

Le traumatisme vicariant chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique

Auteur : Lansival, Léa

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde

Faculté : pôle Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/24570>

Avertissement à l'attention des usagers :

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

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



Le traumatisme vicariant chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique

Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du titre de
Master en Sciences psychologiques, à finalité « Psychologie
Clinique »

Présenté par Léa LANSIVAL

Promotrice : Madame Adélaïde BLAVIER

Superviseuse : Madame Laetitia DI PIAZZA

Lectrices : Madame Marie VANDER HAEGEN et Madame Bénédicte MINGUET

Année académique 2024 – 2025

REMERCIEMENTS

Pour commencer, je tenais particulièrement à remercier ma superviseuse, Madame Di Piazza pour la qualité de l'accompagnement qu'elle m'a offert tout au long de l'écriture de ce mémoire. J'ai bénéficié d'une guidance rassurante qui n'a pas de prix. Je remercie également Madame Blavier, ma promotrice, pour le suivi de l'évolution de ce travail.

Ensuite, je remercie Madame Vander Haegen et Madame Minguet, les lectrices de ce mémoire, pour l'intérêt et l'attention qu'elles lui accorderont.

Merci aussi aux soignantes du service d'oncologie pédiatrique sur lequel s'est concentrée cette recherche pour avoir accepté d'y participer. Le temps et la confiance qu'elles m'ont accordés ont été essentiels à son bon déroulement.

Un grand merci à Auriane et Jennifer, les psychologues inspirantes qui m'ont aidé à la relecture de ce travail et qui m'ont nourrie de leurs précieux conseils.

Un énorme merci à Manon, ma meilleure amie, présente à chaque petit pas comme à toutes grandes étapes de ma vie. Depuis plus de dix ans, elle embellit les jours meilleurs et éclaire les plus sombres. Et merci à Théa, ma partenaire d'étude qui a rendu ce parcours universitaire surmontable. En s'unissant, elle m'a rendu la confiance qui se dissipait lors des épreuves traversées.

Mille mercis à ma famille. Plus particulièrement à mes parents qui ont toujours cru en moi. Depuis toujours, ils me donnent les moyens d'atteindre la vie à laquelle j'aspire. Le soutien qu'ils m'ont offert durant mon parcours d'étude est inestimable. Je leur en suis à jamais reconnaissante. Aussi, ma perle de tante, tatie Yaya, qui par ses pensées, ses mots doux, son amour et ses corrections de travaux, a toujours été présente à mes côtés, particulièrement durant mes études. Elle représente une grande ressource de ma vie.

Finalement, je tiens spécialement à remercier Louis, mon partenaire de vie. Plus que quiconque, il sait à quel point ce parcours universitaire m'a mise à l'épreuve et pourtant, il n'a jamais douté de moi et a soutenu ce projet comme si c'était le sien. Chaque jour, il rend ma vie plus belle et avec la bienveillance qui le caractérise, il ne lâche jamais ma main et me porte jusqu'au bout de mes rêves.

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
PARTIE THÉORIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE	8
1. Le traumatisme vicariant	8
1.1. Le traumatisme vicariant : plus spécifiquement en oncologie.....	10
2. Concepts en lien avec le traumatisme vicariant à travers le modèle de Figley	11
2.1. L'empathie.....	12
2.2. La satisfaction de compassion.....	14
2.3. Le stress de compassion	15
2.4. Les stratégies de coping.....	16
2.5. La résilience	18
2.6. La fatigue de compassion	19
2.7. L'épuisement professionnel.....	22
3. Facteurs de risque et facteurs de protection.....	24
PARTIE EMPIRIQUE.....	28
1. Objectif de l'étude	28
2. Hypothèses	28
2.1. Première hypothèse.....	28
2.2. Deuxième hypothèse.....	29
2.3. Troisième hypothèse	29
2.4. Quatrième hypothèse	30
2.5. Cinquième hypothèse	31
3. Méthodologie.....	31
3.1. Échantillon.....	31
3.1.1. Statistiques descriptives de l'échantillon	32
3.2. Outils et mesures	33
3.2.1. L'entretien semi-structuré.....	33
3.2.2. Professional Quality Of Life (ProQOL; Stamm, 2010).....	33
3.2.3. Ways of Coping Checklist (WCC; Cousson & al., 1996)	34
3.2.4. Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC ; Connor & Davidson, 2003).....	36
4. Considérations éthiques.....	37
PARTIE RÉSULTATS	38
1. Partie quantitative.....	38
1.1. Statistiques descriptives des échelles.....	38

1.1.1.	Professional Quality Of Life (ProQOL ; Stamm, 2010).....	38
1.1.2.	Ways of Coping Checklist (WCC ; Cousson & al., 1996)	39
1.1.3.	Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC ; Connor & Davidson, 2003).....	40
1.2.	Normalité des variables	40
1.3.	Résultats de l'hypothèse 1	40
1.4.	Résultats de l'hypothèse 2	41
1.5.	Résultats de l'hypothèse 3	42
1.6.	Résultats de l'hypothèse 4	43
1.7.	Résultats de l'hypothèse 5	44
2.	Partie qualitative.....	44
2.1.	Motivation(s) initiale(s) du choix d'orientation vers le domaine de l'oncologie pédiatrique et motivation(s) actuelle(s) à y perdurer.....	44
2.2.	Enjeux du type de contrat de travail	45
2.3.	Impact de la parentalité sur le vécu professionnel.....	46
2.4.	Perception d'une journée type de travail	47
2.5.	Éléments apportant de la satisfaction professionnelle	48
2.6.	Situations vécues comme étant les plus difficiles.....	49
2.7.	Les stratégies de coping utilisées.....	50
2.8.	Envie ou besoin d'interrompre sa carrière en oncologie pédiatrique	51
2.9.	Les mots utilisés pour décrire le travail en oncologie pédiatrique.....	52
2.10.	Les mots utilisés pour se décrire en tant que professionnelle de soin en oncologie pédiatrique	53
	DISCUSSION	54
1.	Type de profession et traumatisme	54
2.	Satisfaction professionnelle et traumatisme	56
3.	Résilience, nombre d'années d'expérience et traumatisme.....	57
4.	Stratégies de coping et satisfaction professionnelle	58
5.	Résilience et satisfaction professionnelle	60
6.	Limites et perspectives	60
	CONCLUSION	63
	ANNEXES	65
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	80

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Interprétation des scores à l'échelle ProQOL	34
Tableau 2 : Moyennes et écarts-types des trois dimensions du coping selon le sexe	35
Tableau 3 : Statistiques descriptives de la ProQOL	38
Tableau 4: Statistiques descriptives de la WCC	39
Tableau 5: Statistiques descriptives de la CD – RISC.....	40
Tableau 6 : Synthèse de l'analyse qualitative des entretiens semi-structurés.....	66
Tableau 7 : Test de Shapiro-Wilk des variables années d'expérience, ProQOL, CD-RISC et WCC ...	76
Tableau 8 : Matrice de corrélations de Spearman et de Pearson entre la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et le stress traumatique secondaire (ProQOL).....	76
Tableau 9 : Matrice de corrélations de Pearson entre le stress traumatique secondaire (ProQOL), la résilience (CD-RISC) et le nombre d'années d'expérience.....	77
Tableau 10 : Transformation des scores bruts de chaque échelle de la WCC en scores pondérés	77
Tableau 11 : Matrice de corrélation entre le coping centré sur la recherche de soutien social, le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion (WCC) et la satisfaction de compassion (ProQOL)	77
Figure 1 : The Compassion Fatigue Résilience Model (2017)	12
Figure 2 : Score moyen de stress traumatique secondaire selon la profession.....	78
Figure 3 : Relation entre l'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion	78
Figure 4 : Relation entre les stratégies de coping centré sur le problème (WCC) et la satisfaction de compassion (ProQOL).....	79
Figure 5 : Nuage des mots utilisés pour décrire le travail en oncologie pédiatrique (Zygomatic)	79

INTRODUCTION

L'oncologie pédiatrique constitue un domaine dans lequel les soignants sont quotidiennement confrontés à la perte, au deuil et également au traumatisme des familles contraintes à traverser ce service (Heckman, 2012). Les professionnels de soins se risquent à souffrir d'un traumatisme secondaire en assistant directement à l'évènement (annonce de diagnostic, de rechute, décès). De surcroit, il est probable qu'en s'engageant de manière empathique dans l'écoute du récit des patients traumatisés et dans la relation de soin, les soignants développent un traumatisme vicariant (Blavier, A., 2024).

Pearlman et Saakvitne (1995) (*cités par Desbiendras, 2019*) expliquent que le traumatisme vicariant constitue une transformation interne de l'expérience du professionnel de l'aide qui se met à disposition, avec empathie, des patients traumatisés pour recevoir le récit de leur expérience. Dans un secteur tel que l'oncologie pédiatrique, l'exposition au matériel traumatique des patients est répétée et à long terme. En effet, les traitements peuvent s'administrer plusieurs fois par semaine, durant plusieurs années. Au-delà de la réception du récit traumatique, de véritables liens se créent entre les soignants et les familles. Ces relations peuvent constituer une difficulté supplémentaire dans le vécu professionnel, notamment en cas de décès (Zander et al., 2009).

Deux stages réalisés au sein d'un service d'oncologie pédiatrique liégeois nous ont permis de constater que l'équipe de ce dernier se trouve quotidiennement confrontée à des récits et/ou à des situations de vie qui peuvent engendrer chez le personnel soignant certains traumatismes. Une psychologue de l'équipe décide de quitter le service, les professionnels partagent sur la difficulté, voire l'impossibilité de travailler à long terme dans le domaine de l'oncologie pédiatrique. Ces observations, couplées au constat que très peu d'études ont investigué le concept du traumatisme vicariant des professionnels dans le secteur spécifique qu'est l'oncologie pédiatrique, nous ont amenés à nous pencher sur la problématique.

PARTIE THÉORIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Le traumatisme vicariant

La thématique principale de cette étude est le traumatisme vicariant. Néanmoins, le traumatisme secondaire se recoupe fortement avec le traumatisme vicariant dans le domaine où nous effectuons notre projet de recherche. En effet, en oncologie pédiatrique, les professionnels entrent en relation empathique durant de longues périodes de traitement avec des personnes vivant des situations traumatisantes et se trouvent également directement exposés à des individus traumatisés.

Cette réalité de terrain n'est pas étonnante lorsqu'on sait que le traumatisme vicariant et le traumatisme secondaire se superposent et s'influencent.

Le traumatisme vicariant peut se définir comme suit : « *Transformation dans l'expérience interne du thérapeute résultant de l'engagement empathique au matériel traumatisant du patient* » (Pearlman & Saakvitne, 1995, cité par Desbiendras, 2019, p.153).

Étymologiquement, « *vicariant* » vient du mot « *icare* » qui signifie « *qui remplace* » : les informations amenées par le patient vont se substituer aux informations que le thérapeute avait sur le monde et ainsi venir modifier sa vision de celui-ci. Le professionnel va adopter une tout autre manière de penser et de se comporter pouvant aller jusqu'à une modification de sa personnalité. Il va notamment y avoir un désinvestissement dans les loisirs, une baisse de la sociabilité, un émoussement affectif, une réduction des liens avec les proches. Les proches peuvent décrire toutes ces modifications comme un changement de personnalité.

Progressivement, le traumatisme va ensuite s'installer sur le terrain professionnel avec un désinvestissement des affects. (Desbiendras, 2019).

Parmi les symptômes, il peut y avoir des reviviscences et une hyperréactivité lorsque la personne fait face à des éléments qui ressemblent à ceux de l'évènement traumatisant.

Concrètement, le soignant se met dans un état de stress post-traumatique car il réagit aux traumatismes du patient comme étant les siens (Imbert & Maillard, 2020). L'Association Anglaise de Médecine développe tout de même une comparaison des symptômes du stress post-traumatique avec les réactions du traumatisme vicariant. Parmi ces réactions, non présentes dans le stress post-traumatique il y a la suridentification avec le patient, qui peut faire naître un fantasme de sauvetage. Ou encore, l'implication excessive dans la relation

d'empathie qui mène finalement à un détachement, tant la charge émotionnelle devient lourde. La docteur Damiani (2024) quant à elle, stipule que les professionnels souffrant de traumatisme vicariant ne subissent pas de répétition traumatique de nature sensorielle puisqu'ils n'ont pas vécu l'évènement traumatisant. Ils ne peuvent qu'imaginer l'évènement sur base du récit de leur patient, ce qui entraîne plutôt des ruminations (Damiani, 2024, cité par Blavier, 2024). Finalement, Stamm (2010) cible comme symptôme possible au traumatisme vicariant, la difficulté pour l'aidant de scinder sa vie professionnelle de sa vie privée.

Arnold (2020) ajoute à cette définition l'idée que la personne perd son sentiment de contrôle et de sécurité à cause du stress engendré par l'accompagnement d'un patient ayant subi un traumatisme (Arnold, 2020, cité par Collier et al., 2024).

L'empathie, nécessaire dans toute profession d'aide et de soins, reprend deux mécanismes : « *Le premier est la capacité à se mettre à la place du patient consciemment sans perdre son identité. C'est un facteur protecteur et source de résilience.* » Le deuxième mécanisme de l'empathie, par lequel le traumatisme vicariant pourra s'installer, est « *un partage affectif inconscient et automatique avec le patient. Il amènera à mettre en résonnance le vécu du patient avec le vécu de l'intervenant et ses réseaux de mémoires implicites* » (Bouvier & Dellucci, 2017, cités par Desbiendras, 2019, p. 153). « *Le processus de traumatisation vicariante fonctionne donc par imprégnation et vient remplacer la vision du monde du thérapeute par celle du patient.* »

La particularité du traumatisme vicariant réside dans le fait que ces symptômes sont présents bien que le professionnel qui en souffre n'ait pas vécu directement l'évènement. Le matériel traumatique que le patient nous apporte passe par le langage. Le patient raconte son traumatisme, et, par empathie, le thérapeute se fait envahir par ces informations. « *Au-delà de la réalité manifeste du terrain d'intervention, les intervenants sont confrontés aux dires des patients. Le langage est créateur de réalité en ce sens qu'il a la faculté de créer des images mentales chez la personne qui reçoit la parole.* » (Desbiendras, 2019, p.153). Dans ce sens, Levine avance l'idée selon laquelle le cerveau ne fait pas de différence significative entre le réel et l'imaginaire. De cette façon, simplement en écoutant le discours d'un patient, l'instinct de survie de l'intervenant peut s'activer (Levine, 2014, cité par Desbiendras, 2019).

Dans cette optique, Figley détermine un des phénomènes pouvant expliquer l'installation du traumatisme vicariant, spécifiquement pour les psychologues : le contretransfert. Celui-ci est

défini par Johansen en 1993 [traduction libre] (cité par Figley, 1995, p.10) comme « *toute réaction émotive du thérapeute envers le patient quelles qu'en soient les sources. Ces sources incluent le facteur de stress de la vie, passé ou présent, vécu par le thérapeute. Mais elles incluent aussi les traumatismes exprimés par le client et absorbés par le thérapeute* ».

Cependant, Figley fait une distinction entre le contretransfert, qu'il dit être spécifique à la relation entre un psychothérapeute et son patient, et le traumatisme secondaire, qu'il définit comme réaction naturelle, dans un contexte de soin, envers une personne ayant été directement traumatisée. Il parle du contretransfert comme étant une conséquence négative à tenter d'éviter, alors que le traumatisme secondaire serait une conséquence naturelle inévitable (Figley, 1995).

Le traumatisme secondaire quant à lui, se définira comme suit : « *Ensemble de symptômes psychologiques qui « imitent » le TSPT (Trouble de Stress Post-Traumatique), mais qui sont acquis par l'exposition à des personnes souffrant des effets d'un traumatisme.* » (Baird & Kracen, 2006, cité par Desbiendras, 2019, p. 153).

Le traumatisme vicariant ainsi que le traumatisme secondaire peuvent, entre autres, être expliqués par la présence des neurones miroirs. En effet, des études (Rizzolatti, 2006 ; Singer et al., 2004 ; Wicker et al., 2003, cités par Desbiendras, 2019) ont déjà montré que le système de ces neurones spécifiques s'activait dans le phénomène de la douleur. Ainsi, l'exposition à une personne qui souffre activerait ces réseaux de neurones et suffirait à nous faire ressentir également la douleur. Lebel (2015) fait cette même hypothèse : « *L'ensemble du réseau cérébral impliqué dans le traitement affectif de la douleur s'active chez les observateurs en étroite corrélation avec l'intensité de la douleur observée.* ». Tout comme Brillon qui dit que le contact avec l'émotion que vit une tierce personne active la même région neuronale que si nous la vivions nous-mêmes (Lebel, 2015 ; Brillon, s.d., cités par Imbert & Maillard, 2020, n.p.).

Aussi bien pour le traumatisme vicariant que pour le traumatisme secondaire, les facteurs prédicteurs importants sont les traumatismes personnels non résolus (Desbiendras, 2019).

1.1. Le traumatisme vicariant : plus spécifiquement en oncologie

Même si l'oncologie ne représente qu'une infime partie des pathologies pédiatriques, les professionnels travaillant dans ce service sont confrontés tout au long de leur carrière à prodiguer des soins à des centaines d'enfants ayant un cancer. Ils sont, par conséquent, confrontés régulièrement à la perte et au deuil. On peut donc comprendre que le travail dans

ce domaine s'étend bien au-delà de la journée de travail classique et affecte la vie personnelle des travailleurs (Heckman, 2012).

Peu d'études sur le traumatisme vicariant se penchent sur la spécificité de l'oncologie en pédiatrie. Pour alimenter ce travail, nos recherches se sont donc également portées vers d'autres concepts pouvant expliquer l'installation du traumatisme vicariant, tels que l'empathie ou la fatigue de compassion.

2. Concepts en lien avec le traumatisme vicariant à travers le modèle de Figley

Afin de mieux comprendre le processus d'installation du traumatisme vicariant, nous allons utiliser le modèle créé par Figley. Celui-ci explique les différents facteurs qui mènent à la fatigue de compassion en considérant certains facteurs qui l'en protègent.

Pour Figley, « *There is a cost to caring*¹ », ce coût à payer, il s'agit de tout le processus qui mène à la fatigue de compassion et au traumatisme vicariant est expliqué dans son modèle que nous allons examiner à travers ce travail [traduction libre] (Figley, 1995, p.1).

La compétence de base nécessaire à tous les professionnels travaillant dans le domaine de la relation d'aide est **l'empathie**. Face à la souffrance du patient, le professionnel va donc avoir une réponse empathique pour tenter de la réduire. Seulement, cette empathie peut prendre deux formes. La première est la préoccupation empathique : le professionnel va pouvoir répondre à la souffrance de son patient, il va être motivé à agir tout en parvenant à garder une juste distance par rapport à ce dernier. La deuxième est **la contagion émotionnelle** : le professionnel est incapable de se distancier, il vit les émotions de son patient comme si elles étaient les siennes. En fonction de la forme que l'empathie va prendre, la réponse sera différente. Elle peut, soit amener à un sentiment d'accomplissement, à la satisfaction de compassion si le professionnel a réussi à apporter l'aide nécessaire tout en ayant pu se distancier, soit à un stress de compassion, s'il n'a pas suffisamment pu se distancier de son patient. Ce stress de compassion ne pourra pas diminuer si le professionnel est dans l'exposition prolongée à la souffrance des patients et s'il a des souvenirs traumatisques qui réactivent des traumatismes non résolus. En outre, ce stress qui perdure mènera au fil du temps à la fatigue de compassion qui, à son tour, peut évoluer vers un traumatisme vicariant si elle n'est pas prise en charge.

¹ En français, cela signifie que le fait de prendre soin à un coût. On peut entendre que pour Figley, le simple fait de travailler dans le domaine de soin et de l'aide consiste un risque de développer une fatigue de compassion.

Certains facteurs, en plus de la juste distance avec le patient et de la satisfaction de compassion, peuvent néanmoins protéger de la fatigue de compassion, comme le fait d'avoir un bon support social et de prendre soin de soi. Nous le verrons dans la suite de ce travail (Figley, 1995 ; Imber & Maillard, 2020 ; Stoewen, 2019).

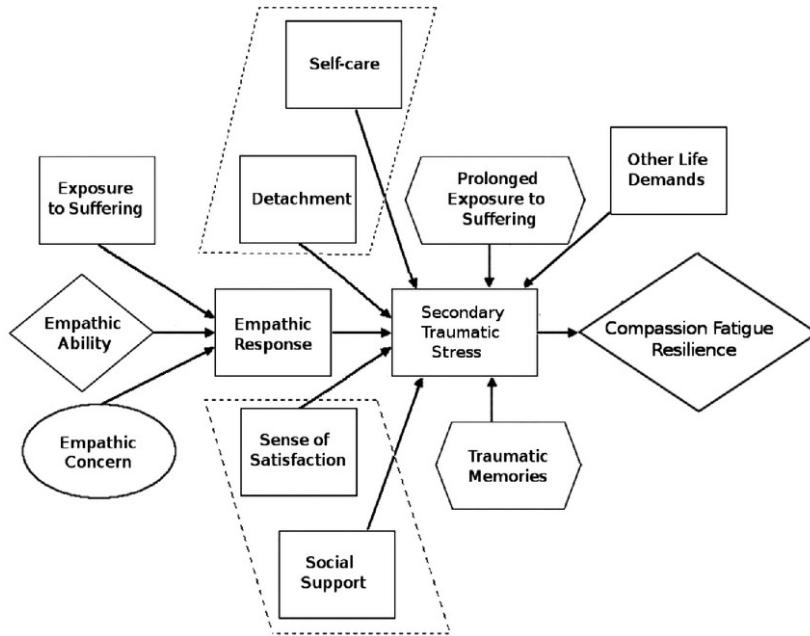


Figure 1 : The Compassion Fatigue Résilience Model (2017)

De nombreux concepts sont donc en lien avec le traumatisme vicariant. Parmi eux, il y a la résilience, l'empathie, la satisfaction de compassion, les stratégies de coping, l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion. Tous ces facteurs peuvent être compris à la lumière du modèle de Figley.

2.1. L'empathie

Toute relation entre un patient et un professionnel d'aide et/ou de soin débute essentiellement par la faculté d'empathie de ce dernier.

Selon le Larousse (s.d.), l'empathie se définit comme la « Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. ». Mais comme expliqué ci-dessus, celle-ci peut être saine et protectrice pour le travailleur, ou prendre une forme plus sournoise et dangereuse.

