finaux. Les examens de mi-session et de fin de session peuvent évidemment influencer la charge de travail. Cette augmentation de stress chronique était donc anticipée. Deux variables expliquent 20,8% de cette variation : le *coping* centré sur l'émotion, les HPCD de non-réactivité. Une faible utilisation de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et de faibles habiletés de non-réactivité aux événements privés étaient associées à l'élévation du sentiment de surcharge de travail. Ce lien avec le *coping* centré sur l'émotion est cohérent avec ce qui a été mentionné face à l'élévation du stress perçu entre T1-T3. L'effet de la non-réactivité observé sur le stress supporte aussi ce qui émane de la littérature (i.e. Heeren et al., 2015; Iani, Lauriola, Cafaro et Didonna, 2017). Ne pas réagir devant ses pensées, émotions et sensations physiologiques optimiserait l'exposition, dans l'ici et maintenant, aux éléments aversifs du champ expérientiel d'un individu sans adopter une conduite active d'évitement ou de contrôle (Hedman, Hesser, Andersson, Azelsson et Ljótsson, 2017). Cette habileté de pleine conscience est reconnue comme étant un médiateur important dans le traitement des troubles anxieux d'après une approche cognitivo-comportementale (Hedman, Hesser, Andersson, Azelsson et Ljótsson, 2017). Aussi, la littérature compare les effets de la non-réactivité en pleine conscience à celle de l'acceptation de ses difficultés, où les deux concepts sont associés à la réduction des réactions impulsives d'un individu expérimentant des sensations physiologiques indésirables (Eilenberg et al., 2017). De manière intéressante à cette comparaison, Carver, Scheier et Weintraub (1989) soutiennent que le *coping* sur l'émotion favoriserait l'acceptation de la charge stressante de travail.

Détresse psychologique entre la rentrée scolaire (T1) et la fin du stage (T3) : Une forte sensibilité au non verbal, de bonnes stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, un niveau élevé de contagion émotionnelle et de travailler pendant ses études protégeraient de l'augmentation de détresse psychologique au cours de la première session. Ces facteurs expliqueraient 43,9% de l'augmentation observée. Tout d'abord, les individus faisant moins d'erreurs dans la reconnaissance et l'interprétation des indices non verbaux vivraient moins de détresse psychologique. Même si aucune étude ne démontre spécifiquement ce lien dans la littérature, il est toutefois connu qu'une forte SNV diminue l'expérience de stress perçu (Jamnick, Lane et

Wright, 2015) et favorise une meilleure santé mentale chez les étudiants en médecine (Hall et al, 2009). Puisque leur traitement du non verbal est plus précis, la perception subjective de menaces dans l'environnement se réduit. À leur tour, les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion peuvent également réduire la tension émotionnelle vécue qui autrement contribue à augmenter la détresse psychologique. Réalisée auprès d'étudiants universitaires, l'étude de Deasy, Coughlan, Pironom, Jourdan et Mannix-McNamara (2014) souligne l'impact que peut avoir l'adoption de stratégies inadaptées sur l'augmentation de la détresse psychologique.

Étonnamment, une forte vulnérabilité à la contagion émotionnelle limiterait l'augmentation de détresse psychologique. Si précédemment, la contagion émotionnelle favorisait l'expérience de stress lié à la surcharge de travail, elle joue ici un rôle protecteur. À l'inverse, il était attendu que les individus plus sensibles à reproduire les émotions d'autrui de manière involontaire soient plus enclins à ressentir la détresse d'un autre étudiant, générant ainsi de la détresse en eux. Toutefois, l'influence positive de la contagion émotionnelle peut s'expliquer par la présence de la SNV dans le modèle de régression. Ainsi, une forte contagion émotionnelle associée à une forte SNV aurait un impact positif sur la détresse psychologique des étudiants. Faute d'appui scientifique et théorique sur ce type de lien avec la contagion émotionnelle, aucune explication ne peut rendre compte de celui-ci. Enfin, comme cela a été observé précédemment, ne pas travailler pendant les études augmentait la détresse psychologique.

En conclusion, les facteurs de risques et de protection modifiables choisis dans cette étude permettent d'expliquer à eux seuls de 10,9% à 52,9% des évolutions observées aux indicateurs de santé mentale. Ceci met donc en lumière des leviers de prévention pertinents à considérer dans la formation des étudiants en relation d'aide.

Dans une démarche exploratoire, il a été déterminé d'inclure dans les modèles explicatifs les variations aux indicateurs de santé mentale. De toute évidence, il était attendu que l'impact des

facteurs modifiables relevés précédemment diminuerait en raison de la forte corrélation entre les indicateurs de santé mentale. Les facteurs restants seraient donc très robustes.

3.3. Établir des modèles explicatifs des évolutions aux indicateurs de santé mentale incluant les évolutions observées comme variables prédictives.

Parmi les sept modèles disponibles pour inclure les variables d'évolution aux indicateurs de santé mentale, ces variables d'évolution ajoutées comme *indicateur* se retrouvaient dans la quasi-totalité des modèles, à l'exception de celui sur l'augmentation du stress chronique lié à une pression dans les interactions sociales.

Tel qu'attendu, la variance explicative de six modèles sur sept a augmenté comparativement à ce qui était prédit seulement par les facteurs modifiables. Plus précisément, pour l'anxiété situationnelle entre T0-T3, la variance a augmenté de 25%. Pour le stress perçu entre T0-T2, elle a augmenté de 23%; entre T1-T3, elle a augmenté de 45% et a retenu l'empathie comme facteur modifiable dans son dernier bloc. Pour le stress chronique lié à une surcharge de travail entre T1-T2, la variance a augmenté de 6% et n'a retenu que des facteurs modifiables dans le dernier bloc : la contagion émotionnelle, le *coping* centré sur le soutien social et les HPCD d'action en pleine conscience; entre T2-T3, elle a augmenté de 33% et a retenu dans son dernier bloc un facteur modifiable, soit les HPCD de non-réactivité aux événements privés. Par rapport au stress chronique lié à la pression dans les interactions sociales entre T1-T2, la variance n'a pas augmenté, conservant dans le dernier bloc seulement les HPCD de non-jugement. Finalement, la variance expliquant la variation de détresse psychologique entre T1-T3 a augmenté de 24%, où se retrouvait dans le dernier bloc le facteur modifiable de la contagion émotionnelle.

En analysant l'influence des variables d'évolution de santé mentale sur les modèles de régression, deux constats sont proposés. D'une part, l'inclusion de ces variables d'évolution masque les effets de plusieurs facteurs modifiables. Toutefois, cette inclusion souligne la robustesse de l'influence des facteurs modifiables, retenus dans le dernier bloc, sur les variables dépendantes, telles que l'empathie, la contagion émotionnelle et les variables de pleine conscience. D'autre part, la variable d'évolution ayant le plus influencé la variation des autres indicateurs de santé mentale a été les variations de stress perçu. En effet, les variations de stress perçu ont été retenues dans la moitié des modèles contenant des variables d'évolution dans leur dernier bloc. En perspective, ce qui prédit davantage les élévations de stress perçu semble se rapporter aux élévations d'anxiété situationnelle, particulièrement celle entre T0-T1. Les facteurs de risque et de protection associés à cette augmentation d'anxiété seraient donc responsables en partie de cette cascade d'influence sur les autres élévations aux indicateurs de santé mentale au courant de la session.

Limites

Au sein de l'étude, de nombreuses limites se sont présentées. Ces limites doivent être prises en considération afin de nuancer la compréhension et la portée des résultats. Pour ce faire, une discussion sur l'attrition est proposée. Ensuite, des critiques méthodologiques sont offertes.

Attrition

Dans le volet longitudinal de cette étude, une difficulté pratique rencontrée par plusieurs chercheurs s'est présentée au niveau de la capacité de rétention des participants (Miller, 1991). Malgré de nombreuses tentatives pour rejoindre les étudiants, plus de la moitié des participants (63,3%) ont quitté l'étude. Dans la promotion du projet, plusieurs moyens avaient été utilisés. Des présentations formelles avaient été données en classe sur le projet de recherche et des courriels encourageant la participation à ce projet avaient été envoyés par l'équipe de chercheurs et le responsable du programme des études de premier cycle de l'École de psychoéducation.

Une affiche promotionnelle du projet avait été installée dans le local de l'association étudiante de psychoéducation. Pour faciliter la rétention des participants ayant consenti à la recherche, des courriels ont été envoyés en privé à chaque étudiant.

Les conséquences de cette attrition sont variées. D'une part, elle a affecté la puissance statistique de nos résultats. Si quelques-uns n'ont pas complété entièrement tous les questionnaires, plusieurs ont abandonné l'étude. Ainsi, le principe de parcimonie dans certains de nos modèles de régression linéaire n'aurait pas été respecté, retenant un seuil inférieur à celui habituellement considéré (un *indicateur* par tranche de 10 sujets). Le maintien d'un échantillon d'une plus grande taille aurait pu aider à dépister des changements statistiquement significatifs en lieu et place de tendances. De plus, elles auraient permis d'utiliser des stratégies analytiques plus rigoureuses. Selon Pallant (2012), il aurait été idéal d'utiliser des analyses de la covariance multivariée (MANCOVA). Toutefois, il a été impossible de recourir à ces analyses puisque le nombre minimal de sujets ne pouvait être respecté. D'autre part, cette attrition a entraîné des biais de sélection menaçant la validité externe. Les étudiants qui ont décroché de l'étude présentaient un profil distinct sur le stress chronique et perçu en comparaison avec les étudiants qui ont complété tous les temps de mesure. Ce type de différence entre décrocheur et non-décrocheur est malheureusement une réalité de la recherche (Young, Powers et Bell, 2006). Ainsi, les résultats obtenus reflètent moins la réalité des étudiants puisqu'ils ont été récoltés auprès d'un échantillon que l'on peut qualifier de plus résistant au stress. Néanmoins, malgré cette plus faible vulnérabilité chez les non-décrocheurs, il est important de rappeler que des hausses significatives à tous nos indicateurs de santé mentale ont été observées. Dans la poursuite de ce projet, maîtriser l'attrition permettrait de mettre en lumière les caractéristiques des étudiants les plus à risque d'éprouver des difficultés de santé mentale. De fait, ces sujets pourraient potentiellement s'avérer plus représentatifs de la cohorte que ceux dans la présente étude. Il pourrait donc être anticipé que la majorité des étudiants en psychoéducation posséderait des vulnérabilités encore plus importantes à la santé mentale que ce que proposent les résultats de notre étude.

