



Recherche interventionnelle sur la santé mentale des intervenant(e)s communautaires durant la pandémie

Chercheuses principales : Lara Gautier (Université de Montréal), Naïma Bentayeb (IU SHERPA, ENAP)

Collaborateur principal : Jean-Sébastien Patrice (MultiCaf)

Co-chercheuses : Achille Dadly Borvil (ENAP), Annie Jaimes (Université du Québec à Montréal), Mélanie Gagnon (CERDA, IU SHERPA)

Co-collaborateurs : William Delisle (Club Ami), Hugues LaForce (TRACOM), Ancuta Stan (Fondation de la visite)

Financement : RQCP, Fondation Écho et Fondation du Grand Montréal

Rapport de résultats

Septembre 2022

Remerciements

Alessandra Devulsky (ancienne directrice de la Corporation de développement communautaire de Côte-des-Neiges), Gabriel Ouellet-Lamarche (ancien employé de Multicaf)

Auxiliaires de recherche : Iman Sta-Ali, Jean-Ebène Bellerice

Participant.e.s aux activités de la recherche, aux activités interventionnelles, et l'atelier de réflexion du 20 septembre 2022

Intervenant.e.s animatrices des activités interventionnelles : Julie Labelle, Souad Maaroufi

Organismes d'accueil des activités interventionnelles : Multicaf, PROMIS, Fondation de la visite

Accueil de l'atelier de réflexion : Maison de la culture de Côte-des-Neiges

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES ANNEXES	6
1. Introduction	7
2. Méthodes de recherche	9
2.1. Approche et volets de recherche	9
2.2. Recrutement, collecte et analyse de données	12
2.2.1. Volet qualitatif	12
2.2.2. Volet quantitatif	13
2.3. Méthodologie pour l'exploitation des données quantitatives	14
2.4. Limites des données, des analyses et des interprétations	14
3. Résultats du volet 1 : Expériences et besoins des intervenant.e.s d'OC, des stratégies et des réponses à ces besoins	14
3.1. Profil des intervenant.e.s participant.e.s au questionnaire	14
3.1.1. Genre et âge des répondant.e.s	14
3.1.2. Groupes de population	15
3.1.3. Quartier et taille de l'organisation	16
3.1.4. Ancienneté dans le poste actuel	16
3.1.5. Fonction des répondant.e.s	16
3.1.6. Domaine/secteur d'activité principal d'intervention et groupes desservis	17
3.2. Réalités des intervenant.e.s communautaires durant la pandémie de la COVID-19	17
3.2.1. Conséquences de la pandémie et difficultés rencontrées	17
3.2.2. Bien-être et santé mentale des intervenant.e.s au travail	17
3.2.3. Entre nouvelles réalités et réorganisation du travail	19
3.2.4. Préoccupation vis-à-vis des usager.e.s : de l'inquiétude au sentiment d'impuissance	21
3.2.5. Isolement des travailleur.e.s	21
3.2.6. Capacité à continuer à offrir des services	22
3.2.7. Insuffisance de financements : un problème exacerbé par la pandémie	23
3.3. Perceptions du bien-être au travail	23
3.3.1. Stress personnel	25
3.3.2. Mobilisation des ressources intérieures	25
3.3.3. Un environnement de travail sain	26
3.3.4. De bonnes conditions de travail	27
3.4. Des services de soutien au bien-être étaient-ils disponibles?	27
3.4.1. Manque de soutien institutionnel et gouvernemental	27
3.4.2. Sécurité salariale et flexibilité de l'employeur	29

Rapport final

3.4.3.	<i>Maintien de la communication malgré la distance</i>	29
3.5.	<i>Comment se sont-ils adaptés? Les stratégies développées pour faire face à la pandémie</i>	30
3.5.1.	<i>Stratégies collectives</i>	30
3.5.2.	<i>Stratégies individuelles</i>	31
3.6.	<i>Opportunités créées par la pandémie</i>	31
3.6.1.	<i>Éléments positifs rapportés par les intervenant.e.s : vers une croissance post-traumatique ?</i>	31
3.6.2.	<i>Éléments positifs rapportés par les responsables</i>	31
3.6.3.	<i>Opportunités communes</i>	31
3.6.4.	<i>Opportunités organisationnelles</i>	32
3.7.	<i>Difficultés et enjeux rencontrés : que recommandent les travailleur.e.s?</i>	32
3.7.1.	<i>Niveau macro (institutionnel / gouvernemental)</i>	32
3.7.2.	<i>Niveau méso (organisationnel)</i>	35
4.	<i>Résultats du volet 2 : Évaluation qualitative des activités interventionnelles</i>	36
4.1.	<i>Bénéfices des activités interventionnelles perçus par les participant.e.s</i>	37
4.2.	<i>Suggestions faites par les participant.e.s pour améliorer les activités interventionnelles</i>	37
5.	<i>Discussion</i>	38
5.1.	<i>Pénurie de main-d'œuvre</i>	38
5.2.	<i>La satisfaction de la compassion peut-elle protéger les travailleur.e.s ?</i>	38
5.3.	<i>Mobilisation des ressources intérieures</i>	39
5.4.	<i>Du self-care au community-care</i>	40
5.5.	<i>Leadership bienveillant</i>	41
5.6.	<i>Réflexions sur le processus de recherche-interventionnelle en situation de pandémie</i>	42
6.	<i>Limites</i>	42
7.	<i>Conclusion</i>	43
8.	<i>Références bibliographiques</i>	44



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Déroulement du projet de recherche ----- 11

Figure 2 : Genres des participants----- 15

Figure 3 : Groupe de population (Questions posées à partir du questionnaire standard de Statistiques Canada [27] ----- 16

Figure 4 : Niveau d'épuisement professionnel n=47 ----- 18

Figure 5 : Niveau de bien-être global des intervenant.e.s pendant la pandémie ----- 24



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Genre, secteur d'activité des organismes des participant.e.s intervenant.e.s et code correspondant ----- 12

Tableau 2 : Genre, secteur d'activité des organismes des participant.e.s responsables d'OC et code correspondant ----- 13

Tableau 3 : Âge des répondant.e.s ----- 15

Tableau 4 : Déterminants du bien-être au travail ----- 24



LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Résumé du projet de recherche

Annexe 2 : Ordres du jour et comptes-rendus de rencontres

Annexe 3 : Courriels et affiches pour le recrutement de participants aux volet 1

Annexe 4 : Outils de collecte de données volet 1 (questionnaire et guides de focus groupes)

Annexe 5 : Approbation éthique

Annexe 6 : Affichettes pour les activités du volet 2

Annexe 7 : Programmation de l'atelier de réflexion

Annexe 8 : Affiche interactive (infographie)

1. Introduction

Si les mesures de santé publique durant la pandémie ont d'abord visé à limiter la propagation du virus et à protéger ainsi la santé physique de la population, on sait que la crise sanitaire a également eu des conséquences néfastes sur les inégalités sociales et la santé mentale de la population – sans épargner les intervenant.e.s de première ligne. L'Institut National de la Santé Publique du Québec (INSPQ) a mis en évidence la détresse psychologique résultant de la pandémie de la COVID-19 pour les travailleur.e.s de la santé : 25% d'entre eux étaient concernés pendant la deuxième vague [1]. Complémentaire au secteur de la santé, le milieu communautaire joue un rôle central dans la protection des populations les plus vulnérables, offrant des services essentiels (p.ex., soutien psychosocial, aide alimentaire, offre éducative, etc.) et souvent avec des moyens plus modestes et dans des conditions de travail plus précaires. La mobilisation des organismes communautaires (OC) dans la lutte contre les pandémies est un déterminant de l'efficacité et de l'acceptabilité de la riposte [2]. Or, on dispose de peu de connaissances sur l'impact de la pandémie sur les intervenant.e.s et les équipes de ce secteur clé.

Le milieu communautaire fait face à des défis importants depuis le début de la pandémie : certains services essentiels sont demeurés en activité, parfois sans matériel de protection dans les premiers temps, et pour une population encore plus fragilisée par la crise. Par ailleurs, la mise en place de mesures de distanciation physique, de confinement et de limitation des déplacements a considérablement affecté l'action des OC [3]. Une enquête a montré que selon 96% d'intervenant.e.s à Montréal, les mesures de lutte contre la pandémie ont modifié les modes d'action [4], au moment même où la vulnérabilité des bénéficiaires s'accroissait face à la COVID-19 (p. ex., les besoins alimentaires à Montréal auraient triplé lors de la première vague [5]). Cette précarité a elle-même de nombreuses conséquences sur la santé mentale des populations – les communautés ethnoculturelles en particulier montrant des niveaux plus élevés d'anxiété (21%) que d'autres catégories de population [6]. Les intervenant.e.s d'OC sont souvent eux et elles-mêmes des membres de communautés ethnoculturelles. Certains cumulent ainsi plusieurs facteurs de vulnérabilité : possible exposition au virus dans le contact avec les usager.e.s, précarité des conditions de travail ; **augmentation de la charge de travail ; adaptation accélérée aux besoins de la population, aux nouveaux services et modes d'action (virtuels)** [7,8].

L'ensemble de ces facteurs a des conséquences sur le travail des intervenant.e.s et sur la perception de leur sentiment de compétence dans l'organisation [9]. S'il existe plusieurs études en cours sur la santé mentale des travailleur.e.s de la santé en temps de pandémie (p. ex., sur les conséquences du délestage [10]), il en existe très peu sur celle des intervenant.e.s d'OC. Les symptômes d'anxiété, de dépression, de trouble de stress post-traumatique et les risques d'infection (et les conséquences associées) sont les principaux impacts observés chez les acteurs du Réseau de la santé et des services sociaux au Québec [11]. La littérature canadienne a montré que les causes en sont l'incertitude liée à la disponibilité des équipements de protection individuelle, la prestation de soins, la nécessité d'auto-isollement et de réactions de traumatismes vicariants [12,13]. Une récente étude de l'UQAM a démontré que 29% des intervenant.e.s communautaires expriment de l'**épuisement professionnel**, ce qui correspond à une hausse de 9% depuis

Rapport final

le début de la pandémie [14]. Cela s'expliquerait par un manque de ressources, dont l'équipement de protection (EPI), d'information, une incertitude grandissante face à l'avenir, ainsi que la perte de bénévoles. De plus, des chercheurs à Ottawa explorent les impacts de la pandémie sur la fatigue **de compassion, le trauma vicariant et le burn-out** chez les intervenant.e.s d'OC [15], mais leurs résultats ne sont pas encore connus. En outre, plusieurs facteurs liés aux environnements organisationnels sont susceptibles d'amoinrir le bien-être [14]. Ceci a des impacts négatifs sur la mobilisation, l'engagement des intervenant.e.s, et les services offerts [16]. Cet enjeu est d'autant plus prégnant en situation de crise sanitaire : la détresse des intervenant.e.s risque d'avoir des conséquences néfastes non seulement sur le bien-être de ces acteurs essentiels, mais également sur la mobilisation et la **rétenion des intervenant.e.s dans ce secteur, ainsi que sur la continuité des services des OC.**

Pour ce projet, nous adoptons la définition par l'OMS de la santé mentale, comme un état de bien-être physique, mental et social, qui ne peut se limiter à l'absence de pathologie [17]. Considérant les dimensions contextuelles de la détresse des intervenant.e.s, il nous semble à propos d'utiliser le terme de « bien-être » et d'adopter un angle critique, permettant une reprise de pouvoir (empowerment) des intervenant.e.s, dans une perspective collective, plutôt qu'uniquement individuelle [18]. Nous insistons également sur les transformations positives et les éléments protecteurs de l'engagement des intervenant.e.s durant la pandémie, y compris la gratification et les dimensions positives de la mobilisation face à une crise collective (p. ex., la croissance post-traumatique documentée auprès d'intervenant.e.s en Haïti après le séisme [19]). De plus, le soutien dans le milieu de travail est le premier facteur qui peut protéger le bien-être au travail [16]. La protection du bien-être dans le contexte de la COVID-19 se situe, elle aussi, au niveau organisationnel : elle suppose une communication claire et transparente (p. ex., la mise en place d'un bulletin d'information pour atténuer les inquiétudes) et la reconnaissance publique du rôle des travailleur.e.s dans le contrôle de la pandémie et de leur contribution au bien commun [13]. En outre, la capacité des organisations de santé à fournir régulièrement et en temps utile des ressources adéquates (p. ex., équipement de protection individuel) et à mettre en œuvre du soutien (p. ex. une ligne d'assistance téléphonique spéciale) est susceptible d'accroître l'auto-efficacité et la confiance du personnel [13]. Cependant, on relève pour les OC d'importantes difficultés organisationnelles à soutenir leurs intervenant.e.s, du fait du contexte de crise.

À Montréal, les OC des quartiers Côte-des-Neiges (CDN) et Notre-Dame-de-Grâce (NDG) – du fait de la prévalence de personnes en situation de vulnérabilité dans ces quartiers – ont été particulièrement mobilisés pour faire face à la COVID-19. En particulier, la Corporation du développement communautaire (CDC) de CDN et la Cafétéria communautaire MultiCaf (MultiCaf), coordonnateur du Plan d'action de lutte contre la COVID-19 à CDN et NDG, ont joué un rôle clé dans la promotion au sein du réseau d'initiatives visant à soutenir les intervenant.e.s, notamment un projet d'offre de soutien psychosocial aux intervenant.e.s communautaires, dans les quartiers CDN et NDG. Le projet a démarré à la fin de la phase 1 du Plan d'action (octobre 2020) et a été renouvelé dans la phase 2 de ce plan, pour la période de janvier à juin 2021. L'intervention, de niveau individuel, repose sur la mise à disposition de deux intervenantes psycho-sociales, employées de nos partenaires, le Club Ami (à CDN) et TRACOM (à NDG). À la demande de l'intervenant.e, et selon ses disponibilités, l'une des deux intervenantes lui propose une rencontre à distance ou en présentiel, afin de répondre aux besoins exprimés.

Rapport final

Le présent projet vise à soutenir la mise en œuvre de cette intervention tout en contribuant de manière plus large à l'étude de la complémentarité des interventions en santé mentale de type individuel et collectif aux intervenant.e.s d'OC, y compris au-delà de la pandémie. Ce projet de recherche interventionnelle propose de :

Obj. 1 : Mieux connaître les besoins de soutien psychosocial des intervenant.e.s d'organismes communautaires (OC) des quartiers Côte-des-Neiges et Notre-Dame-de-Grâce.

Obj 2 : Mettre sur pied et évaluer des modalités de soutien aux intervenant.e.s pour les soutenir face au contexte de crise, et au-delà.

2. Méthodes de recherche

2.1. Approche et volets de recherche

Cette recherche est participative : elle est co-construite avec MultiCaf, organisme co-porteur de ce projet, la CDC, et les OC Club-Ami et TRACOM, qui agissent comme partenaires de la recherche à toutes les étapes de celle-ci. Ceci passe par, premièrement, la mise en place d'un comité aviseur composé des chercheurs et des référents des organismes communautaires partenaires, se réunissant une fois par mois (sauf au mois d'août 2021- ODJ et CR si disponibles, en annexes) afin de co-construire les modalités de la recherche interventionnelle. Ces rencontres ont notamment porté sur les thèmes suivants : stratégies de recrutement des participants aux focus groupes exploratoires, diffusion des affichettes (comprenant le lien vers le formulaire en ligne) pour le recrutement des participants aux focus groupes, planification et validation du questionnaire en ligne (en français et en anglais), planification des activités de l'hiver 2022.

Cela passe, deuxièmement, par la nécessaire **flexibilité** du devis de recherche initial, que nous avons ajusté (par rapport aux méthodes initialement proposées dans notre demande de financement) en fonction du contexte et des échanges avec les partenaires et l'évolution des besoins.

Cette recherche est également mixte : elle mobilise les méthodes qualitatives et quantitatives (voir ci-dessous) pour le volet 1.

Volet 1 : Exploration des expériences et besoins des intervenant.e.s d'OC, des stratégies et des réponses à ces besoins

Ce volet du projet se décline en un devis mixte séquentiel exploratoire [20], comprenant :

1a) Une phase qualitative, qui permet notamment d'informer la seconde partie quantitative (1b), qui se compose de focus groupes exploratoires avec les responsables des OC et les intervenant.e.s d'OC, afin de dresser un portrait des besoins, des principales problématiques rencontrées par les OC, et des ressources pour y faire face à CDN et NDG.

1b) Une phase quantitative à partir d'une enquête transversale, permet de confirmer et valider les besoins des OC et ressources mises à disposition. Un questionnaire en ligne, diffusé au sein de

Rapport final

l'ensemble des OC de CDN et NDG à travers nos partenaires, a été proposé aux intervenant.e.s d'OC de ces deux quartiers (n=47).