Des études (Gallagher, 2013) montrent que dans le domaine de la médecine, il y a une tendance culturelle qui pousse à se fixer sur les aspects biomédicaux en mettant de côté les

aspects émotionnels et psychologiques de la relation de soin. Il n'y a pas suffisamment de discussions sur ces derniers aspects, surtout chez les étudiants. Ce constat est regrettable puisque, on le verra, un des facteurs protecteurs au stress de compassion est la préparation et l'éducation (Berger et al., 2014 ; Desbiendras, 2019).

Travailler en oncologie pédiatrique peut comporter un côté assez paradoxal : que ce qui consiste en « récompenses », le positif, peut également être un gros facteur de stress. Par exemple, avoir créé une bonne relation avec l'enfant est fondateur de sentiments très positifs, mais dans le même temps cela représente un risque majeur pour le bien-être du soignant en cas de mauvais pronostic ou de mort de l'enfant. Les infirmières peuvent être tiraillées entre l'envie de rentrer en relation avec l'enfant et sa famille et le fait de rester distantes pour se préserver (Zander et al., 2009).

Un des facteurs qui accroît le niveau de stress des infirmières en oncologie pédiatrique est le fait que soigner des patients avec de tels diagnostics leur demande d'offrir un soutien émotionnel en plus de devoir répondre aux besoins de soins (Heckman, 2012).

De même, il apparaît que ce serait le niveau très élevé d'implication émotionnelle dans le domaine de l'oncologie pédiatrique qui différencierait le travail des infirmières de ce service à celles officiant dans d'autres secteurs, et non pas la quantité de stress. Ce constat est le même pour les médecins (Gribben et al., 2012).

Être en relation de soin peut donc représenter une charge émotionnelle. Et cette charge peut être nocive d'autant plus si les infirmières manquent d'expérience, d'expertise ou de soutien (Wenzel et al., 2011).

Tous ces éléments viennent confirmer l'idée que l'empathie serait la source de potentiels problèmes de gestion émotionnelle pouvant mener au stress de compassion. En effet, Figley affirme que les personnes les plus à risque de développer un stress de compassion sont celles qui ont des capacités considérables pour ressentir et exprimer l'empathie. (Figley, 1995).

Certains facteurs vont avoir tendance à augmenter ce niveau de stress. Par exemple : être en conflit avec ses collègues, enchaîner beaucoup d'heures de travail, rencontrer des problèmes

avec le patient et/ou sa famille, et manquer de temps pour investir sa vie sociale (Hecktmann, 2012).

2.2. La satisfaction de compassion

Si la réponse empathique octroyée au patient a été adaptée et qu'elle a permis d'aider le patient, le professionnel peut ressentir un sentiment d'accomplissement, appelé la satisfaction de compassion.

La satisfaction de compassion « *se définit par les moments d'affirmation, de responsabilisation et d'encouragement qui améliorent la qualité de vie professionnelle d'une infirmière et confirme sa décision et son désir d'exercer sa profession.* » Stamm ajoute : « *La satisfaction de compassion protège les infirmières à risque de fatigue de compassion.* » (Stamm, 2010, cité par Collier et al., 2024, p.39).

Un bon exemple de ce phénomène est que beaucoup de médecins travaillant en oncologie pédiatrique ressentent une grande satisfaction à travers leur travail malgré les désagréments quotidiens auxquels celui-ci les confronte (le deuil, devoir faire face à la souffrance et à la mort des patients, etc.). Cela s'explique par le fait que les éléments les plus stressants peuvent également être ceux qui amènent le plus de gratification aux professionnels. Ainsi, en raison de la confrontation à la souffrance des familles et à la maladie qui induit une potentielle mort chez les enfants, certaines hypothèses vont dans le sens que les médecins de ce domaine sont plus à risque de développer de la fatigue de compassion. Mais d'autres vont plutôt dans le sens inverse et pensent que la gratification que ce travail apporte aux médecins augmenterait la satisfaction de compassion, et que cette satisfaction serait suffisante pour atténuer les désagréments liés à ce travail (Gribben et al., 2019).

Dans ce sens, il apparaît que les médecins plus jeunes ainsi que ceux qui ont des personnes à charge restent satisfaits de leur travail alors qu'ils ont plus de mal à trouver un bon équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle, et qu'ils peuvent subir un plus grand épuisement émotionnel (Gallagher, 2013).

Une étude faite aux États-Unis montre que pour les médecins, plus la période de soin est longue et plus il pourra ressentir de la satisfaction. Paradoxalement, il risquera davantage d'être ébranlé par le potentiel décès de son patient (Gallagher, 2013).

Certains cliniciens, même après le décès de leurs patients, affirment qu'avoir été témoin de la croissance personnelle de ces personnes gravement malades leur a permis d'accroître leur propre croissance. Ceux-ci ont également manifesté une conscience de soi, et le développement de ces habiletés leur a permis d'être, dans le même temps, présents pour les émotions des patients, celles de leurs proches et les leurs. Tous ces bienfaits découlant de leur profession permettent à ces soignants de trouver un sens à leur travail, d'être empathiques envers leurs patients et de se sentir stimulés (Gallagher, 2013). Ceci décrit très bien ce qu'est la satisfaction de compassion.

On constate que, dans les professions de soins gravitant autour de l'oncologie pédiatrique, règne un paradoxe entre la gratification d'aider des enfants gravement malades et la souffrance que cela peut prodiguer. Le challenge serait donc de pouvoir suffisamment compenser avec les satisfactions et les gratifications pour se voir apte à exercer une longue carrière dans ce domaine.

Ce que nous savons de la satisfaction de compassion est qu'elle est associée à de faibles scores de burn-out et de fatigue de compassion. La satisfaction de compassion est en quelque sorte l'antidote à ces deux phénomènes (Gribben et al., 2019).

2.3. Le stress de compassion

Le stress de compassion est la conséquence subie par le professionnel si, avec sa réponse empathique envers le patient, il a absorbé les émotions de ce dernier sans pouvoir s'en différencier. La relation avec celui-ci peut alors être vécue comme stressante ; on parlera de stress de compassion.

Dans le cas où ce stress perdurerait, le professionnel s'expose au risque de subir une fatigue de compassion. Le stress de compassion est donc le résultat d'une réponse empathique inadéquate et une des causes de déclenchement de la fatigue de compassion. Ainsi, Figley considère les termes de « stress de compassion » et « fatigue de compassion » comme étant interchangeables et décrivant mieux que le traumatisme secondaire les manifestations et les causes de ce que les infirmières vivent au travail. De plus, ce sont des expressions parfois préférées par les professionnels car elles comportent un aspect moins péjoratif (Collier et al., 2024 ; Figley, 1995).

« Les professionnels les plus à risque de développer un stress de compassion dû à la contagion émotionnelle sont ceux qui ont tendance à se considérer comme des sauveurs » [traduction libre] (Figley, 1995, p.6). Ceci amène à penser que les soignants en oncologie peuvent rapidement tomber dans ce rôle ; plus que de soigner, leur objectif est de sauver le patient. Cela paraît encore plus prégnant lorsqu'il s'agit de l'oncologie pédiatrique, car il réside dans l'esprit de chacun qu'un enfant a encore toute une vie devant lui dont il devrait pouvoir profiter. Le besoin de guérir le patient est dès lors encore plus présent dans ce contexte et engendre par conséquent plus de pression et plus de stress.

En tant qu'infirmière en oncologie, être confrontée à la souffrance et à la mort des patients peut notamment amener à une perte de confiance, à de l'anxiété et à de l'irritabilité. Mais cela peut aussi déclencher des images intrusives² qui font revivre sans cesse aux infirmières des évènements traumatisques. On peut donc aisément comprendre que ces images peuvent avoir des conséquences délétères sur leur vie professionnelle et personnelle (Wenzel et al., 2011).

Il apparaît qu'en plus du stress quotidien que vivent les infirmières, celles qui sont fraîchement diplômées et qui débutent dans les services d'oncologie « *subissent un stress d'adaptation à la réalité de l'environnement de travail, décrit comme un choc de réalité* » [traduction libre] (Fox, Henderson & Malko- Nyhan, 2005, cités par Grafton et al., 2010, p.698).

2.4. Les stratégies de coping

Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme : « *L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu.* » Selon cette conception, le stress est vu comme "une transaction particulière entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par la personne comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être" (Lazarus & Folkman, 1984, cités par Paulhan, 1992, p.545). Il s'agit donc des processus qu'une personne met en place pour maintenir son bien-être psychologique et physique malgré une situation stressante (Cousson-Gélie et al., 1996 ; Imbert & Maillard, 2020).

² Dans cet article, les images intrusives sont définies comme : « *Des fragments d'évènements autobiographiques spécifiques ou des extensions imaginaires d'évènements spécifiques qui possèdent principalement des qualités sensorielles et qui entrent dans la conscience soudainement et involontairement.* »

Ces processus, il en existe deux types selon Lazarus (1984) : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l’émotion. Le premier concerne les actions déployées pour tenter de faire face à la situation, et le deuxième concerne les efforts mis en place pour affronter la charge émotionnelle induite par la situation (Lazarus & Folkman, 1984, cités par Paulhan, 1992).

Il existe également le coping centré sur la recherche de soutien social, mais celui-ci est controversé, car perçu comme une stratégie de coping pour certains, alors que d’autres, tels que Parker et Endler (1992), le considèrent plutôt comme étant une ressource (Parker & Endker, 1992, cités par Cousson-Gélie, 1996).

Selon certaines études, concernant les médecins et les infirmières, les stratégies qui se veulent efficaces et protectrices sont celles qui sont centrées sur le problème, tandis que les stratégies centrées sur l’émotion amènent souvent un ajustement inadéquat de ces émotions (Borteyrou et al., 2014). Ridremont va dans le même sens en stipulant que l’utilisation de stratégies centrées sur l’émotion en oncologie pédiatrique est associée à des niveaux plus élevés d’épuisement professionnel (Ridremont D., s.d.).

Dans le cadre de notre recherche, les stratégies de coping refléteraient donc la manière dont les soignants du service d’oncologie pédiatrique se défendent des événements traumatiques en fonction de leur personnalité propre.

En oncologie, il apparaît que les stratégies que les médecins utilisent sont, entre autres, l’humour, le soutien familial et le sport. (Lyckholm, 2001, cité par Borteyrou et al., 2014).

Une étude de Graham et al. (2001) démontre que, chez les médecins oncologues, les stratégies de coping principales sont le fait de réussir à maintenir un bon équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée, le fait d’échanger avec leurs amis et leur famille, et le fait de consommer des substances et de fumer. (Graham et al., cités par Borteyrou et al., 2014). En oncologie pédiatrique, de nombreuses études ont été menées sur les stratégies de coping chez les patients atteints de cancer et leurs familles. Cependant, très peu ont abordé l’importance de mettre en place ces stratégies chez les infirmières ou autres professionnels qui soignent ces patients (Heckmann, 2011). Pourtant, lorsqu’on constate toutes les difficultés émotionnelles auxquelles ceux-ci sont confrontés, on peut facilement imaginer qu’il est primordial que de telles méthodes soient appliquées.

On remarque en outre que les interventions de coping sont utilisées en oncologie pédiatrique lors d'un décès ou après un évènement traumatisant. Le traumatisme est donc potentiellement déjà installé (Hecktmann, 2011).

Nous verrons certaines de ces stratégies de coping utilisées en oncologie et en oncologie pédiatrique dans la suite de ce travail. Il est important de savoir qu'il ne s'agit pas d'une, mais de nombreuses stratégies d'intervention à mettre en place afin de faire face aux facteurs de stress (Hecktmann, 2011).

2.5. La résilience

La résilience consiste en la capacité de l'individu à s'adapter de façon positive, à maintenir ou à retrouver une bonne santé mentale malgré les épreuves auxquelles il est confronté tout au long de sa vie. Cette capacité va varier en fonction du contexte et des différentes circonstances de vie auxquelles l'individu devra faire face (Connor & Davidson, 2003 ; Herrmann et al., 2011).

La résilience est donc un processus qui est modulable et dynamique, ce qui signifie qu'elle peut être enseignée et apprise. Mais elle dépend aussi de certaines caractéristiques personnelles comme la confiance en soi, la robustesse ou encore l'optimisme. Ainsi, Butler, en 1997 [traduction libre] (cités par Grafton et al., 2010, p.700) décrit la résilience comme « *l'interaction complexe entre la force innée et le soutien extérieur.* » Cependant, certaines études et auteurs, comme Richardson, soutiennent l'idée d'une « résilience innée », où des facteurs biologiques auraient un rôle dans le développement de cette ressource [traduction libre] (Richardson, 2002, cité par Grafton et al. 2010). Finalement, la résilience découlerait d'une interaction entre des facteurs biologiques, personnels et environnementaux.

La résilience innée pourrait donc être développée et améliorée par de l'éducation ainsi que du soutien environnemental et des transformations cognitives (Grafton et al., 2010).

Chez les intervenants d'urgence médico-psychologique, il apparait que c'est la préparation et la résilience qui permet le maintien de leur bonne santé mentale (Desbiendras, 2019). On fait le même constat en oncologie où il se profile que ce sont les infirmières les plus résilientes qui arrivent à faire face au stress en épargnant leur bien-être (Grafton et al., 2010).

Les recherches de Zander et al. (2013, cité par Berger et al., 2021) ont montré que les professionnels de soins pensent que la résilience est une compétence qui peut être cultivée tout au long de la vie en se servant de leurs expériences passées positives et négatives et en additionnant d'autres stratégies personnelles comme le fait de prendre soin de soi (Berger et al., 2014).

L'ensemble des recherches attestent que la résilience chez les professionnels en oncologie pédiatrique n'a pas encore été suffisamment investiguée jusqu'à présent. Cependant, on sait aujourd'hui qu'il existe un lien entre la résilience et la capacité à pouvoir faire face au stress engendré. Cette étude (Zander et al., 2009) a en effet pu montrer que la résilience était en corrélation avec la capacité à faire face, la compétence, le contrôle, l'efficacité personnelle et l'espoir. Ainsi, ces découvertes montrent qu'il est possible de faire preuve de résilience en oncologie pédiatrique, mais à ce jour, les recherches n'ont pas encore réussi à explorer ce concept dans ce domaine particulier.

La conclusion de cette étude (Zander et al., 2009) est qu'il est important de prolonger les recherches concernant les mécanismes de coping et la résilience en oncologie pédiatrique pour innover dans des stratégies pertinentes à appliquer et ainsi prévenir la mauvaise tournure que cette prise en charge particulière peut prendre pour les professionnels de ce domaine.

2.6. La fatigue de compassion

Si les professionnels n'ont pas su utiliser de stratégies de coping efficaces pour faire face au stress de compassion et/ou que leur capacité de résilience n'est pas optimale, il est possible qu'avec l'usure ils glissent dans la fatigue de compassion.

Todaro-Franceschi, en 2019 (cités par Collier et al., 2024, p.38), définit la fatigue de compassion comme : « *La combinaison de traumatisme secondaire et d'épuisement professionnel qui entraîne des conséquences physiques et psychologiques* ».

Cette fatigue s'installe progressivement et est engendrée par le contact prolongé, continu et intense avec les patients qui souffrent de détresse, dans un contexte où le professionnel est amené à s'investir de façon empathique. Mais, contrairement au traumatisme vicariant, la personne ne vit pas (encore) les traumatismes du patient comme étant les siens, et il n'y a pas de reviviscence. Le professionnel est épuisé par la relation d'aide qu'il a avec son patient et ne supporte plus ses émotions auxquelles il devient hypersensible (Collier et al., 2024 ; Imbert & Maillard, 2020).

Selon Peters (2018, cité par Collier et al. 2024), les symptômes permettant de déceler que la fatigue de compassion est présente, sont insidieux, ce qui engendre une certaine difficulté à les percevoir. Il s'agit notamment d'une perte de motivation, d'une perte de la raison d'être, d'un désengagement, d'une difficulté de concentration, d'une consommation d'alcool ou de drogue. Ils peuvent donc entraîner des changements physiques, émotionnels et comportementaux et ainsi nuire à la qualité de vie de celui qui en souffre. Heureusement, un questionnaire permettant de déceler la fatigue de compassion existe, il s'agit du ProQOL (Professional Quality of Life). Ce test pourrait être administré aux professionnels de façon annuelle afin de faire le point régulièrement sur leur situation professionnelle et ainsi pouvoir agir dès que nécessaire (Collier et al., 2024).

Pour Figley, les termes de traumatisme secondaire et de fatigue de compassion sont interchangeables, mais celui de « fatigue de compassion » est plus acceptable car il ne met pas d'étiquette sur la personne en disant qu'elle est « traumatisée » (Collier et al., 2024 ; Figley, 1995). Figley sous-entend donc qu'une personne souffrant de fatigue de compassion serait en quelque sorte déjà traumatisée.

Aujourd'hui, les chercheurs ont fondé une hypothèse selon laquelle certaines caractéristiques, telles que les traits de personnalité, qui sont pourtant à la source du choix de leur domaine de travail, pourraient en partie expliquer la variation du taux de la fatigue de compassion chez les prestataires de soins au fil du temps. Des études ont déjà montré que les caractéristiques personnelles prédisent le stress et le burn-out, cependant, cette hypothèse concernant la fatigue de compassion reste à confirmer. De plus, il faudrait également effectuer des recherches pour vérifier si ces caractéristiques personnelles ayant potentiellement un rôle dans le développement de la fatigue de compassion impactent également les interventions mises en place pour diminuer celle-ci (Berger et al., 2014).

Il est important de pouvoir mettre en place des interventions en amont pour éviter de tomber dans la fatigue de compassion. Mais lorsque ça n'a pas pu être le cas, il faut pouvoir la déceler quand elle est présente, notamment parce qu'elle peut être liée à la dépression, à la colère, à la frustration et à d'autres éléments qui peuvent faire glisser dans le traumatisme vicariant. De même, la fatigue de compassion à un impact sur l'absentéisme, les retards, la diminution des performances, les erreurs et le départ des professionnels (Berger et al., 2014 ; Potter et al., 2013).

Elle peut aussi avoir comme conséquences l'usage de drogue et/ou d'alcool et des conflits interpersonnels (Potter et al., 2013).

À ce jour, la conclusion est qu'il existe un manque de compréhension et de sensibilité envers les infirmières travaillant en oncologie et souffrant de fatigue de compassion (Collier et al., 2024).

Nous avons vu que les activités administratives, notamment chez les médecins (Gribben et al., 2019), sont associées à de plus faibles taux de fatigue de compassion. Ce résultat est inattendu car on pourrait penser que ces tâches augmentent la charge de travail des professionnels. Mais cela s'explique par le fait que ces activités représentent en réalité une sorte de distraction par rapport à la charge émotionnelle du quotidien dans ce type de service.

La fatigue de compassion est un phénomène bien connu des professionnels d'urgence. Ils savent ce qu'ils doivent faire pour l'éviter et ainsi maintenir leur bonne santé mentale. En oncologie, la fatigue de compassion n'est pas encore assez connue, mais nous remarquons un nombre de points en commun entre les professionnels d'urgence médico-psychologique et les professionnels du domaine de l'oncologie. En effet, pour ces deux populations, ce sont des individus qui désirent se mettre au service d'autrui, ils doivent pouvoir mettre leurs émotions entre parenthèses pour rester fonctionnels malgré des taux élevés de stress, ils doivent pouvoir prendre des décisions difficiles, etc. En plus de ces points en commun, on constate que les procédures mises en place par les urgentistes pour pallier la fatigue de compassion, comme faire des débriefings, faire des pauses régulières, promouvoir le fait de prendre soin de soi, sont réalisables en oncologie. On pourrait par conséquent s'inspirer des stratégies de ces travailleurs qui vivent des choses comparables aux professionnels en oncologie, mais ceux-ci mettent pourtant très peu d'interventions en place (Back et al., 2014).

Les recherches sur la fatigue de compassion chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique sont à ce jour limitées. Néanmoins, il apparaît que dans cette discipline, les professionnels sont plus à risque de développer de la fatigue de compassion, d'une part parce qu'il y a de hauts taux de mortalité et de morbidité et d'autre part, parce que la longue durée des traitements les amène à être en relation avec les familles sur de très longues périodes, ce qui engendre une forte implication émotionnelle. Dans ce domaine, comme dans d'autres situations de soins difficilement tolérables (Imbert & Maillard, 2020), il est d'autant plus complexe de gérer les limites de la bonne distance relationnelle avec les patients. Et cette

difficulté fait partie des dilemmes moraux auxquels ces professionnels sont confrontés. Difficulté qui est d'autant plus exacerbée à l'heure actuelle, puisque les médias sociaux ne font qu'accentuer cette confusion des frontières entre la vie professionnelle et la vie personnelle pour les travailleurs. En effet, ils permettent aux familles de pouvoir garder contact avec leurs soignants en dehors de leurs heures de travail et d'accéder à des informations personnelles les concernant (Berger et al., 2014).

Actuellement, les études menées concernant la fatigue de compassion en oncologie pédiatrique se sont surtout tournées vers les infirmières, car elles ont la particularité d'être au chevet des patients, tandis que les autres professionnels vont plutôt faire des allées-venues auprès d'eux. Il est donc suggéré que les futures études investiguent la fatigue de compassion chez les autres professionnels de soins (Berger et al., 2014).

2.7. L'épuisement professionnel

Finalement, la fatigue de compassion peut glisser vers l'épuisement professionnel (Back et al., 2014).

Il existe de multiples définitions concernant l'épuisement professionnel. Leur point commun est qu'il s'agit d'un processus progressif et qu'il comprend trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation, le détachement relationnel vis-à-vis du travail et des personnes présentes sur le lieu de travail pouvant se traduire par du cynisme, et une perte de sens et d'accomplissement personnel au travail. Il peut entraîner des troubles physiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Concernant les professions d'aide et de soins, Pines et Aronson, en 1988 [traduction libre] (cités par Figley, 1995, p.11), définissent l'épuisement professionnel comme « *Un état d'épuisement physique, émotionnel et mental provoqué par une longue implication dans des situations émotionnellement exigeantes.* » (DGT, INRS et al., 2015 ; Colombe et al., 2024 ; Figley, 1995).

