

Le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des urgentistes

Auteur : Goumdiss, Meriem

Promoteur(s) : Blavier, Adelaide

Faculté : par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/4693>

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'œuvre 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 lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des urgentistes

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du grade de master en sciences psychologiques

Faculté de psychologie, Logopédie et sciences de l'éducation de l'université de

Liège

Année académique 2016-2017

Réalisé par Meriem Goumdiss

Encadré par le professeur Adelaïde Blavier

Remerciements

Aux Membres du Jury de ce mémoire,

Tous mes profonds remerciements à Madame Blavier Adelaïde pour avoir accepté d'être la promotrice de mon mémoire.

A Madame Calicis Florence,

Tous mes remerciements profonds pour avoir accepté de faire partie du jury ainsi que votre enseignement au long de mes études de master à l'ulg.

Aux participants urgentistes,

Je remercie également le personnel des urgences de partout en France, du CHR Verviers et de la clinique Bohler au Grand-duché du Luxembourg qui ont participer à cette étude malgré leur quotidien chargé. Sans eux la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

A ma famille et mes amis,

Tout d'abord, je remercie mes parents profondément, surtout mon père Mohamed Goumdiss, et ma sœur Malika Goumdiss, de m'avoir soutenu tout au long de mes études et de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également ma tante Zohra Elghouat qui m'as également toujours encouragé dans mes études depuis toute petite.

Je tiens également à remercier ma chère amie Margot Karageorgos, de toujours m'avoir encouragé dans mes études et pour de l'amitié profonde qu'on partage.

Je souhaite également remercier Dina Tabet pour m'avoir soutenu et encouragé tout au long de mes études à Liège et d'avoir accepté de relire mon mémoire. Je la remercie également pour tous ses précieux conseils qu'elle a pu m'apporter.

Enfin, je remercie mon amie Pasqua Netti, qui m'a toujours encouragé à continuer et faire face aux difficultés rencontrées.

Table des matières

I. Théorie.....	4
I.1 Introduction.....	4
I. 2 Définition des concepts en lien avec la fatigue de compassion.....	6
1. Fatigue de compassion (CF).....	6
2. Satisfaction de compassion (CS).....	8
3. Stress traumatique secondaire et traumatisation secondaire (TS, STSD).....	8
4. Trauma vicariant (VT)	9
5. Burnout (BO).....	10
II. Cadre conceptuel.....	11
II.1 Le modèle de la transmission du Trauma de Figley (1992,1995).....	11
II.2 CF auprès des professionnels soignants.....	15
II.3 Empathie et CF	16
III. Variables associées à la fatigue de compassion (CF).....	18
III.1 Burnout et CF.....	18
III.2 Fatigue de compassion et satisfaction de compassion	19
III.3 Antécédents de trauma	19
III.4 Age	19
III.5 Genre	20
III.6 Expérience professionnelle	20
III.7 Surcharge de travail.....	20
IV. Objectifs généraux et questions de recherche	22
V. Méthodologie.....	24
V.1 Design.....	24
V.2 Population	24
V.3 Procédure	24
V.4.Matériel.....	25
VI. Traitement des données	31
VII. Dimension éthique	31
VIII. Résultats.....	32
IX. Discussion	43
X. Conclusion	51
XI. Références.....	54

I. Théorie

I.1 Introduction

Depuis quelques années, l'intérêt pour les effets négatifs du travail des professionnels de diverses disciplines du domaine de soins aux personnes traumatisées a fortement augmenté. L'on donne de plus en plus d'importance aux risques que courent ces professionnels de soins dans leur milieu de travail. Le stress, qui résulte de l'interaction entre des demandes environnementales et les capacités de la personne, et que ces professionnels expérimentent, peut dégrader le bien-être s'il dépasse les capacités de la personne (Lazarus & Folkman, 1984).

Il y aurait donc un prix à payer pour apporter des soins aux autres (Figley, 1995). Les conséquences potentielles de l'empathie nécessaire pour le travail de soins ont un effet négatif sur des infirmiers, et on s'y réfère comme fatigue de compassion (CF) et de traumatisation secondaire (Sabo, 2006).

Les professionnels, qui sont en contact avec des patients en détresse, par exemple traumatisés, ont un risque de développer de la fatigue de compassion. Lorsque le stress chronique est prolongé, les professionnels des soins seraient à risque d'utiliser des stratégies de coping moins efficaces pour traiter leur douleur physique ou moral, comme l'évitement et ils peuvent finir par devenir défensif, cyniques, apathiques et même déprimés (Joinson, 1992 ; Lazarus & Folkman, 1984).