Deux types de facteurs ont possiblement favorisé l'abandon des participants : les facteurs relatifs aux étudiants et ceux aux chercheurs. En ce qui appartient aux étudiants, la surcharge de travail et l'augmentation des autres indicateurs de santé mentale peuvent avoir contribué à ce retrait. Des étudiants ayant décroché ont d'ailleurs précisé qu'ils se sentaient trop stressés pour continuer l'étude. En ce qui concerne les chercheurs, deux raisons peuvent expliquer l'attrition. Premièrement, la durée engagement dans la recherche s'échelonnait sur une période de temps relativement longue et la nature de l'engagement était exigeant pour la population visée. Au courant d'environ 6 mois, les étudiants devaient compléter à quatre reprises un temps de mesure d'une durée moyenne de 1 heure 15 minutes. Les étudiants pouvaient trouver subjectivement cette durée trop longue, les décourageant donc à continuer. À ce titre, des questionnaires auraient pu être retirés des temps de mesure puisqu'ils n'ont finalement pas été retenus dans l'étude de ce mémoire (i.e. personnalité, soutien social, estime de soi, voire même les facteurs de risque et de protection aux T1, T2 et T3). Aussi, par l'investissement de temps à consacrer à la recherche, en plus de l'ensemble de leurs responsabilités académiques et personnelles, les participants ont pu se sentir surchargés et décider par le fait même de quitter l'étude prématurément. Une solution serait de réaliser les questionnaires dans une période de classe habituelle. Deuxièmement, aucune compensation financière n'a été offerte par absence de budget, réduisant ainsi la motivation externe pouvant mobiliser certaines personnes à s'enrôler ou ne pas décrocher. Dans une éventuelle poursuite de cette étude, quelques solutions et méthodes s'offrent pour conserver un niveau de rétention plus élevé. Étant une pratique très courante en science sociale, leur offrir une compensation est recommandée malgré les préoccupations éthiques que peuvent engendrer le fait de payer des participants dans une recherche sur la qualité des résultats obtenus (Gross, Julion et Fogg, 2001). Diverses options peuvent se proposer, telle que d'offrir un crédit de cours, allouer une période de temps pour compléter les questionnaires à l'intérieur même de l'expérience de stage pour réduire la surcharge ressentie par les étudiants à compléter les temps de mesure, faire tirer des prix, etc.

Critiques méthodologiques

Deux critiques ressortent au niveau de la méthodologie, l'une au niveau de la description du profil de santé mentale des étudiants et l'autre au niveau de certains instruments de mesure. Dans la description de l'échantillon, les comparaisons réalisées entre les diverses populations n'ont pas été soumises à des analyses statistiques permettant de valider les différences entre les populations. Les résultats émis demeurent donc simplement descriptifs. Malgré des hausses statistiquement significatives aux indicateurs de santé mentale, les instruments qui les mesuraient ne proposaient pas de seuils permettant de juger cliniquement de leur niveau. Il est donc difficile de déterminer si les élévations obtenues mènent à des scores critiques menant à des préoccupations sérieuses de la santé psychologique des étudiants ou si les pourcentages d'élévations obtenus engendrent une intensité de variation pouvant être critique au sein d'un même individu, indépendamment du score qu'il obtient comparativement aux autres.

Au niveau des instruments de mesure, certaines autres réflexions peuvent être formulées. Premièrement, à l'échelle empathie du CEC, il manquait malheureusement un item. Une erreur humaine s'est produite dans la transcription du questionnaire sur la base web du SWAT, le système d'administration de questionnaire en ligne. Cet item touchait la sous-échelle de l'empathie. Malgré cette omission, la consistance interne est demeurée bonne, permettant ainsi de mesurer avec pratiquement autant de fidélité que l'échelle originale.

Deuxièmement, des lectures ont mené à juger que la mesure d'anxiété situationnelle du STAI ne représentait possiblement pas aussi fidèlement que voulu l'anxiété des étudiants. En effet, des critiques du STAI soulignent sa difficulté à isoler l'anxiété de manière distincte de la dépression (Bieling, Antony et Swinson, 1998; Caci, Bayle, Dossios, Robert et Boyer, 2003). Certes, il existe un chevauchement entre les symptômes d'anxiété et de dépression d'après le modèle tripartite de l'anxiété et de la dépression (Clark et Watson, 1991). Considérant cette réalité, l'outil doit discriminer ces facteurs pour isoler le plus possible celui désiré. Dans l'étude de Bieling, Antony et Swinson (1998), une analyse factorielle du STAI supporte la présence d'un facteur associé à la dépression. Les valeurs d'anxiété récoltées s'avèrent donc moins

spécifiques à ce qui est souhaité d'être mesuré objectivement. Au niveau temporel, ce test évalue l'état émotionnel actuel du sujet. De fait, des facteurs contextuels, autres que ce qui peut majoritairement être attribué à la vie universitaire, peuvent avoir biaisé les résultats. Malgré la popularité du STAI en raison de ses bonnes propriétés psychométriques (Grös, Antony, Simms et McCabe, 2007), employer une mesure évaluant davantage l'expérience d'anxiété situationnelle au courant des dernières semaines vécues, et plus précisément face au contexte universitaire, aurait été plus adapté pour rencontrer les objectifs de la recherche. À ce titre, trois outils auraient pu être proposés. Tout d'abord, l'échelle d'anxiété situationnelle du State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA) pourrait offrir une mesure plus exacte de l'anxiété vécue par les étudiants (Grös, Antony, Simms et McCabe, 2007). Le STICSA sépare l'anxiété en deux catégories : symptômes cognitifs et somatiques. D'après Grös, Antony, Simms et McCabe (2007), cette restructuration de l'anxiété permet d'isoler davantage ce qui appartient plus purement à l'anxiété en comparaison à la dépression. Même s'il mesure l'anxiété vécue dans le moment présent et non au courant de la journée, compléter le questionnaire durant les heures de stage augmenterait la validité écologique des données ciblées à recueillir. Ensuite, pour isoler la présence des enjeux propres à la dépression, l'Inventaire de dépression de Beck est suggéré (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988). En effet, cette outil de mesure offre une échelle standardisée basée sur les critères de la dépression du Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM). Avec son utilisation, il serait possible de juger de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs chez les étudiants. Finalement, un outil mesurant le perfectionnisme (i.e. l'Almost Perfect Scale-Revised, APS-R; Slaney, Rice, Mobley, Trippi et Ashby, 2001) permettrait de recueillir des informations pertinentes sur l'adaptation positive ou négative des étudiants dans ce contexte académique exigeant où ils sont évalués. Le perfectionnisme étant un facteur de vulnérabilité à la psychopathologie (Rice et Slaney, 2002), mieux comprendre son influence sur nos étudiants en relation d'aide serait bénéfique et pertinent.

Troisièmement, au niveau du FFMQ, Bergomi et ses collaborateurs (2013) rapportent que le FFMQ ne mesure pas directement la qualité de pleine conscience d'un individu plutôt que sa croyance à laquelle ce dernier s'engage dans des comportements associés à de la pleine conscience. Ils recommandent donc que les chercheurs soient bien informés et consciencieux

dans le choix d'un instrument de mesure ciblant la pleine conscience. Ils émettent cette recommandation étant donné qu'il existe diverses définitions et compréhensions de la pleine conscience. Ainsi, les résultats présentés doivent être interprétés à la lumière de ce que le FFMQ propose comme compréhension de la pleine conscience, dans le respect de ses forces et limites.

Quatrièmement, le questionnaire sur la détresse psychologique pourrait être remplacé par un outil permettant de mesurer une dimension de troubles intériorisés, tel que l'Adult Self-Report (ASR) d'Achenbach (Achenbach et Rescorla, 2003). Puisque cet outil est souvent employé dans l'évaluation des troubles mentaux d'après le DSM, les résultats donneraient une valeur clinique intéressante. En effet, ils offriraient un aperçu du nombre d'étudiants qui souffriraient de problèmes associés à un problème de santé mentale.

Enfin, dans la description des instruments du PSS, TICS-K et IDPESQ-14, les participants répondent aux tests d'après une période précise de temps demandé. Pour le stress perçu, l'instrument demande de noter les situations décrites d'après ce qui a été vécu dans le dernier mois; pour le stress chronique, d'après ce qui a été vécu dans le dernier mois; pour la détresse psychologique, en regardant au vécu de la dernière semaine. De ce fait, il est possible que les résultats ne soient pas pleinement représentatifs des temps de mesure récoltés, pouvant donc influencer l'exactitude et l'interprétation dans la chronologie des événements.

Recommandations

Suite à nos résultats et malgré les limites énoncées, quelques recommandations, et ce, à plusieurs niveaux, se proposent. Sur le plan méthodologique, elles donnent des suggestions d'améliorations pour de futures études, voire la continuité de ce projet. Sur le plan pratique, elles visent à offrir des pistes d'action à différents acteurs dans l'espérance que ces résultats ne restent pas seulement dans la tour d'ivoire des chercheurs, mais soient utiles concrètement afin de prévenir les problèmes de santé mentale et d'améliorer l'expérience des étudiants en psychoéducation.