Dans le domaine des soins, les professionnels courrent le risque de développer un épuisement professionnel car, on l'a vu, ils sont plus à même d'éprouver une fatigue par compassion, autrement dit, de développer un traumatisme vicariant. La coexistence de ces deux phénomènes dans les secteurs de la santé amène souvent une confusion qu'il est important de dissiper (Blavier, 2024). En effet, le traumatisme vicariant découle de la relation entre le patient et le professionnel, alors que l'épuisement professionnel vient de la relation qu'a le

professionnel avec son environnement de travail, comme des attentes professionnelles irréalistes et de charges de travail prolongées (OMS, 2019, cité par Blavier A., 2024). Mais si la personne souffre de traumatisme vicariant, et qu'à cela viennent s'ajouter des stress liés à l'environnement du travail, cela peut l'amener à développer un épuisement professionnel (Gallagher, 2013).

Il apparaît que l'épuisement professionnel en oncologie est fort présent chez les infirmières n'ayant pas choisi ce domaine alors que dans le cas de celles l'ayant volontairement choisi, 57 % déclarent y être heureuses (Colombat et al., 2024). Ce constat sous-entend que le domaine de l'oncologie n'est pas destiné à tous, mais que pour ceux qui ont opté pour celui-ci, c'est un réel choix.

Chez les médecins, tous domaines confondus, la prévalence de burn-out est de 50 %. Ce taux passe à 72 % en oncologie pédiatrique (Gribben et al., 2019) ce qui mène à penser que les pédiatres oncologues sont confrontés à plus de facteurs de risques du burn-out.

Des processus psychiques sont à l'origine de l'épuisement professionnel chez les soignants en oncologie. Notamment l'identification au malade. Être quotidiennement en relation et soigner des patients atteints de maladie grave confronte le soignant à sa propre mort. En conséquence, celui-ci subit une désillusion face à son rôle : il n'est pas tout puissant. Cela peut provoquer l'effondrement. Ce phénomène est d'autant plus prégnant lorsque le professionnel partage des choses en commun avec son patient, par exemple, une infirmière qui soigne une patiente souffrant d'un cancer du sein, qui exerce le même métier et a le même âge qu'elle (Colombat et al., 2024). En oncologie pédiatrique, ce serait l'exemple d'un médecin qui soigne un enfant portant le même prénom que celui de son propre enfant.

Il y a aussi le besoin de reconnaissance et de considération. Le soignant a besoin d'un vrai lien avec le patient qui va au-delà de l'impression d'être « utilisé » par lui. Il va aussi avoir besoin de bénéficier de cette reconnaissance par sa hiérarchie. S'il ne peut pas ressentir cette gratitude, cela va constituer un stressor majeur qui influencera négativement sa qualité de vie au travail (Colombat et al., 2024).

Les symptômes de l'épuisement professionnel face auxquels il faut rester vigilant sont entre autres : une lassitude émotionnelle, des insomnies, des difficultés de concentration, un retrait social. Tout cela pouvant créer des conflits interpersonnels et/ou des comportements de

dépendance (Gallagher, 2013). Si la fatigue de compassion, qui est difficilement détectable, n'a pas pu être diagnostiquée, il faut donc être attentif à ces symptômes pour pouvoir agir.

Avec le taux grandissant de cancer dans la population et de l'augmentation du pourcentage de rémission, la demande d'expertise et de soins en oncologie ne fait que croître. Cependant, la pénurie de soignants dans ce domaine affecte la quantité ainsi que la qualité des soins prodigués. En effet, cette pénurie a réduit la formation à l'oncologie qu'avaient les infirmières (Wenzel et al., 2019). Et cette carence en personnel, on l'a vu, est renforcée par la fatigue de compassion, qui pousse vers l'épuisement professionnel.

L'ensemble de la littérature se met d'accord sur l'importance de faire de la prévention sur les différents facteurs de stress et de mettre en place des stratégies pour y faire face afin d'éviter de glisser dans la fatigue de compassion et/ou dans l'épuisement professionnel. Cela a non seulement un intérêt individuel pour le bien-être des travailleurs, mais aussi un intérêt institutionnel, car ces phénomènes entraînent un coût non négligeable pour les organisations qui se retrouvent face à un important taux d'absentéisme, à un roulement dans les équipes, à un manque de personnel et à une augmentation des erreurs. Sans oublier que l'intérêt premier revient vers le patient, qui en dépit du stress de ses soignants, se voit risquer d'obtenir une moindre qualité de soins en raison de leur baisse de productivité (Collier et al., 2024 ; Gallagher, 2013 ; Grafton et al., 2010 ; Heckman, 2012).

Au vu de tous ces éléments, et à la lumière du modèle de Figley, on constate que l'épuisement professionnel, la fatigue de compassion, le traumatisme secondaire et le traumatisme vicariant, bien qu'ils soient différents, sont liés et souvent coexistants, ce qui complique les recherches (Collier et al., 2024).

3. Facteurs de risque et facteurs de protection

À ce stade, nous l'avons compris, les éléments qui protègent le plus de la fatigue de compassion sont la satisfaction de compassion et la résilience. Comme nous allons le voir, les facteurs prédicteurs de la fatigue de compassion sont ceux qui sont associés à un score bas de satisfaction de compassion, et l'inverse est forcément vrai. Autrement dit, la fatigue de compassion est corrélée négativement avec la satisfaction de compassion.

Figley (1995) décrivait comme facteurs protecteurs au traumatisme la juste distance avec le patient, le support social et le fait de prendre soin de soi. Nous allons voir ici les différents facteurs retrouvés en parcourant la littérature.

Un facteur qui revient dans pratiquement toutes les revues est celui du nombre d'années d'expérience. Il apparaît notamment que les médecins débutant leur carrière sont plus heurtés par la mort (Gallagher, 2013), et que ce sont les infirmières avec moins de cinq ans d'expérience qui ont les plus grands niveaux de stress en oncologie pédiatrique (Heckman, 2012). En effet, certaines infirmières novices témoignent « *ne pas se sentir préparées à faire face aux besoins complexes de soins psychologiques, sociaux et spirituels de leurs patients* » [traduction libre] (Medland et al., 2004, p. 50, cités par Grafton et al., 2010, p.702). Ainsi, une expérience limitée augmente le risque de développer une fatigue de compassion [traduction libre] (Berger et al., 2014). En oncologie pédiatrique, il apparaîtrait que cette expérience n'influence pas la perception des stresseurs, mais qu'une infirmière avec plus d'expérience aurait développé plus de stratégies pour faire face à un décès (Bond, 1994 et al., cités par Zander et al., 2009).

Quelques prédicteurs à haut score de satisfaction de compassion sont recensés : avoir un bon support social, avoir des relations professionnelles agréables et la présence d'une infirmière de soutien clinique³ (Gribben et al., 2019), tous ces facteurs sont donc protecteurs de la fatigue de compassion.

La cohésion de groupe avec une bonne communication où tout professionnel (sans intervention hiérarchique) est libre d'exprimer son propre avis qui sera pris en compte dans l'élaboration de décisions, augmente la satisfaction et protège de l'épuisement. On voit que la reconnaissance, notamment des supérieurs envers les professionnels, est très importante pour cultiver une bonne satisfaction dans le travail (Colombat et al., 2011 ; Gallagher, 2013). En oncologie, on remarque que les bonnes relations entre les médecins et les infirmières entraînent pour celles-ci une meilleure autonomie, leur participation aux décisions, et améliore de ce fait leur satisfaction au travail.

³ Les infirmières de soutien clinique ont pour rôle d'aider les infirmières dans leurs tâches. Elles peuvent notamment les assister pendant les soins au chevet des patients ou dans l'aide prodiguée aux familles en difficulté.

Dans le secteur de l'oncologie, il y a des facteurs spécifiques à cette discipline qui peuvent précipiter le développement d'une fatigue de compassion et/ou un épuisement professionnel. Notamment le fait de devoir faire face à la mort et à la souffrance (Back et al., 2014 ; Colombat et al., 2011). En oncologie pédiatrique, ce facteur principal est le fait d'être confronté à des enfants mourants et d'être témoins de beaucoup de décès sur de courtes périodes (Berger et al., 2014). Mais un risque important est aussi l'impression de perte de contrôle en raison de la fréquence et de l'intensité des éléments stressants. Il y a ensuite le fait de ressentir de la culpabilité envers la situation des patients, la sensation de surcharge qui, attention, ne représente pas la quantité de travail objective, ainsi que le manque de formations reçues pour faire face aux difficultés très particulières rencontrées dans le domaine de l'oncologie (Berger et al., 2014 ; Colombat et al., 2011). Avoir de grandes capacités d'empathie ou avoir des traumatismes irrésolus réactivés par les patients représente également des risques à la fatigue de compassion (Back et al., 2014 ; Berger et al., 2014).

Parmi les facteurs contribuant au processus de coping chez les infirmières, il y a le partage d'expérience, de vécu avec les collègues. Cela favorise bien entendu une bonne cohésion de groupe et cela permet aux soignants de se décharger auprès de leurs pairs vivant quotidiennement des expériences similaires (Zander et al., 2009). En effet, on voit que, paradoxalement au fait que le lieu de travail impose un vécu de situations très compliquées, il est malgré tout considéré comme étant rassurant, et l'équipe de collègues est perçue comme un groupe d'appartenance avec lequel le professionnel partage une vision du monde commune, car ils vivent souvent ensemble les mêmes symptômes vicariants. La dynamique et la grande cohésion de ce groupe le protègent même si les soignants souffrent de traumatisme vicariant car elles les aident à supporter ce qui leur arrive avec une certaine normalisation qui peut amener à une anesthésie affective. Ainsi, les intervenants souffrant de traumatisme vicariant vont se retirer de la plupart de leurs sphères personnelles, mais resteront bien ancrés dans leur groupe professionnel en y ressentant un sentiment de sécurité qu'ils ne peuvent plus connaître ailleurs (Desbiendras, 2019).

D'ailleurs, on voit que le soutien au personnel diminue le besoin de soutien social. Cependant, on remarque que le support social reste un facteur protecteur très important (Zander et al., 2009). De plus, il apparaît comme essentiel de maintenir un bon équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Il faut pouvoir maintenir des relations sociales et des loisirs, cela est primordial pour conserver son bien-être, car il faut pouvoir « *prendre soin de soi avant de prendre soin des autres.* » (Desbiendras, 2019, p.154).

Pour pouvoir faire face, il faut avoir une attitude positive envers son travail ainsi qu'envers soi-même et une bonne connaissance de soi afin d'identifier ses propres limites (Zander et al., 2009). Cependant, même si les infirmières doivent pouvoir reconnaître les moments où elles ont besoin de ressources supplémentaires, il faut en amont mettre en place des stratégies pour prévenir le stress (Hecktmann, 2012).

Un élément considérable rentrant en jeu dans la capacité de faire face est la situation personnelle. En effet, si en supplément des difficultés vécues sur le lieu de travail, le professionnel rencontre des difficultés personnelles, le coping sera plus difficilement mis en place (Zander et al., 2009).

De plus, en oncologie pédiatrique, pour rester optimal dans ses fonctions, il est essentiel que le professionnel puisse établir des frontières entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Il doit par exemple trouver l'équilibre entre la relation au patient et les limites professionnelles à mettre en place (Zander et al., 2009).

Dans les métiers d'urgences médico-psychologiques, qui peuvent être mis en parallèle avec celui de soignant en oncologie, il revient que le principal facteur protecteur au traumatisme vicariant soit la préparation en plus de la résilience. Ainsi, des supervisions et des formations sont capitales. Dans ces professions, on estime aussi comme étant protecteur, spécialement pour les psychologues, le fait de dénier une partie de la réalité afin de se centrer sur les objectifs du travail et d'éviter des éléments qui viendraient empêcher sur la qualité d'accompagnement (Desbiendras, 2019).

Finalement, en oncologie pédiatrique, être une femme, avoir perdu un proche, avoir des traumatismes non résolus, avoir des antécédents de maladie infantile, ou travailler la nuit, ce qui implique moins de soutien et plus de stress, constitue des facteurs de risque au développement de la fatigue de compassion (Berger et al., 2014).

PARTIE EMPIRIQUE

1. Objectif de l'étude

Les professionnels travaillant en oncologie pédiatrique sont régulièrement confrontés à la perte et au deuil. On peut donc comprendre que le travail dans ce domaine s'étend bien au-delà de la journée de travail classique et affecte la vie personnelle des travailleurs. À long terme, il est probable que les intervenants développent un traumatisme vicariant.

Concrètement, le soignant se met dans un état de stress posttraumatique car il réagit aux traumatismes du patient comme s'il s'agissait du sien (Imbert & Maillard, 2020).

De nombreuses études investiguant ce trouble ont été menées. Toutefois, celles se penchant sur le traumatisme vicariant au sein de la population des soignants dans les services d'oncologie pédiatrique semblent lacunaires. Étendre la recherche de ce phénomène et de ses enjeux parmi cette population spécifique représente l'intérêt de notre étude.

Plus précisément, l'enjeu de notre recherche est de comprendre comment certains facteurs tels que la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel, le stress traumatisant secondaire, mais aussi la résilience et les stratégies de coping, influencent le traumatisme vicariant chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique.

2. Hypothèses

2.1. Première hypothèse

Les soignants en oncologie pédiatrique, de par leur activité professionnelle, sont davantage confrontés à la perte et au deuil que la population lambda.

Les infirmières ont cette particularité supplémentaire d'être au contact direct et prolongé des patients et de leur famille tout au long de leurs journées de travail. Selon Wenzel et al. (2011), être confrontées à la souffrance, voire à la mort de leurs patients peut amener les infirmières à souffrir d'irritabilité et d'anxiété, à être envahies d'images intrusives ou encore à subir des reviviscences d'événements traumatisques. Dans cet ordre d'idée, Gribben et al. (2019) soulignent que dans les services d'urgences pédiatriques, les activités de type administratif permettent de diminuer la charge émotionnelle liée au travail. Or, contrairement à certaines professions, la charge et la nature du travail des infirmières ne leur donnent pas souvent le temps de pratiquer ce genre de tâches distractives.

La première hypothèse suppose qu'il existe un risque d'observer un stress traumatique secondaire chez le personnel soignant du service d'oncologie pédiatrique, et ce risque est d'autant plus élevé chez les infirmières que chez les autres professionnels du service.

2.2. Deuxième hypothèse

Stamm stipule : « *La satisfaction de compassion protège les infirmières à risque de fatigue de compassion.* » Cela nous permet donc d'envisager la satisfaction de compassion comme étant un facteur de protection au traumatisme vicariant. Ce même auteur définit ce concept comme étant celui qui permet à l'infirmière de faire perdurer le désir d'exercer son métier (Stamm, 2010, cité par Collier et al., 2024, p. 39).

D'ailleurs, des soignants témoignent que, malgré la confrontation aux décès de leurs patients, leur expérience de soins avec ceux-ci a accru leur développement personnel et leur autoperception. Ce sont ces conséquences positives émanant de leur activité professionnelle et que nous pouvons interpréter comme étant des facteurs de satisfaction de compassion qui leur permettent de trouver un sens à leur travail. Dans cet ordre d'idée, le même auteur postule que, bien qu'ils aient plus de mal à scinder leur vie professionnelle de leur vie privée et qu'ils subissent potentiellement un plus haut taux d'épuisement émotionnel, les jeunes médecins exerçant dans des services de soins palliatifs parviennent à rester satisfaits de leur travail. (Gallagher, 2013).

La seconde hypothèse postule que la satisfaction de compassion ressentie chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique est suffisante pour permettre d'atténuer les désagréments liés à ce travail et les protège ainsi de la fatigue de compassion et/ou du traumatisme vicariant.

2.3. Troisième hypothèse

Selon Wenzel et al. (2011), entretenir une relation de soin peut représenter une charge émotionnelle. Cette charge peut potentiellement devenir nocive, d'autant plus si les infirmières manquent d'expérience. Effectivement, en plus du stress quotidien subi par ces soignants, les novices dans les services d'oncologie subissent un « choc de réalité » lié à cet environnement de travail particulier et qui nécessite de déployer des stratégies d'adaptation (Fox, Henderson & Malko- Nyhan, 2005, cités par Grafton et al., 2010). D'ailleurs, des infirmières novices déclarent ne pas se sentir suffisamment préparées pour faire face aux

besoins complexes des patients cancéreux. (Medland et al., 2004, cités par Grafton et al., 2010).

L'ancienneté professionnelle représente, dans de nombreuses études, un risque de développement du traumatisme vicariant. Gallagher (2013) suggère que ce sont les médecins débutant leur carrière qui sont le plus bouleversés par la mort de leurs patients. Tandis que Heckman (2012) postule que les infirmières ayant les plus hauts niveaux de stress en oncologie pédiatrique sont celles ayant moins de cinq années d'expérience. Berger et al. (2014) concluent dans ce sens qu'une expérience limitée constitue un facteur de risque au développement de la fatigue de compassion.

La troisième hypothèse énonce que moins il y a de capacité de résilience chez les soignants en oncologie pédiatrique, plus le risque de développer un traumatisme vicariant est élevé, et ceci est d'autant plus vrai chez les soignants ayant moins d'expérience.

2.4. Quatrième hypothèse

La majorité des études montrent que les professionnels de soins en oncologie utilisent particulièrement des stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social. Bribben et al. (2019) recensent certains prédicteurs de score élevé de satisfaction de compassion, telles que : avoir un bon support social et avoir des relations professionnelles agréables. Tous ces facteurs pouvant être interprétés comme étant protecteurs de la fatigue de compassion, peuvent également être lus comme étant des stratégies de recherche de soutien. D'ailleurs, une autre étude menée par Zander et al. (2009) montre qu'un des facteurs contribuant au processus de coping chez les infirmières est le partage de vécu avec les collègues. D'une part, cet échange favorise la bonne cohésion de groupe. D'autre part, elle permet aux soignants de se décharger auprès de professionnels vivant des expériences similaires.

En effet, grâce au sentiment d'appartenance que génère l'équipe et qui découle notamment du sentiment de partager une vision du monde commune, les professionnels peuvent considérer leur lieu de travail comme étant un lieu rassurant malgré le fait de vivre des expériences négatives. La bonne cohésion dans l'équipe entre les membres vivant les mêmes symptômes vicariants permet de normaliser ce vécu, ce qui le rend davantage supportable. Le collectif du service de soins permet ainsi aux soignants de ressentir une sécurité qu'ils ne trouvent pas dans d'autres sphères de leur vie (Desbiendras, 2019). Desbiendras (2019) souligne également l'importance pour ces professionnels de maintenir des relations sociales satisfaisantes.

Zander et al. (2009) concluent que le support social est une stratégie de coping très importante dans les services d'oncologie pédiatrique.

La quatrième hypothèse suggère que les soignants en oncologie pédiatrique utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social que d'autres types de coping (centrés sur l'émotion et sur le problème), ce qui permet de se sentir efficace grâce à la dynamique de l'équipe.

2.5. Cinquième hypothèse

Plusieurs recherches, dont celle de Grafton et al. (2010) font le constat que dans les services tels que l'oncologie, ce sont les infirmières les plus résilientes qui parviennent à faire davantage face au stress. À l'heure actuelle, on sait qu'il existe un lien entre la résilience et la capacité à pouvoir faire face au stress engendré. Zander et al. (2009), ont montré que la résilience était notamment en corrélation avec la capacité à faire face, le contrôle et le sentiment d'efficacité personnelle.

Il semble évident que si les professionnels n'ont pas suffisamment de capacité de résilience, il leur sera plus difficile de mettre en place des stratégies de coping efficaces leur permettant de faire face au stress de compassion. Ainsi, il est probable qu'à force d'implication dans des situations émotionnellement exigeantes, ils glissent dans la fatigue de compassion.

Finalement, nous pouvons imaginer que puisque la résilience renvoie à la capacité de rebondir après une situation difficile, l'épuisement professionnel arrivera plus rapidement si l'individu possède un plus faible taux de cette aptitude. En effet, l'individu ayant plus de difficultés à s'adapter aux épreuves que la vie lui impose se sentira plus vite surchargé.

La cinquième hypothèse postule que plus les participants ont des taux de résilience faible, plus ils sont à risque de développer un épuisement professionnel.

3. Méthodologie

3.1. Échantillon

Cette recherche investigue le risque potentiel de développer un traumatisme vicariant chez les professionnels de soin en oncologie pédiatrique. Pour mener cette étude, nous nous sommes concentrés sur le service d'hémato-oncologie pédiatrique d'un hôpital au sein de la province de Liège. Étant donné nombre restreint de participants que cette recherche nous permet, nous adopterons une prudence particulière lors de l'interprétation des résultats aux différents tests

administrés. Des études approfondies s’élargissant, par exemple, à tous les services d’oncologie pédiatrique de Wallonie pourraient confirmer ou infirmer les résultats obtenus dans cette présente étude.

Un des objectifs de la recherche est d’étendre les connaissances sur le traumatisme vicariant chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique à d’autres spécialités que les médecins ou les infirmier-ères. Dès lors, il nous a semblé opportun d’inclure dans le recrutement tous les corps de métier du service.

Après avoir reçu l’accord du Comité éthique de la faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l’Éducation de l’Université de Liège, ainsi que celui du Comité d’Éthique médicale de l’hôpital liégeois sélectionné, nous avons affiché des flyers de recrutement dans le service de l’hôpital. Un total de onze participantes se sont portées volontaires de participer à l’étude, comprenant trois psychologues, une diététicienne et sept infirmières ($n = 11$).

3.1.1. Statistiques descriptives de l’échantillon

L’échantillon de notre recherche est exclusivement féminin et se compose de onze professionnelles de soin ($n = 11$). Elles ont un nombre d’années d’expérience variant entre 9 mois et 17 ans ($M = 9,11$ ans ET = 5,36 ans).

Huit des participantes ont des enfants (= 73%). Six d’entre elles sont devenues mères alors qu’elles travaillaient dans le service d’oncologie pédiatrique. Une d’entre elles avait déjà un premier enfant avant d’exercer, et une autre a eu ses enfants lors d’une coupure entre ses deux expériences en service d’oncologie pédiatrique. Trois participantes interrogées n’ont pas d’enfant.

Concernant le contrat de travail, sept des participantes ont un contrat à temps partiel. Parmi elles, cinq sont sous contrat de type mi-temps (= 19 heures par semaine), une est sous contrat de type 3/4 temps (= environ 28,5 heures par semaine), une est sous contrat de type 4/5 temps (= environ 30 heures par semaine). Les quatre autres participantes sont sous le régime temps plein. Mais trois d’entre elles sont actuellement sous modification de leur contrat de travail pour congé parental et ont ainsi un horaire aménagé en 4/5 temps.

Une seule participante à un contrat à horaires variables et décalés (variant entre des horaires de jour et de nuit).