La fatigue de compassion est également décrite en relation avec le stress traumatique secondaire, qui est défini comme étant un état de détresse psychologique qui peut résulter par le simple fait d'écouter du matériel traumatique d'une victime de trauma. Les caractéristiques sont semblables à celle d'un stress post-traumatique classique (PTSD) et peuvent se manifester par des symptômes tels que des pensées intrusives en relation avec le trauma, l'hyperactivation ou encore l'évitement. Selon Figley (1995), la CF est un autre terme pour décrire la traumatisation secondaire, mais de subtiles différences existent entre ces deux concepts. Un nombre d'auteurs comme Elwood et al. (2011) suggèrent que la CF se caractérise plus par ses effets de perte de la capacité et l'intérêt à se montrer empathique envers les patients et l'épuisement qui résulte de leur travail d'aide aux victimes en détresse.

La compassion de fatigue (CF) est également décrite en relation avec le concept du burnout. Le burnout est défini comme un épuisement psychologique et physique qui est associé avec un sentiment de désespoir et des difficultés à faire son travail de manière efficace. Le phénomène du burnout est surtout observable dans des environnements de travail sans reconnaissance et

valorisation (Stamm, 2010). Le burnout est aussi associé avec une réduction du sentiment d'accomplissement professionnel (Maslach, 1982).

Malgré le fait que, dans la littérature, ces phénomènes soient décrits comme étant des construits séparés, ils restent tout de même un nombre de chercheurs qui considèrent qu'ils ne sont pas clairement distincts l'un de l'autre (Jenkins & Blaird, 2002). D'autres chercheurs, comme Stamm (2010) affirment qu'ils sont liés. Par exemple, la combinaison d'un stress traumatique secondaire et d'un burnout pourrait résulter en ce qui fait le construit de fatigue de compassion. Le consensus commun, malgré les différences de conceptualisation, est que le CF résultant d'un travail d'aide envers des victimes en détresse, rend les professionnels de tout domaine d'aide eux-mêmes vulnérables à la détresse et entrave leur habileté à être empathique, ainsi qu'à apporter des soins à leurs patients de manière efficace et avec compassion.

Selon le modèle de transmission du trauma de Figley (1992 ; 1995), la fatigue de compassion résulte d'une empathie prolongée. L'habileté empathique, quand elle est prolongée, mais qui est nécessaire pour apporter des soins aux personnes traumatisées, peut mener à l'épuisement de compassion (Figley, 1992 ; 1995). Dans diverses disciplines du domaine de la santé mental, par exemple les infirmiers, assistants social, psychologues, etc., on peut observer ce phénomène. Ces professionnels, hautement impliqués de façon empathique avec les patients, peuvent vivre des cauchemars, des chagrins, une anxiété (Clark & Gioro, 1998), une dépression, des problèmes de sommeil, des problèmes relationnels, et des plaintes physiques qui sont qualifiés dans la littérature comme étant une fatigue de compassion, une traumatisation secondaire ou encore un trauma vicariant (Bride, 2004 ; Steed & Dowling, 1998). Etre affecté de compassion de fatigue, n'a pas seulement un effet négatif sur la qualité des soins apportés, mais affecte également les patients qui reportent moins de satisfaction concernant les soins reçus (e.g. Austin et al., 2009, White, 2006).

La compassion de fatigue est présente de manière générale dans de nombreuses professions qui impliquent un apport d'aide à l'autre et qui ne sont pas spécifiques à ceux qui travaillent avec des victimes de trauma. On retrouve ce phénomène auprès des professionnels de la santé mentale (Zeidner et al., 2013), des médecins (Gleichgerrcht & Decety, 2014), des infirmiers (Hegney, 2014), des assistants sociaux (Simoen, Pryce, Roff & Klemmack, 2005) et auprès des urgentistes (Cicognani, Pietrantoni, Palestini & Prati, 2009). Ces intervenants du domaine des

soins vont tenter d’altérer le comportement et les émotions de leurs patients en leur communiquant un support émotionnel (comme l’empathie) ou encore des stratégies et des outils pour gérer leurs émotions (Boscarino, 1997 ; Francis, 1997 ; Thoits, 1986). D’autres études ont pu démontrer que l’apport de ce type de support émotionnel peut être à la fois fortement gratifiant mais aussi fortement stressant (Ohaeri, 2003). Ce phénomène concerne la satisfaction que le professionnel va tirer de son activité et peut être retrouvé dans la littérature scientifique sous le nom de « compassion satisfaction » (CS), qui est traduit par satisfaction de compassion dans les pays francophones.