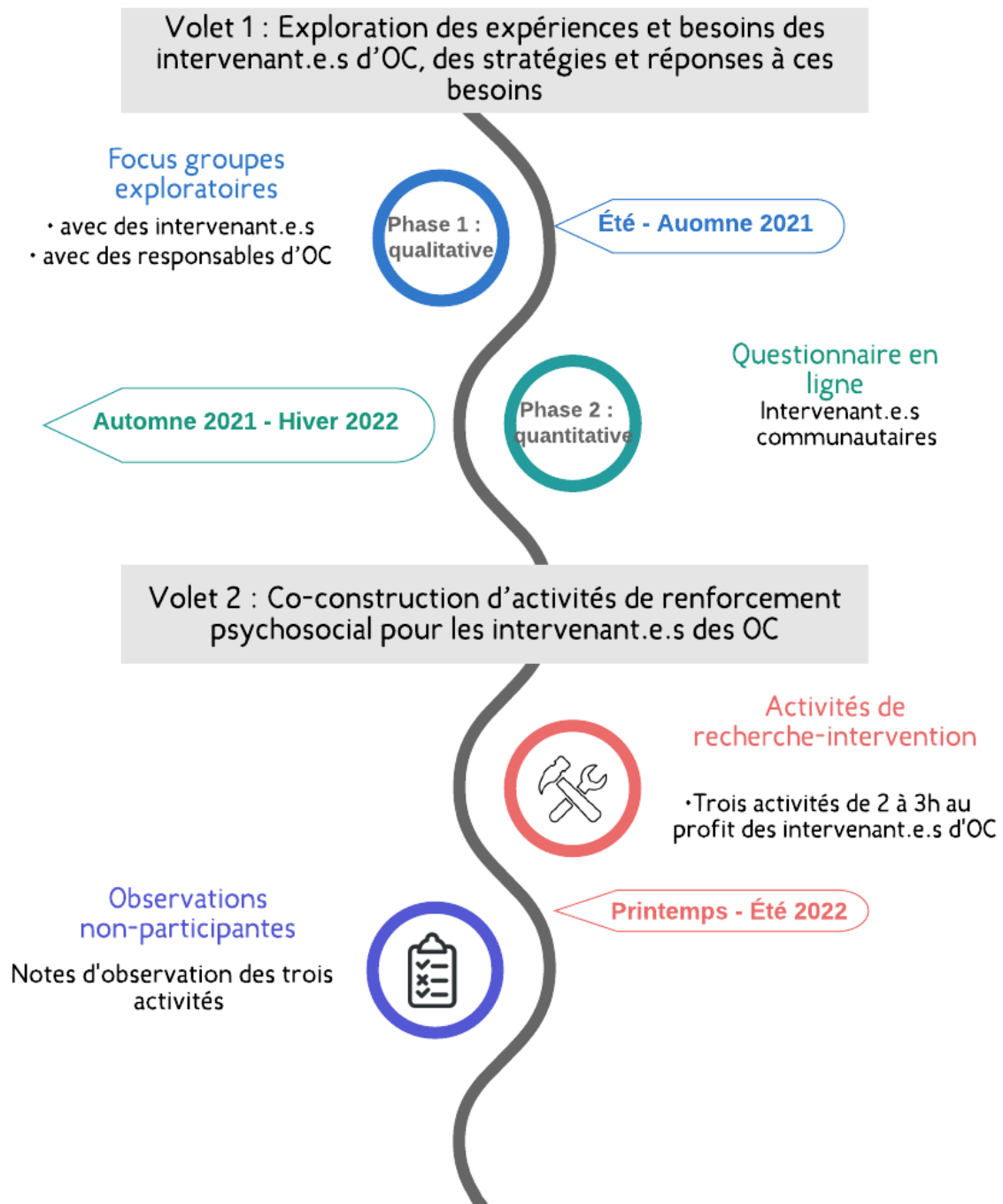
Volet 2 : Co-construction d'ateliers collectifs pour les intervenant.e.s des OC

À partir des résultats issus des deux précédentes phases (volet 1), ainsi que des échanges avec les acteurs du terrain (rencontre du comité aviseur impliquant également les répondant.e.s du volet 1 qui le souhaitaient), des ateliers ont été élaborés et proposés à une vingtaine d'intervenant.e.s communautaires. Il y a eu en tout trois ateliers interventionnels, qui se sont tous tenus en personne. Il y a d'abord eu l'atelier « Les bonnes postures et mouvements au travail » le 22 mars 2022 à MultiCaf. Ce premier atelier a réuni six participant.e.s de quatre OC différents. Le 21 avril 2022, il y a eu l'atelier « Prendre soin de soi-même... tout en prenant soin de l'autre », un atelier de sensibilisation destiné aux intervenant.e.s communautaires pour prévenir la fatigue de compassion. Cet atelier a eu lieu à PROMIS et a réuni 10 participant.e.s de quatre OC différents. Ensuite, il y a eu l'atelier « Trouver l'équilibre : prendre soin de soi et des autres », le 16 juin 2022 qui s'est déroulé à la Fondation de la Visite : 10 participants de trois OC différents étaient présents.

Le premier atelier a été animé par une intervenante en ostéopathie et posture au travail, référée par une membre de notre équipe de recherche. Les deux derniers ateliers interventionnels ont été animés par une autre intervenante psychosociale référée par une membre de notre équipe de recherche et ont porté sur les ressources protectrices, les défis rencontrés et les stratégies mises en place pour faire face aux difficultés. Les discussions ont abordé les questions suivantes : p. ex., comment améliorer le bien-être de nos équipes pour la suite ? Comment prendre soin de nous ? Des notes ont été prises pendant ces ateliers ; elles ont ensuite été analysées de façon inductive [21], à la lumière des catégories de problématiques et facteurs de soutien mentionnés. Une auxiliaire de recherche a assisté à ces rencontres à des fins d'observation.

Rapport final

Figure 1 : Déroulement du projet de recherche



Source : Création originale de l'équipe de recherche

Rapport final

2.2. Recrutement, collecte et analyse de données

2.2.1. Volet qualitatif

Le recrutement des participant.e.s a été fait premièrement, à partir d'une sélection aléatoire des OC pré-identifiés par nos partenaires, puis par la suite, à partir de septembre 2021, selon leur compilation d'un formulaire en ligne (diffusé par nos partenaires points focaux du milieu communautaire) et en fonction de leurs disponibilités.

Le formulaire en ligne a été envoyé/diffusé à travers les canaux suivants :

- Diffusion dans deux infolettres de la CDC de Côte-des-Neiges (juillet 2021, octobre 2021)
- Présentation à l'assemblée générale de la corporation de développement communautaire (CDC) de CDN
- Courriels transmis à la responsable du NDG Council
- Présentations faites à deux tables du quartier de CDN : Table Famille, Table Habitation Sociale
- Présentation de l'étude au Comité de concertation Interculturel du quartier CDN

En dépit de l'intérêt et des besoins bien présents, le taux de participation n'était pas aussi élevé que prévu. Cela peut être expliqué par la réalité de la pandémie qui amène plusieurs obstacles à cette collaboration. Les obstacles peuvent être non seulement liés aux restrictions gouvernementales qui limitent les rencontres en personne, mais également à la surcharge de travail à laquelle font face les intervenant.e.s du milieu communautaire leur laissant peu de temps à libérer pour participer à ce projet de recherche.

La collecte des données qualitatives a été réalisée par ADB entre juillet et octobre 2021. Un total de 14 employé.e.s dont 10 intervenant.e.s et 4 gestionnaires ont participé aux focus groupes. Trois focus groupes (de 3-4 participants) réunissant des intervenant.e.s d'OC (quatre OC) et deux focus groupes (de 2 participants chacun) avec des responsables d'OC – ont été organisés en ligne (plateforme Zoom). Le Tableau 1 et le Tableau 2 donne des caractéristiques plus précises concernant les participant.e.s et les OC d'affiliation.

Tableau 1 : Genre, secteur d'activité des organismes des participant.e.s intervenant.e.s et code correspondant

Secteur d'activités de l'organisme d'appartenance	Genre	Code
Aide /sécurité alimentaire (OC1)	M	INT 7
	M	INT 8
	M	INT 10
	M	INT 9
Soutien aux jeunes 6-12 ans et à leurs familles (OC2)	F	INT 5
Soutien aux familles défavorisées (OC3)	F	INT 6
	F	INT 4
Aide /sécurité alimentaire (OC 4)	F	INT 1
	F	INT 2
	F	INT 3

Rapport final

Tableau 2 : Genre, secteur d'activité des organismes des participant.e.s responsables d'OC et code correspondant

Secteur d'activités de l'organisme d'appartenance	Genre	Code
Aide /sécurité alimentaire (OC 1)	M	RESP 3
Aide aux immigrants et réfugiés (OC 5)	M	RESP 4
Santé mentale (OC 6)	M	RESP 1
Santé mentale (OC 7)	M	RESP 2

Les données ont été transcrites, codées sur QDAMiner Lite (logiciel libre) et analysées selon une approche inductive afin de faire ressortir des catégories d'analyse qui ont été utilisées dans le cadre de la phase quantitative de ce volet. Les principaux thèmes ressortis lors de l'analyse préliminaire des focus groupes sont le bien-être, la satisfaction de compassion et l'épuisement professionnel. Ces thèmes ont été utilisés pour construire une partie du questionnaire quantitatif.

2.2.2. Volet quantitatif

Le questionnaire comprenait trois catégories principales de variables mesurées au moyen d'échelles de Likert 6 à 7 points : le bien-être global [22], les problématiques rencontrées (épuisement professionnel et trauma vicariant [23]), la fatigue de compassion [24], mais aussi la croissance post-traumatique [25] et autres, en fonction des résultats qualitatifs, la satisfaction par rapport aux ressources identifiées dans la partie qualitative, et le soutien organisationnel perçu [26].

Les résultats des focus groupes exploratoires, ainsi que les discussions régulières entre les chercheurs et les partenaires terrain du milieu communautaire, ont permis d'affiner notre questionnaire. Les échanges de courriel avec l'équipe du projet de recherche et notamment nos partenaires communautaires nous ont amenés à modifier certaines formulations et à ajouter certaines options dans la description des participants et du champ d'intervention de leur organisme d'appartenance. Les résultats des focus groupes nous ont permis d'ajouter une variable qui mesure la détresse de plusieurs intervenant.e.s découlant de leur préoccupation pour les personnes vulnérables qu'elles accompagnent (durement touchées par la COVID-19 et ses contrecoups). Cette nouvelle variable se décline sur une échelle Likert 7 points, et a été formulée de la façon suivante : *Pour chacun des énoncés suivants, cochez la case qui correspond le mieux à votre ressenti au sujet de la population desservie par votre organisme, notamment durant la première année de pandémie. [Énoncés : Durant 1^{ère} année de pandémie (entre mars 2020 et mai 2021, Je me sentais impuissant ; Je ressentais de la tristesse et du chagrin ; J'étais frustrée et en colère ; J'étais désespéré (e) ; J'étais inquiet (te) pour la sécurité des usagers.]*

L'analyse statistique a consisté en des analyses descriptives (moyennes et écart-type), sur un logiciel statistique (SPSS) ainsi que des tests de corrélation entre certaines variables (voir plus bas).

Le questionnaire (français et anglais) en ligne a été administré initialement du 23 novembre au 8 décembre 2021. Le 9 décembre, l'équipe a décidé de prolonger l'administration jusqu'au 22 décembre inclusivement

Rapport final

dans le but d'augmenter le nombre total de répondant.e.s. Au total, 47 répondant.e.s ont complété le questionnaire.

2.3. Méthodologie pour l'exploitation des données quantitatives

Pour exploiter les données collectées à travers les questionnaires, le logiciel de statistiques SPSS a été utilisé. Une fois les données exportées sur SPSS, la première démarche consiste à utiliser une technique d'imputation pour remplacer les champs vides de la base de données. La technique d'imputation utilisée a permis de créer une catégorie avec les données manquantes, puisque celles-ci ne représentent pas une part importante de l'échantillon (entre 2 et 6 % en grande majorité des questions).

Cette technique a été choisie parce qu'elle permet de réduire au maximum les biais liés aux méthodes d'imputation (c'est-à-dire, les valeurs manquantes ne sont remplacées par aucune valeur estimée). Elle est aussi plus adaptée par rapport à l'existence de certaines variables (sexe, âge, etc.) pour lesquelles les autres types d'imputation peuvent provoquer des incohérences.

Des scores ont été calculés en fonction des directives de l'OMS pour calculer l'indice de bien être, de celles de ProQOL, (version 5, 2009) pour l'échelle de qualité de vie professionnelle et pour d'autres types de variables.

Des statistiques, incluant les fréquences, la moyenne et l'écart type, ont été générées afin de produire des informations au besoin de l'étude. De plus, des tableaux de corrélation ont aussi été générés afin de faire ressortir le niveau de relation entre certaines variables, notamment : la taille de l'organisation et le bien-être global ; le bien-être global et celui de la résilience professionnelle, et enfin la relation entre le mode de travail et le niveau d'épuisement professionnel.

2.4. Limites des données, des analyses et des interprétations

La technique d'imputation utilisée est susceptible de faire augmenter l'écart-type de la distribution puisque la valeur manquante est généralement désignée par le chiffre 99 dans SPSS, ce qui constitue une valeur atypique par rapport aux autres. Elle désorganise un peu la structure des modalités prédéfinies.

Les deux échantillons sont petits et ne sont pas représentatifs de la population à l'étude.

3. Résultats du volet 1 : Expériences et besoins des intervenant.e.s d'OC, des stratégies et des réponses à ces besoins

3.1. Profil des intervenant.e.s participant.e.s au questionnaire

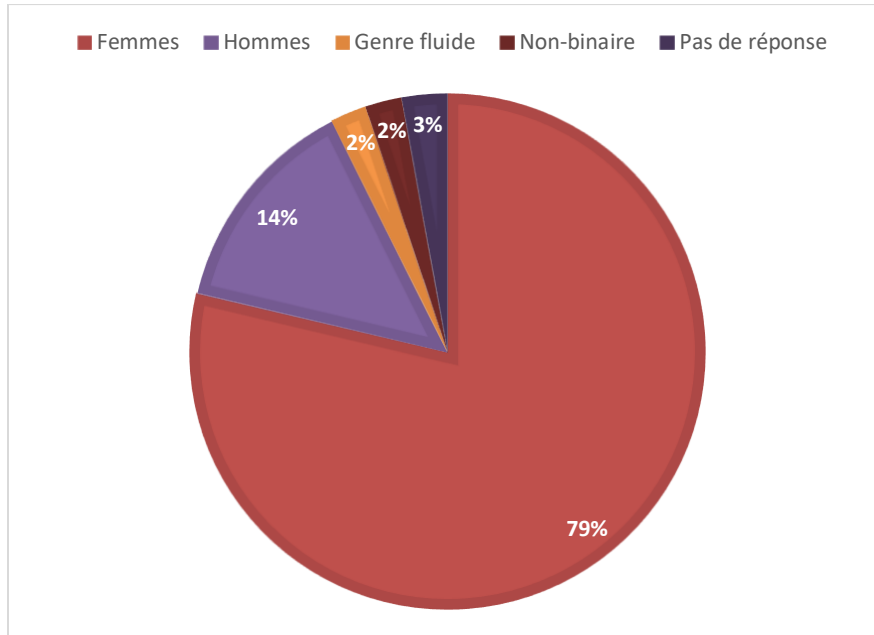
Cette section présente quelques résultats descriptifs. Comme mentionné ci-dessus, la taille de notre échantillon est faible (N=47).

3.1.1. Genre et âge des répondant.e.s

Rapport final

La population à l'étude est composée de 72,3% de femmes, 12,8% d'hommes, 2,1% de genre fluide et de 2,1% de personne non-binaire. 2,6% des répondant.e.s ont préféré ne pas répondre à la question.

Figure 2 : Genres des participants



Source : Données produites à partir des réponses au questionnaire

Les répondant.e.s sont âgés de 20 à 70 ans. Les catégories d'âges sont réparties dans le Tableau 3 suivant :

Tableau 3 : Âge des répondant.e.s

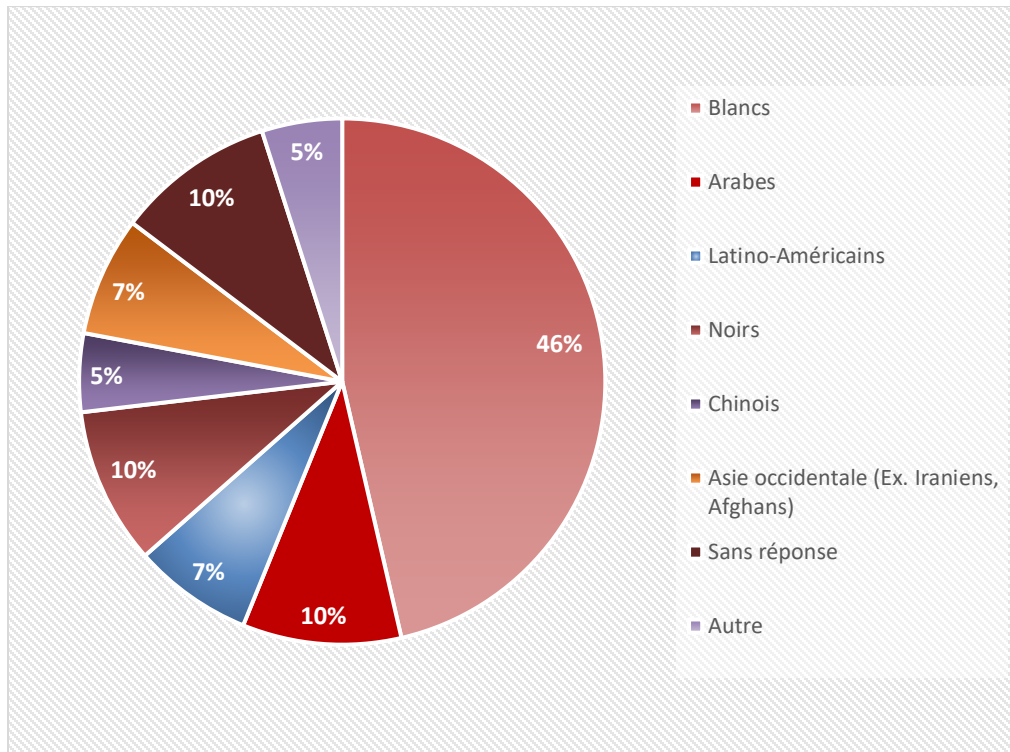
Âge	Échantillon %
20-29 ans	14,9
30-39 ans	31,9
40-49 ans	19,1
50-59 ans	14,9
60 ans et plus	6,4

3.1.2. Groupes de population

Les données indiquent que les blancs représentent 40,4% de la population à l'étude. Les Arabes (8,5%), les Latino-Américains (6,4%) et les Noirs y sont représentés à 8,4%. 4,2% des répondant.e.s sont d'origine chinoise. 6,4% s'identifient à l'Asie occidentale (p. ex. Iranien, Afghan). 8,5% des répondant.e.s ont choisi de ne pas déclarer leur origine ethnique, 4,3% se sont retrouvé dans la catégorie « Autre ».