3.2. Outils et mesures

Nous avons employé trois tests auto rapportés ainsi qu'un entretien semi-structuré afin d'explorer la présence d'un éventuel traumatisme vicariant ainsi que de certains facteurs pouvant l'influencer chez les participants.

3.2.1. L'entretien semi-structuré

Nous avons opté pour un entretien semi-structuré afin d'obtenir les informations nécessaires à la bonne conduite de notre recherche tout en permettant à chaque participant d'ajouter des données spécifiques à son vécu singulier.

Lors de l'élaboration de cet entretien semi-structuré, nous avons veillé à ce que les thèmes abordés puissent nous renseigner sur le vécu professionnel des candidates.

Des questions abordant une journée type de travail, les mots qui définissent leur travail et leurs caractéristiques professionnelles ont permis de se représenter la perception que les soignantes ont de leur activité professionnelle. D'autres questions sur les motivations à s'engager dans le domaine de l'oncologie pédiatrique ainsi que les motivations à y perdurer et les éléments leur apportant de la satisfaction ont investigué la satisfaction professionnelle. Tandis que des questions sur le type de contrat de travail et ses enjeux, le nombre d'années d'expérience, la parentalité ou non, le vécu de situations difficiles et les comportements adoptés pour y faire face ainsi que l'expérience d'une envie de quitter le service ont pu nous éclairer sur les éléments influençant la fatigue de compassion, un épuisement professionnel voire un traumatisme vicariant.

Cet entretien a pour objectif de compléter et nuancer les données récoltées à l'aide des questionnaires auto administrés.

3.2.2. Professional Quality Of Life (ProQOL; Stamm, 2010)

La Professional Quality of Life Scale est l'échelle la plus fréquemment utilisée afin de mesurer, chez les professionnels de l'aide, les conséquences tant positives que négatives de l'accompagnement offert aux personnes subissant des traumatismes et/ou étant en souffrance.

La ProQOL est un outil utilisé et révisé depuis 1995. Sa version actuelle ; le ProQOL 5, édité en 2010, incombe à Stamm. Celui-ci est composé de trois sous-échelles mesurant respectivement la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion. Une qualité de vie professionnelle permettant de ressentir de la satisfaction de

compassion est protectrice du développement d'une fatigue de compassion ou d'un burnout (Gribben et al., 2019).

Cette échelle autoadministrée est composée de 30 items. Parmi ceux-ci, 10 items mesurent la satisfaction de compassion (3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30), 10 autres concernent l'épuisement professionnel (1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29) et les 10 derniers se concentrent sur le stress traumatique secondaire (2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28). Pour y répondre, le participant doit indiquer, à l'aide d'une échelle de Likert allant de « Jamais » (1) à « Très souvent » (5), la fréquence à laquelle il a expérimenté chaque item proposé au cours des 30 derniers jours.

L'interprétation de la ProQOL s'effectue en inversant la cotation des items 1, 4, 15, 17 et 29 avant d'additionner les scores bruts attribués à chaque item pour chaque sous-échelle par le participant. Ensuite, une transformation de ces scores bruts en des scores interprétatifs est nécessaire. Plus le score obtenu est élevé, plus le concept mesuré est intensément ressenti par le participant. Stamm (2010) insiste ; les résultats à la ProQOL ne reflètent en rien un diagnostic. Voici l'interprétation pour chaque sous-échelle :

Score brut	Score interprétatif	Niveau de présence du concept
Inférieur ou égale à 22	Inférieur ou égal à 43	Faible
Entre 23 et 41	Autour de 50	Moyen
Supérieur ou égal à 42	Supérieur ou égal à 57	Elève

Tableau 1 : Interprétation des scores à l'échelle ProQOL (Stamm, 2010)

La ProQOL possède des propriétés psychométriques satisfaisantes. En effet, elle possède une validité de construit recevable. Quant à la consistance interne, l'outil montre un alpha de Cronbach de 0.75 à 0.88 selon les sous-échelles (Stamm, 2010).

3.2.3. Ways of Coping Checklist (WCC; Cousson & al., 1996)

Initialement, la première version de la Ways of Coping Checklist revient à Lazarus et Folkman (1980). Mais c'est à Cousson et al. (1996) que nous devons sa version validée en français, comportant 27 items (Langevin et al., 2013).

La WCC est une échelle autoadministrée permettant d'évaluer les stratégies d'adaptations déployées par un individu lorsqu'il est confronté au stress, à un événement provoquant une détresse. Nous parlerons de stratégies de coping.

La WCC investigue trois types de coping distincts : centré sur le problème, centré sur l’émotion et centré sur la recherche de soutien social. Le premier se concentre sur la tentative de modification de la situation. Le deuxième se focalise sur le contrôle des émotions ressenties face à l’adversité. Enfin, le dernier concerne la recherche d’aide et de réconfort au sein de son réseau (Callahan et Chabrol, 2016).

L’échelle comporte 27 items parmi lesquels 10 reprennent les stratégies de coping centrées sur le problème (1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27), 9 composent les stratégies de coping centrées sur l’émotion (2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26) et 8 concernent les stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24). Afin de permettre aux participants de répondre au questionnaire, il leur est demandé de se remémorer une situation vécue comme particulièrement bouleversante, vécue lors des derniers mois écoulés. À l’aide d’une échelle de Likert allant de « Non » (1) à « Oui » (4), ils cochent ensuite le degré d’accord avec chaque item proposé.

L’interprétation de la WCC se déroule en inversant la cotation de l’item 15 avant d’additionner les scores de degré d’accord pour chaque sous-dimension. Ensuite, puisque chacune des sous-dimensions contient un nombre d’item différent, il est nécessaire de pondérer les scores bruts obtenus à chacune d’elles afin de produire des scores comparables et de déterminer le type de coping préférentiel.

Finalement, les scores sont comparés aux normes de référence prévues par Cousson et al. (1996) pour déterminer la manière dont le participant utilise chaque stratégie au regard de la population de référence.

	Centré sur le problème		Centré sur l’émotion		Centré sur la recherche de soutien	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Hommes (N = 221)	28,04	5,71	20,22	5,49	25,50	5,04
Femmes (N = 247)	27,79	6,78	21,70	5,60	20,20	4,76

Tableau 2 : Moyennes et écarts-types des trois dimensions du coping selon le sexe (Cousson et al., 1996)

La WCC contient des propriétés psychométriques qualitatives. En effet, il possède une bonne validité de construit et de critère ainsi qu’une fidélité test-retest satisfaisante. Quant à la consistance interne, on la qualifiera d’acceptable avec un alpha de Cronbach de 0,72 pour l’échelle de coping centré sur l’émotion, de 0,73 concernant l’échelle de coping centré sur la recherche de soutien et de 0,79 pour l’échelle de coping centré sur le problème (Langevin et

al., 2013). Des limites de cette échelle sont tout de même ciblées par Cousson et al. (1996). Notamment, il existe une fluctuation dans le nombre et/ou le contenu des types coping utilisés. Cette instabilité peut, entre autres, être due à la diversité des évènements remémorés par les différents participants pour répondre au questionnaire.

3.2.4. Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC ; Connor & Davidson, 2003)

La Connor-Davidson Resilience Scale est élaborée par Connor et Davidson en 2003. Ces derniers ont considéré la résilience comme étant un concept multidimensionnel. Cette échelle évalue donc la capacité de l'individu à s'adapter de façon positive face à l'adversité. Afin de développer cette échelle, les auteurs ont recensé les publications s'intéressant aux caractéristiques personnelles concourant à la résilience. Ce faisant, ils ont pu créer 25 énoncés répartis en cinq sous-dimensions (Pecoul, 2022) :

- Persistance/ténacité et sens de l'efficacité personnelle (niveau d'exigence élevé, compétences personnelles), concernant 8 items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25)
- Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression (confiance en son instinct, tolérance aux émotions négatives), reprenant 7 items (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20)
- Capacité à rebondir (acceptation du changement, relations interpersonnelles positives), se répartissant dans 5 items (1, 2, 4, 5, 8)
- Contrôle/sens (sentiment de contrôle), relatif à 3 items (13, 21, 22)
- Spiritualité, se retrouvant dans 2 items (3, 9)

Afin de compléter ce questionnaire, il est demandé au participant d'indiquer la fréquence à laquelle l'affirmation énoncée dans chaque item le concerne. Pour ce faire, il répond à une échelle de Likert allant de « Pas du tout » (0) à « Presque tout le temps » (4).

L'interprétation de la CD-RISC s'effectue en additionnant les scores bruts accordés par le participant à chaque item. Nous obtenons ainsi un pourcentage de score de résilience (le score maximal étant 100). Aucune distinction particulière n'est à faire selon les différentes sous-dimensions. Aussi, il n'existe aucun seuil permettant de catégoriser le score du participant. Ceci nous permet seulement d'interpréter que plus le score de l'individu est élevé, plus sa capacité de résilience est importante. Nous comparons le score obtenu avec la moyenne et l'écart-type des normes de références prévues par Connor et Davidson (77,1 +/- 16,3 pour les femmes et 77,2 +/- 14,2 pour les hommes). Cette échelle a donc l'avantage d'être simple d'interprétation.

La CD-RISC possède des propriétés psychométriques solides. En effet, l'échelle possède une fidélité test-retest de 0,87 et un alpha de Cronbach de 0,89 (Connor et al.,2003).

4. Considérations éthiques

Cette recherche a strictement respecté le code de déontologie des psychologues belges. Ses principes fondamentaux, à savoir, le respect des droits et de la dignité de la personne, la responsabilité, la compétence, l'honnêteté et l'intégrité, ont été honorés tout au long de l'étude.

Les soignantes ont été informées par une lettre des objectifs poursuivis par l'étude. Leur participation à la présente recherche a donné lieu à la signature d'un consentement libre et éclairé, marquant leur accord ; cela après avoir pris connaissance de leurs droits, notamment celui d'interrompre l'enquête à n'importe quel moment.

PARTIE RÉSULTATS

1. Partie quantitative

Les présentes analyses statistiques ainsi que les tableaux et graphiques qui y sont associés ont été effectuées à l'aide des logiciels Jamovi et R.

Rappelons que les suivants résultats se basent sur un faible échantillon de 11 participantes.

Bien qu'intéressantes, il serait appréciable de poursuivre des études approfondies afin de confirmer ou d'infirmer les données obtenues dans cette présente recherche.

1.1. Statistiques descriptives des échelles

1.1.1. *Professional Quality Of Life (ProQOL ; Stamm, 2010)*

Statistiques descriptives

	PROQOL - SC	PROQOL - EP	PROQOL - TS
N	11	11	11
Manquants	0	0	0
Moyenne	37.4	23.5	24.5
Médiane	39	22	24
Ecart-type	5.14	6.52	5.11
Minimum	24	14	16
Maximum	43	39	32

Tableau 3 : Statistiques descriptives de la ProQOL

Légende :

- PROQOL – SC : Score total à la sous-échelle satisfaction de compassion à la ProQOL
- PROQOL – EP : Score total à la sous-échelle épuisement professionnel à la ProQOL
- PROQOL – TS : Score total à la sous-échelle stress traumatique secondaire à la ProQOL

La moyenne obtenue par les professionnelles de soins du service d'oncologie pédiatrique rencontrées à la sous-échelle satisfaction de compassion montre un niveau de satisfaction de compassion moyen dans cet échantillon. C'est le cas pour la majorité de l'échantillon (9/11 = 81,82%). Toutefois, les données s'étendant jusqu'à un score de 43 suggèrent que certaines soignantes (2/11 = 18,18%) ressentent un niveau de satisfaction professionnelle élevé.

Le score moyen à la sous-échelle épuisement professionnel affiche un niveau d'épuisement professionnel moyen avec certaines professionnelles de soins présentant des niveaux bas d'épuisement (6/11 = 54,55%) tandis que d'autres présentent des niveaux moyens (5/11 = 45,45%).

Finalement, la moyenne à la sous-échelle stress traumatique secondaire réfère également un niveau moyen de stress traumatique secondaire au sein de notre échantillon dans lequel certaines soignantes expriment un niveau bas ($3/11 = 27,27\%$) et d'autres un niveau moyen ($8/11 = 72,73\%$).

1.1.2. Ways of Coping Checklist (WCC ; Cousson & al., 1996)

Statistiques descriptives

	WCC P	WCC E	WCC S
N	11	11	11
Manquants	0	0	0
Moyenne	26.9	22.7	23.4
Médiane	28	24	24
Ecart-type	4.83	5.06	5.26
Minimum	18	15	12
Maximum	35	30	30

Tableau 4: Statistiques descriptives de la WCC

- Légende : - WCC P : Score total à la sous-échelle coping centré sur le problème à la WCC
 - WCC E : Score total à la sous-échelle coping centré sur l'émotion à la WCC
 - WCC S : Score total à la sous-échelle coping centré sur la recherche de soutien social à la WCC

Le score moyen des candidates du service d'oncologie pédiatrique pour le coping centré sur le problème est de 26,9. Ce qui témoigne de l'utilisation moyenne de ce type de stratégie selon les normes prévues par Cousson et collaborateurs (1996). En effet, le score moyen est de $27,79 +/- 6,78$ pour cette sous-échelle. C'est également le cas pour le coping centré sur l'émotion et pour celui centré sur la recherche de soutien social (pour lesquels les scores moyens sont de $21,70 +/- 5,60$ pour le premier et de $20,20 +/- 4,76$ pour le deuxième).

Cependant, en approfondissant notre analyse, le score minimum de 12 à propos du coping de soutien suggère qu'une participante utilise ce type de stratégie de manière inférieure à la moyenne des normes de référence. Pareillement, le score minimum de 15 concernant le coping centré sur l'émotion témoigne qu'une participante utilise moins ce type de stratégie d'ajustement que ce qu'on retrouve habituellement dans la population.

Finalement, dans le même ordre d'idée, le score minimum de 18 au coping centré sur le problème montre que certaines participantes (18,18%) utilisent ce type de stratégie dans une plus faible proportion que ce que les normes prévoient. Il est important de noter que chacun de ces plus faibles scores concerne la même participante.

1.1.3. Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC ; Connor & Davidson, 2003)

Statistiques descriptives

	CD - RISC
N	11
Manquants	0
Moyenne	68.3
Médiane	68
Ecart-type	6.78
Minimum	55
Maximum	77

Tableau 5: Statistiques descriptives de la CD – RISC

Légende : CD – RISC : Score total à la CD – RISC

Concernant la CD – RISC, notre échantillon montre un niveau moyen de résilience. Toutes les participantes ont des scores de résilience se trouvant dans la moyenne des normes prévues par Connor et Davidson (2003). En effet, la moyenne dans la population est de 77,1 +/- 16,3 pour les femmes.

1.2. Normalité des variables

Le test de Shapiro-Wilk évaluant la normalité des variables nous montre que le score total à l'échelle satisfaction de compassion ($W = .82$; $p = .01$) n'est pas normalement distribué. Malgré la petite taille de l'échantillon, chacune des autres échelles est normalement distribuée. Vous trouverez, en annexe, les tableaux des valeurs obtenues au test de Shapiro-Wilk pour chaque variable évaluée (Tableau 7, p.76).

De cette façon, lorsque nous mettrons en lien les variables avec celle de la satisfaction de compassion, nous utiliserons des tests non paramétriques. Pour le reste, nous utiliserons des tests paramétriques.

1.3. Résultats de l'hypothèse 1

Hypothèse 1 : Il existe un risque d'observer un stress traumatique secondaire chez le personnel soignant du service d'oncologie pédiatrique, et ce risque est d'autant plus élevé chez les infirmières que chez les autres professionnels du service.

Nous avons commencé par comparer la moyenne de l'échantillon avec celle des normes de références afin d'observer si les soignantes du service d'oncologie pédiatrique rencontrées ont des taux plus élevés de stress traumatique secondaire que la population de référence.

L'échantillon obtient une moyenne de score brut qui est égale à 24,5. Selon le canevas d'interprétation du ProQOL, il faut ensuite transformer ce score brut en un score interprétatif. Celui-ci correspond à un score qui se trouve maintenant « aux alentours de 50 » (voir tableau 1, p. 34). Pour cette raison, nous pouvons uniquement conclure que notre échantillon a une moyenne qui se trouve proche de celle de la population de référence. De par ces informations, nous ne pouvons pas admettre que les soignantes du service d'oncologie pédiatrique interrogées développent davantage de stress traumatique secondaire que la population des soignants de référence.

Ensuite, après s'être assuré de l'homogénéité des variances par un test de Levene ($p = 0,640$), un test t de Student a été réalisé afin de vérifier s'il existait une différence dans les scores de stress traumatique secondaire entre les infirmières et les autres corps de métiers interrogés (des psychologues et une diététicienne). Les résultats suggèrent qu'il existe une différence significative de taux de stress traumatique secondaire entre les infirmières et les autres soignantes, les infirmières étant plus à risque ($t = -3,35$; $p = 0,009$). Vous retrouverez le graphique montrant cette différence en annexe (Figure 2, p.78).

Étant donné la faiblesse de notre échantillon, nous avons tout de même pris le parti d'effectuer un test U de Mann-Whitney afin d'observer si les résultats vont dans le même sens que ceux obtenus avec le test t de Student. Les résultats obtenus au test non paramétrique ($U = 2$; $p = 0,015$) confirment les résultats obtenus grâce au test paramétrique.

1.4. Résultats de l'hypothèse 2

Hypothèse 2 : La satisfaction de compassion ressentie chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique est suffisante pour permettre d'atténuer les désagréments liés à ce travail et les protège ainsi de la fatigue de compassion et/ou du traumatisme vicariant.

Dans un premier temps, nous avons comparé le taux moyen de satisfaction de compassion dans notre échantillon avec celui de la population de référence afin d'observer si les soignantes du service d'oncologie pédiatrique ont des taux de satisfaction de compassion plus élevés que le reste de la population des soignants.

La moyenne de notre échantillon est de 37,4. Selon le canevas d'interprétation du ProQOL, il faut ensuite transformer ce score brut en un score interprétatif qui se trouve maintenant « aux alentours de 50 » (voir tableau 1, p. 34). De cette manière, nous pouvons seulement conclure que notre échantillon à une moyenne qui se trouve aux alentours de celle de la population de

référence. Ainsi, avec ces informations, nous ne pouvons pas admettre que les soignants du service d'oncologie pédiatrique possèdent des taux de satisfaction de compassion plus élevés que le reste de la population des soignants.

Ensuite, afin d'explorer le lien qui existe entre la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et le stress traumatique secondaire, nous avons réalisé des corrélations de Spearman (pour les corrélations prenant en compte la variable satisfaction de compassion) et de Pearson. Vous retrouverez la matrice de corrélations de Spearman et de Pearson entre la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et le stress traumatique secondaire en annexe (Tableau 8, p. 76).

Nous pouvons conclure qu'il n'existe de corrélation significative ni entre la satisfaction de compassion et le stress traumatique secondaire ($r_s = .15$; $p = .66$) ni entre la satisfaction de compassion et l'épuisement professionnel ($r_s = -0,3$; $p = .36$). Cependant, nous constatons qu'il existe une corrélation significative entre le stress traumatique secondaire et l'épuisement professionnel ($r = .62$; $p = .04$).

Pour comprendre l'influence des différentes variables sur la satisfaction de compassion, nous avons réalisé une régression multiple. Nous constatons qu'il n'y a pas de relation entre la satisfaction de compassion et le stress traumatique secondaire ($p = .08$; $R = .84$; $R^2 = .70$). Cela dit, il existe une relation significative entre le taux de satisfaction de compassion et le taux d'épuisement professionnel ($p = .003$; $R = .84$; $R^2 = .70$). Cela voudrait dire que plus le taux d'épuisement professionnel est élevé, plus le taux de satisfaction de compassion est faible. Vous retrouverez un graphique modélisant cette régression en annexe (Figure 3, p.78).

1.5. Résultats de l'hypothèse 3

Hypothèse 3 : Moins il y a présence de capacité de résilience chez les soignants en oncologie pédiatrique, plus le risque d'observer un traumatisme vicariant est élevé, et ceci est d'autant plus vrai chez les soignants ayant moins d'expérience.

Nous avons effectué des corrélations de Pearson afin d'envisager le lien entre le taux de stress traumatique secondaire, les capacités de résilience et le nombre d'années d'expérience. Vous trouverez la matrice de corrélations entre le stress traumatique secondaire, la résilience et le nombre d'années d'expérience en annexe (Tableau 9, p. 77).

Nous pouvons conclure qu'il n'existe ni de corrélation significative entre le stress traumatique secondaire et les années d'expérience ($r = .04$; $p = .90$) ni entre le stress traumatique

secondaire et le taux de résilience ($r = .16$; $p = .64$). Il n'existe apparemment pas de relation entre le taux de résilience et les années d'expérience ($r = -0,32$; $p = .34$).

Pour tester l'influence des différentes variables sur le stress traumatique secondaire, nous avons réalisé une régression multiple qui ne suggère pas de résultat significatif.

1.6. Résultats de l'hypothèse 4

Hypothèse 4 : Les soignants en oncologie pédiatrique utilisent plus de stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social que d'autres types de coping (centré sur l'émotion et sur le problème), ce qui permet de se sentir efficace grâce à la dynamique de l'équipe.

Pour commencer, étant donné que l'échelle de la WCC contient un nombre différent d'items pour mesurer les trois types de coping, nous avons dû pondérer les scores bruts des participants. Vous trouverez cette transformation des scores en annexe (Tableau 10, p. 77).

Ensuite, nous avons comparé l'utilisation de chaque type de coping chez les participantes de notre échantillon. Pour cela, dans un premier temps, nous avons appliqué un test de sphéricité. Après nous être assurés que les conditions pour appliquer l'ANOVA étaient respectées ($M = 0,70$; $p = 0,20$), nous avons effectué une ANOVA à mesures répétées. Celle-ci a pu mettre en évidence qu'il n'existe pas de différence significative dans l'utilisation des différents types de coping au sein de notre échantillon de soignantes ($\eta^2 = .08$; $p = .17$).

Dans un second temps, nous avons vérifié si les stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social sont associées au sentiment de satisfaction de compassion. La corrélation de Spearman a permis de conclure qu'il n'existe pas de lien significatif entre l'utilisation des stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social et la satisfaction de compassion ($rs = .28$; $p = .40$).