Recommandations méthodologiques

Dans la reproduction de cette étude, deux recommandations sont proposées. D'une part, comparer cette cohorte aux cohortes subséquentes étudiées permettrait de contrôler pour un effet de cohorte. Cela aiderait aussi à juger l'état de santé mentale des unes et des autres. D'autre part, afin d'obtenir des mesures plus précises de ce qui est recherché, utiliser des mesures plus rapprochées de l'expérience de stage serait bénéfique pour éviter d'introduire des biais. Quelle soit biologique, par la mesure de cortisol salivaire, ou rapportée, une mesure à la fois plus sensible dans le temps et dans la nature de ce qu'elle mesure réduirait le risque d'introduire des biais méthodologiques et donnerait une mesure plus pure du vécu des étudiants. Si la collecte quantitative de l'expérience de stage peut être biaisée par des facteurs méthodologiques ou historiques, mesurer l'expérience subjective par des données qualitatives permettrait de compléter avec plus de nuances les résultats obtenus. Finalement, récolter des données auprès des superviseurs et accompagnateurs de stage des étudiants enrôlés dans la recherche permettrait d'offrir un point de vue externe sur les mesures auto-rapportées.

Recommandations pratiques

1.1 Entraînements à la SNV, la gestion du stress et la pleine conscience :

Selon les capacités et le contexte, porter attention aux émotions d'autrui et les décoder avec justesse peut s'avérer une tâche complexe et coûteuse émotionnellement, particulièrement en situation de stress. Avant d'interpréter des signes non verbaux, bien les percevoir est la première étape. Toutefois, le stress affecte les performances cognitives (Luethi, Meier et Sandi, 2008), telles que les processus attentionnels (Sänger, Bechtold, Schoofs, Blaszkewicz et Wascher, 2014) étant fortement sollicités dans des tâches de reconnaissance du non verbal. Par conséquent, tout ce qui risque d'altérer les processus attentionnels et perceptuels risque d'entraîner une diminution des habiletés de SNV (Hänggi, 2004; Patterson, 1995; Schroeder, 1995). Dans la formation en psychoéducation, la première opération professionnelle présentée

dans le modèle de Gendreau est l'observation. Dans leur cursus académique, les étudiants réalisent un premier cours portant sur l'observation au cours de leur première année (Université de Montréal, 2017). Toutefois, ce dernier ne contient pas d'éléments portant sur la lecture et l'interprétation des émotions humaines (Paquette, 2017). Ce type de formation ne s'offre qu'à la maîtrise dans le cours optionnel PSE6574 – Techniques d'observation avancées (Université de Montréal, 2017). Puisque posséder de bonnes habiletés à observer le non verbal est associé à plusieurs bienfaits, les améliorer en amont par un entraînement spécifique aiderait à réduire le stress ainsi qu'être plus disposé, même lorsque stressé, à bien exploiter les forces inhérentes à la SNV. De plus, cet entraînement pourrait les prédisposer à être plus en mesure de compléter avec succès les huit faits d'observation demandés dans le cadre de leur stage puisqu'une forte SNV augmente la capacité à rapporter davantage de faits objectifs pour décrire des indices non verbaux (Atlan, 2017; Rosip et Hall, 2004). Considérant que les résultats de SNV de nos sujets ne se distinguent pas d'une population non étudiante en relation d'aide et que les responsabilités du travail d'intervenant impliquent une utilisation systématique de l'observation, il devient légitime de questionner en quoi leur formation pourrait leur être plus bénéfique à ce niveau.

Puisque l'anxiété situationnelle et le stress semblaient jouer un rôle important dans l'élévation de plusieurs indicateurs de santé mentale au courant de la session, la réduire pourrait avoir des impacts majeurs. Il serait donc intéressant d'inclure dans le programme académique un entraînement à développer des habiletés pour gérer son stress, particulièrement des habiletés de non-réactivité en pleine conscience. En complément au développement suggéré de la SNV, mettre en place une structure pour réduire l'anxiété et le stress fait sens, particulièrement devant les observations de Zhang (2016). Ce dernier rapporte que les processus attentionnels des étudiants, vivant un niveau de stress perçu élevé sur une période prolongée, sont davantage centrés sur la détection et l'interprétation d'émotions négatives, ce qui est associé à des problèmes de santé mentale (i.e. Law Smith, Montagne, Perrett, Gill et Gallagher, 2010).

Pour gérer le stress avec simplicité et efficacité sans alourdir la structure du programme académique, des programmes courts d'entraînement à la pleine conscience pourraient être introduits idéalement dans le cursus académique. En plus de réduire le stress et l'anxiété, ce

programme pourrait servir à la fois de démonstration sur un processus de thérapie de groupe ou pourrait servir d'activité psychoéducative où le professeur peut utiliser le programme comme espace d'apprentissage pour enseigner de manière dialogique et expérientielle des connaissances sur la psychoéducation. Par ailleurs des programmes web ayant montré leur efficacité pourraient aussi être employés, comme le programme Stress et Compagnie© développé par le Centre d'études sur le stress humain et dont les effets ont été documentés par un étudiant de maîtrise en psychoéducation, Yannick Fouda (Fouda, 2015). En somme, il serait donc ambitieux, et à la fois pertinent, de mettre en place des modalités d'apprentissage basées sur les données probantes, permettant de soutenir davantage les savoir-être des étudiants et de maintenir une qualité de compétences relationnelles élevées chez les futurs psychoéducateurs.

1.2 Respecter la charge normale de travail demandé par crédit universitaire :

La structure du programme est développée de manière à pouvoir compléter son baccalauréat en trois années à raison de 5 cours/session pendant 6 sessions (Université de Montréal, 2017). Toutefois, plus de la majorité des étudiants ne peuvent pas suivre un cheminement normal à 5 cours par session et tel que documenté dans notre étude, des hausses significatives de stress chronique lié à une surcharge de travail se présentent au courant de la session. De ce fait, le nombre de crédits alloués au cours de stage pourrait être remis en question. Présentement, le cours de stage offre 3 crédits universitaires/session. Il exige d'être présent à chaque semaine à une supervision ou cours magistral de 3 heures et de réaliser 11 heures de stage/semaine durant 9 semaines. Au niveau des travaux, des faits d'observation, la complétion d'un journal de bord et de fiches de préparations aux supervisions sont demandés. Sans considérer le nombre d'heures passées à réaliser les travaux en dehors des cours et du stage, le ratio proposé par l'université correspondant à 9 heures de travail/semaine pour 3 heures de classe n'est pas respecté au courant des semaines où le stage est présent (Université de Montréal, 2017). Ainsi, il est recommandé de réviser la charge de travail demandée pour ce cours de manière à respecter les politiques universitaires. Plus concrètement, cela renvoie à réduire la charge de travail dans ce cours ou à augmenter le nombre de crédits du cours de stage, comme de 3 à 6 crédits. En

réalisant cette modification, la majorité des étudiants serait moins à risque de surcharge de travail et pourrait compléter leur scolarité en suivant un cheminement académique normal.

1.3 Implantation d'une pratique pour prendre soin de soi :

Étant leur propre outil de travail, prendre soin d'eux-mêmes devient une responsabilité éthique pour les travailleurs en relation d'aide (Norcross et Barnett, 2008). Prendre des mesures efficaces pour demeurer en bonne santé fait d'ailleurs partie du code d'éthique de l'American Psychological Association et des psychologues du Québec (APA, 2002; OPQ, 2017).

« Counselors monitor themselves for signs of impairment from their own physical, mental, or emotional problems and refrain from offering or providing professional services when impaired. They seek assistance for problems that reach the level of professional impairment, and, if necessary, they limit, suspend, or terminate their professional responsibilities until it is determined that they may safely resume their work. Counselors assist colleagues or supervisors in recognizing their own professional impairment and provide consultation and assistance when warranted with colleagues or supervisors showing signs of impairment and intervene as appropriate to prevent imminent harm to clients » (APA, 2002)

« Le psychologue s'abstient d'exercer sa profession ou de poser des actes professionnels dans la mesure où son état de santé y fait obstacle ou dans des conditions ou des états susceptibles de compromettre la qualité de ses services professionnels » (OPQ, 2017)

Devant l'évidence scientifique que les jeunes intervenants sont plus vulnérables au stress et qu'il est possible qu'un aidant exerce des effets négatifs sur le bien-être de l'aidé (Skovholt et Ronnestad, 2003; Grunebaum, 1986), une recommandation à deux niveaux pourrait être émise auprès de l'ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). Sur le premier plan, dans une logique d'éthique positive (Barnett, 2007), il est recommandé d'actualiser l'article 44, portant sur la qualité d'exercice, du code de déontologie de manière à rendre explicite la responsabilité professionnelle des psychoéducateurs à être conscients et aptes à bien juger de l'influence de leur santé physique et mentale sur leurs habiletés à aider les clients avec qui ils travaillent.

Article 44 actuel :

« Avant de rendre des services professionnels, le psychoéducateur évalue ses habiletés, ses connaissances et les moyens dont il dispose. Dès que l'intérêt de son client l'exige, il obtient l'assistance d'un autre psychoéducateur ou d'un autre professionnel ou le réfère à l'un d'eux. » (OPPQ, 2017)

Modification proposée à l'article 44 :

« Avant de rendre des services professionnels, le psychoéducateur évalue sa condition physique, émotionnelle et mentale ainsi que ses habiletés, ses connaissances et les moyens dont il dispose. Dès que l'intérêt de son client l'exige, il obtient l'assistance d'un autre psychoéducateur ou d'un autre professionnel ou le réfère à l'un d'eux. » (OPPQ, 2017)

Découlant logiquement de la première recommandation touchant les psychoéducateurs, la seconde concerne les étudiants. Il s'agit que l'OPPQ recommande aux écoles de formation en psychoéducation que des compétences soient enseignées et pratiquées formellement par les étudiants afin d'apprendre comment prendre soin de soi de manière efficace, basé sur les meilleures pratiques issues des données probantes. Implanter cette culture d'attention à son bien-être physique et mental dans la formation contribuerait à la santé des psychoéducateurs de demain ainsi qu'à mieux protéger le public indirectement.