Rapport final

Figure 3 : Groupe de population (Questions posées à partir du questionnaire standard de Statistiques Canada [27])



Source : Données produites à partir des réponses au questionnaire

3.1.3. Quartier et taille de l'organisation

Les répondant.e.s proviennent majoritairement d'organismes situés dans le quartier Côte-des-Neiges à 74,5%. 25,5% sont issus d'organismes situés à Notre-Dame-de-Grâce. Quant à la taille des organismes de provenance des répondant.e.s, les données révèlent que plus de 42% des organisations auxquelles les répondant.e.s sont affectés ont au moins 16 employé.e.s, tandis que près de 30% ont entre 6 et 10 employé.e.s et près de 13% ont entre 11 et 15 employé.e.s. Moins de 9% de ces organisations ont au plus 5 employé.e.s.

3.1.4. Ancienneté dans le poste actuel

Parmi les répondant.e.s, le pourcentage de ceux ayant au moins 5 ans de travail dans le domaine communautaire constitue plus de la majorité (51.1%). Ce pourcentage est de 23.4 % pour ceux ayant 1 à 2 ans d'ancienneté, de 17% pour ceux ayant 2 à 4 ans d'ancienneté et de 8.5% pour ceux ayant moins d'un an de travail communautaire.

3.1.5. Fonction des répondant.e.s

Plus de 23% des répondant.e.s se sont identifiés comme des intervenant.e.s et 17% comme occupant un poste de coordination. Aussi, plus de 10% des répondant.e.s ont rapporté occuper un poste de gestion. Les

Rapport final

autres répondant.e.s occupaient différentes fonctions (chef d'équipe, chargé de projet, agent de développement, organisateur communautaire, superviseure, etc.).

3.1.6. Domaine/secteur d'activité principal d'intervention et groupes desservis

Parmi les domaines dans lesquels évoluent les organisations des répondant.e.s, la majorité intervient dans l'aide et la sécurité alimentaire (23.4%). Ceux qui œuvrent dans le soutien à des clientèles particulières constituent 17% de l'échantillon et 12% plutôt dans le soutien aux familles. Les domaines Aide à l'emploi, Médiation interculturelle et Soutien à l'installation représentent chacun 4.3% des domaines d'intervention des organismes. 34% des répondant.e.s ont sélectionné la catégorie Autre qui incluent plusieurs champs d'intervention tels que l'accueil alternatif en santé mentale, comité logement et salubrité, concertation, développement communautaire, loisirs et soutien aux aînés. Parmi les groupes desservis par l'organisation des répondant.e.s, les adultes 25-63 ans et les aînés 64 ans et plus sont les plus groupes les plus fréquents, tandis que les adolescents 13-17 ans (9%) constituent le groupe le moins assisté par l'organisation des répondant.e.s. En ce qui concerne la catégorie de population desservie, 68% des réponses indiquent que l'organisation dessert la population générale, 47% d'entre elles ont mentionné la catégorie des personnes immigrantes et 34% pour les personnes réfugiées. Les réponses liées à la catégorie des jeunes en difficultés et des personnes sans statut sont, respectivement : 23 % et 30%.

3.2. Réalités des intervenant.e.s communautaires durant la pandémie de la COVID-19

Cette section présente une synthèse des expériences des intervenant.e.s et des responsables du milieu communautaire de Côte-des-Neiges durant la pandémie. Nous avons regroupé les résultats des focus groupes exploratoires ainsi que du questionnaire en six grands thèmes : 1) les conséquences de la pandémie ainsi que les difficultés rencontrées; 2) les perceptions du bien-être au travail; 3) Des services de soutien au bien-être étaient-ils disponibles?; 4) comment se sont-ils adaptés? : les stratégies développées par les travailleur.e.s pour faire face à la pandémie; 5) les opportunités créées par la pandémie et 6) Difficultés et enjeux rencontrés : que recommandent les travailleur.e.s? Pour chacune des thématiques, il est spécifié si les résultats sont des données rapportées par les intervenant.e.s ou par les responsables lorsque c'est identifiable et pertinent.

3.2.1. Conséquences de la pandémie et difficultés rencontrées

Les conséquences de la pandémie n'ont épargné personne et ont provoqué plusieurs difficultés. Alors que les intervenant.e.s ont mis de l'avant les effets de la pandémie sur leur santé mentale, les responsables ont mis l'accent sur ses répercussions sur l'organisation du travail, le style de leadership et de gestion. Les travailleur.e.s ont également soulevé l'isolement des usager.e.s, le manque d'encadrement, la réorganisation du travail, la préoccupation face aux usager.e.s, la capacité à offrir des services et le manque de fonds.

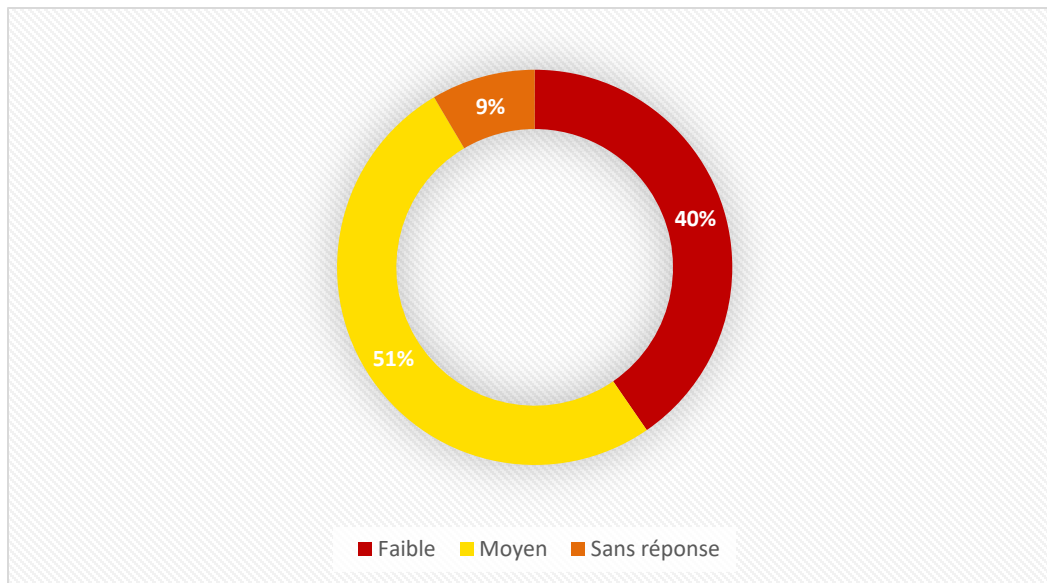
3.2.2. Bien-être et santé mentale des intervenant.e.s au travail

Le stress, l'anxiété et la fatigue chronique sont autant de conséquences négatives de la pandémie soulignées par les intervenant.e.s lors des focus groupes. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus

Rapport final

via l'enquête quantitative par questionnaire (dont les répondant.e.s étaient des intervenant.e.s d'OC situés dans les mêmes quartiers visés et représentant les mêmes secteurs d'activités), qui a mesuré l'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel est défini comme une forme particulière de réaction au stress chronique dans le cadre des professions d'aide. L'épuisement professionnel est caractérisé par un sentiment de détresse ou de désespoir ressenti dans l'accomplissement de son travail [28]. Alors que 40.4% des répondant.e.s ont rapporté un faible niveau d'épuisement professionnel, les données ont démontré que plus de la moitié des répondant.e.s (51.1%) rapportent un niveau moyen d'épuisement professionnel.

Figure 4 : Niveau d'épuisement professionnel n=47



Source : Données produites à partir des réponses au questionnaire

Plusieurs facteurs liés à la crise sanitaire ont exacerbé leur stress au travail et ont amené un isolement des travailleur.e.s, un manque de motivation et une fatigue chronique. En effet, l'insécurité financière, les multiples changements survenus dans leur milieu de travail après le premier confinement et l'incertitude quant à la véritable nature du virus, et quant à l'issue de la pandémie sont les facteurs qui ont été les plus cités. Pour ce qui concerne la fatigue chronique et les impacts sur leur santé mentale, plusieurs intervenant.e.s l'ont attribuée à la surcharge de travail et à la diversité des tâches à accomplir durant les périodes de confinement.

Fait que ça fait en sorte que premièrement, souvent, on a tendance à compresser un peu, pas juste travailler plus vite, plus fort dans la bande d'heures, mais aussi souvent à déborder la bande d'heures et de beaucoup là. Moi là, les 2 dernières années, j'ai accumulé toujours à peu près au-dessus de 50 heures overtime. (...) ça épuise un peu comme la réserve de motivation, puis le corps d'énergie, on ne peut pas faire ça à long terme. (...) En fait, souvent c'est notre vie personnelle qui en pâtit. Moi, j'avais le sentiment par période de pas être super présente. J'impatiente avec mes filles comme je suis monoparentale. Ça me faisait de la peine. Et puis aussi juste pas avoir de vie sociale pendant des mois parce que ce que je faisais c'est travailler, m'occuper des enfants. Puis, quand je me retrouvais tout seul, c'était de dormir, puis d'être juste pas capable d'être là pour rien, pour personne. ... mon travail finit par me coûter cher en termes de vie sociale. Puis quand je n'ai pas de vie sociale, bien ma santé mentale en pâtit aussi. Tu sais, la vie sociale du travail ne remplace pas la vie sociale des loisirs, puis de la famille. (INT 2)

Rapport final

3.2.3. Entre nouvelles réalités et réorganisation du travail

Les nouvelles réalités, liées aux restrictions gouvernementales, aux nouveaux besoins des bénéficiaires et à la surcharge de travail des travailleur.e.s, survenues suite à la pandémie ont obligé les travailleur.e.s à repenser leurs manières de travailler. En plus des changements au niveau du mode de gestion et de la forme du travail, les travailleur.e.s ont fait face à des changements par rapport à la quantité de travail et la nature des tâches.

3.2.3.1. Perspective des responsables

Premièrement, les responsables d'OC ont déclaré avoir été forcés par la pandémie à revoir l'organisation du travail et des services offerts, à faire preuve de plus de leadership et à adopter de nouveaux modes de gestion. Pendant le confinement imposé par le gouvernement lors de la première vague, tous les responsables affirment avoir été obligés de revoir leur façon de travailler. Tout d'abord, ceux dont les activités pouvaient se faire à distance comme les services psychosociaux (écoute, orientation) ou qui étaient logés dans des bâtiments publics ont été contraints de fermer complètement leurs locaux et de transiter vers le télétravail. Ensuite, ils ont été contraints de suspendre certaines activités collectives, de diminuer certaines autres et d'en offrir d'autres à distance. En revanche, les responsables d'organisation dont les activités ne pouvaient pas être offertes à distance comme le dépannage alimentaire, l'hébergement, etc. ont maintenu leur local ouvert même pendant les grandes vagues. Ces derniers ont dû procéder à la reconfiguration de leur lieu de travail et ont dû augmenter les heures de travail et diversifier les tâches des intervenant.e.s pour répondre aux besoins de leurs usager.e.s qui se sont multipliés comme le témoigne ce responsable :

... c'est qu'avec la pandémie, la demande de services a augmenté de plus de 80%. On est passé de peut-être près de 1200 demandes ..., on a monté jusqu'à plus de 10,000 demandes... C'est évident que..., les employés étaient appelés à faire des tâches qui n'étaient pas nécessairement les leurs avant. Donc il y avait des fois des demandes, donc des tâches connexes. Mais les employés s'y sont prêtés de bonne grâce et ont accepté de pouvoir modifier leur tâche en comprenant l'urgence de la situation et ce que la situation exigeait. (RESP 3)

Deuxièmement, la réorganisation du travail n'est pas sans conséquence sur la gestion de l'organisation et sur le climat de travail. En ce qui concerne la gestion organisationnelle, les responsables rapportent avoir innové en matière de pratique de gestion pour faire face aux nouvelles réalités de la pandémie. En plus de faire preuve de leadership, d'être proactifs et flexibles, des responsables ont déclaré avoir revu certaines politiques de travail pour être en mesure de continuer à remplir leur mission. Par exemple pour inciter les employées à continuer à travailler et contrer ainsi la pénurie de main-d'œuvre, certains responsables avaient mis en place un système de reconnaissance qui se traduisait par un ajustement salarial de \$1 l'heure sur une période de 14 semaines. Pour ce qui est du climat de travail, la plus grande préoccupation des responsables a été de gérer l'anxiété des employées et des usager.e.s, créée par l'incertitude face à l'avenir et les informations contradictoires sur le virus qui circulaient dans le réseau communautaire.

Et pendant cette période là aussi, on s'est assuré qu'on pouvait suivre les besoins, les inquiétudes des gens. Les impacts premiers étaient une certaine anxiété par rapport à tout ça, mais il a fallu rassurer le monde. (RESP 4)

Rapport final

3.2.3.2. Perspective des intervenant.e.s

Les intervenant.e.s, quant à eux, ont éprouvé de la difficulté dans la réorganisation de leur travail quotidien. En effet, la plupart des intervenant.e.s consultés ont affirmé avoir vu leur charge de travail quotidienne augmenter considérablement durant la première année de la pandémie à cause de l'augmentation de la demande des usager.e.s. De plus, pour répondre aux nouveaux besoins des populations desservies et pour s'adapter au nouveau contexte de travail, iels ont été obligés d'exécuter diverses tâches qui dans certains cas ne correspondaient pas à celles habituellement exécutées avant la pandémie. Ainsi, le travail n'a pas juste augmenté, il a également demandé une meilleure polyvalence due à une diversification des tâches. En plus de l'augmentation de la demande, les intervenant.e.s ont aussi rapporté le surplus de travail lié au respect des mesures sanitaires en place comme l'explique cette intervenante :

J'ai laissé les familles entrer, donc je dois tout nettoyer. (...) les tables, tout ce qu'on touche, il faut tout désinfecter pour remettre en place ce qui fait que je me retrouve à partir à 17h parce qu'il faut que je vienne très tôt le matin, on a des enfants qui vont arriver. Est-ce que les enfants vont toucher la table ? (...) quand on arrive le soir, on est crevée, zéro énergie. (INT 5)

En plus de la réorganisation au niveau du temps investi, les intervenant.e.s ont également dû repenser leur façon de travailler en passant au mode virtuel. Près de 30% des répondant.e.s indiquent qu'iels ont travaillé en mode hybride dans le contexte de la pandémie, pendant que plus de 27% ont déclaré avoir travaillé seulement en télétravail et un peu plus de 21 % ont travaillé au bureau. Certains participants ont mentionné que le passage au mode virtuel avait alourdi leur charge de travail et leur charge mentale, en plus d'empiéter sur leur vie personnelle.

Mais le travail s'est démultiplié parce que travailler de la maison, c'est travailler de ton réveil jusqu'à ton coucher. On est moi, je... des fois, je sais après 5h, là je prépare mon souper ou quelque chose. Hop, je vais voir parce que l'ordinateur est juste à côté, je vais, je regarde. (...) on est tout le temps, tout le temps en train de travailler. (...) je me réveille et puis je me plogue, je plogue tout le temps, tout le temps, tout le temps, tout le temps, parce que le bureau est à la maison. C'est pas comme quand je suis au bureau, à 5h je m'en vais, c'est terminé. Là ... donc ça serait plein de petites technicalités et de soutien. (INT 6)

De plus, le passage en mode virtuel a également amené une privation de contact humain chez les intervenant.e.s qui vivaient seuls comme le décrit cette intervenante :

Admettons de savoir que okay là, les personnes peuvent pas venir chez moi. C'est vrai, il y a des vidéos, on s'appelle on essaie de ou il y a les téléphones ou tu peux appeler, mais ça a été un méga changement. Et admettons, au travail aussi, tu ne vois personne parce que même si le travail n'est ni ta famille, ni tes amis, mais le contact humain peut être au niveau du travail aurait pu jouer un rôle et puis changer, mais tout était arrêté. Il y en avait même plus. (INT4)

Enfin, le passage au virtuel étant la solution la plus logique, n'était toutefois pas la solution à tout. En effet, les intervenant.e.s ont été confrontés à une fracture numérique chez une partie de la population. De plus, certaines familles refusaient d'exposer leurs enfants aux réseaux sociaux.