Pour nous assurer de ne passer à côté d'aucune relation significative, nous avons décidé d'appliquer des corrélations de Spearman entre tous les types de coping et la satisfaction de compassion. Vous trouverez ces corrélations en annexe (Tableau 11, p. 77). Nous pouvons conclure qu'il existe une corrélation significative entre le coping centré sur le problème et la satisfaction de compassion ($rs = 0,74$; $p = 0,009$). Pour établir le sens de cette relation, nous avons effectué une régression. Celle-ci démontre que plus les soignantes utilisent de stratégies de coping centrées sur le problème, plus elles éprouvent de la satisfaction de compassion (Figure 4, p. 79).

1.7. Résultats de l'hypothèse 5

Hypothèse 5 : Plus les participants ont des taux de résilience faibles, plus ils sont à risque de souffrir d'un épuisement professionnel.

La corrélation de Pearson s'avère non significative entre le taux de résilience et le taux d'épuisement professionnel ($r = -0,35$; $p = .30$). Ceci suggère qu'il n'y a pas de relation entre ces deux variables.

2. Partie qualitative

2.1. Motivation(s) initiale(s) du choix d'orientation vers le domaine de l'oncologie pédiatrique et motivation(s) actuelle(s) à y perdurer

À la question « *Qu'est-ce qui a motivé ce choix d'orientation vers l'oncologie pédiatrique ?* », 7 participantes ont déclaré qu'il s'agissait à l'origine d'une réelle volonté, tandis que les 4 autres ont avoué qu'il s'agissait davantage d'une opportunité saisie que d'un choix motivé. Parmi les facteurs incitant l'engagement dans ce service, **six soignantes** expriment leur attrait, voire leur vocation pour le public pédiatrique : « *À partir de ma deuxième infirmière, je savais que je voulais faire la pédiatrie. J'ai toujours été attirée par les enfants. Je me suis toujours occupée d'enfants. Donc je savais que je voulais faire la pédiatrie. Les adultes, ça me fatigue.* »

Cinq soignantes déclarent avoir découvert leur attirance pour le domaine de l'oncologie pédiatrique lors d'un stage dans un service d'oncologie pédiatrique durant leurs études : « *... J'ai découvert en tant que stagiaire, j'ai adoré. Je voulais travailler en milieu hospitalier et donc, j'ai plus découvert l'oncologie à ce moment-là. Mais c'est un milieu avec lequel j'ai vraiment beaucoup accroché.* »

Concernant **les psychologues** de l'échantillon, la direction vers l'oncologie pédiatrique s'est justifiée par l'attirance pour le milieu hospitalier et médical pour 2 d'entre elles. La troisième est particulièrement stimulée par le fait qu'elle est située en seconde ligne des soins. Chez **les infirmières**, plusieurs éléments motivant leur choix sont soulevés : 2 infirmières ciblent l'aspect particulièrement technique des soins à prodiguer dans ce domaine comme étant stimulant ; l'une d'entre elles a postulé dans ce service car les horaires de jour proposés à l'hôpital de jour sont particulièrement attrayants ; une soignante a été motivée par l'aspect

joyeux qu'elle a découvert dans ce service lors d'un stage. L'attrait pour ce domaine concernant **la diététicienne** de l'échantillon lui vient de son vécu personnel.

À la question « *À l'heure actuelle, qu'est-ce qui vous pousse à rester travailler dans le milieu de l'oncologie pédiatrique ?* », le facteur principal, cité par 6 professionnelles durant les entretiens, est **les relations positives avec les collègues**. Le contact avec leur patientèle enfant a été exprimé par 4 participantes. 3 soignantes déclarent que l'aspect joyeux et dynamique du service les motive particulièrement. Le fait de se sentir utile en constatant que certains enfants guérissent et deviennent adultes ainsi que l'aspect gratifiant que leur offre leur travail ont été cités par 2 infirmières. D'autres incitateurs tels que le fait que ce domaine ramène à l'essentiel de la vie, la diversité du travail, l'aspect technique des soins et l'imprévisibilité des journées de travail, ont entre autres été cités par les participantes.

2.2. Enjeux du type de contrat de travail

Après avoir posé la question du type de contrat de travail dont bénéficient les participantes, nous leur avons demandé : « *Selon vous, quels sont les enjeux de votre type de contrat de travail ?* ». La majorité des participantes sont sous contrat à temps partiel après avoir vécu ou non l'expérience d'un temps plein dans le même service.

- **Trois d'entre elles** soulignent la meilleure déconnexion que leur temps partiel leur permet : « ... *Parce qu'on a plus de répit entre les jours de boulot et donc, ça permet quand même de vraiment passer à autre chose.* »

- **Trois autres** expliquent que le temps partiel évite de rendre leur travail trop accablant du point de vue émotionnel : « *Un temps plein ce serait trop... Il faudrait au plus un 4/5^{ème}... Parce que c'est quand même, même si je ne le vis pas mal, c'est quand même fatigant émotionnellement.* ».

- **Une des participantes** ciblant cet avantage souligne tout de même le paradoxe avec le fait que lorsque des patients vont mal, elle préférerait être à leur chevet plutôt qu'ailleurs : « ... *Je crois qu'on a besoin quand même de voir autre chose et de ne pas être tout le temps là-dedans, d'avoir du répit. Et en même temps, quand on vit des situations compliquées, je trouve que parfois, c'est plus difficile de ne pas être ici, de manière très paradoxale... Limite, s'il y a un enfant qui ne va pas bien, mais que je suis dans mes consultations chez moi, ce n'est pas ça qui me permet de couper, que du contraire ; je me sens mieux ici.* »

- **Une participante** répond que cela lui permet de moins s'attacher aux patients qu'elle soigne du fait de les voir moins fréquemment, ce qui rend les décès moins impactant.

- À l'inverse, **une autre** relate que cela contribue à un moins bon suivi de ses patients.

2.3. Impact de la parentalité sur le vécu professionnel

Après avoir demandé à chaque participante si elles avaient ou non des enfants, nous avons approfondi l'entretien lorsque la réponse était positive. Nous leur avons posé la question : « *Avez-vous constaté une différence dans votre vécu professionnel depuis l'arrivée de ceux-ci ?* ». **La totalité des soignantes** concernées a répondu positivement. Toutes se sont accordées sur une réponse identique ; c'est principalement le **niveau d'empathie envers les parents qui augmente**. Effectivement, elles expriment toutes comprendre davantage le vécu des parents et être capables de se mettre à leur place depuis qu'elles le sont elles-mêmes : « *Ce n'est pas plus difficile. Simplement, on a peut-être un peu plus facile de s'imaginer... On sait ce que c'est d'être parent et on peut s'imaginer ce qu'ils ressentent.* », « ... *J'ai en tout cas encore plus d'empathie pour les parents parce que j'ai l'impression que je comprends encore mieux ce qu'ils vivent.* »

Une d'entre elles explique que cette capacité lui permet de se sentir plus compétente dans l'accompagnement des familles : « *Je préfère la façon dont je travaille maintenant... Je prends plus soin des gens... J'ai plus de techniques pour gérer la douleur. Ou pour gérer les colères, pour gérer les enfants qui ne se laissent pas approcher.* »

Trois soignantes révèlent expérimenter du transfert entre leurs enfants et leurs patients, notamment si une ressemblance existe entre eux (même âge, ressemblance physique, intérêts identiques, etc.) : « *Par contre, j'ai plus tendance à aller trouver des similitudes avec mes enfants quand ils ont plus ou moins le même âge.* » Selon une d'entre elles, ce transfert est bénéfique car il permet d'améliorer sa capacité de compréhension du vécu de l'enfant (capacité d'empathie).

Dans le même ordre d'idée, **trois soignantes** déclarent faire preuve d'une sensibilité exacerbée envers leurs patients depuis qu'elles sont mères.

Deux professionnelles relatent vivre cette expérience de transfert plutôt entre les parents et elles-mêmes : « *Et j'étais avec la maman quand le médecin annonçait la rechute et le fait qu'on n'était plus dans une visée curative... et je me suis dit « Oh mon Dieu, si on*

m'annonçait ça ! » Et là, je me suis dit après « Ouf ! Mais en fait, là, ce n'est pas ma situation, ça ne m'appartient pas cette situation. »

Une infirmière explique que la parentalité a eu comme impact d'être davantage alarmiste envers la santé de ses enfants. Elle exprime que cette vigilance peut virer au déraisonnement : « *Et c'est vrai que depuis l'onco, je me suis déjà imaginé des choses avec des petits symptômes de mes enfants. Alors qu'avant, jamais... Et après, je m'oblige à me raisonner... Mais quand il y a un peu de fatigue, les délires sont quand même possibles* ». Tandis qu'à l'inverse, **une autre infirmière** déclare être davantage laxiste à propos de la santé de ses enfants, expliquant que de par son métier elle est habituée à être confrontée au pire.

Une psychologue énonce un sentiment de reconnaissance d'avoir un enfant en bonne santé.

Une autre psychologue avoue être en prise avec un rituel de vérification de la respiration de ses enfants, sans savoir si cela est hérité de sa profession : « *Je vérifie qu'ils respirent, depuis toujours, tous les soirs... Parfois je vais mettre ma main pour voir si ça bouge, ou je vais mettre mes doigts en dessous du nez ou... Je ne sais pas si c'est en lien avec mon boulot, mais ce que je sais quand même c'est que voir un enfant mort, ça fait partie de mon job. Mais je crois qu'on ramène quand même à la maison certaines choses.* »

Finalement, **trois infirmières** affirment que revenir exercer dans le service d'oncologie pédiatrique après un écartement prophylactique est particulièrement complexe : « *Dans un écartement, tu as un bébé, donc tout est joyeux. Tu te dis que tu vas devoir aller revoir de la tristesse et de la peine. Comme tu es sortie de ça, tu as l'impression que tu n'es plus armée pour retravailler dans ça, ou que tu seras trop triste tout le temps. Alors qu'au final, ce petit bouclier que tu dois avoir devant toi pour travailler dans un service ainsi, il revient.* »

Concernant **les participantes n'ayant pas d'enfant**, une psychologue cible un impact négatif de ce fait ; le sentiment d'être limitée dans la compréhension du vécu des parents de ses patients. Cependant, elle comprend que cela ne l'empêche pas de leur apporter le soutien dont ils ont besoin.

2.4. Perception d'une journée type de travail

A la question « *Pouvez-vous me décrire une journée type de travail au sein du service d'oncologie pédiatrique ?* », qui avait pour but de concevoir les représentations qu'ont les soignantes de leur travail, **toutes les psychologues** soulignent l'imprévisibilité de leur journée de travail, qui est une caractéristique qu'elles apprécient particulièrement : « *Et c'est toujours*

imprévisible dans le sens où parfois on se dit « Tiens, il faut absolument que j'aille voir celui-là. » Et au final, il n'est pas bien dans son lit. Et donc, on revient plutôt dans deux jours. », « Mais moi, justement, je préfère ne pas savoir ce qui m'attend. Je trouve ça moins ennuyeux. » Tandis qu'à l'inverse, la majorité des infirmières (6/7) décrivent leur journée en termes d'organisation et d'anticipation. Une d'entre elles note tout de même qu'elles sont, malgré elles, confrontées à une certaine marge d'imprévisibilité avec laquelle elles doivent concilier : « *C'est cette prise de sang qui détermine tout le reste de la journée... Une fois que la prise de sang est faite, soit il doit avoir sa cure de chimio, soit il doit avoir une ponction, soit il doit avoir une transfusion.* »

Deux psychologues et la diététicienne évoquent les moments de partage avec leurs collègues comme faisant partie intégrante de leur journée type. Ce n'est pas le cas des **infirmières**, qui insistent plutôt sur l'aspect protocolaire et méthodique de la prise en charge des patients. Cependant, deux infirmières rejoignent les psychologues concernant la perception de leur travail comme étant diversifié.

Deux psychologues et la diététicienne notent l'adaptabilité dont il faut faire preuve dans leur travail : « *Comme on est en seconde ligne, on s'adapte finalement à l'état des patients.* »

La diététicienne souligne l'aspect de contrôle et de psychoéducation qu'a son travail : « *... mon rôle en tant que diététicienne pendant tout le long de leur traitement, c'est de m'assurer qu'ils maintiennent un état nutritionnel satisfaisant et d'alerter quand ce n'est pas le cas* » « *... si c'est des nouveaux cas, expliquer le régime d'alimentation propre. Essayer de rassurer aussi au niveau de l'alimentation, surtout pour les parents ... surtout au niveau du risque infectieux, le régime alimentaire et au niveau de la dénutrition.* »

2.5. Éléments apportant de la satisfaction professionnelle

À la question « *Vivez-vous des journées plus favorables/satisfaisantes que d'autres ? Pouvez-vous me les relater ? Quel(s) élément(s) en particulier vous ont fait ressentir cette satisfaction ?* », la réponse principale exprimée par sept soignantes est **la création de lien et d'une relation de confiance** avec l'enfant et sa famille, et ce, d'autant plus quand cela constitue un défi (quand l'enfant est à priori fermé à cette relation) : « *... par exemple, la patiente avec qui j'étais, ça a été quand même difficile de créer une relation, d'établir une relation. Et ici, bah j'arrive dans sa chambre, elle m'attendait quoi. Ou alors hier, les infirmières qui m'ont dit : « Ah elle te cherchait, elle t'attendait. »* » « *... quand il y a des situations difficiles, et qu'on se dit : « J'ai l'impression d'avoir fait tout ce que je pouvais et*

je sens que ça se passe bien », « qu'on sent qu'on a pu apporter quelque chose et qu'un lien a pu se créer, c'est satisfaisant au niveau professionnel ». Paradoxalement, une des infirmières vivant ces relations comme satisfaisantes décrit que ce sont ces mêmes liens qui rendent ce travail difficile. Car ceux-ci rendent le vécu des décès plus pénible.

Un second élément régulièrement cité par six participantes est **la reconnaissance** que leur témoignent les familles qui leur donne le sentiment d'être utiles : « *Quand t'as des parents ou des enfants qui sont reconnaissants. Où le parent te dit « merci pour les conseils, merci pour votre présence. » Et donc, c'est le sentiment d'utilité, évidemment. »*

Trois participantes répondent que **la diversité du travail** dans ce service leur fait apprécier celui-ci ; quatre professionnelles désignent comme étant plaisantes les situations où elles apprennent que **leurs patients rentrent en rémission**, à plus forte raison, lorsque ces derniers prennent la peine de venir leur dire bonjour lorsqu'ils se rendent à l'hôpital pour leur rendez-vous de contrôle.

Un élément satisfaisant spécifique aux psychologues, ciblé par deux d'entre elles, est le fait que les entretiens avec les patients soient informels. Ces dernières qualifient de « stimulante » l'imprévisibilité de leur travail. Ce qui, paradoxalement, semble redouté par les infirmières, qui elles, décrivent comme étant satisfaisantes les journées où l'organisation millimétrée est respectée. Dans le cas inverse, elles parlent de surcharge de travail.

Cinq infirmières répondent ressentir de la fierté lorsqu'elles parviennent à mener à bien un soin, d'autant plus lorsque celui-ci s'annonçait complexe à la base. **La diététicienne** parle de l'importance d'apporter de la légèreté et du plaisir à l'enfant en souffrance. Cela lui procure, à elle-même, de la satisfaction.

2.6. Situations vécues comme étant les plus difficiles

À la question : « *Depuis que vous travaillez dans ce service, avez-vous vécu des journées plus difficiles que d'autres ? Si oui, pouvez-vous me les relater ? Selon vous, qu'est-ce qui représente la partie la plus difficile de votre travail ?* », la réponse la plus citée par six participantes est **la confrontation à la souffrance des patients** : « *Et alors, moi, je me disais toujours « le pire, c'est la mort ». Et je me souviens quand même de quelques situations, mais d'une en particulier où j'ai vu un enfant souffrir. J'ai vu vraiment dans ses yeux une espèce de détresse. Et là, je me suis dit : « ah oui... Non, en fait, c'est ça le pire, c'est la souffrance ».*

Dans le même ordre d'idée, deux soignantes ciblent **la détresse des familles**. Ces éléments

engendrent chez elles un sentiment d'impuissance. Les psychologues précisent que cette souffrance peut être d'ordre psychologique alors que les infirmières mettent davantage l'accent sur la souffrance physique.

Vient ensuite, **l'annonce de la rechute** qui est une réponse donnée par quatre professionnelles ; trois soignantes citent **les annonces de diagnostic** ; trois infirmières parlent de **la mauvaise collaboration avec les médecins**, impactant leur organisation quotidienne.

Pour **la diététicienne** de l'échantillon, il s'agit plutôt du sentiment que son **travail ne soit pas reconnu** par les familles, celles-ci ayant d'autres priorités que la bonne nutrition de leur enfant. Seules deux participantes évoquent **les décès** comme faisant partie des situations les plus pénibles.

2.7. Les stratégies de coping utilisées

À la question : « *Lors de ces moments plus compliqués, qu'avez-vous mis en place pour y faire face ?* », **l'ensemble des participantes** est unanime. La stratégie qu'elles ciblent toutes en premier lieu est **le partage avec les collègues**. D'une part, ce partage se situe à un niveau de soutien émotionnel ; deux soignantes soulignent **l'humour** dont elles font preuve dans l'équipe. D'autre part, l'échange concerne un niveau plus technique. Effectivement, nous entendons à plusieurs reprises le besoin (surtout chez les infirmières) d'un **feedback** sur les soins appliqués : « *C'est vrai que j'aime bien toujours demander un back-up. C'est pas que je sais pas ce que je dois faire, mais ça m'assure une sécurité... Je trouve qu'on manipule quand même beaucoup de choses dangereuses ou pas anodines. Et c'est vrai que en dehors du feedback émotionnel, moi, quand je dois préparer quelque chose d'un petit peu technique, différent j'aime bien redemander à une de mes collègues « Tu veux bien refaire avec moi ? » Je trouve que c'est quand même un appui indispensable... Ça me rassure sur mes actes.* »

Cet échange entre confrères leur procure un sentiment de sécurité. Certaines expriment qu'il n'y a qu'àuprès des collègues qu'elles peuvent trouver la compréhension attendue : « *C'est important d'avoir cette équipe autour parce qu'à l'extérieur, personne ne sait vraiment ce qu'on vit au quotidien... Qui d'autre sait ce qu'on vit ? Je pense que même dans les autres services, il n'y a pas ça. Je pense que personne ne sait ce qui est vécu en onco.* »

Dans ce sens, quatre infirmières déclarent ne jamais échanger sur leur vécu professionnel dans leur vie privée, en soulignant l'importance de scinder la vie professionnelle de la vie privée. Une infirmière va jusqu'à expliquer qu'elle s'interdit de montrer un quelconque signe de

vulnérabilité devant ses proches : « *Si j'ai vécu quelque chose de difficile durant ma journée, les choses les plus catastrophiques, je ne vais jamais marquer un état de faiblesse ici. Ni à la maison non plus.* » Toutefois, trois professionnelles évoquent comme étant une manière de faire face aux moments difficiles le fait de **partager leur vécu avec leur conjoint**.

Uniquement deux soignantes ont évoqué **le temps passé avec leurs amis et leur famille** comme étant un élément permettant de mieux faire face à l'adversité.

Deux psychologues et la diététicienne déclarent bénéficier d'un **suivi psychologique**.

Trois soignantes soulignent l'importance **d'accueillir les émotions** qu'elles traversent dans ces moments difficiles. Elles expriment notamment le besoin de **pleurer**.

Cinq professionnelles expriment **pratiquer une activité** leur permettant de s'octroyer un temps pour elle (balade en pleine nature, activité sportive, shopping).

Il est intéressant de noter que deux infirmières ciblent comme élément protecteur une certaine **adaptation émotionnelle** inconsciente qui leur permet le détachement nécessaire pour perdurer dans le service : « *J'arrive plutôt bien à mettre une distance émotionnelle... On peut très bien me dire « tel est décédé » ; Ok, je passe à autre chose. C'est un peu dur de dire ça... C'est pas que je ne suis pas empathique quand je m'occupe des gens, mais à un moment donné, l'enfant est parti, l'enfant est parti. Ça ne me fait pas plus que ça, bizarrement.* »

2.8. Envie ou besoin d'interrompre sa carrière en oncologie pédiatrique

A la question : « *Avez-vous déjà ressenti le désir ou le besoin de quitter le service d'oncologie pédiatrique ?* », **cinq soignantes, toutes infirmières, ont répondu positivement**. Cependant, pour chacune d'entre elles, il s'agit d'un désir ressenti dans le passé et qui n'existe plus à ce jour. En effet, la majorité exprime que finalement, elles ont toujours été ratrappées par leur passion pour leur travail : « *Il n'y a rien d'autre qui me passionne autant.* », « *Et puis en même temps qu'est-ce que je ferais d'autre, franchement je ne sais pas s'il y a quelque chose qui m'intéresserait autant.* »

Plusieurs justifications sont avancées pour expliquer ce désir. Notamment, l'impact émotionnel que ce travail implique, la difficulté de scinder vie professionnelle et vie privée et la mauvaise coopération avec l'équipe, notamment avec les médecins. Mais aussi, les périodes d'enchainement de décès et l'épuisement que les horaires variables et à temps plein ont pu apporter. Une d'entre elles parle de fatigue : « *Pas ici, mais à Bruxelles, oui... Pas pour une*

raison, mais juste de fatigue, en fait... Je pense qu'on a beau essayer de se mettre des limites, à moins d'être un robot, ça prend beaucoup de proportions. On rentre chez soi, on a eu une journée difficile, on ne sait pas enlever sa blouse et se dire « On oublie tout ». Donc ça reste et on cogite. » Nous pouvons supposer qu'à ce moment de sa carrière, cette infirmière souffrait de fatigue de compassion.

Les trois psychologues et la diététicienne ont répondu négativement. Deux d'entre elles déclarent se sentir à leur place dans ce service, mais tout de même douter de la pérennité de leur carrière au sein de ce dernier en raison du vécu émotionnel intense : « *Mais par contre, à chaque fois je me demande : « Est-ce qu'un jour, il n'y en aura pas un qui sera celui de trop ? »* » (en parlant de décès de patient). Les deux autres ont intégré le service depuis trois ans ou moins.

Deux infirmières expriment plutôt une ambivalence. Elles ressentent ponctuellement le désir de quitter le service. L'une dû à un ressenti de surcharge de travail, l'autre pour des raisons plus personnelles, à savoir, de longs trajets, trop peu de temps passé en famille, mais aussi le désir d'un travail offrant plus de légèretés et moins de responsabilités. Néanmoins, ce désir existe en même temps que celui de rester dans leur zone de confort.