Nonobstant ces limitations et attentions à tenir en considération dans l'interprétation des résultats, les données obtenues permettent d'en comprendre davantage sur le vécu des étudiants en relation d'aide. D'ailleurs, l'intérêt porté sur le processus expérientiel des étudiants en stage a permis de mettre en lumière des considérations à retenir advenant la poursuite de cette étude.

Conclusion

D'après nos connaissances, cette étude est la première à explorer des facteurs de risque et de protection sur des indicateurs de santé mentale auprès d'étudiants en relation d'aide. Ces derniers réalisaient une première expérience clinique auprès d'individus vivant des difficultés d'adaptation variés. Ils s'exposaient par le fait même aux problématiques de santé mentale associées au stress chronique en étant en stage dans un milieu en relation d'aide (Evan et al., 2006).

L'étude a permis de faire ressortir que les étudiants en psychoéducation vivant une première expérience clinique font face à de multiples défis entraînant une augmentation aux indicateurs de santé mentale. L'expérience de stage marque une élévation de stress, particulièrement lié à une surcharge de travail. Divers facteurs de risque et de protection aggravent ou facilitent l'expérience vécue. La sensibilité au non verbal, le *coping* centré sur l'émotion, occuper un travail et des habiletés de pleine conscience, soit agir en pleine conscience et la non-réactivité, aident à atténuer les augmentations aux indicateurs de santé mentale observée. À l'inverse, l'empathie, le *coping* centré sur le problème et la description en pleine conscience semblent les aggraver. Certains facteurs ont des rôles ambigus, contribuant à la fois à augmenter ou réduire des indicateurs de santé mentale. Parmi ceux-ci, on retrouve le non-jugement en pleine conscience et la contagion émotionnelle.

Certaines limitations méthodologiques sont présentes et doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats, telles que la forte attrition observée dans l'étude. En dépit de celles-ci, l'étude a permis de décrire la réalité d'une cohorte de futurs psychoéducateurs et d'en faire ressortir des éléments pertinents à tenir en considération pour éventuellement apporter des changements positifs à leur cheminement au courant de leur parcours universitaire. Poursuivre l'étude auprès des futures cohortes en considérant les recommandations offertes aiderait à continuer cette démarche d'approfondissement de l'expérience des futurs psychoéducateurs et de continuer à poser des regards critiques et constructifs sur la formation dans le but de les préparer au mieux à la réalité du terrain.

Bibliographie

- Achenbach, T. M., et Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Adam, E.K., Vrshekk-Schallhorn, S., Kendall, A.D., Mineka, S., Zinbarg, R.E. et Craske, M.G. (2014). Prospective associations between the cortisol awakening response and first onsets of anxiety disorders over a six-years-follow-up, *Psychoendocrinology*, 44, 47-59. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.02.014
- Ambady, N. et Gray, H. M. (2002). On being sad and mistaken: Mood effects on the accuracy of thin-slice judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 947–961. doi: 10.1037//0022-3514.83.4.947
- American College Health Association (ACHA). (2013). National College Health Assessment: Spring 2013 reference group data report
- American College Health Association (ACHA). (2016). National College Health Assessment: Fall 2016 reference group data report.
- American Psychological Association (APA) (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Repéré à <https://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- American Psychological Association (APA) (2016). Professional health and well-being for psychologists. Repéré à <http://www.apapracticecentral.org/ce/self-care/well-being.aspx>
- Angold, A., Costello, E. J. et Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28(1), 51-61.
- Arnold, J., Cooper, C. et Robertson, IT. (1995). *Work psychology: understanding human behavior in the work place* (2e ed). Londres : Pitman
- Arnow, B.A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M.J., Klein, D.N., ... A.J., Kocsis, J.H. (2014). The Relationship Between the Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Two Distinct Psychotherapies for Chronic Depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81 (4), 627-638. doi: 10.1037/a0031530
- Atlan, J. (2017). Plan de cours PSE 22071 – Initiation à la pratique 1. Université de Montréal.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45.
- Baer, R. A. (2009). Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 15–20. doi:10.1080/16506070902980703

- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., ... Williams, J.M. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, *15*(3), 329-342. doi: 10.1177/1073191107313003
- Banziger, T., Scherer, K., Hall, J. A. et Rosenthal, R. (2011). Introducing the MiniPONS: A Short Multichannel: Version of the Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS). *Journal of Nonverbal Behavior*, *35*, 189–204.
- Barnett, J. E. (2007). Positive ethics, risk management, and defensive practice. *The Maryland Psychologist*, *53*(1), 3031.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S. et Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: the self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*, 603–612.
- Batson, C. D. et Oleson, K. C. (1991). Current status of the empathy–altruism hypothesis. Dans M. S. Clark (dir.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 12, p.62-85). Newbury Park, CA: Sage.
- Beidas, R. S., Marcus, S., Aarons, G. A., Hoagwood, K., Schoenwald, S., Evans, A. et Mandell, D. S. (2015). Individual and organizational factors related to community clinicians' use of therapy techniques in a large public mental health system. *JAMA Pediatrics*, *169*(4), 374–382. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.3736
- Beltman, S., Mansfield, C. F. et Price, A. (2011). Thriving not just surviving: A review of research on teacher resilience. *Educational Research Review*, *6*(3), 185-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edurev.2011.09.001>.
- Bergomi, C., Tschacher, W., et Kupper, Z. (2013). The assessment of mindfulness with self-report measures: Existing scales and open issues. *Mindfulness*, *4*(3), 191–202. doi:10.1007/s12671-012-0110-9
- Bernieri, J. F. (1991). Interpersonal sensitivity in teaching interactions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *17* (1), 98–103. <https://doi.org/10.1177/0146167291171015>
- Bibeau, L. et Dupuis, G. (2007). Détresse psychologique, perfectionnisme, insatisfaction de l'image corporelle: Validation d'un modèle explicatif de la problématique suicidaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *39*(2), 119-134. http://dx.doi.org/10.1037/cjbs2007_2_119
- Bieling, P. J., Antony, M. M. et Swinson, R. P. (1998). The State–Trait Anxiety Inventory, Trait version: Structure and content re-examined. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(7), 777–788. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00023-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00023-0)

- Blair, R.J. (2005). Responding to emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition*, 14(4), 698-718
- Blanch-Hartigan, D., Andrzejewski, S. A. et Hill, K. M. (2012). The Effectiveness of Training to Improve Person Perception Accuracy: A Meta-Analysis. An effective training to increase accurate recognition of patient emotion cues. *Patient Education and Counseling*, 89(2), 274-280. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.002>
- Bledin, K. D., MacCarthy, B., Kuipers, L. et Woods, R. T. (1990). Daughters of people with dementia. Expressed emotion, strain and coping. *British Journal of Psychiatry*, 157(2), 221-227. doi: 10.1192/bjp.157.2.221
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 525-537. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.525>
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., et Baer, R. (2011). Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 18 (3), 308-320. doi: 10.1177/1073191111408231
- Bonin, S. et Girard, S. (2013). Indicateurs de conditions de poursuite des études (ICOPE) : Rapport d'enquête ICOPE. Repéré à http://www.uquebec.ca/reseau/fr/system/files/rapport_enquete_icope_2011.pdf
- Boujut, E., Papa-Roch, M., Palomares, E.-A., Dean, A., Cappe, E. (2017). Self-efficacy and burnout in teachers of students with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 36, 8-20. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.01.002>
- Boyer, R., Preville, M., Legaré, G. et Valois, P. (1993). Psychological distress in a noninstitutionalized population of Quebec: normative results of the Quebec health survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(5), 339-343.
- Bränström, R., Duncan, L.G. et Moskowitz, J.T. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *British Journal of Health Psychology*, 16(2), 300-316. doi: 10.1348/135910710X501683
- Brown, G. W., Craig T. K. J. et Hards, T. O. (1985). Disease or distress? Some epidemiological considerations. *British Journal of Psychiatry*, 147 (6), 612-622. doi: 10.1192/bjp.147.6.612
- Brown, K. W., Ryan, R. M., et Creswell, J. D. (2007). Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18(4), 272-281. doi: 10.1080/10478400701703344

- Buchanan, T. W., Bagley, S. L., Stansfield, R. B. et Preston, S. D. (2012). The Empathic, physiological resonance of stress. *Journal of social neuroscience*, 7(2), 191-201. <http://dx.doi.org/10.1080/17470919.2011.588723>
- Caci, H., Bayle, F. J., Dossios, C., Robert, P. et Boyer, P. (2003). The Spielberger trait anxiety inventory measures more than anxiety. *European Psychiatry*, 18(8), 394-400. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.05.003>
- Cahir, N., et Morris, R. D. (1991). The Psychology Student Stress Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 414-417. doi: 10.1002/1097-
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton and Co.
- Carton, J. S., Kessler, E. A., et Pape, C. L. (1999). Nonverbal decoding skills and relationship wellbeing in adults. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23(1), 91-100. <https://doi.org/10.1023/A:1021339410262>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., et Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Chappell, D. et Di Martino, V. (2006). Explanations: Costs of violence at work. Dans D. Chappell et V. Di Martino (dir.), *Violence at work* (3e ed., p. 136-140). Geneva: International Labour Organization
- Cherniss, C. (2010). Emotional intelligence: Towards clarification of a concept. *Industrial and Organizational Psychology*, 3(2), 183-191. doi: 10.1111/j.1754-9434.2010.01222.x
- Clark, L. A. et Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, S., Kamarck, T., et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., et Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. Dans S. Spacapam & S. Oskamp (dir.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage
- Compas, B.E., Howell, D.C., Phares, V., Williams, R.A. et Giunta, C. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: A prospective analysis of