On a d'abord réfléchi, on a essayé bon on s'est dit pourquoi ne pas faire en ligne? Bon c'est comme ça, mais tous les parents ne pouvaient pas se connecter en ligne parce que beaucoup n'ont pas Internet, donc c'est déjà difficile. Il fallait proposer des activités. Certaines disent moi je n'ai pas besoin parce qu'on a commencé un peu par Messenger. Certains disent non, moi je veux pas que mes enfants soient sur Messenger sur Facebook (INT. 4)

Rapport final

3.2.4. Préoccupation vis-à-vis des usager.e.s : de l'inquiétude au sentiment d'impuissance

Questionné.e.s sur leur préoccupation par rapport aux usager.e.s de services communautaires¹, les répondant.e.s ont surtout rapporté vivre beaucoup d'inquiétude pour la sécurité des usagers (48,9%) et un sentiment d'impuissance par rapport aux usager.e.s (34%). Les intervenant.e.s ont également rapporté vivre de la tristesse et du chagrin (29,3%), de la frustration et de la colère (27,7%) et du désespoir (7,1%). Les données des focus groupes exploratoires nous ont permis de comprendre ce qui pourrait expliquer ces émotions chez les participants des focus groupes, mais également à mettre de la lumière sur des ressentis différents. En effet, les intervenant.e.s ont relaté avoir été préoccupé pour les usager.e.s pour différentes raisons. Une de ces préoccupations était l'isolement des familles. En effet, pendant la période de confinement, certains groupes d'usager.e.s ont été isolés notamment parce qu'ils ont été très touchés par la maladie. Leur isolement a généré de la frustration chez les intervenant.e.s qui étaient en contact direct avec eux. Les intervenant.e.s rapportaient ne pas pouvoir assister les familles qu'ils considéraient comme vulnérables dans ce moment de panique liée à la pandémie. À la lumière des propos rapportés par les participants, il est possible de comprendre que plusieurs aient vécu de la colère, de l'impuissance et du découragement devant les difficultés à remplir leurs fonctions.

...ça a été très éprouvant, très éprouvant de ne pas pouvoir rejoindre les familles isolées, les familles vulnérables, les familles qui ont des enfants, pour leur expliquer, pour être plus proactif, c'est comme si c'était horrible, vraiment, ça me donne... C'est comme si.... C'était difficile, c'était très difficile, c'est ça, oui, oui, oui. Le travail comme on est en train de le faire en ce moment, le côté humain qui est en train complètement de passer à côté de la plaque. Donc, voilà grosso modo ça que j'ai envie de dire, qui me revient en tête, là, ça. C'est ça. (INT 6)

Puis je pense constamment à nos clients, nos participants qui sont isolés, qui sont seuls, qui manquent de ressources, qui ... qui... Ça fait plus qu'un an, c'est un an et demi qu'on vit ça, puis on n'a pas encore établi nos programmes en personne, y'a rien en présentiel et je me retrouve souvent à penser à eux autres. (INT 3)

3.2.5. Isolement des travailleur.e.s

Tant les intervenant.e.s que les gestionnaires ont rapporté avoir vécu de l'isolement dans le cadre de leurs fonctions.

Une autre difficulté signalée est le manque d'encadrement au travail, spécialement chez les employé.e.s engagés durant la pandémie ou peu de temps avant. Ainsi, certain.e.s nouveaux et nouvelles employé.e.s estimaient ne pas avoir eu l'encadrement dont ils avaient besoin pour bien commencer leur emploi. Des intervenant.e.s ont aussi rapporté le manque d'information et la difficulté d'avoir accès à de l'information fiable. Certain.e.s ont rapporté avoir faire face, en général, au manque de disponibilité de leurs gestionnaires. Cela a conduit à développer chez eux un sentiment de devoir « se débrouiller seuls » pour mener à bien leurs tâches. De plus, dans un contexte de travail en transformation, plusieurs intervenant.e.s se sont sentis seul dans leur quête d'information, d'autres ont signalé un manque de clarté quant à leurs responsabilités et aux attentes professionnelles. Certains intervenant.e.s ont rapporté se sentir frustrés et impuissants.

¹ Question 18 : Pour chacun des énoncés suivants, cochez la case qui correspond le mieux à votre ressenti au sujet de la population desservie par votre organisme, notamment durant la première année de pandémie.

Rapport final

Donc euh, c'était... j'étais un peu délaissé à moi-même d'une certaine manière, donc il fallait vraiment que je sois proactive, que j'aie fait de la recherche toute seule, que j'essaie de.... c'était tout un défi (INT 4)

En fait, l'enjeu ici c'est, c'est l'autonomie, l'autonomie qui est, qui est parfois dure, tu sais ou est-ce qu'on se sent seul. Puis c'est une chose qui est, qui est difficile parfois je dirais sur la santé mentale. (...) ces difficultés-là ...de comme si je fais un travail, mais je suis pas sûr de mon affaire, je suis comme je suis seul dans mon coin (INT 9)

Les responsables ont également vécu de l'isolement. Si pour certains, il a été très facile d'accéder à de l'information nécessaire, à des fonds ou de bénéficier du soutien d'autres institutions comme le CIUSSS ou la ville, pour d'autres, la situation a été moins reluisante. Certains organismes n'avaient accès ni à de l'information fiable ni aux ressources disponibles pendant la pandémie. Des gestionnaires ont également rapporté le manque d'équipement de protection. Des responsables semblent avoir été laissés à eux-mêmes sans aucun soutien comme l'explique ce gestionnaire :

Après on a eu un confinement à prendre et donc là notre capacité d'accueil, on la changeait, mais c'était discrétionnaire à nous. C'est-à-dire qu'il n'y avait personne qui nous disait vraiment fait ci, fait ça. C'est nous dans notre coin, avec nos masques, on achetait nous-mêmes tout ça, on était vraiment isolé, je pense que tout se passait au niveau du réseau. Après, ce n'est pas parce que moi je ne faisais pas les démarches, j'étais en contact avec les gens du réseau. Mais je n'ai jamais eu quoi que ce soit de leur part, donc ça aussi, ça a été dur, ça veut dire qu'on était, on vivait vraiment un isolement. Je trouvais par rapport à au reste la communauté. ... je pense que ça a été très difficile pour l'équipe, pour la direction pour les membres euh... de se faire balloter là d'un bord puis de l'autre, de se faire tasser, puis en tout cas de.... on était vraiment isolé par rapport au reste, voilà. (RESP 2)

3.2.6. Capacité à continuer à offrir des services

Un autre défi rapporté par les gestionnaires est lié à la capacité d'offrir des services. D'un côté, certains responsables d'organismes locataires de leurs espaces se sont retrouvés dans l'obligation de fermer leurs portes ou de cesser leurs activités du fait des restrictions gouvernementales liées à la COVID-19. D'après certains responsables, durant les périodes de confinement strict, l'une des principales préoccupations des organismes qui offrent des services sur le long terme pour leurs adhérents concernait la rétention du nombre d'adhérents utilisateurs de leurs services. Ils craignaient en effet de perdre des membres, car ceci aurait eu un impact sur leur notoriété en tant qu'organisme.

Le principal défi que beaucoup d'organismes, on a soulevé à Côte-des-Neiges, c'est le membership. Moi, j'ai eu peur qu'on perde notre membership...c'est quand même, c'est quelque chose d'assez spécial dans le communautaire... Est-ce que si on coupe un autre service est-ce qu'ils (membres) vont revenir ? Est-ce que si on essentialise à quelque chose, est-ce que les gens vont quand même revenir ? (RESP 2)

D'un autre côté, les organismes qui offrent des services ponctuels (écoute, par exemple), la question d'adhésion ne se posait pas. Leur principal défi a été de maintenir l'accès aux services malgré la pénurie de main-d'œuvre. En effet, la perte d'effectif et la difficulté à recruter des travailleurs communautaires est un enjeu important au Québec. Cet enjeu s'est exacerbé avec la pandémie. En effet, les responsables rapportent que lors d'éclosion de COVID-19, plusieurs employés pouvaient s'absenter, ce qui avait un impact important sur les ressources humaines. Ainsi, maintenir l'accès aux services malgré la pénurie de main-d'œuvre fut un véritable défi pour les gestionnaires d'organismes.

Rapport final

...sur certains aspects, on se ressemble, mais sur d'autres on est complètement différent. Nous, on ne recherche pas un membership... les gens passent chez nous, puis la plupart du temps, on ne les revoit jamais, donc c'est ça n'y a pas cette question de membership là, mais par contre, il y a la question de l'accès aux services. Le challenge, c'était d'être le plus accessible possible, mais tout en ayant à gérer plus que jamais une pénurie de main-d'œuvre, puis des congés pour isolement ou l'isolement préventif. (RESP 1)

3.2.7. Insuffisance de financements : un problème exacerbé par la pandémie

L'autre défi relaté par les responsables est lié au manque de fonds. La grande majorité des OC notamment ceux de petite taille avaient des problèmes de financement bien avant la crise. De l'avis des participant.e.s, la pandémie a exacerbé ce problème ; ce qui a engendré des tensions dans le réseau communautaire et du stress pour les responsables de ces organismes qui sont financés par projet et qui étaient en processus de renouvellement. Ainsi, en plus de gérer le personnel, de réorganiser le travail et ses corollaires, de s'adapter et se réajuster, ces responsables devaient essayer de trouver de nouvelles sources de financement contrairement à leurs confrères dont le financement est récurrent et qui ont bénéficié de fonds d'urgence.

Je dirais que l'organisme XXX et nous, on est dans une situation qui fait qu'on a vécu moins de stress par rapport à nos capacités de réagir avec notre personnel que des groupes qui sont peut-être plus au haut niveau avec moins de ressources, plus de projets à renouveler peut-être, ont vécu des stress beaucoup plus importants avec le personnel. Comment, ils ont été en mesure, avec un personnel réduit aussi, hein, comment on est capable de fonctionner là-dessus ? (RESP 4)

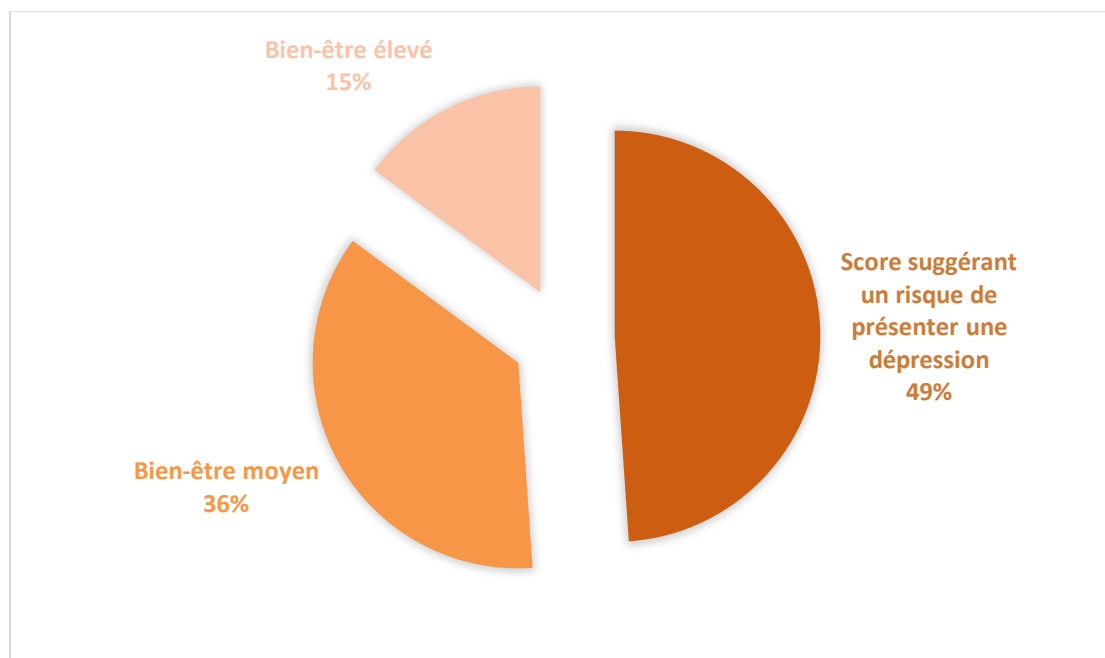
Gérer ces nombreuses difficultés a été un enjeu important dans l'expérience de la pandémie des travailleur.e.s du communautaire. Il est donc important de se questionner sur leur perception de leur bien-être durant ces épreuves difficiles.

3.3. Perceptions du bien-être au travail

Les résultats du questionnaire ont permis de relever que bien que 36% des répondant.e.s ont un niveau de bien-être moyen et que 15% rapportent un niveau de bien-être élevé, près de 49 % présentent un score bas de bien-être, que l'OMS interprète comme un risque de présenter une dépression.

Rapport final

Figure 5 : Niveau de bien-être global des intervenant.e.s pendant la pandémie



Source : Données produites à partir des réponses au questionnaire

Ces résultats sont approfondis à l'aide des données des focus groupes et du questionnaire, qui permettent de mieux cerner les facteurs qui influent sur le bien-être des travailleur.e.s et travailleuses du communautaire. Quatre catégories de déterminants du bien-être au travail (voir Tableau 4) ont été identifiées à partir des données relevées dans les focus groupes. Il s'agit du stress personnel, de la mobilisation des ressources intérieures, des conditions de travail et de l'environnement de travail.

Tableau 4 : Déterminants du bien-être au travail

Déterminants du bien-être au travail	Dimensions
Stress personnel	Stress lié à la COVID-19 et stress lié à leur situation familiale
Mobilisation des ressources intérieures	Désigne tout ce qui distingue les individus les uns des autres, dans leur façon de penser, leurs valeurs et leurs comportements. On y retrouve leur capacité individuelle à se prioriser, leur compréhension de leur travail ainsi que leurs valeurs personnelles liées à l'emploi.
Environnement de travail	Aspects psychosociaux (relations avec les usager.e.s, la hiérarchie et les collègues, etc.)
Conditions de travail	Aspects matériels (contraintes physiques, moyens, conditions sanitaires, etc.), organisationnels (temps de travail, rythme de travail, autonomie et marge de manœuvre, etc.)

Rapport final

3.3.1. *Stress personnel*

En plus du bouleversement de leur réalité dans leur milieu de travail dû à la crise sanitaire, ces résultats alarmants peuvent être expliqués par plusieurs stress personnels vécus par les répondant.e.s. D'abord, près de 64% des répondant.e.s indiquent qu'ils ont des familles et des proches à l'étranger qu'ils n'ont pas pu voir à cause de la pandémie. Cette réalité peut contribuer à l'isolement que les répondant.e.s ont rapporté avoir vécu lors des focus groupes. Ensuite, le virus en lui-même a pu constituer un stress pour beaucoup de travailleur.e.s. En effet, près de 28% des répondant.e.s indiquent avoir eu de la famille ou des proches à l'extérieur du Canada qui ont été atteints de la COVID-19 et qu'ils n'ont pas pu aider à cause des restrictions frontalières. Un peu plus de 36% des répondant.e.s ont indiqué avoir été exposé à des cas de COVID-19. Parmi les répondant.e.s qui ont été exposés à la COVID-19, plus de la moitié indiquent qu'ils l'ont été au travail. Un peu plus de 36% des répondant.e.s soutiennent que l'un de leurs proches a eu un diagnostic à la COVID-19, sans avoir été hospitalisé. Par contre, plus de 10% indiquent avoir eu des proches qui ont eu un diagnostic à la COVID-19, avec hospitalisation. Parmi l'ensemble des réponses sur l'éventuel décès d'un entourage de la COVID-19, 14 % concernent le décès d'amis, près de 14 % sont liées au décès de membres de la famille, plus de 16% concernent le décès d'autres proches et près de 16% sont liées au décès des collègues.

Les focus groupes ont, quant à eux, permis de mettre en lumière le stress lié à la conciliation travail-famille. L'accès à la garderie a été limité pour les travailleur.e.s du communautaire qui se retrouvaient parfois à faire du télétravail en présence de leurs enfants. Certains qui sont des parents monoparentaux ont eu encore plus de défis à gérer dans leur quotidien.