I. 2 Définition des concepts en lien avec la fatigue de compassion

1. Fatigue de compassion (CF)

L’expression « compassion fatigue » a été employée par Joinson (1992) la référant aux expériences des infirmiers qui étaient en burnout. Certains auteurs dans la littérature utilisent le terme de compassion de fatigue pour se référer à différents phénomènes que l’on pourrait regrouper alors que d’autres font une distinction claire entre ceux-ci. Selon Figley, la compassion de fatigue (CF) est définie comme la capacité ou l’intérêt du professionnel de soin à se montrer empathique et soutenant vis-à-vis de la souffrance de ses patients, cette capacité étant réduite. Il s’agit également d’un comportement et d’émotions conséquents qui peuvent résulter du fait d’être au courant d’un évènement traumatisant que le patient a vécu (Figley, 1995, 2001a, 2002b). La CF est considérée dans ce cas comme étant un risque associé au contact avec des victimes traumatisées dans le milieu des soins.

Hoffman (2009) définit la CF comme étant le phénomène qui est présent lorsqu’une personne perd son habileté normale à sentir et exprimer de la compassion sincère, de l’empathie et d’apporter un support à un individu en détresse. Les demandes assignées aux professionnels étant en interaction avec des patients en détresse, ayant le désir d’aider et une empathie excessive peuvent faire émerger la CF (Phelps, Lloyd, Creamer, and Forbes, 2009).

L'on retrouve tout de même d'autres termes, tels que trauma vicariant (VT), trauma secondaire et compassion de fatigue utilisés par les chercheurs pour qualifier les effets préjudiciables qui peuvent causer une détresse chez les professionnels travaillant avec des patients traumatisés ou en détresse (e. g. Bride, Radley & Figley, 2007 ; Prati et al., 2010).

D'autres auteurs considèrent la CF comme étant, la réaction qui peut résulter d'une exposition excessive à la souffrance des patients (Berzoff & Kita, 2010). Le trauma vicariant, qui est d'ailleurs souvent utilisé comme étant en lien avec la CF, mais n'est pas son synonyme, est décrit comme étant le phénomène de transformation résultant d'un travail avec des patients traumatisés (Craig & Sprang, 2010). Il s'agirait de changement dans les représentations et le système de croyances générales qu'une personne a du monde, de soi et des autres. Ceci résultant d'un engagement empathique envers ces patients, mais également de la pression résultant de l'effort que le professionnel fournit pour soulager la douleur de ses patients (Bride et al., 2007 ; Argentero & Setti, 2011).

La CF a également des caractéristiques communes avec d'autres notions comme le contre-transfert et le burnout qui sont tout de même des phénomènes différents de la CF. Celle-ci (CF) est notamment définie comme étant une absorption de la détresse de son patient, alors que le contre-transfert serait plutôt une réponse négative à la souffrance de son patient (Berzoff & Kita, 2010). Celle-ci résulte des conflits latents non résolus de l'aidant et se manifeste de manière relativement inconsciente.

En comparant burnout et CF, le burnout correspondrait plutôt à un épuisement dû à une exposition prolongée au stress dans le milieu de travail et cela à long terme. La CF, par contre, apparaît plutôt de manière aiguë et s'agirait plutôt d'une réponse liée au contenu traumatique du milieu de travail (Cicognani et al., 2009).

Le concept commun à ces termes est l'impact d'une traumatisation secondaire, qualifié de manière assez générale, malgré le fait que ces concepts montrent clairement des différences dans leur phénoménologie (Meadors, Lamson, Swanson, White, & Sira, 2009).

2. Satisfaction de compassion (CS)

La « compassion satisfaction » (CS) ou satisfaction de compassion est l'habileté à recevoir de la gratification des soins donnés à une personne. (Simon, Pryce, Roff & Klemmack, 2006). En contraste avec CF, la CS est décrite comme étant l'aspect positif du travail des intervenants aidants. La CS est considérée comme le plaisir d'aider les autres, l'affection pour des collègues de travail et une satisfaction résultant du fait d'avoir apporté son aide et sa contribution (Figley & Stamm, 1996).

On peut voir la CS comme étant opposée à la CF et ainsi identifier une CS basse comme étant un élément critique qui augmente le risque de développer une CF. Un niveau élevé de CS, par contre, offre une protection contre le stress et la détresse résultant d'un CF et d'un burnout (Meadors et al., 2009 ; Van Hook & Rothenberg, 2009).

3. Stress traumatique secondaire et traumatisation secondaire (TS, STSD)

La traumatisation secondaire (TS) ou le stress post-traumatique secondaire, correspond au fait qu'un intervenant développe lui-même des symptômes de traumatisation suite à un contact avec des patients traumatisés. Lorsque qu'il y a une TS, il y a présence de symptômes observables. Par exemple, une exposition prolongée à des récits d'évènements traumatisants vécus par des patients peut déclencher une TS auprès de professionnels.

Figley (1993) définit le stress traumatique secondaire comme étant des comportements et émotions conséquents et naturels résultant du fait d'avoir connaissance d'un évènement traumatique

impliquant une personne de son entourage. Il le considère comme le stress normal résultant d'aide apportée ou de la volonté de vouloir aider une personne en détresse. Les personnes aidants, victimes secondaires potentiels, sont exposées à un stresseur secondaire, car elles sont exposées à l'évènement traumatique de façon indirecte par rapport aux victimes traumatisées de manière directe.