- adolescent and parental stress and symptoms. *Journal of Consultative and Clinical Psychology*, 57(6), 732-740.
- Cousson-Gélié, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., et Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC. *Psychologie Française*, 41(2), 155-164.
- Cousson-Gélie, F., Cosnefroy, O., Christophe, V., Segrestan-Crouzet, C., Merckaert, I. ... Razavi, D. (2010). The Ways of Coping Checklist (WCC): validation in French-speaking cancer patients. *Journal of health psychology*, 15(8), 1246–1256. doi: 10.1177/1359105310364438.
- Cummings, T.G. et Cooper, C.L. (1998). A cybernetic theory of organizational stress. Dans Cooper, C.L. (dir.), *Theories of Organizational Stress* (1^e ed., p. 101-121). New York, NY, Oxford University Press
- Cushway, D. (1992) Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(2), 169-179. doi: 10.1111/j.2044-8260.1992.tb00981.x
- Cushway, D., et Tyler, P. (1996). Stress in clinical psychologists. *International Journal of social Psychiatry*, 42 (4), 141-149.
- Dang, C., Denis, C., Gahide, S., Chariot, P. et Lefèvre, T. (2016). Violence at work: forensic medical examination of police officers assaulted while on duty: comparisons with other groups of workers in two centres of the Paris area, 2010–2012. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(5), 1-11. doi: 10.1007/s00420-016-1113-y
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D. et Mannix-McNamara, P. (2014). Psychological distress and coping amongst higher education students: A mixed method enquiry. *PLoS ONE*, 9(12), e115193. doi:10.1371/journal.pone.0115193
- De Boer, J., Lok, A., Van't Verlaat, E., Duivenvoorden, H.J., Bakker, A.B. et Smit, B.J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73(2), 316-26. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.009
- Decety J. (2014). The neural pathways, development and functions of empathy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3 (1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2014.12.001>

- Deng Y.-Q., Liu X.-H., Rodriguez M. A. et Xia C.-Y. (2011). The five facet mindfulness questionnaire: psychometric Properties of the Chinese Version. *Mindfulness*, 2, 123–128. doi : 10.1007/s12671-011-0050-9
- Derogatis, L.T., Lipman, R., Covi, L., Rickels et Uhlenhuth, E.H. (1970). Dimensions of outpatient neurotic pathology: comparison of a clinical versus empirical assessment. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 34 (2), 164-171. <http://dx.doi.org/10.1037/h0029030>
- Deschesnes, M. (1998). Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14), chez une population adolescente. *Psychologie canadienne*, 39(4), 288-298. <http://dx.doi.org/10.1037/h0086820>
- Deutsch, C. (1984). Self reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833–845. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.15.6.833>
- Dewa, C.S., Chau, N. et Dermer, S. (2010). Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 758-762. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181e8cfb5
- Dickerson, S. S. et Kemeny, M.E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355-391. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.355
- Dimatteo, M.R., Taranta, A., Friedman, H.S. et Prince, L.M. (1986). Relationship of physician's nonverbal communication skills to patient satisfaction, appointment noncompliance and physician workload. *Health Psychology*, 5(6), 581-595
- Daros, A.R., Zakzanis, K.K. et Ruocco, A.C. (2013). Facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 43(9), 1953-1963. doi: 10.1017/S0033291712002607
- Dick, R.V. et Wagner, W. (2001), Stress and strain in teaching: A structural equation approach, *British Journal of Educational Psychology*, 71(2), 243-259. doi: 10.1348/000709901158505
- Dobkin, P. L., Irving, J. A. et Amar, S. (2012). For whom may participation in a mindfulness-based stress reduction program be contraindicated? *Mindfulness*, 3(1), 44–50. doi:10.1007/s12671-011-0079-9
- Duffy, B., Oyeboode, J. R., et Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia: the role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*, 8(4), 515 –541. <http://dx.doi.org/10.1177/1471301209350285>

- Dyrbye, L., Thomas, M., et Shanafelt, T. (2005). Medical student distress: Causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 80(12), 1613–1622. doi: 10.4065/80.12.1613
- Dyrbye, L., Thomas, M., Massie, F.S., Power, D.V., Eacker, A., ... Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334-341. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Dyrbye, L., Thomas, M., Power, D.V., Durning, S., Moutier, C., Massie, F.S., ... Shanafelt, T. D. (2010). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Academic Medicine*, 85(1), 94-102. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181c46aad
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., et Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24 –31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.009>.
- El-Ghoroury, N., Galper, D. I., Sawaqdeh, A. et Bufka, L. F. (2012). Stress, coping, and barriers to wellness among psychology graduate students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6 (2), 122– 134. doi:10.1037/a0028768
- Elman, N. S. et Forest, L. (2007). From trainee impairment to professional competence problems: Seeking new terminology that facilitates effective action. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 501–509. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.501>
- Endler, N. S.. et Parker, J. D. A. (1990). The multidimensional assessment of coping : A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Engert, V., Plessow, F., Miller, R., Kirschbaum, C. et Singer, T. (2014). Cortisol increase in empathic stress is modulated by emotional closeness and observation modality. *Psychoneuroendocrinology*, 45, 192—201. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.04.005.
- Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Medina, ... Katona, C. (2005). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 75-80. doi: 10.1192/bjp.188.1.75
- Eysenck MW. 1992. Anxiety: the cognitive perspective. Hove, UK: Erlbaum.
- Farber, B. A., et Heifetz, L. J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology*, 12(5), 621–630. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.14.5.697>

- Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., et Salvador, L.L. (2005). Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfance*, 4 (57), 363-382. doi : 10.3917/enf.574.0363
- Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., et Salvador, L-L. (2009). Empathe, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions : validation d'un test pour repérer et aider des élèves à risque. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 59, 211-227. doi:10.1016/j.erap.2009.03.004
- Feldman, R.S., Philippot, P., et Custrini, R. J. (1991). Social competence and nonverbal behavior. Dans R. S. Feldman et B. Rime (dir.), *Fundamentals of nonverbal behavior* (p. 329-350). New York, NY: Cambridge University Press.
- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 48, 237-250.
- Fisak, B. et Von Lehe, A.C. (2012). The relation between the five facets of mindfulness and worry in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 3 (1), 15-21. doi:10.1007/s12671-011-0075-0
- Folkman, S., et Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Fouda, Y. (2015). Effet de *Stress et Compagnie*, programme web de prévention du stress chronique, sur le stress et la santé psychologique des intervenants (Mémoire, Université de Montréal, Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13668>
- Fountoulakis, K.N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A., Kaprinis, G.S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: preliminary data. *Annals of General Psychiatry*, 5 (2), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-5-2>
- Frese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 179 –192. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.4.3.179>
- Gagné, A.M., Bouchard, G., Tremblay, P., Sesseville, A. et Hébert, M. (2010). Quand la saison devient synonyme de dépression. *Medecine/Sciences*, 26, 79-82.
- Gallese, V. (2001). The 'shared manifold' hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8 (7), 33–50

- Gauthier, J. et Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559-578.
- Gendreau, G. et collaborateurs. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal Qc: Sciences et Culture.
- Geoffrion, S., Martin M. et Guay, S. (sous presse). Travailleurs victimes d'événements traumatiques : les meilleures pratique pour prévenir l'état de stress post-traumatique. Dans S. Bond, G. Belleville et S. Guay (dir). *Les troubles liés aux événements traumatiques: guides de meilleures pratiques pour une clientèle complexe*
- Giovannini C., Giromini L., Bonalume L., Tagini A., Lang M., et Amadei G. (2014). The italian five facet mindfulness questionnaire: a contribution to its validity and reliability. *Journal of Psychopathology Behavioural Assessment*, 36(4), 415–423. doi: 10.1007/s10862-013-9403-0
- Goleman D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books: New York.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Altham, P. M., Pearson, J., Secher, S. M. et Shiers, H. M. (1996). Adrenal secretion during major depression in 8- to 16-year-olds, I. Altered diurnal rhythms in salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) at presentation. *Psychological Medicine*, 26(2), 245-256.
- Goplerud, E. N. (1980). Social support and stress during the first year of graduate school. *Professional Psychology*, 11(2), 283–290. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.11.2.283>
- Gosling, S., Vazire, S. et Srivastava, S. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59(2), 93-140. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.93
- Goussé, V., Czernecki, V., Denis, P., Stilgenbauer, J-L., Deniau, E. et Hartmann, A. (2016). Impact of Perceived Stress, Anxiety-Depression and Social Support on Coping Strategies of Parents Having A Child With Gilles de la Tourette Syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30 (1), 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.017>
- Grignon, C., Gruel, L. et Bensoussan, B. (1996). Les conditions de vie des étudiants. Dans C. Grignon (dir.), *Enquête Observatoire nationale de la Vie Étudiante*. Paris : Presses Universitaires de France
- Gross, D., Julion W. et Fogg, L. (2001). What motivates participation and dropout among low-income urban families of color in a prevention intervention? *Family Relations*, 50 (3), 246–254. doi: 10.1111/j.1741-3729.2001.00246.x

- Grös, D.F., Antony, M.M., Simms, L.J. et McCabe, R.E. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychological Assessment*, 19(4), 369-381. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.19.4.369>
- Grunebaum, H. (1986). Harmful psychotherapy experiences. *American journal of Psychotherapy*, 40, 165-176.
- Hall, J.A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological bulletin*, 85 (3), 84-857
- Hall, J.A., Roter, D.L., Blanch, D. C. et Frankel, R.M. (2009). Nonverbal sensitivity in medical students: Implications for clinical interactions. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 1217-1222. doi: 10.1007/s11606-009-1107-5
- Hall, N.C., Chipperfield, J.G., Perry, R.P., Ruthig, J.C. et Goetz T. (2006). Primary and secondary control in academic development: Gender-specific implications for stress and health in college students. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(2), 189–210. doi:10.1080/10615800600581168
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K., Steele, D., Matheny, K., et Aysan, F. (2001). Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*, 27(2), 181–196. doi: 10.1080/036107301750074051
- Hänggi, Y. (2004). Stress and emotion recognition: An Internet experiment using stress induction. *Revue Suisse de Psychologie*, 63(2), 113-125. <http://dx.doi.org/10.1024/1421-0185.63.2.113>
- Hanley, A.W., Abell, N., Osborn, D.S., Roehrig, A.D. et Canto, A.I. (2016). Mind the gaps: Are conclusions about mindfulness entirely conclusive? *Journal of Counseling & Development*, 94(1), 103-113. <http://doi.org/10.1002/jcad.12066>
- Harris, D. V. (1970). On the brink of catastrophe. *Quest Monograph*, 13, 33–40.
- Hatchard, T., Mioduszewski, O., Zambrana, A., O’Farrell, E., Caluyong, M., Poulin, P. et Smith, A. (2017). Neural changes associated with mindfulness-based stress reduction (MBSR): Current knowledge, limitations, and future directions. *Psychology & Neuroscience*, 10(1), 41-56. <http://dx.doi.org/10.1037/pne0000073>
- Hatfield, E., Bensman, L., Thornton, P. D. et Rapson, R. L. (2014). New perspectives on emotional contagion: A review of classic and recent research on facial mimicry and contagion. *Interpersona: an International Journal on Personal Relationships*, 8(2), 159–179.