2.9. Les mots utilisés pour décrire le travail en oncologie pédiatrique

À partir d'une question simple, à savoir comment les participantes pouvaient décrire leur métier en trois mots, un nuage de mots a été créé pour mettre en lumière les résultats. Vous le retrouverez en annexe (Figure 5, p. 79).

Les deux adjectifs les plus employés pour décrire le travail dans ce service sont **joyeux et gratifiant**. Ces mots sont cités trois fois par trois participantes différentes. Ces deux qualificatifs sont à connotation positive. Sont ensuite utilisés à deux reprises par deux participantes différentes les mots : soutien, équipe, richesse, humanité et difficile.

La majorité des mots choisis par les soignantes sont à connotation positive. Ceci nous fait penser que les participantes ont une représentation positive de leur travail dans le service d'oncologie pédiatrique. Toutefois, quelques termes à connotation négative ont également été cités, tels que : Combat ; Difficile ; Fatigant ; Dangereux ; Exigeant.

2.10. Les mots utilisés pour se décrire en tant que professionnelle de soin en oncologie pédiatrique

À côté de la description du métier en tant que tel, nous avons également voulu connaître la perception de chacune des participantes quant à sa description personnelle de professionnelle en oncologie pédiatrique. En d'autres termes, à la question : « *Quel est le mot qui vous définit le mieux en tant que professionnelle dans le service d'oncologie pédiatrique ?* », nous voulions avoir le regard qu'ont ces professionnelles sur elles-mêmes.

Les mots choisis par les onze participantes sont tous différents : Qualité de présence ; Oreille ; Empathie ; Douce ; Flexible ; Patience ; Dévouée ; Polyvalence ; Rigoureuse ; Spontanée ; Positive.

Toutes les participantes utilisent des mots à connotation positive pour se définir en tant que professionnelles. Cela nous laisse supposer que l'intégralité des soignantes interrogées a une perception positive de leur identité professionnelle. Par conséquent, ceci nous laisse suggérer que leur travail contribue à nourrir une bonne estime d'elles-mêmes. Nous pouvons également supposer que ces caractéristiques représentent des ressources propices à l'exercice dans un domaine tel que l'oncologie pédiatrique.

Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle la perception positive de leur identité professionnelle combinée à la représentation positive de leur travail contribue à entretenir chez les professionnelles de soins leur désir d'exercer dans le domaine de l'oncologie pédiatrique. Cette hypothèse est soutenue par les recherches de Zander et al., qui en 2009, avaient montré que cette perception positive permet de faire face au stress dans les secteurs tels que l'oncologie pédiatrique.

DISCUSSION

La revue de littérature réalisée nous a permis de constater qu'il existe des lacunes notables concernant le concept de traumatisme vicariant au sein de la population des soignants dans le secteur de l'oncologie pédiatrique. Ces professionnels sont pourtant quotidiennement confrontés à la souffrance et au traumatisme de leurs patients et/ou de leur famille.

L'existence d'une probabilité de développer un traumatisme vicariant dans ces circonstances semble alors tout à fait cohérente.

L'objectif de cette recherche était de comprendre comment certains facteurs, notamment la satisfaction professionnelle, la résilience et les stratégies de coping, influencent le traumatisme vicariant chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique.

Pour ce faire, nous avons utilisé une méthodologie de type mixte. Ainsi, l'enquête portait, d'une part, sur une méthodologie qualitative ; la participation à un entretien semi-structuré abordant différents thèmes permettant l'investigation de ces facteurs de manière plus large.

D'autre part, sur une méthodologie quantitative ; la passation de questionnaires autoadministrés relatifs aux différents facteurs étudiés. Une analyse qualitative des entretiens ainsi que des traitements statistiques a permis d'apporter des éléments de réponses à chacune de nos hypothèses.

Pour rappel, la taille de l'échantillon utilisé pour cette étude est relativement restreinte ($n = 11$). Afin d'éviter les généralités abusives, il est important de comprendre ces résultats comme étant une première mise en relief d'enjeux que les professionnels de soins en oncologie pédiatrique sont susceptibles de rencontrer.

1. Type de profession et traumatisme

Hypothèse 1 : Il existe un risque d'observer un stress traumatique secondaire chez le personnel soignant du service d'oncologie pédiatrique, et ce risque est d'autant plus élevé chez les infirmières que chez les autres professionnels du service.

Nos résultats statistiques ne nous permettent pas d'admettre que les professionnelles du service d'oncologie pédiatrique interrogées développent davantage de stress traumatique secondaire que la population des soignants de référence. Cependant, ils suggèrent qu'il existe une différence significative de taux de stress traumatique secondaire entre les infirmières et les autres soignantes questionnées, les infirmières étant plus à risque.

Les données obtenues à l'entretien semblent aller dans le même sens. En effet, l'investigation sur la perception qu'elles ont de leurs journées de travail montre que les infirmières supportent mal l'imprévisibilité caractéristique à leur domaine travail. Elles déploient des stratégies d'organisation élaborées pour pallier au sentiment de surcharge de travail qu'elle implique. À l'inverse, les psychologues et la diététicienne soulignent cette même caractéristique comme étant appréciable. L'imprévisibilité mal vécue par les infirmières va dans le sens de ce que nous explique Desbiendras (2019) ; il apparait que la préparation permet de perpétuer une santé mentale saine chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. Or, l'imprévisibilité représente l'inverse de la préparation.

Nous apprenons, grâce à l'entretien, que toutes les infirmières de l'échantillon sont sous un contrat de travail comportant un nombre d'heures supérieur à celui des contrats des autres métiers étudiés. Cependant, ce que nous entendons aussi, est qu'un nombre limité d'heures de travail dans le service permet, entre autres, une meilleure déconnexion et évite le développement d'une fatigue émotionnelle. Or, pouvoir scinder sa vie professionnelle de sa vie privée est un élément protecteur au traumatisme vicariant (Zander et al., 2009 ; Desbiendras, 2019). Stamm (2010), cible d'ailleurs comme étant un symptôme du traumatisme vicariant la difficulté pour l'aïdant d'établir cette frontière. Et nous l'avons vu, la fatigue de compassion est susceptible de glisser vers ce syndrome. Nous pouvons donc comprendre qu'un contrat à temps partiel est protecteur du traumatisme vicariant, et que les infirmières, assumant des horaires plus conséquents sont donc plus à risque d'en souffrir. Finalement, nous constatons que toutes les participantes ayant affirmé avoir déjà ressenti une envie de quitter le service d'oncologie pédiatrique étaient des infirmières. Toutes les autres professionnelles déclarent ne jamais l'avoir ressenti.

Toutes ces données vont dans le sens de ce que l'on retrouve dans la littérature concernant les services d'oncologie adulte. En effet, Wenzel et al. (2011) affirment qu'être confrontées à la souffrance voire à la mort de leurs patients peut amener les infirmières travaillant en oncologie à être envahies d'images intrusives et à subir des reviviscences. Les infirmières ont également la particularité d'être au chevet des patients, tandis que les autres professionnels sont présents de manière ponctuelle à leurs côtés (Berger et al., 2014).

Toutefois, notons que nous ne possédons pas de littérature concernant les autres corps de métiers, ni la comparaison de leur vécu avec celui des infirmières en oncologie pédiatrique.

2. Satisfaction professionnelle et traumatisme

Hypothèse 2 : La satisfaction de compassion ressentie chez les professionnelles de soins en oncologie pédiatrique est suffisante pour permettre d'atténuer les désagréments liés à ce travail et les protège ainsi de la fatigue de compassion et/ou du traumatisme vicariant.

Les résultats statistiques de notre étude mettent en évidence qu'il n'y a pas de relation entre la satisfaction de compassion et le stress traumatique secondaire. Cependant, il existe une relation significative entre le taux d'épuisement professionnel et le taux de stress traumatique secondaire. Cela confirme ce que l'on retrouve dans la littérature. Bien qu'il s'agisse de réactions professionnelles distinctes, elles peuvent coexister chez le professionnel de soins. S'il souffre de traumatisme vicariant, et que s'additionnent des stress dus à l'environnement professionnel, le soignant est susceptible de développer un épuisement professionnel (Gallagher, 2013 ; Blavier, 2024 ; Collier et al., 2024).

Il existe également une relation significative entre le taux de satisfaction de compassion et le taux d'épuisement professionnel. Cela signifie que plus le taux d'épuisement professionnel est élevé, plus le taux de satisfaction de compassion est faible. Ces résultats confirment ce que l'on retrouve dans la littérature. Gribben et al., en 2019, affirmaient, en effet, que la satisfaction de compassion est corrélée à de faibles scores d'épuisement professionnel. Ce qui fait de cette satisfaction un facteur protecteur à ce phénomène.

Ce constat est à mettre en parallèle avec certains éléments récoltés lors des entretiens. Notamment, le fait que les soignantes exprimant avoir déjà ressenti l'envie de quitter le service avouent, toutes, avoir été rattrapées par la passion de leur métier au sein de l'unité d'oncologie pédiatrique.

Les entrevues avec les soignantes nous ont aussi permis de comprendre quels étaient les éléments leur permettant de ressentir cette satisfaction professionnelle. Celui cité par la majorité est la création d'une relation avec les familles. Ceci est un élément qui confirme ce que l'on retrouve dans la littérature. Gallagher (2013) constate que la satisfaction des médecins est proportionnelle à la durée de la prise en charge des patients.

Ensuite, la reconnaissance témoignée par les familles, la gratification découlant de leur travail, la vivacité et la joie présente dans le service ainsi que l'entrée en rémission des patients et les relations positives avec les confrères sont tous des paramètres cités comme rendant le travail des participantes satisfaisant.

L'ensemble de ces résultats vont dans le sens de ce que nous expliquent Gribben et al., en 2019 ; en oncologie pédiatrique, beaucoup de médecins éprouvent une grande satisfaction professionnelle malgré les adversités auxquelles leur travail les confronte. Ceci s'explique par le fait que, dans ce secteur, les éléments les plus stressants peuvent également être ceux qui amènent le plus de gratification aux professionnels (Gribben et al., 2019 ; Gallagher, 2013). Ceci pourrait expliquer l'absence de lien que l'on retrouve entre la satisfaction de compassion et le taux de stress traumatique, puisque dans ce secteur, ces deux ressentis semblent pouvoir être confondus.

3. Résilience, nombre d'années d'expérience et traumatisme

Hypothèse 3 : Moins il y a de capacité de résilience chez les soignants en oncologie pédiatrique, plus le risque d'observer un traumatisme vicariant est élevé, et ceci est d'autant plus vrai chez les soignants ayant moins d'expérience.

Nos analyses statistiques démontrent l'absence de lien entre le stress traumatique et le taux de résilience. Ces résultats contredisent ce que l'on retrouve dans la littérature. En effet, les auteurs s'accordent sur l'effet protecteur de la résilience au stress engendré en oncologie. (Grafton et al., 2010 ; Zander et al., 2009). Toutefois, ces auteurs parlent du stress de manière globale, ils n'évoquent pas spécifiquement le stress traumatique. Zander et al. (2009) insistent sur le fait que la résilience chez les professionnels en oncologie pédiatrique n'a pas encore été suffisamment investiguée. À ce jour, les recherches n'ont pas encore réussi à explorer ce concept dans ce domaine particulier. Ceci peut partiellement expliquer ces résultats contradictoires.

Cette absence de relation se retrouve également entre le stress traumatique secondaire et les années d'expérience, ainsi qu'entre le taux de résilience et les années d'expérience. Notre hypothèse était que moins les professionnelles avaient d'expérience, plus elles étaient à risque de subir un stress traumatique. Les données qualitatives vont à l'encontre de cette supposition. Effectivement, les deux professionnelles ayant débuté leur carrière il y a moins de 5 ans sont celles pour qui relater une situation d'adversité rencontrée sur le lieu de travail est le moins évident. Ce sont ces deux mêmes participantes qui à la question « *Avez-vous déjà ressenti une envie ou un besoin de quitter le service ?* », répondent qu'elles n'ont pas encore suffisamment d'expérience pour avoir ressenti ce désir.

Ces résultats vont à l'encontre de la littérature. D'après Heckman (2012), les infirmières comptant moins de cinq années d'expérience sont celles qui ont les plus grands niveaux de

stress en oncologie pédiatrique. Néanmoins, il faut noter que les deux soignantes qui cumulent moins de 5 ans d'expérience en oncologie pédiatrique ne sont pas infirmières. Puisque nous avons vu qu'il existe une différence du taux de stress traumatique entre les infirmières et les autres soignantes (Wenzel et al., 2011), nous pouvons supposer que l'affirmation de cette hypothèse s'explique partiellement par le métier exercé. Gallagher (2013), explique que les médecins débutant leur carrière sont plus affectés par les décès. Ce constat nous donne une piste de réflexion quant à nos résultats, puisque l'entretien a permis de révéler que les deux jeunes soignantes n'ont pas encore vécu de décès d'un de leur patient.

Cependant, nous marquons ici un manquement de notre part concernant l'élaboration du questionnaire qualitatif. Une question abordant l'éventuelle impression d'une évolution dans le vécu au début de la carrière en comparaison avec le vécu actuel aurait pu être posée afin d'approfondir l'investigation de cette hypothèse.

4. Stratégies de coping et satisfaction professionnelle

Hypothèse 4 : Les soignants en oncologie pédiatrique utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social que d'autres types de coping (centré sur l'émotion et sur le problème), ce qui permet de se sentir efficace grâce à la dynamique de l'équipe.

Les résultats statistiques montrent qu'il n'existe pas de différence significative dans l'utilisation des différents types de coping dans notre échantillon. De surcroit, aucune relation entre l'utilisation des stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social et la satisfaction de compassion n'est démontrée. Cependant, un lien semble exister entre le coping centré sur le problème et la satisfaction de compassion. Celui-ci démontre que plus les soignantes utilisent de stratégies de coping centrées sur le problème, plus elles éprouvent de la satisfaction de compassion.

Les résultats statistiques concernant les stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien semblent aller à l'encontre de la littérature. En effet, Zander et al. (2009) citent comme processus de coping principal, chez les infirmières, le partage de vécu avec les collègues. Cela leur permet de se décharger auprès de leurs pairs avec qui elles partagent des expériences similaires. L'équipe est, dès lors, perçue comme un groupe d'appartenance. Les stratégies utilisées par les médecins oncologues sont, entre autres, l'humour, le soutien familial, le fait de réussir à maintenir un bon équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie

privée et le fait d'échanger avec leurs amis. Ces stratégies font donc référence à des stratégies centrées vers la recherche de soutien (Lyckholm, 2001 ; Graham et al., 2001 cités par Borteyrou et al., 2014). Gribben et al. (2019), relèvent, quant à eux, comme prédicteurs à haut score de satisfaction de compassion, le fait d'avoir un bon support social ainsi que le fait d'avoir des relations professionnelles agréables.

Les résultats concernant les stratégies de coping centrées sur le problème vont, quant à eux, dans le sens des études qui considèrent les stratégies centrées sur le problème et centrées sur l'émotion sans évoquer celui centré sur la recherche de soutien. En effet, certaines d'entre elles stipulent que les stratégies qui se veulent protectrices chez les infirmiers et les médecins sont celles centrées sur le problème, tandis que les stratégies centrées sur l'émotion se montrent inefficaces, voire qu'elles précipitent vers l'épuisement professionnel (Borteyrou et al., 2014 ; Ridremont D., s. d.).

Toutefois, Hecktmann (2011), souligne que les recherches menées sur les stratégies de coping chez les soignants en oncologie pédiatriques sont lacunaires.

Le matériel récolté grâce aux entretiens va, quant à lui, dans le sens de ce qui est constaté dans la littérature concernant le coping de soutien. En effet, nous observons que la majorité des stratégies de coping citées par les soignantes sont centrées sur la recherche de soutien. La stratégie, citée en première par toutes les participantes, est d'ailleurs le partage de vécu avec les collègues. Les participantes soulignent que l'humour partagé dans l'équipe, le fait de vivre des relations positives avec leurs collègues, ainsi que le sentiment d'être particulièrement soutenues et comprises par leurs confrères, les motivent à perdurer dans ce service.

En revanche, concernant le coping centré sur le problème, ce qui est entendu dans le verbatim des participantes ne coïncide pas avec la littérature. En effet, alors que les stratégies centrées sur les émotions semblent utilisées, celles centrées sur le problème sont plus rarement citées par les soignantes.

Notons tout de même que parmi les stratégies centrées sur l'émotion, est citée l'adaptation émotionnelle permettant le détachement affectif. Or, Blavier (2024), stipule que le détachement suite à une surcharge émotionnelle peut constituer une réaction du traumatisme vicariant.

Cependant, les relations positives avec les collègues ne sont pas directement citées par les participantes comme étant un facteur de satisfaction professionnelle.

Ainsi, cette hypothèse semble partiellement confirmée par les données de l'entretien, mais infirmée par les données statistiques.

5. Résilience et satisfaction professionnelle

Hypothèse 5 : Plus les participants ont des taux de résilience faibles, plus ils sont à risque d'observer un épuisement professionnel.

Cette hypothèse n'a pas pu être confirmée par les données statistiques. Ces résultats semblent aller à l'encontre de la littérature. Effectivement, il apparaît que, pour pouvoir résister aux exigences dans le domaine de l'oncologie pédiatrique, il faut avoir une attitude positive envers son travail ainsi qu'une bonne estime et une bonne connaissance de soi-même (Zander et al., 2009). Desbiendras (2019), soulève la résilience comme étant un des principaux facteurs du traumatisme vicariant.

Cependant, l'échelle utilisée pour calculer la résilience évalue uniquement les facteurs individuels de celle-ci. Ceci amène une négligence des facteurs environnementaux et interindividuels qui composent et influencent la résilience. Or, nous constatons que notre échantillon utilise largement des stratégies de coping de soutien social. Cet élément laisse à penser que leur capacité de résilience est en partie composée de facteurs interpersonnels, non évalués dans la CD-RISC.

On sait que la résilience est un concept fluctuant et modulable (Butler, 1997, cités par Grafton et al., 2010). Pour pouvoir répondre correctement à cette hypothèse, des études longitudinales seraient plus pertinentes.

6. Limites et perspectives

Certaines limites sont à signaler concernant notre recherche.

Premièrement, notre échantillon ne se compose que de onze participantes, ce qui le rend relativement faible. Dans ce sens, comme nous l'avons déjà souligné, les résultats ne doivent en aucun cas être interprétés comme étant généralisables au vécu de tous les professionnels exerçant en oncologie pédiatrique. Dans le futur, il serait intéressant de poursuivre des études approfondies afin de valider ou de réfuter ces résultats, en incluant des échantillons de plus grande taille. Ceci, de manière à ce que ces recherches soient plus représentatives de ce que vivent les soignants. Néanmoins, nos résultats permettent de mettre en exergue certains enjeux avec lesquels ces soignants doivent concilier.

Deuxièmement, la recherche de participants volontaires pour contribuer à cette étude s'est avérée quelque peu inconfortable. À la suite d'un stage effectué en oncologie pédiatrique l'année dernière, plusieurs soignants avaient marqué leur intérêt pour la participation à cette recherche. Pourtant, lorsque l'enquête a pu débuter, le recrutement s'est avéré complexe et fastidieux. Seule une minorité des participantes s'est spontanément portée candidate. Ce n'est que progressivement, motivées par leurs collègues ayant elles-mêmes manifesté leur intérêt pour ma recherche que d'autres volontaires se sont présentées. Cet élément justifie partiellement la raison pour laquelle notre échantillon de recherche se retrouve aussi faible. C'est aussi l'explication de la raison pour laquelle certaines professions sont sous-représentées, voire absentes dans notre recherche. C'est notamment le cas des médecins. Dans le futur, des études incluant plus spécifiquement les autres corps de métier que celui des infirmiers seraient pertinentes afin d'approfondir les connaissances sur les différences de vécu possibles.

Notons également qu'une partie non négligeable des soignantes ayant accepté de participer à notre étude a toutefois tenu à affirmer qu'elle ne souffrait pas de traumatisme vicariant. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces réticences ont une fonction de défense.

Troisièmement, le secteur sur lequel se concentre cette étude amène une confusion possible entre le traumatisme secondaire et le traumatisme vicariant. En effet, les professionnelles interrogées partagent le quotidien des familles d'enfant malade. De cette façon, elles sont présentes au moment de l'annonce du diagnostic ou de la rechute, et parfois même lors des décès. Leur travail ne se limite donc pas à l'écoute du récit de souffrance des patients traumatisés, mais va jusqu'à la participation à l'évènement traumatique. Il est donc possible que le stress traumatique observé chez les soignantes de notre échantillon soit plutôt de l'ordre d'un traumatisme secondaire. Damiani (2024, cité par Blavier, 2024), insiste sur l'importance de distinguer ces deux types de traumatismes pour lesquels les enjeux sont bien différents. Elle revendique la nécessité d'une analyse clinique pointue permettant de faire cette distinction.

Utiliser des tests mesurant plus spécifiquement le traumatisme vicariant, telle que la Vicarious Trauma Scale (VTS) (Vrklevski & Franklin, 2008, cité par Aparicio et al., 2013) est une piste d'approfondissement pour les recherches futures de ce concept dans de tels domaines.

Une autre perspective serait de continuer cette présente étude ou d'établir d'autres études longitudinales afin d'observer l'évolution possible vers un traumatisme vicariant au fil du

temps. En effet, étant donné qu'un véritable processus est à l'œuvre de son installation, ne pas observer de traumatisme vicariant à un moment défini ne signifie pas qu'on ne l'observera pas dans le futur. Il en est de même pour le concept de résilience qui est évolutif (Butler, 1997, cités par Grafton et al., 2010).

CONCLUSION

Le traumatisme vicariant est un concept reconnu, depuis plusieurs années, comme impactant un éventail de professions dans la littérature scientifique. Cependant, peu de recherches se sont penchées sur la population des soignants dans le secteur de l'oncologie pédiatrique. Pourtant, les professionnels de soins en oncologie pédiatrique sont bien concernés par ce sujet. En effet, ils s'engagent dans une véritable relation empathique avec les familles et se mettent à leur disposition pour accueillir le récit de leur expérience traumatisante. L'intention de ce mémoire était de répondre à la question suivante : quels sont les facteurs influençant le traumatisme vicariant chez les professionnels de soins en oncologie pédiatrique ? Afin d'y répondre, nous avons choisi de concentrer principalement nos recherches sur les facteurs suivants : la satisfaction professionnelle, la résilience et les stratégies de coping. Pour ce faire, nous avons administré la ProQOL, la CD-RISC et la WCC à onze soignantes d'un service d'oncologie pédiatrique liégeois. Ces concepts ont été approfondis grâce à un entretien semi-structuré qui a également permis d'aborder d'autres thèmes. Celui-ci a favorisé la meilleure compréhension des enjeux de leur profession influençant le traumatisme vicariant. La méthodologie était alors mixte.