Lorsque qu'il y a lieu de parler de stress traumatique secondaire (secondary traumatic stress) il s'agit d'un syndrome de symptômes fortement proches à celui de l'état de stress post traumatique (ESPT), excepté qu'il s'agit d'une exposition indirecte à l'évènement potentiellement traumatique par le fait d'être au courant qu'une personne proche ou de son entourage, ait été exposée un évènement traumatisant.

4. Trauma vicariant (VT)

Le concept de trauma vicariant (VT) a été introduit par McCann & Pearlman (1990) dans leur modélisation théorique afin de comprendre les effets extrêmement lourds et affligeants que subissent les thérapeutes dans leur travail avec des victimes traumatisées. Le VT a été identifié auprès des professionnels qui au cours de leur travail avec des victimes de trauma vont eux-mêmes être susceptibles de ressentir de la détresse résultant du fait d'apporter de l'aide aux victimes traumatisées (Figley, 1995). Le concept de VT est souvent utilisé comme synonyme de CF et est considéré dans la littérature courante comme étant une transformation résultant du travail avec du contenu traumatique et avec des patients traumatisés (Craig & Sprang). Le VT peut être défini en tant que changement des représentations cognitives et des systèmes de croyances résultant d'une connexion empathique avec des victimes traumatisées (Bride et al., 2007 ; Craig & Sprang, 2010). Le stress qu'apporte un travail de support et de soins aux victimes en détresse ou traumatisées, joue également un rôle dans le processus d'apparition d'un VT (Argentero & Setti, 2011).

Ce processus émerge de l'empathie et de l'engagement naturel du professionnel envers les victimes traumatisées (Figley, 2003 ; Trippany, Kress & Wilcoxon, 2004).

Certaines études confirment que les intervenants de situations d'exception sont plus à risque psychologique que courant, entre autres, celle de Argentero et Setti (2011). Dans cette dernière, les auteurs ont pu démontrer qu'il existe des corrélations entre stress occupationnel et VT auprès de divers intervenants d'urgence comme des pompiers, policiers, ambulanciers ou personnels médicaux d'urgences.

De plus, cette étude est intéressante car les auteurs ont également analysé des variables descriptives comme le genre, le statut marital et l'ancienneté au travail afin d'identifier les individus les plus à risque à développer des VT.

5. Burnout (BO)

Le burnout est défini comme étant un syndrome psychologique qui implique une réponse prolongée à des stresseurs chroniques au niveau interpersonnel dans le milieu de travail (Leiter & Maslach, 2004). Le burnout est composé de trois éléments : l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'auto-efficacité personnelle. L'épuisement émotionnel est considéré comme étant un élément central du burnout résultant en un cynisme et une auto-efficacité basse dans le milieu du travail (Leiter, Harvie & Frizzell, 1998 ; Leiter & Maslach, 2004 ; Maslach & Leiter, 1997). Maslach & Leiter (1997) ont identifié six domaines du milieu du travail qui, lorsqu'ils sont en décalage avec les attentes de la personne, sont prédictifs du burnout. Par contre, un bon ajustement entre les attentes de la personne et ces domaines renforce l'engagement dans le travail. Ces six domaines sont : la charge de travail (les demandes de travail attribuées à un employé dans une période donnée et selon ses ressources), le contrôle (l'opportunité donnée à l'employé pour faire d'importantes décisions ainsi que l'autonomie et l'habileté donnée afin d'accéder aux

ressources nécessaires pour exécuter le travail demandé), la reconnaissance (sociale ou financière à la contribution apportée au travail), la communauté (la qualité du contexte social et professionnel, la relation avec le manager et les collègues de travail), l'équité (la présence d'ouverture et de respect dans l'organisation et la prise de décision) et les valeurs (la congruence entre les priorités de l'organisation et les valeurs de l'employé).

II. Cadre conceptuel

Dans son modèle étiologique de la fatigue de compassion auprès de thérapeutes, Figley (1992, 1995) propose que l'empathie joue un rôle central dans le développement de la CF. Ce modèle est basé sur l'assumption que l'empathie est un facteur important dans le développement d'une alliance thérapeutique, afin de donner des interventions efficaces. D'après Figley, c'est par la réponse empathique que les thérapeutes vivent la détresse émotionnelle de leurs clients, et ceci contribue ainsi au développement de la CF. Figley (1995) suggère que les professionnels, qui ont une capacité élevée à être empathique, sont les plus à risque à développer de la CF.