3.3.2. *Mobilisation des ressources intérieures*

Ensuite, le questionnaire a permis de mettre de la lumière sur le niveau de résilience et de ressources intérieures des répondant.e.s. La résilience professionnelle et les ressources intérieures font référence à des capacités individuelles qui permettent de résister face à des difficultés rencontrées au travail ou de s'adapter à des situations qui pourraient occasionner des épisodes de stress. Ainsi, les résultats montrent que plus de 70% des répondant.e.s ont un niveau moyen de résilience, tandis que plus de 10% d'entre eux ont rapporté un score élevé de résilience. Un peu plus de 19% des répondant.e.s ont rapporté un niveau faible de résilience. Ensuite, les focus groupes ont permis de mettre en lumière certains éléments qui peuvent être associés à la résilience. Effectivement, les participant.e.s ont nommé que certaines caractéristiques individuelles étaient aidantes et influençaient leur bien-être au travail. Il y avait la connaissance et le respect de soi, la compréhension du cadre de travail et les valeurs personnelles. D'abord, même si les intervenant.e.s ont à cœur leur travail et veulent souvent se surinvestir pour la communauté, ils n'hésitent pas sur l'importance d'avoir la capacité à « se prioriser soi-même ». En effet, ils remarquent que lorsqu'ils sont capables de reconnaître leurs limites et également de les accepter, cela a une incidence favorable sur leur bien-être. De plus, les intervenant.e.s soulignent la nécessité d'établir une frontière entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Pour un meilleur bien-être, il est important de séparer tout ce qui est lié au travail une fois qu'ils sont à la maison et/ou avec leurs familles, comme le rapporte cet.e intervenant.e :

Rapport final

Donc, quand je reviens à mon travail, c'est de prendre le temps de dire comme okay, ça, c'est le travail. Là j'arrive à la maison, ça c'est la maison. De départir les choses, ça a été un gros travail cet été pour moi d'apprendre à vraiment dissocier ceci, ce qui est du travail, à prendre ce qui me revient. (INT 6)

Ensuite, les intervenant.e.s rapportent l'importance d'acquérir une compréhension du cadre et des enjeux qui sont liés à leur emploi comme le rapporte cet.te intervenant.e :

Je pense aussi le bien-être au travail, c'est de bien comprendre...XXX l'a mentionné un petit peu, c'est de bien comprendre les enjeux de notre organisme, que les enjeux politiques. Mais lorsque tu as une bonne compréhension de ton cadre de travail, c'est plus facile pour toi de savoir comment tu peux évoluer. Il y a moins de pression, ... quand tu sais ou est-ce que tu t'en vas, ça a l'air de faciliter le processus de ton bien-être au travail. (INT 3)

Enfin, les intervenant.e.s nomment également leurs valeurs personnelles. Effectivement, le sens qu'iels attribuent chacun au travail communautaire influence leur bien-être. Ainsi, le fait d'occuper un emploi qui soit en phase avec leurs valeurs personnelles, priorisant l'entraide, donne du sens à leurs actions, diminue la pression et le stress et nourrit leur sentiment de satisfaction liée à l'emploi. Pour les responsables, le sentiment « *de se sentir utile* » pour la communauté et de contribuer aux bien-être des populations desservies constitue la plus haute rétribution qui soit pour eux-mêmes et leurs employé.e.s. Ces réponses concordent avec les résultats du questionnaire qui indiquent que plus de 42% des répondant.e.s ont rapporté un niveau élevé de satisfaction de la compassion. La satisfaction de la compassion fait référence au sentiment de plaisir éprouvé et le sentiment d'habileté que l'on peut éprouver en offrant du soutien et de l'aide à autrui. Ainsi, un niveau élevé de satisfaction de la compassion chez les répondant.e.s du questionnaire peut être expliqué par la cohérence entre les valeurs des travailleur.e.s communautaires et celles de leur milieu de travail.

Bien que ces facteurs individuels influencent la perception du bien-être au travail chez les participant.e.s, ces derniers nomment également l'environnement de travail comme influence importante à leur bien-être.

3.3.3. *Un environnement de travail sain*

Un environnement de travail sain a été identifié par tous les participant.e.s (responsables et intervenant.e.s) comme un autre déterminant du bien-être au travail. Pour les intervenant.e.s qui ont participé aux focus groupes, l'environnement de travail est lié à la confiance en milieu de travail et se manifeste par un sentiment d'être à l'aise à se montrer vulnérables et demander de l'aide entre eux. De plus, les intervenant.e.s rapportent qu'un environnement de travail qui contribue au bien-être est caractérisé par des relations interpersonnelles harmonieuses, de la considération par les collègues et les supérieurs, de la bienveillance, de la convivialité et de l'entraide entre collègues, du sentiment d'être traité équitablement et respectueusement par les supérieurs hiérarchiques, de bonnes habitudes de communication entre les employé.e.s et avec les responsables, de la reconnaissance de la compétence individuelle ainsi que du soutien de l'employeur. Les participant.e.s intervenant.e.s ont rapporté que le soutien de leurs supérieurs se manifestait surtout par une écoute de leurs craintes liées au travail en présentiel et de la flexibilité face à leur organisation du travail, comme une ouverture des employeurs face au choix de passer au télétravail par les intervenant.e.s. Les trois dernières caractéristiques ont aussi été évoquées par les responsables.

Rapport final

3.3.4. De bonnes conditions de travail

Les responsables et intervenant.e.s sont d'avis que travailler dans des conditions sécuritaires influence la santé mentale des intervenant.e.s. Les responsables estiment qu'il est de leur devoir d'offrir un environnement sain et sécuritaire à leurs employé.e.s. Donc, en plus de s'assurer d'un sentiment de sécurité chez les employé.e.s associé aux aspects psychosociaux de leur milieu de travail, les responsables doivent également être responsables des conditions liées au salaire, au milieu physique, à la relation avec les usager.e.s, etc. Cependant, quelques participant.e.s ont rapporté que leur milieu de travail comporte des risques physiques et psychosociaux qui menacent leur sécurité. Ces risques sont liés au type d'usager.e.s desservis par leur organisation et auprès duquel iels interviennent. Ces participant.e.s ont expliqué s'être déjà fait agresser verbalement et physiquement par des usager.e.s. Plusieurs jugent que leurs conditions de travail les exposent à des situations stressantes comme l'illustre la citation ci-dessous :

Je ne sais pas comment expliquer ça, mais je suis toujours sur le qui-vive mon esprit quand je suis au travail. Toujours en état de stress constant parce qu'on est un peu un centre où tout le monde peut rentrer...on est souvent dans l'insu, puis ça nous arrive dès fois d'appeler la police. Lui, il a déjà appelé la police souvent, surtout R1 moi aussi à l'intérieur à cause d'un usager qui devenait agressif ou qui ne voulait pas sortir, qui lançait des propos racistes [...] ... Mais comme moi, à titre personnel, j'ai souvent des coupures de sommeil. Je me réveille à 3h00 du matin, parfois 4h. Pourquoi ? Parce que je pense trop à quoi m'attendre au travail le jour suivant. Qui dois-je rencontrer ? Quel travailleur communautaire va venir. Euh, quel rapport rédiger, etc. Puis cet été, moi j'étais en intervention avec une usagée et je me faisais carrément taper par cette personne. Je me suis fait taper pis... (INT 7)

En outre, certain.e.s intervenant.e.s ont aussi évoqué la sécurité d'emploi comme facteur de motivation et de bien-être au travail. Ces derniers ont expliqué comment la peur de perdre leur poste en raison de la crise sanitaire a occasionné beaucoup de stress et d'anxiété dans leur vie professionnelle et personnelle. Un autre élément qui affecte le bien-être et qui a été rapporté par les intervenant.e.s est la charge de travail qui était déjà élevée et qui a augmenté avec la pandémie. Les intervenant.e.s affirment qu'une réduction de la charge de travail est un facteur de bien-être au travail. Malgré toutes ces difficultés, la perception d'avoir obtenu du soutien varie entre les participant.e.s.

3.4. Des services de soutien au bien-être étaient-ils disponibles?

Le questionnaire a permis de démontrer que 43% des répondant.e.s ont affirmé que leur organisation a mis à leur disposition des ressources spécifiques de soutien contre 32% qui ont répondu que non. 21% ont déclaré préférer ne pas répondre et 4,2% se sont abstenus de répondre à la question. Alors que 35% des répondant.e.s disent ignorer depuis quand étaient disponibles ces ressources de soutien, celles-ci étaient disponibles pour une période de 12 à 23 mois pour 40% des répondant.e.s; entre 7 et 11 mois pour 15% et entre 3 à 6 mois pour 10%. À l'image de ces résultats, les participant.e.s des focus groupes ont également eu des réponses variées par rapport à la perception des services de soutien au bien-être et à la santé mentale. Alors que certains ont été frappés par une perception d'un manque de soutien important, d'autres ont nommé avoir perçu du soutien.

3.4.1. Manque de soutien institutionnel et gouvernemental

Rapport final

Les intervenant.e.s ont d'abord exprimé le manque flagrant de soutien de la part du réseau de santé et des services sociaux. Les seuls ateliers offerts par le CLSC n'étaient pas suffisants et ne répondaient pas à leurs besoins.

Y a rien. Moi je n'ai eu aucun soutien. Euh, mais tout le monde était dans le même bateau. Par contre, le CLSC nous donnait des informations, mais en tant que soutien, soutien vraiment non, ZZZ, c'est vrai. Maintenant, maintenant je suis en train de penser. On aurait pu quand même s'en parler de cette pandémie. Faire une rencontre juste entre nous.
(INT 7)

Pour les responsables que nous avons consultés, il n'existe pas de services de soutien en santé mentale qui sont offerts aux employé.e.s et bénévoles par le réseau communautaire qu'il y ait pandémie ou non. Cet avis est partagé par les intervenant.e.s qui ont déclaré ne pas avoir bénéficié de services psychosociaux durant la pandémie. Comme les OC n'ont pas les moyens d'offrir des services en santé mentale à leurs employé.e.s, les employé.e.s et bénévoles du réseau communautaire doivent utiliser leurs propres ressources financières pour consulter un professionnel au besoin. Les responsables interrogés ne semblaient pas très ouverts non plus à l'idée que les services de soutien psychologique soient offerts par des organismes communautaires du quartier. Ils auraient plus tendance à recommander leurs intervenant.e.s à des « *professionnels expérimentés* ».

... avant que je réfère mes intervenants à un groupe communautaire, je n'ai rien contre.... Je travaille dans le milieu communautaire pendant 35 ans. Mais j'ai tendance à aller vers des ressources professionnelles qui ont de l'expérience parce que les gens chez nous sont des professionnels, puis c'est ça qu'ils demandent. (RESP 4)

Par ailleurs, il arrive parfois que le milieu institutionnel offre des ateliers de soutien psychosocial aux responsables et aux intervenant.e.s pour discuter de certaines problématiques de santé mentale comme l'épuisement professionnel ou des difficultés rencontrées par les organismes pendant la crise sanitaire. Selon les participant.e.s à notre recherche, ces services n'étaient pas toujours appréciés parce que ceux-ci étaient, de l'avis des participant.e.s, parfois jugés comme ne correspondant pas nécessairement à leurs besoins. Il semble en effet y avoir une certaine méfiance par rapport à l'aide extérieure qui n'arrivait pas, la plupart du temps, au moment où elle était attendue et qui, de surcroît, n'était pas toujours adaptée aux situations. Certains la perçoivent comme « *un cheveu sur la soupe* ».

...on était invité pour partager les situations, les cas vécus des organisations, qui étaient encore en grande majorité en télétravail. Moi je trouvais, comme... ça avait un intérêt pour ceux qui trouvaient leur compte là-dedans. Pour nous, nos intervenant.e.s, ce n'est pas nécessairement la réponse. Ça nous faisait partager de l'information, mais c'est, ça ne nous aidait pas à cheminer-là. Mais nous, par contre on a des doutes partout là. (RESP 4)

...et donc l'aide externe, des fois est vue un peu comme un cheveu sur la soupe-là c'est un peu ça. Ça vient un peu de nulle part. Puis bon, on avait eu une formation sur le burn out qui a mal tourné rires... Et donc c'est ça.... (RESP 3)

Cependant, les responsables interrogés reconnaissent que leur réalité est loin d'être représentative du milieu communautaire. Ils estiment que la majorité des OC ne peuvent pas répondre aux besoins de santé mentale de leurs employé.e.s comme eux (responsables interrogés) essaient de le faire. En effet, d'après eux, les autres responsables n'ont ni de ressources financières, ni l'expertise clinique à l'interne pour le faire ; ce qui peut paraître paradoxal parce que ce sont les intervenant.e.s de ces OC qui auraient, selon ces participants, davantage de besoins en santé mentale.

Rapport final

Le plus important c'est que nous avons les ressources pour le faire. Alors, c'est sûr que là, si on parle d'organisation qui sont à différents stades de développement parce que ça faut que ça rentre dans votre équation. Quand t'as 25, 30 personnes et un budget de 20 millions, tu ne peux pas avoir la même façon de répondre aux besoins de ton personnel que si t'as 3 personnes, puis t'as un budget de 100 milles pièces. Et ça c'est la réalité communautaire. Puis tu ne peux pas prétendre que le groupe de 100 milles pièces va être en mesure d'apporter un grand aide à tes intervenants. Ce n'est carrément pas possible. (RESP 4)

Soutien organisationnel perçu

Alors que les intervenant.e.s participant.e.s semblaient ne pas percevoir de soutien institutionnel de la part du niveau institutionnel, iels ont rapporté percevoir du soutien de la part de leurs employeurs par leur flexibilité et par le maintien de la communication.

3.4.2. Sécurité salariale et flexibilité de l'employeur

Les employé.e.s ont déclaré s'être fait promettre par leur responsable qu'iels n'allaient pas perdre leurs emplois. Ainsi, cela apportait un soutien et rassurait les intervenant.e.s. De plus, iels rapportent avoir bénéficié de la flexibilité de leur employeur. En effet, ces derniers se sont montrés ouverts aux divers niveaux de tolérance de leurs employé.e.s en leur permettant de changer leur modalité de travail.

Euh Ben c'est comme INT 1 a dit, tu sais, il y avait vraiment cette transparence. C'était rassurant, c'est transparent que si on était pas à l'aise de venir, on pouvait travailler autrement, contribuer autrement. Il y avait de la place pour les sensibilités personnelles. (INT 2)

3.4.3. Maintien de la communication malgré la distance

La communication était importante dans la perception du soutien de la part des intervenant.e.s. Certains intervenant.e.s rapportent que des responsables ont mis en place plus de rencontres ce qui a permis d'offrir des espaces de discussion pour s'entraider entre collègues et pour soutenir l'équipe. L'analyse qualitative des activités interventionnelles a également mis en lumière ce besoin urgent d'avoir accès à des espaces de partage entre intervenant.e.s. Ces derniers rapportent aussi utiliser les réseaux sociaux pour avoir un contact étroit avec l'employeur et les collègues, et ce, malgré la distance imposée par le passage en virtuel.

Puis on s'écrivait, on utilisait beaucoup Slack à tous les jours... c'était comme bon matin, bonne soirée, comment ça va? On faisait beaucoup plus de check in comme ça, même à distance. ...Il y avait à un moment donné aussi, y a comme un zoom, c'est là chaque semaine, on pouvait juste comme ça se loguer, puis se mettre sur muet puis travailler, tu profites un peu pour recréer l'espace de travail à la rue verte là. En fait, il y avait quand même beaucoup d'énergie, puis d'attention, qui étaient mises à fournir suffisamment de possibilités d'être reliés les uns aux autres, là. (INT 2)

Les responsables participant à notre recherche ont affirmé disposer de ressources cliniques à l'interne pour répondre aux préoccupations de leurs employé.e.s. D'ailleurs, discuter des facteurs de protection ou des symptômes de santé mentale (fatigue, stress) en équipe fait partie des stratégies mises en place à l'interne pour s'assurer du mieux-être de leur équipe. De plus, leurs employé.e.s peuvent avoir accès aux services de professionnels s'iels en ont besoin à travers le programme d'aide aux employé.e.s disponible dans certains organismes. Un répondant a déclaré avoir sondé ses employé.e.s pour savoir s'iels font face à des

Rapport final

difficultés personnelles ou ont vécu des situations stressantes comme l'anxiété qui pourraient nuire à leur bien-être au travail :

On est quand même assez bien outillée à l'interne pour faire face. Pour faire face à ça, d'autant plus qu'on a beaucoup d'échanges en équipe sur le niveau de la fatigue des intervenant.e.s, sur les stratégies pour s'en sortir et tout ça. Donc ça fait partie de nos stratégies d'aborder ces thèmes-là souvent qui ne sont pas abordés dans un contexte plus régulier d'entreprises privées, par exemple ou même à la limite de réseau public. Donc c'est ça. Je dirais que nos besoins en soutien ici sont quand même assez bien répondus. (RESP 1)

3.5. Comment se sont-ils adaptés? Les stratégies développées pour faire face à la pandémie

Différentes stratégies individuelles et collectives d'adaptation ont été développées par les répondant.e.s pour faciliter leur bien-être au travail et à la maison. Les stratégies individuelles consistent en des pratiques auxquelles les travailleur.e.s s'adonnent seuls, tandis que les stratégies collectives impliquent plusieurs travailleur.e.s qui s'entraident. Les participant.e.s responsables d'OC ont rapporté avoir accommodé l'horaire de travail des intervenant.e.s selon leurs besoins, en démontrant de la flexibilité. Les responsables ayant participé aux focus groupes disaient également qu'ils étaient beaucoup plus présents sur le lieu de travail pour soutenir les intervenant.e.s sur le terrain et épauler l'équipe. Certains d'entre eux ont également affirmé avoir endossé le rôle de rassurer les intervenant.e.s et de gérer leur anxiété.

3.5.1. Stratégies collectives

Les rencontres de soutien et de planification constituent la principale stratégie collective déployée dans tous les OC. Les participant.e.s ont rapporté que les rencontres de groupe ont considérablement augmenté pendant les deux premières phases de la pandémie. Ces dernières visaient à s'informer, à se soutenir mutuellement et à discuter de cas imprévus ou des urgences. Les responsables disaient considérer ces rencontres comme un moyen d'assurer la supervision et le soutien offerts à leurs employées et d'être à l'écoute de leur équipe. Pour les intervenant.e.s, c'était l'occasion de renforcer la collaboration et l'entraide entre collègues. D'autres stratégies comme la mise en place d'un comité de suivi COVID-19, des formations sur la gestion du stress, l'utilisation de plateforme de communication collaborative comme *Slack* ont également été mises en place. Certains ont même organisé des ateliers :

Je dirais l'atelier [que Béatrice (nom fictif d'une intervenante) a organisé], ça nous a aidés vraiment, c'est vraiment parce qu'on s'est rendu compte qu'on avait tous le même problème? Donc, ça nous a fait du bien de savoir que tu n'étais pas seul dans l'eau, donc quand tu disais quelque chose certaines se reconnaissaient peut-être ça nous a fait réaliser qu'on avait le même problème. Ça nous a révélé une réalité que tous on l'avait bien, que certains disaient, parfois, c'est gris, parfois ce n'est pas gris, mais on vivait tous la même situation. Et les pistes qu'elle a données, ça nous a aussi beaucoup aidés parfois, laisser aller, marcher, revenir et on a essayé de mettre en pratique ce qu'elle disait. Je pense que c'est cet atelier parce qu'on n'avait rien pour moi, c'est plus ça... C'est vraiment cet atelier-là, le seul vraiment qui a été bien accueilli, bienvenu qu'on a beaucoup apprécié. (INT 5)

En plus d'organiser des activités de loisirs virtuelles pour maintenir le lien avec les employé.e.s, certains responsables se sont engagés à soutenir leurs équipes en reconnaissant les compétences de chacun. Enfin, certains répondant.e.s ont assuré avoir intégré les employé.e.s à participer à la prise de décisions en lien avec la pandémie, ce qui constituait une stratégie collective importante.