- Hedman, E., Hesser, H., Andersson, E., Azelsson, E. et Ljótsson, B. (2017). The mediating effect of mindful non-reactivity in exposure-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 15-22. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.04.007.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., et Philippot, P. (2011). Validité transculturelle du Five Facets Mindfulness Questionnaire: adaptation et validation auprès d'un échantillon francophone. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 61, 147–151.
- Heeren, A., Deplus, S., Peschard, V., Nef, F., Kotsou I., ... Robinaugh, D. J. (2015). Does change in self-reported mindfulness mediate the clinical benefits of mindfulness training? A controlled study using the french translation of the five facet mindfulness questionnaire. *Mindfulness*, 6, 553–559. doi: 10.1007/s12671-014-0287-1
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A. M. et Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 86 (3), 297–315. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.006>
- Hudziak, J. J., Rudiger, L. P., Neale, M. C., Heath, A. C. et Todd, R. D. (2000). A Twin Study of Inattentive, Aggressive, and Anxious/Depressed Behaviors. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 39(4), 469-476. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200004000-00016>
- Hudd, S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N. et Yokozuka, N. (2000). Stress at College: Effects on Health Habits, Health Status and Self-Esteem. *College Student Journal*, 34 (2), 217-227.
- Iani, L., Lauriola, M., Cafaro, V. et Didonna, F. (2017). Dimensions of Mindfulness and Their Relations with Psychological Well-Being and Neuroticism. *Mindfulness*, 8 (3), 664-676. doi:10.1007/s12671-016-0645-2.
- IBM Corp. (2016). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, New York: IBM Corp.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population, *Psychological Reports*, 39 (2), 1215-1228.
- Ilfeld, F. W. (1978). Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 35 (4), 716-724
- Inman, A., Schlosser, L. Z., Ladany, N., Howard, E. E., Boyd, D. L., Altman, A. N. et Stein, E. P. (2011). Advisee nondisclosure in doctoral level advising relationships. *Training and Education in Professional Psychology*, 5(3), 149 –159. doi:10.1037/a0024022

- Institut de la statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012*. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>
- Jacobsen, F.M., Wehr, T.A., Sack, D.A., James, S.P. et Rosenthal, N.E. (1987). Seasonal Affective disorder : A Review of the Syndrome and Its Public Health Implications. *American journal of Public Health*, 77(1), 57-61.
- Jamnik, M.R., Lane, D.J. et Wright, B. (2015). *Exploring general intelligence and stress: Nonverbal-IQ and protective influences*. Communication présentée au Midwestern Psychological Association Meeting. Repéré sur : https://www.researchgate.net/publication/312123747_Exploring_General_Intelligence_and_Stress_Nonverbal-IQ_and_Protective_Influences
- Joormann, J. et Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of Abnormal psychology*, 115(4), 705-714. doi: 10.1037/0021-843X.115.4.705
- Kachan, D., Olano, H., Tannenbaum, S. L., Annane, D. W., Mehta, A., Arheart, K. L., ... Lee, D. J. (2017). Prevalence of mindfulness practices in the US Workforce: National Health Interview Survey. *Preventing Chronic Disease*, 14(1). doi: 10.5888/pcd14.160034
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacourt.
- Kevrekidis, P., Skapinakis, P., Damigos, D. et Mavreas, V. (2008). Adaptation of the Emotional Contagion Scale (ECS) and gender differences within the Greek cultural context. *Annals of General Psychiatry*, 7(4), 1-6. doi: 10.1186/1744-859X-7-14
- Kisely, S., Lin, E., Lesage, A., Gilbert, C., Smith, M., ... Visiliadis, H.M. (2009). Use of administrative data for the surveillance fo mental disorders in 5 provinces. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (8), 571-575.
- Kleespies, P. M. et Dettmer, E. L. (2000). The stress of patient emergencies for the clinician: Incidence, impact, and means of coping. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1353–1369. doi: 10.1002/1097-4679(200010)56:10<1353::AID-JCLP7>3.0.CO;2-3
- Kohler, C.G., Hoffman, L.J., Eastman, L.B., Healy, K. et Moberg, P.J. (2011). Facial emotion perception in depression and bipolar disorder: a quantitative review. *Psychiatry Research*, 188 (3), 303-309. doi: 10.1016/j.psychres.2011.04.019
- Koronis, E. et Ponis, S.T. (2012). Introducing corporate reputation continuity to support organizational resilience against crises. *Journal of Applied Business Research*, 28 (2). 283–290. doi: 10.19030/jabr.v28i2.6850

- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer Goerge, J., Elkin, I., Watkins, J. et Pilkonis, P.A. (1996). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 532-539
- Lacoursière, A., (2016). Plus de 60% des professionnels de la santé se disent en surcharge [Billet de blogue]. Repéré à : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201609/20/01-5022688-plus-de-60-des-professionnels-de-la-sante-se-disent-en-surcharge.php>
- Lanctôt N. et Guay S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences, *Aggression and Violent Behavior*, 19 (5), 492–501, doi :10.1016/j.avb.2014.07.010
- Lanfranchi, J. et Narcy, M. (2013). Overrepresentation of women in public and nonprofit sector jobs: Evidence from a French national survey. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 44 (1), 47-73. doi : 10.1177/0899764013502579
- Larivière, C. (2013). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public ?, *Intervention*, 136 (2012.1), 30-40.
- Law Smith, M.J., Montagne, B., Perrett, D.I., Gill, M. et Gallagher, L. (2010). Detecting subtle facial emotion recognition deficits in high-functioning Autism using dynamic stimuli of varying intensities. *Neuropsychologia*, 48(9), 2777-2781. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.03.008
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). Cognitive appraisal processes. Dans R. S. Lazarus et S. Folkman (dir.), *Stress, Appraisal and Coping* (1^e ed, p. 22-54). New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lee, E-H. (2012). Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nursing Research*, 6 (4),121-127. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
- Lee, J.H., Seo, M., Lee, M., Park, S.Y., Lee, J.H. et Lee, S.M. (2017). Profiles of Coping Strategies in Resilient Adolescents. *Psychological Report*, 120 (1), 49-69. DOI: 10.1177/0033294116677947
- Le Fevre, M., Matheny, J. et Kolt, G.S. (2003). Eustress, distress and interpretation in occupational stress. *Journal of Managerial Psychology*, 18 (7), 726-744, <http://dx.doi.org/10.1108/02683940310502412>

- Le Ray-Landrein, F., Gillet, N., Colombat, P. et Dubourg, P. (2016). Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho Oncologie*, 10 (3), 211-219. doi:10.1007/s11839-016-0586-y
- Lesage, F.-X., Berjot, S. et Deschamps, F. (2012). Clinical stress assessment using a visual analogue scale. *Occupational medicine*, 62 (8), 600-605. doi: 10.1093/occmed/kqs140
- Levi, L. (1998). Preface : Stress in Organizations – Theoretical and Empirical Approaches. Dans C.L. Cooper (dir.), *Theories of Organizational Stress* (1^e ed.). New York: Oxford University Press.
- Levitt, A.J., Boyle, M.H., Joffe, R.T. et Baumal, Z. (2000). Estimated prevalence of the seasonal subtype of major depression in a Canadian community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (18), 650–654.
- Levitt, A.J. et Boyle, M.H. (2002). The impact of latitude on the prevalence of seasonal depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(4), 361–367. doi: 10.1177/070674370204700407
- Lilja, J.L., Frodi-Lundgren, A., Hanse, J.J., Josefsson, T., Lundh, L.G., Sköld, C., Hansen, E. et Broberg AG. (2011). Five Facets Mindfulness Questionnaire-reliability and factor structure: a Swedish version. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(4), 291-303. doi: 10.1080/16506073.2011.580367
- Lippel, K., Vézina, M., Stock, S., Funès, A. et Dupéré, C. (2011) Violence au travail: harcèlement psychologique, harcèlement sexuel et violence physique. Dans Vézina M. et al. (dir.), *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d’emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)* (1^e ed., p. 325-399). Québec, Canada: Institut national de santé publique
- López, A.C.A., Sanderman, R., Schroevers, M.J. (2016). Mindfulness and self-compassion as unique and common predictors of affect in the general population. *Mindfulness*, 7(6), 1289–1296. doi: 10.1007/s12671-016-0568-y
- Luethi, M., Meier, B. et Sandy, C. (2008). Stress effects on working memory, explicit memory, and implicit memory for neutral and emotional stimuli in healthy men. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 2 (5), 1-9. doi: 10.3389/neuro.08.005.2008
- Lupien, S. (2015). L’histoire de la science du stress : de Hans Selye à la découverte des anti-inflammatoires. *Santé mentale au Québec*, 40, (2), 275-286.
- Lupien, S. J., Fiocco, A., Wan, N., Maheu, F., Lord, C., Schramek, T., et Tu, M. T. (2005). Stress hormones and human memory function across the lifespan. *Psychoneuroendocrinology*, 30(3), 225-242. doi: 10.1016/j.psyneuen.2004.08.003