Bien avant Figley, l'importance de l'empathie dans le processus thérapeutique a été soulignée par Rogers (1957) dans ce qu'il appela les six 'Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change', nécessaires pour arriver à un changement psychothérapeutique. Le thérapeute doit vivre et communiquer une compréhension empathique du problème de son client.

On retrouve l'importance de l'empathie dans de nombreux autres modèles, tels que celui en TCC ou le rôle de l'écoute empathique dans la méthode du questionnement socratique (Padesky & Greenberger, 1995).

II.1 Le modèle de la transmission du Trauma de Figley (1992,1995)

Le modèle de la transmission du Trauma de Figley (1992, 1995) conceptualise le phénomène de la FC, qui se manifeste auprès des professionnels en se basant sur l'empathie. A la base de ce modèle se trouve le besoin de se montrer empathique et d'exprimer la compassion qu'éprouvent les professionnels envers leurs patients. Figley considère également que ceci est « naturel ». L'habileté empathie de l'intervenant fait que celui-ci va répondre emphatiquement à la détresse du patient. La réponse empathique, qui est en lien avec le sentiment de satisfaction et la responsabilité que le professionnel a envers la personne qui souffre, crée selon le modèle de Figley un stress qui va agir sur le professionnel. Le sentiment de satisfaction va jouer un rôle dans le détachement ou dans le non-détachement qui résulte alors en stress de compassion. L'épuisement émotionnel par le stress de compassion est vu dans ce modèle d'un côté, comme un effet de l'engagement et l'habileté empathique (Empathic Ability) de l'intervenant envers la victime, et d'autre part comme résultant de l'inhabiliter à trouver un apaisement dans ses actions de soutien, qui résulte alors en un découplage émotionnel ou un désengagement.

Le modèle décrit le stress de compassion comme résultant de six facteurs qui interagissent entre eux. Le stress de compassion est décrit comme le stress qui résulte du travail avec des victimes souffrantes. L'habileté empathique est définie comme l'habileté à apercevoir et sentir la souffrance d'autrui. Celle-ci est associée à la susceptibilité de l'intervenant à être affecté par une contagion émotionnelle (emotional contagion). La contagion émotionnelle est définie dans ce modèle comme le fait de vivre les émotions de la victime en fonction de l'intensité avec laquelle les vit la victime. Dans cet état, l'intervenant se sent tourmenté par les émotions de la victime. La préoccupation empathique (empathic concern), qui est également associée à l'habileté empathique, est définie comme la motivation à agir et à procurer de l'aide pour soulager la souffrance de la victime. Cette préoccupation empathique est la base du travail avec des victimes et motive à faire des efforts afin d'alléger la souffrance des victimes. Un manque de préoccupation

empathique envers les victimes peut alors être considéré comme indicateur d'épuisement (Freudenberg, 1980).

L'habileté empathique et la contagion empathique déterminent le degré d'effort que fait l'intervenant pour réduire la souffrance des victimes. Cet effort est appelé la réponse empathique. Cette réponse est donc considérée comme étant les efforts fournis par l'intervenant, lorsqu'apportés à la victime vont être aussi bien jugés par l'intervenant lui-même ainsi que par la victime.

Selon Figley (1995) deux facteurs vont avoir un impact sur l'augmentation ou la diminution du stress de compassion. D'une part, le sentiment d'accomplissement (sense of achievement) ou autrement dit le degré de satisfaction de l'intervenant de son effort fourni, et d'autre part le découplage (dissociation) de la victime. Il se fait lorsque l'intervenant a le sentiment d'avoir fait tout ce qui est en son pouvoir pour aider la victime ; cela signifie également prendre la distance nécessaire par rapport à la souffrance de la victime. Donc le degré de stress de compassion est dépendant du degré duquel l'intervenant est capable de réaliser un découplage émotionnel par rapport à la victime et du degré dans lequel l'intervenant se sent satisfait de l'aide qu'il apporte à la victime.

Il arrive que pour réduire le stress de compassion, le professionnel surestime le soutien qu'il apporte à la victime, ce qui mène à ce qu'il se sente satisfait de manière erronée. Pour cela, le professionnel peut rendre la distance envers les victimes trop grande, ce qui peut être un premier signe d'épuisement. Les intervenants, qui vivent peu de stress de compassion et sont capables de montrer une habileté empathique et une préoccupation empathique tout en étant exposés à une contagion émotionnelle considérable, retrouvent beaucoup de satisfaction dans leur réponse empathique. Puisqu'ils sont satisfaits de la réponse empathique apportée, ces intervenants ont

un sentiment d'accomplissement et ne se sur-identifient pas aux problèmes des victimes et réussissent de cette manière à créer une distance psychologique suffisamment grande entre eux-mêmes et les victimes, ceci réduit alors le stress de compassion ressenti.