Certaines hypothèses ont pu être confirmées, tandis que d'autres ont été rejetées par nos résultats. Notons que la faiblesse de notre échantillon nous oblige à rester prudents dans l'interprétation de ces données.

Premièrement, il apparaît que le type de profession influence la trajectoire traumatisante. Effectivement, il semble que les infirmières présentent un taux plus élevé de stress traumatisant secondaire que les autres professionnelles participant à cette étude.

Deuxièmement, la satisfaction de compassion n'a pas d'influence sur le traumatisme vicariant. Cependant, il existe un lien entre l'épuisement professionnel et le stress traumatisant dans notre échantillon. De surcroit, il existe une relation significative entre la satisfaction de compassion et l'épuisement professionnel. Plus celui-ci est élevé, plus le taux de stress traumatisant l'est également tandis que le taux de satisfaction de compassion est, quant à lui, plus faible. Les entretiens ont permis de montrer que l'élément principal permettant de ressentir de la satisfaction professionnelle est la création d'une relation avec les familles.

Lors de cette étude nous avons ensuite démontré que la résilience et le nombre d'années d'expérience n'influencent pas l'épuisement professionnel ou le traumatisme vicariant. La concentration exclusive du test sur les facteurs individuels de la résilience et le caractère

éolutif de celui-ci nous limitent pour établir un constat clair de son influence sur le traumatisme vicariant.

Finalement, il n'existe pas de différence significative dans l'utilisation des différents types de coping dans notre échantillon. De surcroit, aucun lien n'existe entre l'utilisation de stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social et la satisfaction de compassion.

Toutefois, une relation est établie entre le coping centré sur le problème et satisfaction de compassion. Plus les participantes utilisent de stratégies de coping centrées sur le problème, plus elles éprouvent de la satisfaction de compassion.

Les soignantes de notre échantillon ne semblent pas souffrir davantage de traumatisme que ce que l'on observe habituellement dans la population des soignants. La perception positive de leur identité professionnelle combinée à la représentation favorable de leur travail observée lors des entretiens semble contribuer à alimenter l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. De plus, nous constatons que les sentiments intenses vécus dans ce service peuvent, à la fois, apporter de la satisfaction et du stress. Cela constitue un paradoxe lié à leur réalité et peut créer la confusion.

Ce travail présente certaines limites auxquelles nous pouvons répondre par des perspectives. La principale concerne le nombre restreint de candidats. Il serait intéressant de poursuivre des études en élargissant la taille de l'échantillon en y incluant d'autres corps de métier, de manière à ce que ces recherches soient plus représentatives de ce que vivent tous les types de soignants. Le secteur de cette étude rend possible la confusion entre le traumatisme secondaire et le traumatisme vicariant. Utiliser des tests mesurant plus spécifiquement le traumatisme vicariant serait pertinent. Finalement, le traumatisme vicariant étant un concept s'installant progressivement, il serait judicieux de réaliser des études longitudinales qui évaluerait son processus d'installation.

D'autres perspectives, liées à la prévention du traumatisme vicariant chez les professionnels de soins seraient importantes à mettre en place. Nous pensons, entre autres, à des interventions telles que des formations, des débriefings et des groupes de parole.

ANNEXES

Tableau 6 : Synthèse de l'analyse qualitative des entretiens semi-structurés

-	Motivation(s) du choix d'orientation	Motivation(s) à perpétuer en oncologie pédiatrique	Élément(s) de satisfaction professionnel(e)	Enjeux du type de contrat	Impact de la parentalité sur le vécu professionnel	Perception d'une journée type de travail	Situation(s) vécue(s) comme les plus difficiles	Stratégie(s) de coping utilisée(s)	Envie/besoin de quitter le service déjà ressentie ?
Participante 1 - Psychologue - 13 ans d'expérience - mi-temps - 2 enfants (10 et 3 ans) => Décrit son travail comme une « vocation »	- Attrance pour pédiatrie et milieu hospitalier - Stage en oncologie pédiatrique => Décrit son travail comme une « vocation »	- Service vivant, joyeux - Ramène à l'essentiel, aux fondements de la vie - Imprévisibilité des journées - Qualité de présence que ça exige - Juste équilibre entre côté lourd et côté léger du travail	- Stimulation permanente - Travail dynamique, non statique - Côté informel des entretiens - Se sentir utile - Création de lien, échanges avec les familles - Spontanéité du travail => Les satisfactions sont aussi nombreuses que les moments difficiles, ce qui permet un équilibre	- Mi-temps permet la satisfaction car permet une diversité des activités professionnelles - Évite de rendre le travail accablant - Permet flexibilité - Permet déconnexion/distance nécessaire avec le travail MAIS en // besoin d'être présente si situation compliquée	- Pas plus impactée émotionnellement (l'était déjà avant) - Augmentat° de l'empathie envers les parents - Évite de rendre le travail accablant - Permet flexibilité - Permet déconnexion/distance nécessaire avec le travail MAIS en // besoin d'être présente si situation compliquée	- Insiste sur l'imprévisibilité et la diversification des journées et du travail - Retient les moments d'échanges avec les collègues (pas tjs au sujet du travail) - Rituel de vérificat° de la respirat° de ses enfants	- Confrontat° avec la souffrance (psychique et psycho) de l'enfant et de sa famille (surtout lors des fins de vie) -> Amène sentiment d'être démunie, impuissante	- 1^{er} : Soutien entre collègues (échange, débrief, etc.) -> amène sentiment de sécurité - Suivi psy - Connexion et acceptation des émotions - Avoir sas de décompress° (trajets en voiture) - Tps avec amis et famille - Réflexion sur ses besoins dans ces moments	=> Non, jamais réellement. Se sent actuellement à sa place dans ce service MAIS doute sur le fait que cela dure éternellement
Participante 2 - Psychologue - 10 ans d'expérience - Mi-temps	- Pas un choix à la base mais une opportunité	- En 1^{er} : les relations positives avec les collègues (ne resterait pas si elle)	- Le sentiment d'être utile (de pouvoir aider, apaiser l'enfant et/ou sa famille	- Travailler à tps plein ne serait pas gérable car c'est un travail épuisant	- Parvient à mieux imaginer ce que les parents vivent =>	- Insiste sur les imprévus quotidiens, l'imprévisibilité et la diversité	- Annonces de rechute (car ça revient à annoncer aux familles que	- En 1^{er} : Le partage et l'échange avec les collègues	=> Non MAIS se questionne (depuis le vécu du 1 ^{er} décès) sur la durée pour laquelle

- 1 enfant (8 ans)	- Domaine de prédilection = milieu hospi. => Intérêt pour la médecine, pour le corps humain	n'avait pas ça ! - Être dans le milieu hospi./médical - Opportunité de construire des projets (bons financements de la part de l'institution)	- Quand elle parvient à créer une relation avec un enfant avec lequel ça s'annonçait compliqué - La reconnaissance des parents (quand ils remercient)	émotionnellement Elle dit ressentir parfois cette fatigue à un niv. physique ALORS qu'elle exprime ne pas vivre mal son travail	Augmente empathie MAIS ne l'amène pas à être plus peureuse/à transférer les situations des patients sur sa fille MAIS la rend davantage reconnaissante d'avoir un enfant en bonne santé	de chaque journée - Insiste sur l'adaptation dont elle doit faire preuve en tant que psy car elle est en 2 ^{ème} ligne, elle passe après les soins essentiels (infi, médecins, etc.)	l'enfant va décéder) - Précise que ce ne sont pas les décès	- Supervision avec une psy (soutien soc.) - Avoir une activité hebdomadaire - S'accorder du tps pour soi (sas de décompression) (sport, shopping) qd journée difficile pour mieux scinder travail/vie perso	elle pourra supporter ce vécu ET même si ce n'est pas un désir, elle est capable de s'imaginer travailler ailleurs
Participant e 3 - Infirmière + coordinatrice de la liaison - 5 ans et demi d'expérience - Mi-temps - 4 enfants (13, 11 et 9 ans)	- Domaine de prédict° = pédiatrie PUIS stage en oncologie pédiatrique = révélation - Senti de + d'accompagnement humain que d'un service	- Voir que d'anciens patients sont adultes et guéris-> Que les efforts qu'ils ont fournis (elle + le patient) ont été utiles	- Quand un patient qu'elle soigne rentre en rémission - Quand des patients en rémission viennent dire bonjour lors d'un contrôle - La reconnaissance que les familles expriment envers son travail - Le lien qu'elle crée avec les familles MAIS elle souligne le	- Le mi-tps permet le répit et une meilleure déconnexion du travail - Depuis le mi-tps elle ressent moins d'épuisement physique et émotionnel - Elle vit moins difficilement les décès car n'est plus constamment au contact de ses patients donc crée des	- Fait davantage preuve d'empathie envers les parents. À l'impression qu'elle peut mieux comprendre ce qu'ils vivent - Par rapport aux enfants, elle fait preuve de davantage de sensibilité envers leurs émotions - Elle est plus attentive aux	Elle a une double casquette (onco + liaison) donc encore + confrontée à la mort que les autres participantes ! - Son travail dépend du nbr et de l'état des patients. Parfois période ou plus de décès et puis période plus calme. Qd c'est calme il y a + d'administratif	- En 1^{er} : les décès (d'autant plus en ayant créé de solides liens avec l'enfant et sa famille) Elle exprime avoir déjà eu l'impress° de perdre un membre de sa famille - La confrontation à la souffrance de l'enfant (elle évoque surtout les fins de vie)	- En 1^{er} : parler aux collègues - Pleurer, vivre ses émotions (surtout qd ressenti d'un manque de soutien de la part de l'équipe) - ! Aucune activité à l'extérieur - ! Aucun partage avec des personnes extérieures au travail	=> Oui, principalement à cause de l'horaire qui ne permettait plus une séparation vie privée/vie professionnelle - Exprime que c'est la fatigue qui a amené cette envie

			paradoxe que c'est aussi cela qui rend les décès difficiles	liens moins forts (Était à tps plein dans le passé)	mots qu'elle utilise devant eux car est plus consciente de leur impact en étant maman	=> On sent qu'il y a bcp d'imprévisibilité et de diversité dans son travail.	D'autant plus que dans ces cas les soins à prodiguer sont svt complexes et peuvent amener sentiment de surcharge - Le stress et la détresse des familles dans les situations de fin de vie		
Participante 4 - Infirmière - 6 ans d'expérience - Temps plein - Pas d'enfant	- Attrirée par l'oncologie pour le côté technique, complexe MAIS n'aime pas public adulte PUIS réalise qu'elle peut allier les 2 domaines	- Le contact avec les enfants - Les relations positives avec ses collègues - Le fait que ce soit un travail gratifiant (dixit)	- Qd elle parvient à mener à bien les soins alors que ça s'annonçait compliqués -> amène fierté - Qd les familles lui expriment leur tristesse de la quitter - Qd les familles lui communiquent leur reconnaissance , lui disent qu'elle a fait du bon travail	/ / /	- N'a pas d'enfant mais en désire et pense que la différence se trouve au niveau de la projection/du transfert que l'on peut faire en tant que parent. Elle pense qu'on est plus craintif et vigilant en tant que parents car crainte que ça nous arrive	Est aussi en liaison en + de l'onco donc encore + confrontée à la mort que les autres participantes ! - Décrit sa journée de travail de manière très protocolaire, pratico-pratique =>Tout semble millimétré, il n'y a pas du tt la même description d'imprévisibilité que l'on trouve chez les	- En 1^{er} : Qd les soins se passent mal ou pas comme prévu CAR cela décale le planning - Qd il y a une mauvaise collaborat° avec les médecins - Annonces de diagnostic - Souffrance des patients MAIS ! Ce qui rend le vécu de ces situat° difficile est le fait que ça lui couté bcp de tps et que ça la	- En 1^{er} : parler aux collègues, entretenir une bonne ambiance de travail - Passer des moments seule pour se retrouver (marche en nature) - Passer du tps avec amis	=> Oui À cause de l'horaire (qd elle faisait les pauses MAIS depuis qu'elle travaille à l'HDJ, c'est le travail de ses rêves (dixit).) MAIS anticipe ce ressenti : a fait un master pour avoir une porte de sortie si jms ça devient trop dur au niveau émotionnel

			=> Qd elle se sent utile et compétente			1ere participantes	met mal à l'aise (dixit) ET NON PAS que ça soit couteux émotionnellement ! (-> Insistance sur le tps Impress° de surcharge de w ?)		
Participante 5 - Infirmière + liaison - 15 ans d'expérience - 4/5ème temps - 2 enfants (13 et 9 ans)	- Vocation pour la pédiatrie - Stage en onco pédia - Attrarice pour l'aspect technique	- La diversité du travail - les relations + avec les collègues - Fait que ce soit un métier gratifiant (dixit)	- Qd les soins se passent bien - Constat de l'évolution de la confiance, du lien que l'enfant lui accorde - Qd des patients en rémission viennent dire bonjour lors d'un contrôle - La diversité du travail (mélange entre technique, mmt de partage, jeu)	Pour elle avoir un 4/5ème constitue une nécessité au niveau de l'organisat° de sa vie perso/familial MAIS elle n'évoque PAS cette nécessité au niveau de sa vie professionnellement (ne parle pas d'un besoin de déconnexion, de surcharge émotionnelle avec un tps plein par ex.)	- Se met plus facilement à la place des parents -> Augmentation de l'empathie - Elle projette/transfère qd des patients ont l'âge de ses enfants MAIS elle considère cela comme aidant car permet plus facilement de comprendre ce que l'enfant traverse à cet âge - Ne la rend pas plus alarmiste/craintive par rapport à la santé de ses	- Décrit une organisation ritualisée qd les patients arrivent MAIS ensuite ce sont les résultats des bio qui dictent la suite de la journée ET elle exprime une diversité des journées de travail	- Qd le patient dont elle s'occupe va mal, que les soins ne se passent pas bien -> Sentiment de responsabilité, de culpabilité - Annonces de diagnostic (ce vécu difficile varie en fct° du pronostic de la patho et de la réact° des parents) - Annonces de fin de traitement curatif (qd on passe en palliatif) - Annonces de rechute	- En 1er : partage, débrief avec les collègues, Bonne cohésion d'équipe, Bonnes relations avec collègues ! Aucun partage de ce vécu avec pers. extérieures au travail -> Accorde bcp d'importance à la séparation vie professionnelle /vie privée - Activité sportive MAIS TJSR avec les collègues - Garde contact avec	=> Oui (2x) Une 1er x lors d'une période où les décès s'enchaînaient (Se remet tjs en question a chaque décès mais réalise à chaque x que son métier la passionne trop) Une 2ème x car ressent d'un désir de nouveauté (donc s'engage en + dans la liaison)

					enfants AU > elle est très voire trop sereine à ce sujet, elle ne s'alarme jms car elle habituelle à voire bien pire au travail		- Confrontation au déclin de l'état d'un enfant qui ne guérira pas - Les décès -> Elle souligne que bcp de journées sont compliquées	patient par sms (prend de ses news) s'il va mal CAR besoin de se rassurer, de s'assurer qu'elle n'a pas fait d'erreur	
Participante 6 - Infirmière - 5 ans d'expérience - Temps plein aménagé en 4/5ème congé parental - 3 enfants (9 ans, 7 ans et 10 mois)	- Vocation pour la pédiatrie, le soin de l'enfant - Choix de l'onco pédia car en hôpital de jour ce sont des horaires de jour qui permettent une meilleure vie familiale - Car place de cheffe se libérait donc a postulé	- En 1 ^{er} : soigner l'enfant - L'aspect technique de la pratique dans ce domaine - Le fait que ce soit un service dynamique - Horaires confortables (de j.)	- La création d'une relation de confiance avec les familles - Voir les enfants en rémission récupérer une meilleure mine - Qd les familles sont satisfaites de son accompagnement	///	- Comprend mieux le vécu des parents -> Augmentation de l'empathie - Est plus alarmiste qd ses enfants ont des symptômes inexpliqués. <i>Elle parle de « délire » dans lequel elle s'imagine que ses enfants ont un cancer</i> Elle pense qu'être confrontée en permanence à ce type de patho biaise la percept° qu'on a de la prévalence de	- Elle décrit principalement un travail d'anticipation et de « rush » MAIS elle exprime parvenir à effectuer ses soins dans la sérénité malgré cela	- En 1 ^{er} : annonces de rechute (car signifie à la famille que leurs efforts n'ont pas été utiles et qu'on va vers un décès) - Qd elle ressent une surcharge de travail et que ça l'empêche d'être dans l'échange et le lien avec les familles -> Sentiment de culpabilité - Confrontat° à la souffrance des enfants lors des soins qu'elle leur impose	- Qd situation difficile (rechute) : discute des aspects pratico- pratique (protocole, options possibles, etc.) -> Ramène du concret, du saisissable, Elle évite le sujet en se réfugiant dans la technique - Humour avec les collègues - Partage de vécu avec collègues + mari (qui est infirmier donc se sent comprise et rassurée)	=> Oui Qd a postulé pour poste de chef de service mais ne l'a pas eu -> ras le bol (puis réalise qu'elle aime trop son travail) ET ne pense pas faire toute sa carrière dans le service À CAUSE de raisons institutionnelle s (pression institutionnelle , pression sociale ressentie) MAIS PAS à cause d'un vécu émotionnel

					celle-ci (alors que c'est rare)			- Scinde fort vie privée/vie professionnelle -> sas de décompression sur le trajet S'interdit de montrer signe vulnérabilité (tant au travail qu'à la maison) ! - Adapatat° émotionnelle inconsciente -> Permet détachement MAIS ça lui donne le sentiment d'être inhumaine	(car adaptat° émotionnelle)
Participante 7 - Infirmière - 11 ans d'expérience - Temps plein aménagé en 4/5 ^{ème} congé parental - 2 enfants (3 ans et 9 mois)	- Pédiatrie car désir de suivre les traces de sa maman (infirmière en pédia) PUIS stage en onco pédia - Attrait pour la joie de vivre présente	- Actuellement ne vit plus son travail avec plaisir -> Sentiment de surcharge dû à l'augmentat° des cas complexes et chronophage s et du manque de personnel ->	- Les journées dans lesquelles elle ne ressent pas de surcharge (> épusement et satisfaction sont corrélés) - Qd les enfants vont bien - Qd elle a le tps d'être en lien avec les familles	/	- Est plus attentive aux familles - Comprend mieux les familles -> Augmentation de l'empathie MAIS le vécu n'est pas plus difficile AU > elle se sent plus compétente pour	- Ce qui ressort particulièrement est le ressenti d'une surcharge de travail et d'une solitude face à celle-ci - La diversité et la complexité du travail sont perceptibles dans son discours	- Sentiment de surcharge de travail - Confrontat° à la souffrance des enfants - Mauvaise organisation et collaboration avec l'équipe (qui augmente son sentiment de surcharge)	- Bonne cohésion d'équipe - Organisation, planification pour garder son calme - Pleurer	=> Oui Y a déjà pensé car possède un master qui permettrait un meilleur poste et de meilleures condit° de travail MAIS malgré le sentiment de surcharge, est passionnée par l'onco pédia,

	dans ce service	N'a plus le tps pour l'échange, le lien (aspect qu'elle préfère) - MAIS ce qui la raccroche = la joie dominant dans le service, ses patients et ses collègues	- Qd les soins se passent bien - L'humour, la dérision => Dans les jours où elle ressent qu'elle peut prendre le tps de faire les choses bien		accompagner les familles - Fait du transfert sur ses patients qd ils ont le même âge ou ressemblent à ses enfants				ne trouve pas un autre domaine qu'elle aime autant Exprime rester aussi par confort , car pas l'énergie de chercher autre chose -> Ambivalence entre désir de partir et de rester
Participante 8 - Infirmière - 17 ans d'expérience - ¾ temps - 4 enfants (15, 13, 10 et 3 ans)	- Pas un choix à la base ! Au >< s'est tjs dit que n'irait jms là (car pronostic et évolut° svt négative) - À postulé « par hasard » puis apprécie le côté chronique mais pas le côté grave et fatal de l'onco	Principaleme nt ses collègues. Elle considère certaines comme étant devenue des amies	Reste surtout par confort. Elle serait d'autant plus satisfaite si l'onco disparaissait et qu'elle n'avait plus que le côté chirurgical - La diversité et la polyvalence de son travail (mélange onco-chir) - Qd la journée suit l'organisat° initiale, qu'il n'y a pas d'imprévu	Avt d'être à % elle était à tps plein et ça ne lui permettait pas d'avoir une vie de famille ni une organisat° de vie satisfaisante MAIS être à % tps lui assure un moins bon suivi des patients qu'elle voit donc moins souvent	- Sensibilité exacerbée (mais cela vaut pour tous les aspects de sa vie) - Augmentat° de l'empathie - Expérimente du transfert sur ses patients qd ils ressemblent à ses enfants MAIS a déjà vécu du transfert sans être mère (par rapport à elle)	- Ce qui ressort particulièrement du discours est l'aspect organisationnel et l'anticipation des tâches. C'est primordial pour elle. - Elle accorde une grande importance à s'assurer que son travail est correctement effectué et qu'elle a été au bout de ce dernier avant	- En 1 ^{er} : situation où l'organisation dysfonctionne (même lorsque les journées sont peu remplies ! -> Ici pas lié à la surcharge) - Qd les patients vont mal et qu'elle est seule pour gérer CAR ça désorganise sa journée MAS n'en parle pas à un niveau de difficulté émotionnelle	- En 1 ^{er} : partage avec collègues (tant au niveau émotionnel que soutien technique) - Besoin de l'assurance de ses collègues envers ses pratiques pour diminuer son sentiment de responsabilité - Humour (noir, morbide) avec collègues (dérision) - Capacité (naturelle	=> Oui À cause de remises en question perso sur ses priorités perso et familiales MAIS pas à cause d'un épuisement de son travail (selon elle) MAIS dit quand même qu'elle aimerait un travail plus léger, avec moins de responsabilités