Rapport final

3.5.2. Stratégies individuelles

Plusieurs stratégies individuelles ont également été déployées par les intervenant.e.s pour prendre soin de leur santé mentale. Ces stratégies variaient d'un.e intervenant.e à l'autre et allaient de choses très simples comme écouter des documentaires « *positifs* », pratiquer la méditation pleine conscience, faire du yoga, se promener en forêt, passer du temps en famille ou simplement savourer une « *bonne bière* ».

3.6. Opportunités créées par la pandémie

3.6.1. Éléments positifs rapportés par les intervenant.e.s : vers une croissance post-traumatique ?

Si pour la très grande majorité des intervenant.e.s, la pandémie n'a eu que des effets négatifs sur leur vie professionnelle et familiale, quelques-uns d'entre eux en ont relaté quelques éléments positifs tels. Par exemple, certain.e.s ont mentionné l'acquisition de nouvelles compétences et la conciliation travail-famille. Pour plusieurs répondant.e.s, le fait d'avoir été obligé.e.s d'adapter continuellement leurs interventions ou leurs tâches aux changements et aux circonstances nouvelles pour répondre aux besoins de leurs usager.e.s leur a permis de faire de nouveaux apprentissages et de développer de nouvelles compétences comme l'indique la citation ci-dessous :

Ben, ...c'est que j'ai travaillé sur le projet XX entre des aînés isolés, donc j'ai dû réadapter le projet au complet d'une certaine façon. Mais ça m'a permis de faire de la création de contenu, c'est-à-dire en créant des ateliers. Ça m'a permis de développer de nouvelles compétences que je n'avais pas. Donc je trouve que c'est un aspect positif.... Si je peux le dire comme ça de la pandémie rapidement là. (INT 9)

Ces données pourraient signifier une certaine croissance post-traumatique. Toutefois, malgré plusieurs questions liées à la croissance post-traumatique dans le questionnaire, le faible taux de réponse à ces questions (28%) ne nous a pas donné la possibilité d'exploiter ces données quantitatives.

De plus, selon les données qualitatives recueillies, il semblerait que le contexte de confinement et du télétravail a permis de resserrer des liens familiaux et favoriser la conciliation travail-famille. Enfin, la pandémie a été aussi l'occasion pour certain.e.s de prendre du recul, de se remettre en question et de revoir leur mode de vie personnelle et professionnelle.

3.6.2. Éléments positifs rapportés par les responsables

Les éléments positifs liés à la pandémie relatés par les responsables qui ont participé à notre recherche peuvent être classés en deux grandes catégories : les opportunités communes, c'est-à-dire celles qui bénéficient au milieu communautaire en général ; et les bénéfiques que nous pouvons qualifier d'organisationnels, c'est-à-dire ceux qui sont propres à une organisation en particulier.

3.6.3. Opportunités communes

Les données suggèrent que la pandémie a été, à certains égards, bénéfique pour le milieu communautaire dans le sens qu'elle a d'une part, mis en exergue son importance ainsi que son rôle dans la société québécoise et d'autre part, renforcé la concertation dans le milieu. Plusieurs intervenant.e.s ont rapporté

Rapport final

avoir ressenti une certaine fierté d'avoir contribué aux efforts collectifs pour contrer la pandémie. Pour ce qui est du renforcement de la concertation, les responsables affirment avoir constaté un élan vers la concertation pour répondre aux besoins des populations les plus démunies. Les citations ci-dessous en témoignent :

Je pense que le travail collectif, le travail de concertation, n'a jamais été aussi fort depuis un an, en fait depuis le début de la pandémie. J'ai participé à énormément de groupes, de comités pour aider les citoyens pour la COVID, et cetera. Y a eu... y a des mouvements. (RESP 4)

Je pourrais dire que le mouvement communautaire, vraiment... a, comment dire, légitimé sa présence dans la société durant la pandémie ? (RESP 3)

3.6.4. Opportunités organisationnelles

La pandémie a ouvert un monde de possibilités liées au télétravail. En particulier, la visioconférence est devenue un outil de travail. Un responsable a mentionné que son organisation a intégré la visioconférence dans la pratique d'intervention. Cet outil lui a permis d'avoir des contacts plus fréquents avec les usager.e.s qui ont de la difficulté à *se déplacer pour des raisons particulières*. Cette modalité de travail a pu ainsi alléger la pression sur les intervenant.e.s qui avaient pu ressentir un certain malaise à ne pas pouvoir servir certains usager.e.s en personne. En outre, le contexte de crise aurait permis de développer l'entraide entre les organisations. Il semblerait que certains organismes aient pu bénéficier de l'appui d'autres organismes et/ou institutions durant la pandémie pour mettre en place des mesures sanitaires ou pour mieux répondre à des besoins ponctuels. À titre d'exemple, un responsable a déclaré être devenu partenaire avec un organisme avec lequel il n'avait aucun contact avant la pandémie parce qu'ils ont collaboré à un projet commun. Il estime que ce partenariat est enraciné et va se poursuivre au-delà de la crise actuelle. Pour finir, d'autres répondant.e.s ont mentionné la disponibilité des fonds débloqués en urgence. Ces fonds leur ont permis de maintenir leurs activités durant la crise.

3.7. Difficultés et enjeux rencontrés : que recommandent les travailleur.e.s?

Les recommandations suggérées par les répondant.e.s pour améliorer le bien-être et la santé mentale des intervenant.e.s au travail se situent à deux niveaux : macro (institutionnel / gouvernemental) et méso (organisationnel).

3.7.1. Niveau macro (institutionnel / gouvernemental)

Selon les répondant.e.s, les mesures pour pallier les besoins en santé mentale dans le communautaire doivent être structurelles et intégrées dans une réforme plus globale du secteur communautaire. Cette réforme doit consister essentiellement en un financement adéquat et l'établissement ou la bonification du programme universel d'assurance collective.

3.7.1.1. Financement adéquat et équitable

Les répondant.e.s sont d'avis que le financement adéquat du communautaire est une condition indispensable à l'amélioration des conditions de travail des intervenant.e.s communautaires et de leur

Rapport final

bien-être. Selon les intervenant.e.s, il est impossible dans les conditions actuelles d'atteindre l'état de bien-être qui leur est nécessaire pour mener à bien leurs interventions auprès des usager.e.s. La situation qui prévaut dans le milieu communautaire constitue un paradoxe par rapport au discours très répandu sur l'importance de la santé mentale. Iels affirment qu'il faut arrêter de « patcher » le problème en proposant des services qui peuvent être mal adaptés plutôt que de s'attaquer aux causes profondes du problème comme le montre ce passage.

Bah moi je dirais que pour être capable de soutenir les gens qui ont le plus de besoins, il faut soi-même, je pense...se sentir bien. Sinon c'est, ça devient difficile de bien faire notre travail. Fait que ... On veut mettre des mesures en place qui sont comme pour pallier des carences qui sont plutôt... grandes. Puis là, je vais utiliser le mot systémique (rires). Dans le système, le milieu communautaire est mal financé. Et puis fonctionne, c'est de moins en moins financé à la mission, puis la santé mentale, on n'arrête pas d'en parler, puis dire que c'est important, mais c'est super inaccessible financièrement. (INT 3)

Euh... Le milieu communautaire est déjà mal financé, fait que là ça serait juste... C'est comme, comme vient de dire Int_1, peux-tu commencer par le financier comme du monde? Rires.... (INT 2)

Moi je pense qu'il faut aller à la racine aussi pour voir le problème.... Puis dans ce cas-là, c'est quand même plus se financer comme du monde au moins pas juste en urgence-là. C'est pour un certain laps de temps complet... (INT 1)

Les responsables de leur côté se disent aussi en faveur d'un meilleur financement du secteur communautaire. Cependant, le financement devrait être équitable, c'est-à-dire être adapté aux besoins des organismes. En d'autres termes, il faudrait fournir plus de ressources financières aux OC qui en ont moins pour leur permettre de bien fonctionner et avoir la capacité de répondre aux besoins de leurs employé.e.s.

3.7.1.2. Plusieurs formes de soutien

Nos données montrent que les opinions convergent quant au type de services de soutien psychologique qui pourrait être offert aux intervenant.e.s communautaires qui en ont besoin. Il s'agit de services de soutien individuel et collectif.

Services de soutien individuel

Les répondant.e.s ont rapporté que certains OC, notamment ceux financés par le gouvernement, bénéficient quasiment des mêmes privilèges que les employé.e.s de l'État en matière d'assurances collectives. À titre d'exemple, certains OC ont le programme d'aide aux employés (PAE); ce qui constitue un atout important pour les employé.e.s qui peuvent avoir accès à un professionnel qualifié au besoin. À l'opposé, la majorité des OC n'ont pas accès au PAE ; leurs employé.e.s dans le besoin doivent alors payer de leur poche pour consulter un professionnel. De plus, les répondant.e.s recommandent au gouvernement d'universaliser les services de soutien psychologique dans le milieu communautaire pour permettre à tous les organismes de bénéficier des mêmes services. Toutefois, nous avons observé une différence dans la manière de concevoir les services demandés. Selon nos données, les intervenant.e.s seraient davantage en faveur de la création d'un programme de soutien psychologique spécifiquement dédié au secteur communautaire.

En revanche, pour certains responsables, il serait malvenu de mettre en place un programme alternatif à celui qui existe dans le réseau public. Iels estiment qu'il est temps de considérer les travailleur.e.s

Rapport final

communautaires comme des travailleur.e.s de première ligne au même titre que les autres corps de métiers (pompiers, ambulanciers, policiers) et les traiter comme tels. Enfin, iels soulignent que l'inclusion des travailleur.e.s communautaires dans des programmes d'assurance collective permettrait à tous les OC d'avoir accès aux mêmes ressources.

Je ne suis pas certain de la pertinence ou de la possibilité d'avoir au niveau du milieu communautaire ce type de soutien clinique là. Euh par contre, si l'État considérait important pour ... et non pas seulement pour les intervenants du milieu communautaire, mais les intervenants de première ligne et ça je pense que ça pourrait être quelque chose de hyper intéressant. L'État devrait effectivement avoir un service d'aide, de soutien psychologique, qui est financé par l'état professionnel en aide avec les intervenants de première ligne dont les intervenants du milieu communautaire, dont les ambulanciers, dont les policiers, dont les pompiers... (RESP 3)

Moi je ne vois pas un groupe communautaire ou un service communautaire alternatif au réseau public qui existe, mais par contre, qu'est-ce qu'on peut faire, c'est aider les organisations communautaires à avoir accès à des assurances collectives bonifiées qui permet de couvrir plus de besoins qu'on puisse faire maintenant. Peut-être avoir un financement soutenu pour les organismes qui n'ont besoin pour faire ça, ça sera plus aidant comme ça. Comme ça, l'ensemble du personnel pourrait avoir accès au régime d'aide aux employés plutôt qu'essayer de développer un système alternatif qui risque d'être pas la même qualité et la même durée alors pourquoi le faire? (RESP 4)

Services de soutien collectifs

Outre l'accès à des assurances collectives publiques, les répondant.e.s ont également exprimé le souhait de voir le gouvernement offrir aux travailleur.e.s du milieu communautaire des services de soutien collectifs. Ces services auraient pour objectifs d'accompagner les intervenant.e.s communautaires dans leur pratique. Ainsi, iels auraient la possibilité de « ventiler », partager des préoccupations communes, des ressources et faire de nouveaux apprentissages. À titre d'exemple, les répondant.e.s proposent la création d'une communauté de pratique, ou d'une ligne spéciale d'information comme la ligne info santé 811.

... tu sais, on a besoin d'avoir quelqu'un qui peut être [la ligne] 111. Dans le réseau, ça s'appelle un conseiller clinique ou une conseillère clinique, qui peut aider les intervenant.e.s à mieux ventiler sur les situations qui vivent en intervention pour leur permettre de se structurer, de se repenser, de se lancer, de s'équilibrer. (RESP 4)

Dans le sens que on pourrait-tu avoir un site pour les intervenant.e.s avec les ressources, avec les bonnes questions, ou est-ce qu'on sait ou est-ce que c'est centralisé. Je ne parle pas de créer un ordre professionnel des intervenant.e.s sociocommunautaires. Je parle de créer un endroit où est-ce qu'il y'a des ressources qui existent, où est-ce qu'on peut aller lire, où est-ce qu'on peut trouver des parfois y'a des gens qui ne savent pas lire non plus qui font que l'intervention parce que... ils sont dans une banque alimentaire, ils sont bénévoles. Mais comment est-ce qu'on fait pour former ces bénévoles-là, qui ont complété juste un secondaire 3. Donc ce que je veux dire, c'est qu'il y a des enjeux où est ce qu'on doit aller former nos intervenant.e.s, encore et encore et encore. Donc moi ça serait les 2 choses que je verrais. (INT 9)

D'autres intervenant.e.s ont exprimé leur souhait de disposer d'un espace virtuel de parole où iels pourront s'exprimer librement en toute quiétude. Ces derniers ont rapporté que ce souhait est partagé par d'autres collègues qui souhaitent disposer d'un espace sécurisant, comme en témoigne l'extrait de focus groupe suivant :

Intervenant 1_...un espace d'échange. Dès fois, c'est que ça (silence). [...]

Intervenant 2_ Bah moi, moi j'ai envie, je m'excuse [Intervenant 1], je dirais exactement la même chose, un espace de parole, un espace d'échange. C'est tout.

Rapport final

Intervenant 3_ je rejoins les 2 autres. Un spécialiste aussi pour venir nous parler, comment faire? Ça peut être important, mais un espace vraiment... vraiment sécuritaire (silence..). C'est pour nous exprimer librement sans aucune crainte d'être rapporté.

Intervenant 2_ Oui, oui, ça c'est important ou nous pouvons nous exprimer librement... (rires).

3.7.2. Niveau méso (organisationnel)

D'après les données des focus groupes, du questionnaire, et des activités interventionnelles, les opinions varient quant au type de services de soutien à mettre en place par les employeurs pour favoriser leur bien-être au travail des intervenant.e.s. Les catégories suivantes permettent de regrouper les principales propositions faites par les répondant.e.s :

- Un meilleur encadrement par les responsables, incluant un mandat clairement établi pour chaque intervenant (point abordé dans les sections précédentes)
- Une meilleure politique salariale pour les intervenant.e.s
- Une meilleure représentation de la communauté au sein des organismes communautaires
- Une réduction de la charge de travail des intervenant.e.s
- Un système intégré aux horaires de travail régulières pour échanger en collectif sur les problématiques rencontrées dans l'intervention (ex : communauté de pratiques)

Dans le même ordre d'idée que le financement qui est une recommandation de niveau macro, les intervenant.e.s suggère une meilleure politique salariale au niveau organisationnel, dans le milieu communautaire. Ainsi, iels proposent une politique salariale qui favorise un sentiment de justice au sein de l'équipe de travail et qui valoriserait par le même coup, une valorisation du savoir expérientiel. En effet, les politiques salariales valorisent souvent le nombre d'années d'études pour avoir un meilleur salaire. Or, les répondants rapportent que le nombre d'années d'expérience est tout aussi important et la politique salariale devrait le refléter.

Je sais que dans le milieu communautaire on n'a pas beaucoup d'argent, mais je trouve ça bizarre quand même que les directions se tapent des salaires, de très hauts salaires et puis le petit peuple, là c'est... on ramasse les miettes. Je ne parle pas pour XXX (son organisme), je parle d'une manière générale, donc en termes de gestes concrets, ça serait ça qui favoriserait la santé mentale. (INT 7)

La valorisation de l'équipe passe également par une meilleure représentativité des communautés bénéficiaires au sein même de l'équipe. De ce fait, certains intervenant.e.s rapportent un manque de diversité dans l'organisationnel des OC comme en témoigne cet intervenant :

« J'ajouterai un qui favorise ou qui mine? Nous, on est des immigrantes, OK là je pense .. Enfin... nous 3, je ne sais pas pour toi Achille, mais je parle de mes collègues ici ... on va se causer dans le blanc des yeux là.... je sentirai qu'il y a une ouverture vers ...vers ces personnes qui viennent (Soupir) ... se construire et construire avec leur famille ici, qui viennent travailler et on donne du jus, on donne du jus.... Je pense qu'il y a une vision par rapport aux personnes immigrantes, ça serait quand même ... une considération serait quand même le minimum parce que... c'est par des gestes concrets, c'est à dire une meilleure représentativité au niveau de l'équipe et au niveau des structures comme des conseils d'administration. Ça sert à rien d'avoir des conseils d'administration blancs de chez blanc et puis la populace des travailleur.e.s...c'est de l'Afrique du Nord au Sud, on va dire » (INT 10)

Rapport final

S'ils doivent recruter des personnes qui vont venir, donc nous soutenir, moi je recommanderais premièrement que ces personnes-là ressemblent à la population du quartier (INT 6).