Le stress de compassion est un état précurseur à la fatigue de compassion et la présence de ce stress peut avoir comme effet de favoriser l'apparition de la fatigue de compassion. Une étude a pu démontrer que la frustration du thérapeute envers son travail ou son incapacité à mener à terme certaines thérapies augmente le risque de FC de façon plus importante que la simple exposition de façon continue à des récits traumatisants (Deighton et al. ; 2007).

Le modèle de fatigue de compassion (Figley, 1995) conceptualise que la FC résulte d'une interaction entre quatre facteurs. La FC est caractérisée par un épuisement et un dysfonctionnement au niveau biologique, psychologique et social apparaissant après une exposition prolongée au stress de compassion. Une exposition prolongée est jumelée à un sentiment de responsabilité prolongée envers les victimes souffrantes. Il y a donc lieu d'un manque d'apaisement des charges de responsabilité et une impossibilité de réduire le stress de compassion.

D'après le modèle de Figley, le stress de compassion et l'exposition prolongée provoquent les souvenirs traumatisques qui stimulent à leur tour la création de certains symptômes tels que la dépression ou l'anxiété généralisée. Ceci va venir provoquer la réactivation d'anciens traumas non-résolus qui influencent les souvenirs récents. Lorsque l'intervenant vit alors une rupture de la vie importante et consécutive à certains changements d'ordre symptomatologique, de style de vie ou de statut ou de responsabilité professionnelle ou personnelle, la fatigue de compassion apparaît. C'est par un mélange de stress de compassion et de prédispositions personnelles, que peut apparaître la fatigue de compassion. Des expositions fréquentes à des victimes traumatisées peuvent mener à la fatigue de compassion mais la vie privée ou des traumas précédents non-résolus de l'intervenant vont aussi avoir une influence dans ce processus.

II.2 CF auprès des professionnels soignants

La CF est un phénomène bien étudié au sein des professions d'aidants (Figley, 2002). Dans la littérature scientifique, on retrouve ce phénomène sous de nombreuses nominations telles que le burnout, le trauma secondaire, le trauma vicariant. Malgré le fait qu'il y ait des distinctions entre ces concepts, ils traitent tous les effets périlleux résultant du travail de l'aide. Le stress psychologique que subissent ces aidants est assez bien documenté dans le domaine de l'infirmérie, qui a été d'ailleurs une des premières populations chez lesquelles ce phénomène d'épuisement mentale a pu être mis en évidence et étudié (Menzies, 1960 ; Kahn, Wolfe, Quinn, et al., 1964). Notamment, une étude qui a investigué la prévalence ainsi que la relation entre les caractéristiques et la CF chez des infirmiers palliatifs ont pu mettre en évidence que 78% présentent un risque de CF qui est moyennement haut et 26% représentant un risque élevé (Abendroth & Flannery, 2006). Dans les unités psychiatriques, un risque élevé a pu être constaté chez des infirmiers psychiatriques (Monroe, 2008 ; Lauvurd et al., 2009 ; Newell & MacNei, 2011 ; Mangoulia et al. 2010). Un risque élevé existe également chez les infirmiers des unités de trauma, où l'on a également relevé non seulement un risque élevé de CF (Nkosi, 2002), mais également des diagnostiques de stress post-traumatique secondaire (Von Rueden et al., 2010). Le questionnaire ProQOL a majoritairement été utilisé pour définir le risque de CF dans ces études.

On retrouve la CF chez de nombreux autres soignants tels que les physiciens et les consultants du domaine de la santé mentale (Joinson, 1992 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; Thompson, Amatea & Thompson, 2014). Des études suggèrent que le CF touche de multiples professions de l'aide comme par exemple les psychologues (Aukstinaityte & Zajanckauskaite-Staskeviciene, 2010), thérapeutes du trauma (Killian, 2008), infirmiers forensiques (Lauvrud, Nonstad & Palmstierna, 2009) et conseillers téléphoniques (O'Sullivan, Thomas & Whelan, 2011). Des

assistants sociaux pratiquant la psychothérapie présentent également des risques à la CF (e.g. Thomas & Otis, 2010 ; Nelson-Gardell & Harris, 2003). La CF touche également des professions comme les intervenants d'urgences (Cicognani, Pietrantoni, Palestini & Prati, 2009), pompiers qui se retrouvent en contact avec des situations extrêmes et potentiellement traumatisantes (Cacciatore, Carlson, Michaelis, Klimek, & Steffan, 2010; Tuckey & Hayward, 2011), médecins (Gleichgerrcht & Decety, 2014) et aumôniers (Yan & Beder, 2013). Les officiers de police sont également à risque à développer la CF et sont également à risque de traumatisation (Violanti, Gehrke, 2004). Malgré ces conclusions de recherches, le concept de fatigue de compassion reste problématique, car il existe clairement des lacunes de clarté conceptuelle (Jenkins & Baird, 2002).