			<ul style="list-style-type: none"> - Qd elle parvient à mener à bien un soin qui s'annonçait compliqué -> Se sent fière - Qd les familles lui témoignent leur gratitude 			<ul style="list-style-type: none"> de quitter son lieu de travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Annonces de diagnostic (Ici difficile au niveau émotionnel) 	<ul style="list-style-type: none"> selon elle) à maintenir distance émotionnelle -> Ne se sent pas impactée au niveau émotionnel (sauf si présente lors du décès ou si la situation fait trop écho - Séparation vie professionnelle /vie privée 	<p>->Est actuellement dans l'ambivalence entre désir de partir et de rester et cette envie dépend du découps de la journée</p>
Participante 9 <ul style="list-style-type: none"> - Infirmière - 14 ans d'expérience - 4/5ème temps - 3 enfants (10 ans, 8 ans et 10 mois) 	<ul style="list-style-type: none"> - Stage en onco pédia 	<ul style="list-style-type: none"> - Les enfants (ses patients) 	<ul style="list-style-type: none"> - Qd les enfants vont bien - Qd il y a une bonne collaborat° avec les médecins -> importance de la bonne organisat° des soins <p>Si ce 2ème facteur n'est pas présent, le fait que les enfants aillent bien ne suffira pas à être satisfaite !</p>	<ul style="list-style-type: none"> Était à tps plein avant. Cela était plus difficile car ne lui permettait pas assez de tps de pause et permettait une moins bonne déconnexion du travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprend mieux le vécu et la peine des parents -> augmentation de l'empathie - Difficulté de revenir dans le service après un écartement car pas envie de quitter sa bulle de joie pour se replonger dans une atmosphère négative ET qu'elle a le sentiment de 	<ul style="list-style-type: none"> - Elle décrit sa journée de travail en termes d'organisation. Tout semble millimétré, elle tente un max d'anticiper les taches (Ici non plus on ne lit pas d'imprévisibilité et encore moins pour l'improvisation !) - Elle souligne l'aspect administratif 	<ul style="list-style-type: none"> - La confrontation à la souffrance d'un enfant - Les situations d'enfant en fin de vie 	<p>- En 1^{er} : échange avec les collègues (pour soutien mais aussi pour feedback sur les soins fait) -> Besoin de réassurance (surtout qd enfant en fin de vie)</p>	<p>=> Oui À cause de l'impact émotionnel, du manque de légèreté, de la difficulté à scinder vie professionnelle /vie privée MAIS ne part pas car trop passionnée</p>

			- Travailler avec les collègues qu'elle apprécie -> Son sentiment de satisfact° dépend du personnel, de l'équipe		ne plus être armée pour y faire face - Vu qu'elle a elle-même un enfant malade, elle vit parfois du transfert avec les parents (mais pas avec les enfants)	qui est aussi une réalité de leur travail d'infirmière			
Participant 10 - Psychologue - 9 mois d'expérience - Pas d'enfant - Mi-temps	- Pas un choix MAIS une opportunité - Travail en seconde ligne (pas en 1 ^{ère} ligne) -> moins de pression de performance	- Le sentiment que son travail est utile	- en 1 ^{er} lieu : que les enfants aillent bien - Qd les enfants lui déposent qqch et que ça les soulage -> sentiment d'être utile - Le fait d'être en 2 ^{ème} ligne - Le fait que c'est des entretiens informels - L'imprévisibilité et la diversité du travail - Qd les parents lui témoignent leur reconnaissance	Elle pense qu'un tps plein serait difficilement gérable mais étant engagée depuis peu, elle base cette opinion sur celle de ses collègues Le fait qu'ils engagent des psy avec des contrats m-tps n'est pas un hasard selon elle	- N'a pas d'enfant mais a expérimenté du transfert/projection par rapport à ses neveux - impact de la NON parentalité : sentiment de ne pas pouvoir comprendre à 100% le vécu des parents MAIS précise qu'elle a compris que ça n'empêche pas de les aider	- Ce qui ressort particulièrement : la création de lien, le partage d'un moment avec les familles -> le côté informel des rencontres - Elle appuie sur le côté dynamique du travail - Elle souligne également la communicat° avec les collègues qui prend une grande place dans les journées - L'adaptat° et l'imprévisibilité	- Confrontation à la détresse des parents et de l'enfant (tant dans le discours que dans le comportement) -> Amène un sentiment d'impuissance difficile à supporter - Situation dans lesquelles elle a sentiment d'être inutile	- En 1^{er} : partage avec collègues (autant pour débriefer que pour se rassurer des choses entreprises) - Marche dans la nature - Partage du vécu avec compagnon	=> Non Exprime de pas travailler depuis assez lgt dans le service pour ressentir ça

			-> sentiment d'être utile			sont aussi ciblées		
Participante 11 - Diététicienne - 3 ans d'expérience - Mi-temps - Pas d'enfant	- Pas un choix à la base mais une opportunité saisie - Attrait pour ce domaine lui venant de son vécu perso	- En 1 ^{er} : l'équipe - Le fait que son travail auprès des enfants malades à une connotation plus positive que celui des autres corps de métier (elle autorise les glaces, etc. au lieu de restreindre)	- Le fait de représenter pour les enfants la partie plus sympa du suivi - Le fait d'apporter de la légèreté aux familles	Avoir un tps plein en onco lui plairait MAIS elle doute de pouvoir le supporter	PAS d'enfant	- Accorde une importance à aller voir tous les enfants. On sent qu'elle a un rôle de « surveillante » (s'assure que tous les nutriments sont là) - L'aspect adaptation à l'enfant est souligné - Fait de la psychoéducati on sur l'importance d'une bonne alimentation lors des traitements - La communicati° avec l'équipe est citée comme faisant partie intégrante de la journée	- Qd elle a sentiment que son travail n'est pas reconnu ou dévalorisé par rapport à d'autres soins plus nécessaires (surtout par les parents) - La situation la plus difficile qu'elle ait vécue est la réalisation que ses patients risquaient de mourir -> Elle appréhende le vécu du premier décès d'un de ses patients	- Partage avec son compagnon - Sport - Suivi psy => Non Pense que même si ça arrive un jour aura du mal à partir car très attaché à ses collègues et à ses patients

Tableau 7 : Test de Shapiro-Wilk des variables années d'expérience, ProQOL, CD-RISC et WCC

	W de Shapiro-Wilk	Valeur de p de Shapiro-Wilk
Année d'expérience	0,952	0,672
Score total - ProQOL - SC	0,821	0,018
Score total - ProQOL - EP	0,902	0,196
Score total - ProQOL - TS	0,955	0,705
Score total WCC - E	0,953	0,682
Score total WCC - P	0,949	0,63
Score total WCC - S	0,927	0,379
Score total CD - RISC	0,913	0,267

Tableau 8 : Matrice de corrélations de Spearman et de Pearson entre la satisfaction de compassion, l'épuisement professionnel et le stress traumatique secondaire (ProQOL)

Matrice de corrélation

		Satisfaction de compassion	Stress traumatique secondaire	Epuisement professionnel
Satisfaction de compassion	r. de Pearson	–		
	Ddl	–		
	valeur p	–		
	Rho de Spearman	–		
	Ddl	–		
	valeur p	–		
Stress traumatique secondaire	r. de Pearson	- 0.161	–	
	Ddl	9	–	
	valeur p	0.637	–	
	Rho de Spearman	0.149	–	
	Ddl	9	–	
	valeur p	0.662	–	
Epuisement professionnel	r. de Pearson	- 0.746	0.618	–
	Ddl	9	9	–
	valeur p	0.008	0.043	–
	Rho de Spearman	- 0.309	0.826	–
	Ddl	9	9	–
	valeur p	0.356	0.002	–

Tableau 9 : Matrice de corrélations de Pearson entre le stress traumatique secondaire (ProQOL), la résilience (CD-RISC) et le nombre d'années d'expérience

Matrice de corrélation

		Stress traumatique secondaire	Année d'expérience	Capacité de résilience
Stress traumatique secondaire	r. de Pearson	–		
	Ddl	–		
	valeur p	–		
Année d'expérience	r. de Pearson	0.040	–	
	Ddl	9	–	
	valeur p	0.906	–	
Capacité de résilience	r. de Pearson	0.157	- 0.319	–
	Ddl	9	9	–
	valeur p	0.645	0.340	–

Tableau 10 : Transformation des scores bruts de chaque échelle de la WCC en scores pondérés

WCC	Centré sur le problème		Centré sur l'émotion		Centré sur le soutien	
	Brut	Pondéré (% 10)	Brut	Pondéré (% 9)	Brut	Pondéré (%8)
Participante 1	29	2.9	17	1.88	27	3.76
Participante 2	35	3.5	24	2.66	30	3.75
Participante 3	29	2.9	24	2.66	27	3.76
Participante 4	18	1.8	15	1.66	12	1.5
Participante 5	27	2.7	21	2.33	22	2.75
Participante 6	28	2.8	29	3.22	24	3
Participante 7	26	2.6	26	2.88	17	2.13
Participante 8	24	2.4	27	3	28	3.5
Participante 9	29	2.9	18	2	26	3.25
Participante 10	31	3.1	19	2.11	23	2.88
Participante 11	20	2	30	3.33	21	2.63

Tableau 11 : Matrice de corrélation entre le coping centré sur la recherche de soutien social, le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion (WCC) et la satisfaction de compassion (ProQOL)

Corrélations Spearman entre types de coping et Satisfaction de compassion				
Type de coping	rs (Spearman)	p	n	Sig.
Coping centré sur le soutien social	0.280	0.405	11	
Coping centré sur le problème	0.739	0.009	11	**
Coping centré sur l'émotion	- 0.103	0.763	11	

Figure 2 : Score moyen de stress traumatique secondaire selon la profession

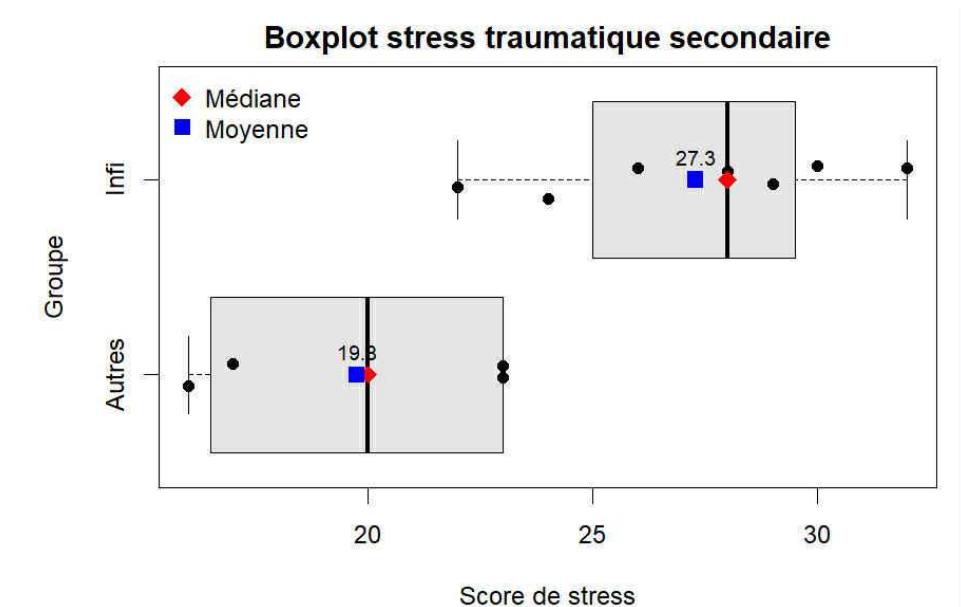


Figure 3 : Relation entre l'épuisement professionnel et la satisfaction de compassion

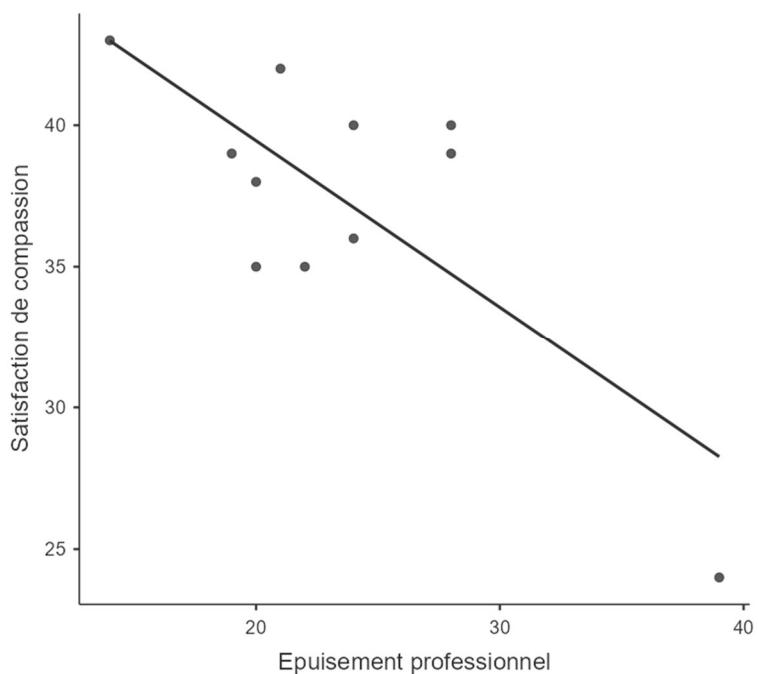


Figure 4 : Relation entre les stratégies de coping centré sur le problème (WCC) et la satisfaction de compassion (ProQOL)

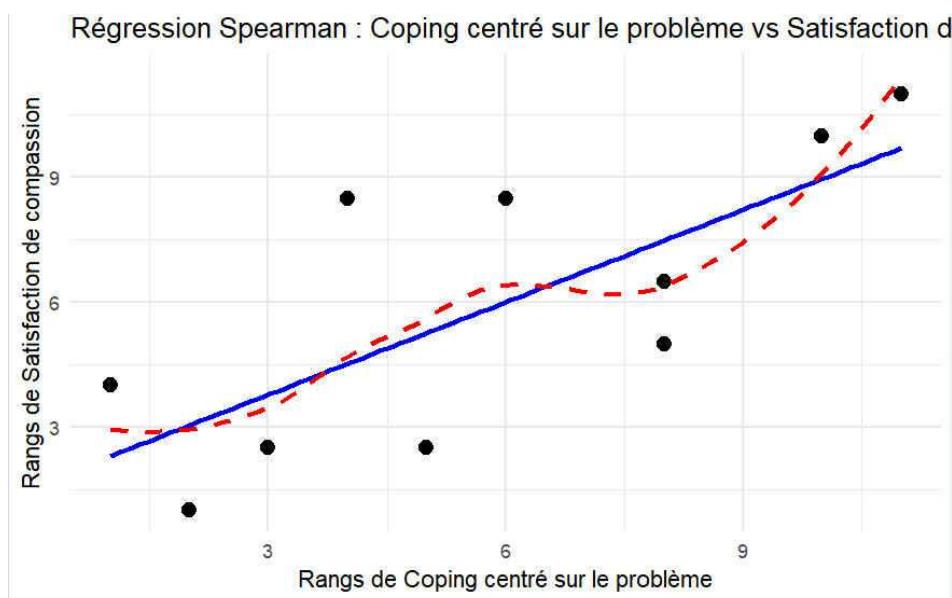


Figure 5 : Nuage des mots utilisés pour décrire le travail en oncologie pédiatrique (Zygomatic)



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aparicio, E., Michalopoulos, L., & Unick, G. (2013). An examination of the psychometric properties of the vicarious trauma scale in a sample of licensed social workers. *Health And Social Work Health & Social Work*, 38 (4), 199-206. https://www.researchgate.net/publication/259767971_An_Examination_of_the_Psychometric_Properties_of_the_Vicarious_Trauma_Scale_in_a_Sample_of_Licensed_Social_Workers
- Back, A. L., Deignan, P. F., & Potter, P. A. (2014). Compassion, Compassion Fatigue, and Burnout : Key Insights for Oncology Professionals. *American Society Of Clinical Oncology Educational Book/Educational Book*, 34, e454-e459. https://doi.org/10.14694/edbook_am.2014.34.e454
- Berger, R. S., Wright, R. J., Faith, M. A., & Stapleton, S. (2021). Compassion fatigue in pediatric hematology, oncology, and bone marrow transplant healthcare providers : An integrative review. *Palliative & Supportive Care*, 20(6), 867-877. <https://doi.org/10.1017/s147895152100184x>
- Blavier, A. (2024). Le traumatisme vicariant. Dans *Cn2r*. <https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2024/04/DossierScientifiqueTraumaVicariant.pdf>
- Boivin-Desrochers, C. (2015). *La résilience d'infirmières en soins palliatifs : bénéfices et risques en termes de santé mentale au travail* [Université de Montréal]. <https://umontreal.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/f9ad280c-9b59-4e23-9f3f-8e14d5454476/content>
- Borteyrou, X., Truchot, D., & Rascle, N. (2014). Le stress chez le personnel travaillant en oncologie : une tentative de classification des stratégies de coping. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 15(4), 380-398. <http://section-psychologie.univ-fcomte.fr/download/section-psychologie/document/pdf/xabi.coping.onco.pdf>

Callahan, S. et Chabrol (2016, 3 mars). Historique et définitions de la notion de coping. [cairn.info](https://shs.cairn.info/mecanismes-de-defense-et-coping--9782100598892-page-157?lang=fr), p. 157-171. <https://shs.cairn.info/mecanismes-de-defense-et-coping--9782100598892-page-157?lang=fr>

CD-RISC : about. (s. d.). <https://www.connordavidson-resilience-scale.com/about.php>

Collier, J., Bergen, T., & Li, H. (2024). *Revue intégrative des stratégies de prévention et de traitement de la fatigue de compassion chez les infirmières en oncologie.* Collier | Canadian Oncology Nursing Journal / Revue Canadienne de Soins Infirmiers En Oncologie.

<https://canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/1449/1170>

Colombat, P., Altmeyer, A., Barruel, F., Bauchetet, C., Blanchard, P., Colombat, P., Copel, L., Ganem, G., Rodrigues, M., & Ruszniewski, M. (2011). Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie*, 13(12), 845-863. <https://doi.org/10.1007/s10269-011-2098-5>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale : The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression And Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Connor-Davidson Resilience Scale | Tool2Care. (s. d.). <https://tool2care.uliege.be/technical-sheet/1184/>

Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rasclle, N. (1996). *Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la W.C.C. (Ways of Coping checklist).* <https://univ-montpellier3-paul-valery.hal.science/hal-03174284/>

Desbiendras, N. (2019). Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. *European Journal Of Trauma & Dissociation*, 3(3), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.04.001>

Direction Générale du Travail, Institut National de Recherche et de Sécurité & Anact (2015, mai). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : mieux comprendre pour mieux agir.* (No 978-2-11-129981-8). Ministère du Travail de l'Emploi de la Formation professionnelle et du Dialogue social. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal Of Oncology Nursing*, 28, 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>

Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder : An Overview [Pdf]. Dans *Compassion Fatigue* (Charles R. Figley, Ph.D., p. 1-20). Brunner/Mazel, Inc. <https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id13055.pdf>

Gallagher, R. (2013, 1 mars). *Épuisement par compassion.* The College Of Family Physicians Of Canada. <https://www.cfp.ca/content/59/3/e143.short>

Grafton, E., Gillespie, B., & Henderson, S. (2010). Resilience : the power within. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 698-705. <https://doi.org/10.1188/10.onf.698-705>

Gribben, J. L., MacLean, S. A., Pour, T., Waldman, E. D., & Weintraub, A. S. (2019). A Cross-sectional Analysis of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Pediatric Emergency Medicine Physicians in the United States. *Academic Emergency Medicine*, 26(7), 732-743. <https://doi.org/10.1111/acem.13670>

Heckelman, H. M. (2012). Stress in Pediatric Oncology Nurses. *Journal Of Pediatric Oncology Nursing*, 29(6), 356-361. <https://doi.org/10.1177/1043454212458367>

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is Resilience ? *The Canadian Journal Of Psychiatry/Canadian Journal Of Psychiatry*, 56(5), 258-265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>

Imbert, M., & Maillard, B. (2020). La contamination par les affects du patient : une source traumatogène pour le soignant. *Douleurs*, 21(5-6), 178-181.
<https://doi.org/10.1016/j.douler.2020.10.003>

Langevin, V., Boini, S., François, M., & Riou, A. (2013). Risques psychosociaux : outils d'évaluation : Ways of Coping Checklist (WCC). *Références En Santé Au Travail*, n° 135, 135-138. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2033>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *~L'Année Psychologique*, 92(4), 545-557.
<https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>

Pecoul, D. (2022b, septembre 30). *Échelle de résilience*.
IFEMDR. <https://www.ifemdr.fr/echelle-de-resilience/>

Potter, P., Deshields, T., Berger, J. A., Clarke, M., Olsen, S., & Chen, L. (2013). Evaluation of a Compassion Fatigue Resiliency Program for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 180-187. <https://doi.org/10.1188/13.onf.180-187>

ProQOL. (s. d.). *ProQOL*. ProQOL. <https://proqol.org/proqol-1>

Ridremont, D. (s. d.). *Burnout des soignants en oncologie pédiatrique : connaissances actuelles et perspectives de recherche. Une revue de littérature narrative*. UNA Éditions. <https://una-editions.fr/burnout-des-soignants-en-oncologie-pediatrique/>

Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (ID 83205-4362). 2nd Ed.
Pocatello. <https://www.illinoisworknet.com/WIOA/Resources/Documents/The-Concise-ProQOL-Manual.pdf>

Stoewen, D. L. (2019). Moving from compassion fatigue to compassion resilience Part 2 : Understanding compassion fatigue. *PubMed*, 60(9), 1004-1006.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31523091>

The Compassion Fatigue Resilience model. (2017). Researchgate.

https://www.researchgate.net/figure/The-compassion-fatigue-resilience-model_fig1_329339880/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6Il9kaXJlY3QiLCJwYWdlIjoiX2RpcmVjdCJ9fQ

Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S. (2011). Working Through Grief and Loss : Oncology Nurses' Perspectives on Professional Bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38(4), E272-E282. <https://doi.org/10.1188/11.onf.e272-e282>

Zander, M., Hutton, A., & King, L. (2009). Coping and Resilience Factors in Pediatric Oncology Nurses CE. *Journal Of Pediatric Oncology Nursing*, 27(2), 94-108.
<https://doi.org/10.1177/1043454209350154>

Zygomatic. (s.d.). *Générateur de nuage de mots clés gratuit en ligne et Générateur de nuage de tags.* nuagesdemots.fr. <https://www.nuagesdemots.fr/>