- Lustyk, M. K., Chawla, N., Nolan, R. S., et Marlatt, G. A. (2009). Mindfulness meditation research: Issues of participant screening, safety procedures, and researcher training. *Advances in Mind–Body Medicine*, 24(1), 20–30
- Magnusson, A. et Partonen, T. (2005). The diagnosis, symptomatology, and epidemiology of seasonal affective disorder. *CNS Spectrum*, 10 (8) : 625-34
- Mahoney, M. J. (1991). Human change processes: The Scientific foundations of psychotherapy. New York: Basic Books.
- Martínez-Sánchez, F., Fernández-Abascal, I.E. et Martínez-Modia, J.C. (2013). The Spanish version of the short multichannel version of the Profile of Nonverbal Sensitivity (MiniPONS). *Annals of psychology*, 29 (2), 604-613. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.161851>
- Mason, J. W. (1968). A Review of Psychoendocrine Research on the Sympathetic-Adrenal Medullary System. *Psychosomatic Medicine*, 30(5), 631-655.
- May, R. W., Bauer, K. N., & Fincham, F. D. (2015). School burnout: Diminished academic and cognitive performance. *Learning and Individual Differences*, 42, 126–131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2015.07.015>.
- Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401-1415. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>
- May, R. W., Sanchez-Gonzalez, M. A., Brown, P. C., Koutnik, A. P. et Fincham, F. D. (2014). School burnout and cardiovascular functioning in young adult males: A hemodynamic perspective. *Stress*, 1 (1), 79 –87. <http://dx.doi.org/10.3109/10253890.2014.969703>
- Mazé, C. et Verliac, J.F. (2013). Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire : rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. *Psychologie Française*, 58(2), 89-105. doi :10.1016/j.j.psfr2012.11.001
- McCrae, R.R. et Costa, P.T. (1982). Self-concept and the stability of personality: Cross-sectional comparisons of self-reports and ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(6), 1282-1292. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.43.6.1282>
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172–189. [https://doi.org/10.1016/S0006-8993\(00\)02950-4](https://doi.org/10.1016/S0006-8993(00)02950-4)
- McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C., Dymov, S., Labonté, B., ... Meaney, M.J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342-348. doi: 10.1038/nn.2270.

- Mehrabian, A., 1997. Relations among personality scales of aggression, violence and empathy: validation evidence bearing on the risk of eruptive violence scale. *Aggressive Behavior*, 23 (6), p. 433–445. doi: 10.1002/(SICI)1098-2337(1997)23:6<433::AID-AB3>3.0.CO;2-H
- Meny, M.A. (2010). Lumière sur la luminothérapie et le traitement de la dépression saisonnière. *Québec Pharmacie*, 57(6), 48-53
- Milkie, M.A. et Warner, C.H. (2011). Classroom learning environments and the mental health of first grade children. *Journal of Health and Human Behavior*, 52(1), 4-22, doi: 10.1177/0022146510394952
- Miller, D. C. (1991). *Handbook of research design and social measurement* (5e ed., p. 168-174). Newbury Park, CA: Sage.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2017). Le travail et la santé mentale. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/le-travail-et-la-sante-mentale/>
- Mor Barak, M. E., Nissly, J. A. et Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and metanalysis. *Social Service Review*, 75(4), 625–661. <https://doi.org/10.1086/323166>
- Morneau Shepell. (2015). Priorités en matière de santé mentale au travail : Un rapport du groupe recherche de Morneau Shepell. Repéré à : <http://www.morneaushepell.com/sites/default/files/documents/3464-le-rapport-sur-les-priorites-en-matiere-de-sante-mentale-au-travail/9564/2015-morneaushepellbooklet-avantages.pdf>
- Nelson, N. G., Dell’Oliver, C., Koch, C. et Buckler, R. (2001). Stress, coping, and success among graduate students in clinical psychology. *Psychological Reports* 88 (3), 759-767. doi: 10.2466/pr0.2001.88.3.759
- Nesse, R. M. (2001). The smoke detector principle: Natural selection and the regulation of defenses. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935, 75-85. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb03472.x
- Neufeldt, S. (1999). *Supervision strategies for the first practicum* (2e ed.). Alexandria, Virginia: American Counseling Association.
- Neumann, R. et Strack, F. (2000). “Mood Contagion”: The Automatic Transfer of Mood Between Persons. *Journal of Personality and Social Psychology* 79(2), 211-223. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.211>

- Nissly, J. A., Mor Barak, M. E. et Levin, A. (2005). Stress, support, and workers' intentions to leave their jobs in public child welfare. *Administration in Social Work, 29*(1), 79 –100.
- Norcross, J. C. et Barnett, J. E. (2008). Self-care as ethical imperative. The Register Report, Spring. Repéré à http://www.nationalregister.org/trr_spring08_norcross.html.
- Oberlander, T.F., Weinberg, J., Papsdorf, M., Grunau, R., Misri, S., Devlin, A.M. (2008). Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (*NR3C1*) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics, 3*(2), 97–106.
- Ogden, J. et Mtandabari, T. (1997). Examination stress changes in mood and health related behaviors. *Psychology and Health 12* (2), 289-299. <http://dx.doi.org/10.1080/08870449708407406>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). (2017). Préambule du Code de déontologie des psychoéducateurs et psychoéducatrices. Repéré à : http://www.ordrepesd.qc.ca/~media/pdf/Psychoeducateur/Code_de_d__ontologie.ashx?la=fr
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ). (2017). Code de déontologie. Repéré à : <https://www.ordrepsy.qc.ca/code-de-deontologie>
- Pakenham, K. et Stafford-Brown, J. (2012). Stress in clinical psychology trainees: current research status and future directions. *Australian psychologist, 47*(3), 147-155. doi: 10.1111/j.1742-9544.2012.00070.x
- Pallant, J. (2012). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Maidenhead : Open University Press.
- Paquette, D. (2017). Plan de cours PSE 1207 – Observation des comportements. Université de Montréal.
- Patterson, M. L. (1995). A parallel process model of nonverbal communication. *Journal of Nonverbal Behavior, 19*(1), 3-29.
- Pearlin, L. I., et Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(1), 2-21.
- Philippot, P., Kornreich, C. et Blairy, S. (2003). Nonverbal deficits and interpersonal regulation in alcoholics. Dans P. Philippot, E. J. Coats et R. S. Feldman (dir.), *Nonverbal behavior in clinical settings* (p.209-231). New York, NY: Oxford University Press.
- Plusquellec, P. (2017). Plan de cours PSE 6574 – Techniques d’observation avancées. Université de Montréal.

- Plusquellec, P., et Paquette, D. (2016). Perspective évolutionniste du stress. Dans P. Plusquellec et D. Paquette, *Les troubles psy expliqués par la théorie de l'Évolution. Comprendre les troubles de la santé mentale grâce à Darwin* (1^e ed., p. 51-73). Louvain-La-Neuve, Belgique : Deboeck
- Post, S. G. (2007). *Altruism and health: Perspectives from empirical research*. New York : Oxford University Press
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec, enquête Santé Québec 1987. Repéré sur le site : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/3556700006905.pdf>
- Préville, M., Potvin, L. et Boyer, R. (1995). The Structure of Psychological Distress. *Psychological Reports*, 77 (1), 275-293.
- Préville, M., Boyer, R. et Bégin, D. (2001). Enquête sociale et de santé 1998 : Détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides. Repéré sur la banque de données des statistiques officielles sur le Québec : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/incapacite/enquete-limitations-quebec.pdf#page=351>
- Ptacek, J.T., Smith, R.E., Dodge, K.L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressors and appraisal do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(4), 421-430. <https://doi.org/10.1177/0146167294204009>
- Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu. Dans M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (dir.), *Introduction à la psychologie de la santé* (1^e ed., p. 43- 66). Paris: Presses universitaires de France
- Quaglia, J. T., Goodman, R. J., Brown, K. W. (2015). Trait Mindfulness Predicts Efficient Top-Down Attention to and Discrimination of Facial Expressions. *Journal of Personality*, 84(3), 393–404. doi: 10.1111/jopy.12167.
- Rasclé, N. et Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64(2), 97-118. doi : 10.3917/th.642.0097
- Ravindran, A.V, Lam, R.W., Filteau, M.J., Lespérance, F., Kennedy, S.H., Parikh, S.V., et Patten, S.B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. V. Complementary and alternative medicine treatments. *Journal of Affective Disorders*, 117, S54-S64. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.040.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation. Une conception, une méthode*. Montréal, Québec: Sciences et Culture.