II.3 Empathie et CF

Dans la fatigue de compassion comme déjà mentionné, l'empathie joue un rôle principal dans ce processus d'épuisement (Figley, 1995, MacRitchie & Liebowitz, 2010). Dans la littérature, il est suggéré que la CF amène à une réduction de l'empathie (e.g. Evces, 2015, Mathieu, 2007), malgré le fait qu'on ne trouve pas de recherche longitudinale qui supporte ces résultats. Des recherches qualitatives ont malgré cela pu démontrer cet effet de diminution de l'empathie (Austin, Goble, Leier & Byrne, 2009).

La relation entre empathie et fatigue de compassion et stress traumatique secondaire n'est pas si claire dans la littérature, car peu d'études sur ce lien ont été faites. Elle requiert donc plus d'investigation. Il est donc important d'investiguer les facteurs qui peuvent affecter la capacité à faire preuve d'empathie envers les victimes.

L'empathie a longtemps été établie comme étant un facteur clé dans la psychothérapie et en particulier pour former une bonne alliance thérapeutique (Rogers, 1957). L'empathie est également établie dans les professions d'aide (e.g. Ambrona, Gregory, Stocks & Oceja, 2013). Les

aidants les plus expérimentés peuvent être à risque de souffrir d'un traumatisme vicariant ou d'une fatigue de compassion par l'effet de l'empathie, qui est une composante de la relation d'aide. Lorsque ces professionnels sont exposés à des souffrances importantes et récurrentes, cela peut progressivement provoquer un traumatisme ou une fatigue de compassion.

Les hypothèses sur les mécanismes impliqués sont encore controversées, mais l'empathie qui joue un rôle principal, entraîne une synchronisation par mimétisme émotionnel et corporel avec la réalité de la victime (Rothschild, 2006). Une autre hypothèse serait que lorsque l'on est émotionnellement impliqué avec une personne souffrante, des neurones miroirs, qui se trouvent dans les mêmes régions neuronales reproduiraient la même émotion. L'expérience répétée de ces émotions entraînerait le traumatisme ou l'épuisement par la fatigue (Ramachandran, 2011 ; Brillon, 2013).

Néanmoins, un des effets de la CF est la réduction de l'habileté à se montrer empathique (Mathieu, 2007). Pour ces raisons, il n'est pas clair s'il l'on peut s'attendre à une corrélation positive ou négative entre empathie et CF. Il est possible qu'un professionnel développe de la CF, car celui-ci est de nature très empathique et pour cela plus vulnérable à la CF. Mais à présent on démontre un niveau bas d'empathie dû à l'effet de la CF. Pour pouvoir investiguer plus profondément cet effet, il est nécessaire de faire des études longitudinales.

Dans la littérature, on retrouve un nombre limité d'études, qui supportent les liens entre l'empathie et la fatigue de compassion. Une étude de MacRitchie & Leibowitz (2010) a pu démontrer que le niveau de CF augmente avec le niveau d'empathie des participants mais aussi que l'empathie a un effet médiateur entre CF et trauma précédent. Cela signifie que pour les aidants ayant été eux-mêmes victimes de trauma, plus leur score d'empathie est élevé, plus le risque de développer de la fatigue de compassion augmente.

D'autres études ayant utilisé des sous-échelles de l'Index Interpersonnel de Réactivité (Interpersonal Reactivity Index ; Davis, 1980) pour mesurer l'empathie, ont également pu démontrer

une corrélation positive entre CF et trois sous-échelles de l'empathie (Robins et al., 2009 ; Thomson & Otis, 2010).

D'un autre côté, on trouve également des études qui ne montrent pas de lien significatif entre l'empathie et la CF et suggèrent ainsi que, lorsque l'empathie augmente, la CF diminue (Simon et al. ; 2005). Il faut rester vigilant, car les mesures de l'empathie varient fortement et ne sont pas toujours standardisées.

Comme mentionné auparavant, l'empathie est proposée comme facteur clé dans le développement de la fatigue de compassion (Figley, 2002). La validation de cette hypothèse n'est pas claire dans la littérature. Une relation entre l'empathie et le développement de CF reste, celle-ci suggère que des scores élevés d'empathie vont de pair avec une plus grande vulnérabilité à la CF.

III. Variables associées à la fatigue de compassion (CF)

III.1 Burnout et CF

De nombreuses études ont pu démontrer une relation entre fatigue de compassion et burnout. Des corrélations positives significatives entre ces deux variables ont pu être constatées et ces corrélations tendent à être assez fortes (Aukstinyaite et al., 2010; Birck, 2002 ; Collins & Long 2003 ; Ray et al. 2013 ; Racanelli 2005 ; Thomas & Otis 2010). Les outils de mesure des deux variables dans la plupart des études, étaient The Professional Quality of Life Scale (ProQOL ; Stamm, 2002) et le Compassion Fatigue Self Test (CFST ; Figley, 1995).