Pour ce qui est de la réduction de la charge de travail, les intervenant.e.s recommandent à leur responsable d'embaucher de nouveaux et nouvelles employé.e.s. Cependant, étant conscients d'une part que la pénurie de main-d'œuvre constitue actuellement un enjeu de société important et du sous-financement de la plupart des OC, les intervenant.e.s ont proposé ce qu'ils appellent « un partage des ressources humaines » entre des organismes dont les missions et valeurs sont semblables.

Il y a peut-être des organisations qui se sont trouvées avoir moins de besoins, puis avoir peut-être des employés qui avaient du temps. Là comme une façon de peut-être transférer des... des.... Je t'envoie des employés, genre nous on à moins de job présentement. (INT 2)

En ce qui a trait aux espaces d'échanges réguliers sur l'intervention, certains intervenant.e.s ont dit préférer organiser cela au sein d'un même organisme, pour s'assurer du respect de la confidentialité des dossiers. Quelques-uns ont aussi proposé une supervision clinique collective consistant en des ateliers de soutien professionnel. Ces derniers qui seront animés par des experts réuniront des intervenant.e.s de plusieurs organismes de même calibre et avec des usager.e.s identiques. Ces ateliers offriront aux intervenant.e.s la possibilité de discuter des situations particulières et d'apprendre de leurs collègues qui sont plus outillés.

On aurait besoin de supervision clinique. Ce serait au moins comme une demi-journée ou on parle des cas qui ont parlé, de comment on a vécu ça avec une personne qui a de l'expérience. (INT 10)

Cependant, la confidentialité reste un enjeu qui est loin de faire consensus et qui peut constituer un frein à la mise en place du type de service. Pourtant, ce type de service demeurerait pertinent du point de vue de certains intervenant.e.s, qui estiment qu'il serait très bénéfique pour eux.

En résumé, à l'instar des autres secteurs, la pandémie a provoqué beaucoup de changements dans l'organisation du travail et la planification des services, l'environnement de travail ainsi que dans le mode d'intervention des intervenant.e.s. Ces changements ont eu des répercussions sur la santé mentale et le bien-être des intervenant.e.s. Cependant, comme le montrent les données, les responsables interrogés ont développé des stratégies pour atténuer les effets de la crise sur leurs intervenant.e.s. Il faut aussi noter que les intervenant.e.s ont fait preuve de beaucoup de résilience ; ce qui a facilité le travail des responsables. Malheureusement, nous avons vu aussi qu'il n'existe pas de ressources de soutien psychologiques disponibles pour la majorité des intervenant.e.s. Ainsi, dans ce contexte de crise, il apparaît nécessaire de mettre en place des stratégies pour répondre aux besoins des intervenant.e.s en matière de santé mentale pour leur permettre de mieux intervenir auprès des usager.e.s.

4. Résultats du volet 2 : Évaluation qualitative des activités interventionnelles

Cette section présente une synthèse des expériences des intervenant.e.s et des responsables du milieu communautaire à la suite des activités interventionnelles qui ont eu lieu entre le 21 avril et le 16 juin 2022.

Rapport final

Les résultats ont permis de mettre de l'avant trois grands thèmes : 1) les bénéfices des activités interventionnelles, 2) les éléments à améliorer et 3) les besoins des participant.e.s.

4.1. Bénéfices des activités interventionnelles perçus par les participant.e.s

Les participant.e.s ont rapporté plusieurs bénéfices à ces trois ateliers. Premièrement, le principal apport de ces ateliers est l'espace de partage que ça a permis d'offrir aux travailleur.se.s en réunissant différents intervenant.e.s de différents OC œuvrant dans le même milieu et partageant des expériences similaires. En plus de leur permettre de se soutenir entre eux, ces espaces ont permis de briser l'isolement des travailleur.se.s comme le soulève cette intervenante :

Avant je pensais que c'était juste moi qui avais un problème qui est toujours en train de penser, mais j'ai vu que non, ce n'est pas juste moi, (...) (Int)

L'atelier sur la fatigue de compassion a été particulièrement apprécié par les participants. Plusieurs d'entre eux/elles rapportent que ça leur a permis d'apprendre à mieux se connaître et mieux reconnaître leur force et leurs limites. En général, les ateliers leur ont permis d'acquérir des outils pour améliorer leur bien-être et étaient des opportunités pour prendre soin d'eux dans leur travail :

Moi ce que j'ai aimé c'est que ça me donnait l'impression que j'ai eu l'occasion de prendre soin de moi au travail alors que souvent, quand je suis au travail, je suis dans une logique de productivité derrière l'ordinateur (Int).

En général, les participant.e.s ont grandement apprécié les ateliers offerts, car iels ont pu partager, mais également acquérir toute sorte de savoir leur permettant d'améliorer leur bien-être. Les participant.e.s avaient également des suggestions pour améliorer les ateliers selon leurs besoins.

4.2. Suggestions faites par les participant.e.s pour améliorer les activités interventionnelles

En concordance avec leur appréciation de l'espace de parole que ces ateliers ont offert, les participant.e.s auraient aimé que plus de temps soit consacré aux partages des participants. Les participant.e.s ont également soulevé que certains ateliers avec une trop grosse quantité de contenu. En effet, iels ont moins apprécié la multitude d'éléments théoriques et le nombre élevé d'exercices lors de certains ateliers et proposent d'éviter de donner trop d'informations théoriques à la fois pour ne pas augmenter la charge mentale des travailleur.e.s qui est déjà assez élevée.

Une suite aux activités interventionnelles : un besoin criant

Les participants avaient beaucoup de choses à dire sur le besoin d'une suite à ces activités. En effet, le besoin de continuer à avoir accès à des espaces de partage et à ces ateliers est frappant et a été relevé à plusieurs reprises.

Le temps nous a manqué : pratique ça me parle beaucoup plus, mais ça aurait été vraiment sur moi. Si on avait pu faire une expérience, ça aurait été plus pour moi, j'attends la suite. Je voudrais des techniques pour prendre soin de moi. (Int)

En plus d'un besoin important de continuer à avoir des espaces de partages, les participants rapportent nécessiter de l'accompagnement et de l'encadrement pour continuer ce travail d'introspection et continuer à acquérir des outils pour protéger leur santé mentale malgré les défis de leur emploi.

Rapport final

(...) Cet esprit d'épisode 1^{er}, 2^{ième} et ensuite..., mais je regrette qu'il y a pas de suite. J'essaye de réfléchir à une suite autonome comme tu disais, mais il nous faudrait un encadrement. On est des professionnels autour de la table ici tout le monde donc ça me fait penser que c'est un besoin, j'ai observé. Les filles sont magnifiques et j'aimerais prendre soin de moi, d'elles et de poursuivre en continuité de ça. Je trouve la recherche magnifique, l'initiative extraordinaire (...) (Responsable d'OC)

5. Discussion

5.1. Pénurie de main-d'œuvre

La pénurie de main-d'œuvre est un enjeu important qui touche le milieu communautaire depuis des années. La crise sanitaire n'a fait que multiplier l'intensité de cet enjeu dans le milieu communautaire [29]. En plus des difficultés organisationnelles, le milieu communautaire n'offre pas un salaire ou des conditions de travail compétitifs à d'autres secteurs d'activités. Bien que la majorité des participant.e.s des focus groupes s'entendent pour dire qu'un meilleur financement des OC serait la solution à prioriser, certains proposent de réfléchir à des solutions temporaires tels que la mutualisation des ressources. Cela peut passer par le partage d'équipement, de locaux à un partage de ressources humaines entre OC. Or, un partage de ressources humaines est délicat puisque cela pourrait amener à augmenter l'épuisement professionnel des travailleur.e.s. Il serait ainsi pertinent que des chercheurs et/ou des décideurs se questionnent sur les conditions à mettre en place pour favoriser la mutualisation des ressources.

5.2. La satisfaction de la compassion peut-elle protéger les travailleur.e.s ?

Comme mentionné plus haut, les résultats du questionnaire indiquent que plus de 92 % des répondant.e.s ont eu un niveau moyen à élevé de satisfaction de compassion dans l'exercice de leurs fonctions professionnelles. Un rapport du Saskatchewan en 2021 [30] avait démontré un résultat similaire avec 81 % des répondant.e.s qui présentaient un haut niveau de satisfaction de compassion. Ces résultats sont d'ailleurs appuyés par le discours rapporté par les participant.e.s des focus groupes. En effet, le sentiment de pouvoir faire une différence dans la vie d'une population vulnérable est ressorti comme facteur de bien-être. Les participant.e.s ont nommé que le fait d'occuper un emploi qui a du sens à leurs yeux leur permet de s'y sentir mieux psychologiquement et augmente le sentiment de satisfaction liée à l'emploi. Cette valorisation de leur emploi peut également constituer un facteur de protection face à l'épuisement professionnel. En effet, il faut noter que même si la majorité des répondant.e.s avaient un niveau moyen d'épuisement professionnel, 2 participant.e.s sur 5 avaient un niveau faible d'épuisement professionnel qui peut être expliqué, entre autres, par la perception de leur rôle et par l'importance qu'ils accordent à leur emploi. Toutefois, la satisfaction de compassion pourrait aussi rencontrer des limites. Une enquête sur la santé psychologique des travailleur.e.s et des travailleuses du milieu communautaire au Québec [31] ainsi qu'un rapport de recherche de l'IRIS en 2021 [32] notent une nuance importante à considérer. Ce facteur de protection pourrait dans certains cas plutôt nuire aux employé.e.s du communautaire en les amenant à se surinvestir dans leur travail et augmenter leur sentiment de culpabilité, ce qui pourrait

Rapport final

diminuer leur bien-être. Ainsi, il conviendrait de ne pas tout « miser » sur la satisfaction de compassion chez les travailleur.e.s du communautaire, mais plutôt de diversifier les facteurs de protection afin de les protéger contre les nombreux enjeux auxquels iels font face. Heureusement, ce rapport a permis de déterminer d'autres facteurs qui améliorent le bien-être comme la mobilisation des ressources intérieures ou les opportunités de renforcement du travail en équipe.

De plus, les résultats de cette étude ont démontré que les intervenant.e.s communautaires ont un niveau préoccupant de détresse. En effet, les scores indiquent que près de la moitié des répondant.e.s ont un score qui suggère la présence de dépression. De plus, plus de la moitié des répondant.e.s rapportent un niveau moyen d'épuisement professionnel. Ces résultats concordent avec ce que les participant.e.s des focus groupes ont déclaré. En effet, les intervenant.e.s ont rapporté vivre plus de stress et d'anxiété, de la fatigue chronique et pour certains la déception, depuis le début de la pandémie. Plusieurs facteurs liés à la crise sanitaire ont exacerbé leur stress au travail. En plus, de l'insécurité financière et de la confusion quant à l'information sur la COVID-19, l'augmentation de la charge de travail a été un des facteurs le plus mis de l'avant par les participant.e.s lors des focus groupes. Ces résultats sont cohérents avec d'autres études qui ont soulevé des conclusions similaires. En effet, des enquêtes réalisées tout au long de la pandémie [31–33] ont également soulevé la grande charge de travail comme facteur menant à un épuisement professionnel chez les intervenant.e.s communautaires. Selon ce rapport de recherche, la grande charge de travail des intervenant.e.s les amenait à se surinvestir au travail et à vivre de la culpabilité lorsqu'iels ne parvenaient pas à répondre à toutes les demandes. Ainsi, ces deux variables pourraient expliquer un lien entre la charge de travail élevée et un niveau bas de bien-être soulevé par les répondant.e.s de cette étude. De plus, en concordance avec d'autres rapports de recherche [33,34], le prolongement du travail à distance pouvait amener de la fatigue et de l'épuisement chez les intervenants. En plus d'un risque de sursollicitation, la distanciation pouvait donner l'impression que les responsables étaient absents ou donner l'idée aux responsables qu'il n'y avait pas de problèmes. Toutefois, le travail à distance avait un côté positif qui était la flexibilité de l'horaire octroyé par les responsables d'OC. Malgré ces enjeux importants sur leur bien-être, autant les répondant.e.s du questionnaire que les participant.e.s des focus groupes ont rapporté des facteurs de protection dans leur emploi dont l'une des principales est liée aux ressources intérieures.

5.3. Mobilisation des ressources intérieures

Plusieurs éléments ont contribué à une meilleure adaptation des travailleur.e.s du communautaire face à la crise. Leur volonté de se rendre utile et d'aider les familles dans le besoin leur a permis de développer une certaine résilience et de mieux vivre les changements auxquels iels ont été confrontés. Cela ne veut pas dire pour autant qu'iels ont été à l'abri des intempéries de la crise sanitaire. Les participant.e.s à notre recherche ont nommé la capacité à séparer travail et vie personnelle. Lorsqu'iels sortent du travail, le fait de laisser leurs stress derrière eux, leur permet de maintenir un meilleur bien-être. Les participants ont également nommé le fait de reconnaître où s'arrête leur capacité leur permettant de mettre leur limite face à ce qu'ils peuvent offrir et faire. Ce travail individuel a permis à nos participant.e.s de mieux confronter les situations difficiles rencontrées et de mieux s'adapter face au stress. Il est intéressant de noter qu'une bonne connaissance de soi et de ses limites a été rapportée par les participant.e.s des focus groupes exploratoires comme des caractéristiques personnelles de l'employé. Or, les activités interventionnelles

Rapport final

ont permis d'apporter une nuance à cela puisque les intervenant.e.s rapportent avoir fait des apprentissages sur leur limites personnelles grâce à ces activités et grâce à l'espace d'introspection et de réflexions sur soi que ces ateliers ont apporté. Ces activités ont permis de donner des pistes d'actions sur les façons de prendre soin de soi dans un domaine où les travailleur.e.s prennent généralement soin de l'autre. Ainsi, il est important de considérer la mobilisation de ses ressources intérieures comme un processus qui peut se faire de manière encadrée par le milieu de travail plutôt que des caractéristiques individuelles innées. Cela amène à proposer l'institutionnalisation d'activités permettant aux travailleur.e.s du communautaires d'apprendre à se prioriser.

5.4. Du *self-care* au *community-care*

Le *self-care* peut inclure une grande variété de stratégies qui contribuent au bien-être de chacun. Il ne s'agit pas d'une formule magique, mais plutôt d'intégrer des habitudes au quotidien qui renforcent la résilience. Cela peut prendre différentes formes comme des pratiques religieuses et spirituelles, prioriser une bonne hygiène de sommeil, s'adonner à des activités artistiques, des activités sociales, de l'exercice physique ou des pratiques de pleine conscience telles que la méditation et le yoga et délimiter les horaires de travail. Non seulement, plusieurs de ces pratiques ont été limitées par les restrictions liées à la pandémie, mais la réalité du terrain et la surcharge de travail peuvent également constituer un obstacle à la réalisation d'activités de *self-care* pour les travailleur.e.s du communautaire. De plus, les résultats de cette étude ont démontré que les répondant.e.s sont grandement préoccupés par le bien-être des répondant.e.s et finissent par se surinvestir dans leurs tâches ce qui les amène à vivre du stress et de l'épuisement.

Pratiquer le *self-care* sur une base individuelle peut donc être difficile considérant la crise de la pandémie et la réalité des travailleur.e.s communautaires, soit leur grande charge de travail, le besoin grandissant des communautés bénéficiaires des OC. Certains intervenant.e.s peuvent se sentir coupables lorsqu'ils puisent dans le *self-care* parce que cela peut augmenter la charge de travail de d'autres intervenant.e.s qui ont moins de capacités à mettre des limites dans leur travail. Bien que certains travailleur.e.s puissent réussir quand même à prendre soin d'eux-mêmes, les activités interventionnelles dans le cadre de ce projet de recherche ont révélé que ces ateliers constituaient une façon efficace d'apprendre à se prioriser et à prendre soin de soi pour contrer la fatigue de compassion et le stress lié au travail. De plus, les focus groupes ont permis de relever que d'être dans une équipe bienveillante qui amène un sentiment de confiance et de sécurité constitue également un facteur important pour le bien-être au travail. D'ailleurs, un rapport de l'Observatoire de l'Action Communautaire Autonome (ACA) en 2022 [33] a également permis de mettre en lumière qu'un meilleur travail en équipe permettait un meilleur sentiment d'appartenance qui constituait un facteur de protection. Pour ces raisons, il est essentiel que la pratique de *self-care* prenne la forme d'un accompagnement de type collectif, plutôt que de pratiques individuelles. Les intervenant.e.s appartenant eux et elles-mêmes à une forme de communauté au travail, et allant puiser des ressources dans leurs propres communautés d'appartenance (familles, amis, voisins...), on peut ainsi parler d'un accompagnement de type *community care*. Ces pratiques de type collectif pourraient intégrer la structure de l'OC et faire partie d'une culture organisationnelle qui priorise le bien-être. L'une des caractéristiques les plus importantes d'une approche de soins collectifs est le fait de fournir un soutien psychosocial. Plusieurs études ont révélé que les lieux de travail qui offraient un soutien interne en santé

Rapport final

mentale servaient de facteurs de protection contre la dépression, l'anxiété et le stress chez les travailleur.e.s de la santé et des services sociaux [35,36]. Permettre aux employé.e.s d'accéder à des psychologues, des intervenant.e.s psycho-sociaux, ou des coachs de vie, de manière anonyme et aux frais de l'organisation peut constituer une forme de structuration de ces pratiques de soins collectifs. Les ateliers offerts dans le cadre du volet interventionnel de cette présente étude ont été fortement appréciés par les participant.e.s et répondaient à un grand besoin.