- Richmond, A. S., Broussard, K.A., Sterns, J.L., Sanders, K.K., Shardy, J.C. (2015). Who Are We Studying? Sample Diversity in Teaching of Psychology Research. *Teaching of Psychology*, 42(3), 218-226
- Rice, K. G. et Slaney, R. B. (2002). Clusters of perfectionists: Two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 35(1), 35-48.
- Riggio, R.E., Tucker, J.S. et Coffaro, D. (1989). Social skills and empathy. *Personality and individual differences*, 10(1), 93-99. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90184-0](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90184-0)
- Riggio, R.E. et Darioly, A. (2016). Handbook of Nonverbal Communication. Dans D. Matsumoto, H. Hwang et M.G. Frank (dir.), *Measuring non verbal sensitivity* (1^e ed., p.589-606), Washington, DC: APA Handbooks in Psychology Series. doi: 10.1037/14669-023
- Robbins, J.M, Kirmayer, L.J., Cathébras, P., Yaffe, M.J. et Dworkind, M. (1994). Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Medical Care*, 32(5), 795-812. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.5.734>
- Rogow, A. (1970). *The psychiatrists*. New York: Putnam.
- Rosenthal, R., Hall, J.A. Dimatteo, M.R., Rogers, P.L., et Archer, D. (1979). *Sensitivity to nonverbal communication: The PONS test*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Rosip, J. C., et Hall, J. A. (2004). Knowledge of nonverbal cues, gender, and nonverbal decoding accuracy. *Journal of Nonverbal Behavior*, 28, 267–286.
- Rubin, R.S., Munz, D.C. et Bommer, W.H. (2005). Leading from within: the effects of emotion recognition and personality on transformational leadership behavior. *Academy of Management Journal*, 48, 845–858
- Rupert, P. A. et Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88–96. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.88>
- Salanova, M., Schaufeli, W., Martinez, I. et Bresó, E. (2010). How obstacles and facilitators predict academic performance: the mediating role of study burnout and engagement. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 53-70. doi: 10.1080/10615800802609965.
- Sänger, J., Bechtold, L., Schoofs, D., Blaszkewicz, M. et Wascher, E. (2014). The influence of acute stress on attention mechanisms and its electrophysiological correlates. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8 (353), 1-13. doi : 85310.3389/fpsyg.2015.01391

- Santé Québec. (1995). Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993, Volume 1. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- Schlegel, K., Grandjean, D., et Scherer, K. R. (2012). Emotion recognition: Unidimensional ability or a set of modality- and emotion-specific skills? *Personality and Individual Differences*, 53(1), 16–21. doi: 10.1016/j.paid.2012.01.026
- Schlegel, K., Grandjean, D., et Scherer, K. R. (2014). Introducing the Geneva Emotion Recognition Test: An example of Rasch-based test development. *Psychological Assessment*, 26(2), 666-672. doi: 10.1037/a0035246.
- Schlotz, W. et Schulz, P. (2005). Die Kurzversion des *Trierer Inventar zum chronischen Stress* (TICS-K): Fragebogen, Skalenbeschreibung und psychometrische Kennwerte. Données de recherche inédites.
- Schroeder, J. E. (1995). Self-concept, social anxiety, and interpersonal perception skills. *Personality and Individual Differences*, 19, 955-958. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(95\)00108-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(95)00108-5)
- Schwartz-Mette, R. A. (2009). Challenges in Addressing Graduate Student Impairment in Academic Professional Psychology Programs. *Ethics et Behavior*, 19(2), 91-102. <http://dx.doi.org/10.1080/10508420902768973>
- Selden, D. R. (2010). The effects of staff turnover on psychiatric rehabilitation programs. *Psychiatric rehabilitation journal*, 34(1), 71-73. <http://dx.doi.org/10.2975/34.1.2010.71.73>
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, June 17, 1383-1392. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Schoener, G.R. (1999). Practicing what we preach. *The Counseling Psychologist*, 27, 693–701. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000099275003>
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. et Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581–599.
- Shapiro, S.L., Brown, K. W. et Biegel, G. M. (2007). Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training.. *Training and Education in Professional Psychology*, 1 (2), 105-115. doi: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shields, M. (2006). Le stress et la dépression au sein de la population occupée, *Rapports sur la santé*, 17(4), 11-18.

- Skovholt, T. M. et Ronnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58. <https://doi.org/10.1177/089484530303000103>
- Slaney, R.B., Rice, K.G., Mobley, M., Trippi, J. et Ashby, J.S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130–145.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2^e ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. et Diaz-Guerrero, R. (1983). Cross-Cultural anxiety: An overview. Dans C.D. Spielberger et R. Diaz-Guerrero (dir.), *Cross-cultural Anxiety* (vol. 2, p. 3-11). Washington, D.C.: Hemisphere/McGraw-Hill
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. et Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sprecher, S. et Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 629–651. <https://doi.org/10.1177/026540750505056439>
- Sroufe, L.A. et Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17–29
- Sroufe, L. A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child Development Perspectives*, 3, 178–183. doi: 10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x
- Stora, J.-B. (1991). *Le stress*. Paris : Presses universitaires de France
- Sutcliffe, K.M. et Vogus, T.J. (2003). Organizing for Resilience. Dans Cameron, K., Dutton, J.E., & Quinn, R.E. (dir.), *Positive Organizational Scholarship* (1^e ed., p. 94-110). San Francisco: Berrett-Koehler.
- Sunderland, A. et Findlay, L. C. (2012). Perceived need for mental health care in Canada: Results from the 2012 Canadian Community Health Survey-Mental Health. *Health Reports*, 24 (9), 3-9.
- Szanton, S.L., Wenzel, J., Connolly, A.B. et Piferi, R.L. (2011). Examining mindfulness-based stress reduction: Perceptions from minority older adults residing in a low-income housing facility. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 11 (44), <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-44>
- Tabachnick, B. G., et Fidell, L. S. (2006). *Using Multivariate Statistics* (5^e ed.) New York: Allyn & Bacon.

- Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. E. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, *48*, 411–447. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.411
- Tellier, P. et DiGenova, L. (2014). *Student health at McGill University: A report of the findings from the 2013 National College Health Assessment*. Repéré sur: https://www.mcgill.ca/studenthealth/files/studenthealth/mcgill_ncha_report_dec_2014_final.pdf
- Thériault, A. et Gazzola, N. (2006). What are the sources of feelings of incompetence in experienced therapists?, *Counselling Psychology Quarterly*, *19* (4), 313-330. doi: 10.1080/09515070601090113
- Thériault, A. et Gazzola, N. (2010). Therapist Feelings of Incompetence and Suboptimal Processes in Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*(4), 233–243. doi: 10.1007/s10879-010-9147-z
- Tottenham, N., Hare, T. A. et Casey, B. J. (2011). Behavioral assessment of emotion discrimination, emotion regulation, and cognitive control in childhood, adolescence, and adulthood. *Frontiers in Psychology*, *2*(39), 1-9. doi : 10.3389/fpsyg.2011.00039
- Tremblay, C. et Joly, J. (2009). Le roulement de personnel chez des intervenants en Centre jeunesse : état, causes et effets. *Revue de psychoéducation*, *38* (2), 189-213.
- Turgeon, T. (2016). Réflexion sur la fonction adaptative de l’anxiété et des troubles anxieux. Dans P. Plusquellec et D. Paquette, *Les troubles psy expliqués par la théorie de l’Évolution. Comprendre les troubles de la santé mentale grâce à Darwin* (1^e ed., p. 51-73). Louvain-La-Neuve, Belgique : Deboeck
- Université de Montréal. (2017). *Règlement des études de premier cycle*. Repéré à : <http://secretariatgeneral.umontreal.ca/documents-officiels/reglements-et-politiques/reglement-des-etudes-de-premier-cycle/>
- Université de Montréal (2017). *Structure du programme de baccalauréat en psychoéducation*. Repéré à <https://admission.umontreal.ca/programmes/baccalaureat-en-psychoeducation/>
- Université de Montréal. (2017). *Structure du programme de la maîtrise en psychoéducation*. Repéré à <https://admission.umontreal.ca/programmes/maitrise-en-psychoeducation-campus-montreal/structure-du-programme/>
- Unternaehrer, E., Bolten, M., Nast, I., Staehli, S., Meyer, A.H. ... Meinschmidt, G. (2016). Maternal adversities during pregnancy and cord blood oxytocin receptor (OXTR) DNA

methylation. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(9), 1460-70. doi: 10.1093/scan/nsw051

Usala, P. D., et Hertzog, C. (1991). Evidence of differential stability of state and trait anxiety in adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 471-479. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.471>

Véron, L. (2013). Le stress des psychologues cliniciens. Identification et conséquences, *Le Journal des psychologues*, 7 (310), 29-32. doi : 10.3917/jdp.310.0029

Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. et Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26. http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr2001_1

Xi, J., Lee, M.T., LeSuer, W., Barr, P., Newton, K. et Poloma, M.M. (2016). Altruism and Existential Well-Being. *Applied Research in Quality of Life*, 12(1), 67-88. doi: 10.1007/s11482-016-9453-z

Walker, C. E. et Matthews, J. R. (1997). Introduction: First steps in professional psychology. Dans J. R. Matthews & C. E. Walker (dir.), *Basic skills and professional issues in clinical psychology* (1^e ed., p. 1–12). Boston: Allyn & Bacon.

Wang, H., Kong, M., Shan, W. et Vong, S.K. (2009). The effects of doing part-time jobs on college student academic performance and social life in a Chinese society. *Journal of education and work*, 23 (1), 79-94. <http://dx.doi.org/10.1080/13639080903418402>

Watson, R., Dreary, I., Thompson, D. et Li, G. (2008). A study of stress and burnout in nursing students in Hong Kong : a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1534-1542. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.11.003.

Wethington, E. (2000). Contagion of stress. *Advances in Group Processes*, 17, 229-253.

Wynn, R. et Wynn, M. (2006). Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: Characteristics of some conversational resources. *Journal of Pragmatics*, 38(9), 1385–1397.

Young, A.F., Powers, J.R. et Bell, S. L. (2006). Attrition in longitudinal studies: who do you lose? *Australian and New Zealand Public Health*, 30(4), 353-361. doi: 10.1111/j.1467-842X.2006.tb00849.x

Zang, L., Shaozheng, Q., Zhuxi, Y., Zhang, K. et Wu, J. (2016). Long-term academic stress enhances early processing of facial expressions. *International Journal of Psychophysiology*, 109, 138-146. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2016.08.010

Zentner, M. et Shiner, R. (2012). Fifty Years of Progress in Temperament Research: A synthesis of major themes, findings, challenges, and a look ahead. Dans M. Zentner, & R. Shiner (dir.), *Handbook of Temperament*. (1e. ed., p. 673-700). New York: Guilford Publications