Les participant.e.s aux focus groupes exploratoires ont également exprimé la nécessité de recevoir des services de soutien collectifs. Ces services auraient pour objectifs d'offrir un espace aux intervenant.e.s communautaires pour se sentir soutenu en ventilant, partageant des préoccupations communes et des ressources. Cette recommandation des participant.e.s des focus groupes exploratoires résonne fortement avec ce que les participant.e.s des activités interventionnelles ont rapporté. En effet, ces derniers ayant apprécié les ateliers qui visaient à soutenir les travailleur.se.s communautaire offert dans le cadre de cette recherche ont insisté sur le besoin de poursuivre ces ateliers en mettant plus d'emphase sur les espaces de libération de la parole. Ainsi, des espaces d'échange de type communautés de pratique pour les employé.e.s du communautaire pourraient constituer une réponse aux recommandations et aux besoins exprimés par les différents participants de l'étude et permettrait d'institutionnaliser ces pratiques. Autant les participant.e.s des activités interventionnelles que ceux des focus groupes exploratoires demandent qu'il y ait un encadrement par un.e intervenant.e psychosocial.e professionnel.le, et qu'iels ne soient pas laissés à eux-mêmes : il est donc aussi important de prendre en considération la notion d'accompagnement en continu. Il convient toutefois de noter que malgré le besoin criant des participant.e.s d'accéder à ces ateliers à plus long terme, il y avait peu de travailleur.e.s présent.e.s lors des ateliers et plusieurs participant.e.s ayant confirmé leur participation ne se sont finalement pas présenté.e.s. Bien sûr, la surcharge de travail peut constituer un obstacle, mais la manière dont ces activités ont été présentées à l'équipe par les gestionnaires peut jouer un rôle sur l'investissement des intervenant.e.s à ces ateliers.

5.5. Leadership bienveillant

Cette étude a permis de mettre en lumière la capacité à prendre soin de soi (self-care) comme un important déterminant au bien-être chez les travailleur.e.s communautaires. Une manière d'expliquer le paradoxe entre le grand besoin d'espaces collectifs et de soutien psychologiques et le faible taux de participation au volet interventionnel de l'étude, est bien entendu le contexte de la recherche – en pleines vagues pandémies – qui ne permettait pas toujours aux intervenant.e.s ou aux responsables de libérer du temps pour prendre soin de soi. Une autre explication possible serait liée à la manière dont ces activités interventionnelles sont présentées aux employé.e.s et sont intégrées dans l'organisation du travail par l'employeur. Ainsi, l'approche des responsables par rapport à l'importance de la santé mentale dans le milieu de travail jouerait un rôle dans l'investissement des employé.e.s à prioriser leur bien-être. La littérature a bien établi que le leadership a un effet important sur l'attitude des employé.e.s envers leur travail [37,38]). Mais le leadership peut-il avoir un impact sur la propension des travailleur.e.s communautaires à prendre soin d'eux-mêmes ? Des chercheurs se sont intéressés au style de leadership compatissant. Selon Poorkavoos [39], il ne s'agit pas simplement pour un leader d'être lui-même compatissant, mais également d'encourager la compassion et la bienveillance dans l'ensemble de l'organisation. Un leader compatissant encourage les employé.e.s à parler de leurs problèmes et à se

Rapport final

soutenir les uns les autres. Le leadership compatissant consiste à être une personne compatissante et à créer une culture dans laquelle rechercher ou fournir de l'aide pour soutenir une personne n'est pas seulement acceptable, mais est considéré comme la norme. Ainsi, le leadership compatissant est fortement propice à l'intégration des pratiques de self-care dans la structure de l'organisation. Il est à noter que parmi les réponses des répondant.e.s, il a été relevé la flexibilité des responsables ainsi que des espaces de discussions offerts par les employeurs comme offres de soutien perçues et appréciées par les participants. Il est fort probable que plusieurs responsables s'adonnent déjà à une forme de leadership compatissant, et il serait intéressant d'en explorer les effets dans de futures études en considérant les spécificités du milieu communautaire québécois.

5.6. Réflexions sur le processus de recherche-interventionnelle en situation de pandémie

Cette étude est un projet qui s'est construit à partir de collaborations préexistantes ou naissantes entre OC avec des membres de l'équipe de recherche. Une des forces est liée à la confiance de gestionnaires envers le projet de recherche interventionnelle – ceux et celles qui ont participé en tant que membre de notre équipe, mais aussi ceux et celles qui ont encouragé leurs employé.e.s à participer à l'étude. D'ailleurs, il aurait été intéressant d'impliquer des intervenant.e.s dans le processus de collaboration dans cette étude, et non uniquement des responsables d'organismes communautaires. La mobilisation du projet a été fortement encouragée par une préoccupation commune du soutien des milieux communautaire et des acteurs clés de l'effort collectif durant la pandémie. Le processus de recherche-interventionnelle a impliqué une collaboration autour d'un projet qui a demandé de multiples adaptations, au fil des vagues de COVID-19, pour les membres de l'équipe comme pour les participant.e.s à la recherche. D'ailleurs, l'étude a évolué en termes d'objectifs, de planification et des contenus des activités prévues, pour qu'elle soit réalisable par les milieux. En plus des questions d'arrimage habituel entre les exigences de la recherche et celles des milieux de pratique, les chercheurs et les collaborateurs évoluaient dans un contexte aux temporalités et livrables différents. Citons en particulier les défis du recrutement aux activités de la recherche, la question de l'offre d'ateliers interventionnels en présence ou non, et la surcharge à laquelle faisaient face nos collaborateurs responsables d'OC. Ces défis n'ont pourtant pas empêché notre équipe formée de chercheurs et de responsables d'OC de mener ce projet de recherche interventionnelle jusqu'à son terme, et de renforcer les liens entre ses membres tout au long du processus.

6. Limites

Considérant que cette étude a été menée en pleine pandémie de COVID-19 dans un milieu qui est déjà en crise depuis des années, plusieurs limites doivent être considérées. Tout d'abord, une des limites statistiques à noter est liée au faible échantillon des répondant.e.s au questionnaire. Un échantillon de 47 personnes n'est pas représentatif de la population de travailleur.e.s communautaires. De plus, les répondant.e.s venaient principalement de l'arrondissement Côte-des-Neiges-Notre-Dame-De-Grâce. La réalité de ces deux quartiers pourrait également ne pas être la même que pour les travailleur.e.s d'OC dans d'autres contextes. Ainsi, des recherches futures pourraient viser un plus grand échantillon pour valider les résultats de cette étude. De plus, il faut noter que les travailleur.e.s qui ont réussi à se libérer et investir du temps dans cette étude pourraient également ne pas être ceux qui se trouvent dans la situation la plus précaire. Cette étude ne nous permet pas nécessairement de connaître la réalité des travailleur.e.s qui connaissent davantage de précarité dans leur organisme ou milieu communautaire. D'autre part, la

Rapport final

comparaison entre les résultats du questionnaire et ceux des focus groupes sont à faire avec précaution pour deux principales raisons. Premièrement, l'échantillon du questionnaire est différent de l'échantillon des groupes de discussion. Deuxièmement, la temporalité est également différente. En effet, les répondant.e.s au questionnaire et aux focus groupes ont participé à ces activités de recherche à des moments de la crise différents (début de la vague Omicron pour ce qui concerne le questionnaire, vs. période d'assouplissement des mesures pour les focus groupes) qui peuvent amener les répondant.e.s. Les répondant.e.s sont en effet susceptibles d'exprimer plus ou moins d'espoir ou de détresse, dépendamment de la période à laquelle ils ont participé à l'étude, ce qui peut ainsi influencer les données. Enfin, il faut noter que certaines mesures ont été validées avant la crise et l'on pourrait se demander si elles sont valides en temps de crise (p.ex., l'échelle de bien-être de l'OMS).

7. Conclusion

La pandémie a été une période déstabilisante et difficile pour tous les secteurs. Le milieu communautaire n'y échappe pas et a été particulièrement frappé par cette nouvelle réalité. Les travailleur.e.s communautaires ont fait de remarquables efforts pour contrer les obstacles de la pandémie et continuer à offrir leurs services aux populations vulnérables. Or, comme tout le monde, ils vivaient aussi des enjeux qui ont amené leurs lots de conséquences, en particulier sur leur bien-être et leur santé mentale. Ainsi, cette étude a permis de mettre en avant que la capacité à faire face à l'adversité pour les travailleur.e.s peut être améliorée par des activités interventionnelles telles que des ateliers qui mettent de l'avant le self-care. Ces ateliers doivent répondre à deux besoins principaux :

- 1- un besoin d'espaces de partages entre collègues ou entre différents intervenant.e.s du communautaire pour simplement partager sur les enjeux vécus et ventiler
- 2- des ateliers de soutien psycho-social encadrés par des professionnels de la santé.

De telles interventions pourraient être mises en place par les OC ou par le réseau de la santé et des services sociaux pour les intervenant.e.s communautaires. Les résultats de cette étude devraient renforcer la nécessité de rendre ces aides plus largement disponibles dans les OC et pour les travailleur.e.s communautaires à travers une institutionnalisation de ces services. De plus, les responsables d'OC devraient également être sensibilisés au bien-être de leurs employé.e.s en questionnant leur style de leadership et en priorisant un leadership compatissant. Il serait également intéressant que d'autres chercheurs puissent approfondir le lien entre le leadership et le self-care dans le cadre du travail communautaire, un cadre de travail ou le don de soi fait partie du quotidien.

Bien que la structuration du *community care* et le leadership compatissant soient nécessaires pour améliorer le bien-être des travailleur.e.s du communautaire, cela est loin d'être suffisant. En effet, la situation de crise a grandement exacerbé des difficultés auxquelles le milieu communautaire fait face déjà depuis plusieurs années. Un des principaux défis de ce milieu est la précarité financière à laquelle font face de nombreux OC. Cette précarité amène une perte d'effectifs et une incapacité à recruter des travailleur.e.s communautaires, ce qui a plusieurs conséquences. En effet, les travailleur.e.s en place font face à une énorme surcharge de travail et certains OC doivent même limiter ou abolir certains de leurs

Rapport final

services. Le financement insuffisant des OC empêche les employeurs d’offrir des conditions de travail non seulement concurrentielles, mais simplement convenables. De ce fait, il est primordial que le financement du secteur communautaire soit une priorité pour le gouvernement.

8. Références bibliographiques

- [1] Institut National de Santé Publique du Québec. Pandémie, bien-être émotionnel et santé mentale - Résultats du 12 janvier 2021. INSPQ 2021. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-janvier-2021> (accessed March 20, 2021).
- [2] La réponse communautaire à la COVID-19 à Montréal. Montreal, QC: Philanthropic Foundations Canada; 2020.
- [3] Gautier L. A year on – how community-based workers have strived to provide continuous support to vulnerable migrant populations, in Montreal and around the globe. International Health Policies 2021. <https://www.internationalhealthpolicies.org/featured-article/a-year-on-how-community-based-workers-have-strived-to-provide-continuous-support-to-vulnerable-migrant-populations-in-montreal-and-around-the-globe/> (accessed June 18, 2021).
- [4] Direction Régionale de la Santé Publique de Montréal. Améliorer la réponse à la COVID-19 pour les personnes immigrantes et racisées : consultation des acteurs terrain. Montreal, QC: Direction Régionale de la Santé Publique de Montréal (DRSP); 2021.
- [5] Cleveland J, Hanley J, Jaimes A, Wolosky T. Impacts de la crise de la COVID-19 sur les “communautés culturelles” montréalaises. Montreal, QC: Institut de Recherche SHERPA; 2020.
- [6] Gouvernement du Canada SC, Evra R, Mongrain E. État de la santé mentale des immigrants canadiens durant la pandémie de COVID-19 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00050-fra.htm> (accessed September 25, 2020).
- [7] Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI). COVID 19 : ressources et informations. Table de Concertation Des Organismes Au Service Des Personnes Réfugiées et Immigrantes 2020. <http://tcri.qc.ca/nouvelles/402-covid-19-ressources-et-informations> (accessed September 25, 2020).
- [8] Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI), Médecins du Monde Canada. COVID-19 : Statut d’immigration et accès aux soins 2020.
- [9] St-Arnaud L, Fournier G, Saint-Jean M, Rhéaume J, Moore M, Damasse J. Processus de retour au travail chez des employés du secteur privé s’étant absentes pour des raisons de santé mentale. *Regard Sur Le Travail* 2009;5:2–12.
- [10] Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé durant la pandémie. 2021.
- [11] Centre d’expertise sur le bien-être et l’état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d’asile

Rapport final

(CERDA). COVID-19 et bien-être des professionnels de la santé et des services sociaux. Québec: Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA); 2020.

[12] INESSS. COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie. Québec, QC: INESSS; 2020.

[13] Wu PE, Styra R, Gold WL. Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *CMAJ* 2020;192:E459–60. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200519>.

[14] Vachon P. Travail 3 : Présentation des outils utilisés (non publié) 2021.

[15] Canadian Institutes of Health Research Government of Canada. Adapting a holistic program to support the mental health and wellness of frontline workers providing care to homeless and street communities. Ottawa, ON: Canadian Institutes of Health Research Government of Canada; 2020.

[16] Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail (la Norme). 2021.

[17] Organisation mondiale de la Santé. Santé mentale. WHO n.d. http://www.who.int/topics/mental_health/fr/ (accessed March 22, 2021).

[18] Zimmerman MA. Empowerment Theory. In: Rappaport J, Seidman E, editors. *Handbook of Community Psychology*, Boston, MA: Springer US; 2000, p. 43–63. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2.

[19] Jaimes A, Hassan G, Rousseau C. Hurtful Gifts? Trauma and Growth Transmission Among Local Clinicians in Postearthquake Haiti. *Journal of Traumatic Stress* 2019;32:186–95. <https://doi.org/10.1002/jts.22400>.

[20] Pluye P, Bengoechea EG, Granikov V, Kaur N, Tang DL. Tout un monde de possibilités en méthodes mixtes: revue des combinaisons des stratégies utilisées pour intégrer les phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs en méthodes mixtes. *Oser Les Défis Des Méthodes Mixtes En Sciences Sociales et Sciences de La Santé* 2018:28.

[21] Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>.

[22] Linton M-J, Dieppe P, Medina-Lara A. Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ Open* 2016;6:e010641. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010641>.

[23] University of Buffalo School of Social Work. Checklists and Measures; Burnout and Secondary (Vicarious) Traumatization 2020. <http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit/self-care-assessments-exercises/checklists-and-measures.html> (accessed March 20, 2021).

[24] Huggard P, Unit G. A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious

Rapport final

trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies* 2013;1:2013–1.

[25] Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996;9:455–71. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>.

[26] Marchand C, Vandenberghe C. Soutien organisationnel perçu, perception de perte de ressources, et santé psychologique: L'effet modérateur de l'affectivité négative. [Perceived organizational support, perceived resource loss, and psychological health: The moderating effect of negative affectivity.]. *Le Travail Humain: A Bilingual and Multi-Disciplinary Journal in Human Factors* 2015;78:193–215. <https://doi.org/10.3917/th.783.0193>.

[27] Statistique Canada. Guide de référence sur les minorités visibles et le groupe de population, Recensement de la population 2021 2022.

[28] Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974;30:159–65. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.

[29] Nicolas J, Lepetit A, Camus A, Couspeyre O, Audet M-L, Toupin C, et al. Collecte, analyse et rédaction 2022:193.

[30] Réseau Santé en français de la Saskatchewan, JM Academic Plus. Enquête sur la santé et le bien-être des intervenants en Établissement-Intégration francophone au Saskatchewan. 2021.

[31] Meunier S, Giroux A, Coulombe S, Lauzier-Jobin F, Radziszewski S, Houle J, et al. Enquête sur la santé psychologique des travailleur.e.s et des travailleuses du milieu communautaire au Québec. Montréal: Université du Québec à Montréal; 2020.

[32] Couturier E, Fortin M. Effets de la crise sanitaire sur le milieu communautaire – Portrait de la situation pour les organismes du Québec. IRIS; 2021.

[33] Observatoire de l'ACA. Rapport sur l'impact de la crise de la COVID-19 sur les organismes d'ACA. Observatoire de l'action communautaire autonome; 2022.

[34] Guerin V. Rapport de sondage: Les impacts de la pandémie sur les organismes communautaires et le développement social de la Région des Laurentides - Phase 2. Conseil régional de développement social des Laurentides; 2021.

[35] Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020;87:11–7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>.

[36] Schneider J, Talamonti D, Gibson B, Forshaw M. Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review. *J Health Psychol* 2022;27:1875–96. <https://doi.org/10.1177/13591053211012759>.

Rapport final

- [37] Mintzberg H. *Developing Leaders? Developing Countries?* NGO Management, Routledge; 2010.
- [38] Tomkins L, Simpson P. Caring leadership: A Heideggerian perspective. *Organization Studies* 2015;36:1013–31.
- [39] Poorkavoos M. *Compassionate leadership: what is it and why do organisations need more of it?* Horsham: Roffey Park Institute; 2016 2019.