III.2 Fatigue de compassion et satisfaction de compassion

Concernant la relation entre CS et CF, de nombreuses études ont pu mettre en évidence une corrélation négative entre ces deux variables (Collins & Long, 2003 ; Robins et al. 2009 ; Rossi et al. 2012 ; Simon et al. 2005 ; Thompson et al. 2014, etc.). Plus les valeurs de CS sont élevées, plus les valeurs de CF sont basses. Les outils de mesure des deux variables dans la plupart des études, était The Professional Quality of Life Scale (ProQOL ; Stamm, 2002) et le Compassion Fatigue Self Test (CFST ; Figley, 1995).

III.3 Antécédents de trauma

De nombreuses études ont pu faire ressortir des facteurs de risque importants dans le développement de CF, tel qu'un trauma précédent dans l'histoire de l'aïdant. Les résultats semblent pointer vers une vulnérabilité accrue à une traumatisations secondaire, vicariant ou CF par des effets de réactivation des mémoires traumatiques et activation d'une réponse empathique plus intense envers leur patients (Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995 ; MacRitchie & Leibowitz's, 2010). Il est possible que l'empathie seule ne soit pas nécessairement un facteur de risque en soit, mais qu'en interaction avec d'autres variables comme un trauma précédent peut augmenter la vulnérabilité à développer une CF.

III.4 Age

L'âge est également une variable associée à la CF. Ceci est reporté par un nombre d'études, entre autres, celle qui montre que des jeunes participants montraient des niveaux plus élevés et signifiants de CF (Sprang et al., 2011). D'autres études montraient que la CF diminue avec l'âge (Cohen et al., 2006 ; Thomas & Otis, 2010). On trouve également des études qui ne rapportent pas cette signification statistique entre l'âge et la CF. Tout de même les résultats vont vers une diminution du niveau de CF avec l'âge (e.g. Nelson-Gardell & Harris, 2003). D'autres chercheurs ont rapporté des niveaux moyens de score de CF auprès de jeunes sujets (20-24 et

18-30) et chez les sujets plus âgés (+ 45 et +50) des niveaux plus bas de CF (Hatcher & Noakes, 2010 ; Rossi et al. 2012).

III.5 Genre

Dans la littérature, on retrouve un grand nombre d'études qui reportent des résultats significatifs entre le sexe des participants et la CF. On retrouve notamment deux études où le sexe féminin est significativement associé à un niveau de CF élevé (Thomson et al., 2014 ; Zeidner et al. 2013). Une étude de Sprang et al (2007) montre une différence significative entre les hommes et les femmes, notamment que les femmes reportaient des niveaux de CF plus élevés. Une autre étude de Sprang et al. (2011) reporte que les sujets masculins reportaient des niveaux de CF plus élevés. De nouveau, les résultats dans la littérature ne vont pas dans la même direction et on peut trouver d'autres études qui ne reportent pas ces différences selon le sexe.

III.6 Expérience professionnelle

Pour les années d'expérience dans le domaine de l'aide, les résultats ne sont de nouveau pas très homogènes. On retrouve des études qui montrent des liens significatifs entre les années d'expérience et la CF, notamment que la CF augmente avec les années de travail avec des victimes traumatisées (Brick et al. 2002). Ceci a également pu être observé auprès de professionnels du domaine de la santé mentale juvénile. Les professionnels qui ont travaillé plus longtemps, reportaient également des niveaux de CF plus importants (Robins et al., 2009). Mais on retrouve également des résultats non-signifiants mais qui pointent vers des tendances où la CF diminue avec les années d'expériences (Nelson-Gardell & Harris, 2003; Thomas & Otis, 2010; Udipi et al., 2008).

III.7 Surcharge de travail

Les résultats dans la littérature semblent pointer vers une relation entre la surcharge de travail et la CF (e. g. Udipi et al., 2008). Auprès de professionnels travaillant avec des victimes traumatisées, un risque accru de CF est associé à un nombre élevé de cas traités par semaine (Deighton et al., 2007). Le même effet a pu être observé concernant le temps passé au travail avec des victimes (Tosone et al. 2010).

IV. Objectifs généraux et questions de recherche

1. Dans ce mémoire, nous nous intéressons à la prévalence de la CF auprès de la population d'urgentistes dans les hôpitaux. Il n'y a qu'un nombre limité de recherches spécifiques aux professionnels urgentistes. La population étudiée pour ce mémoire concerne tous les professionnels du secteur de l'urgence (médecins, infirmières, soignants, ambulanciers, ...). De façon générale, nous voulons mesurer la prévalence de la CF auprès d'urgentistes. Ces professionnels sont à risque à cause de leur milieu de travail qui les expose aux risques du travail avec des victimes traumatisées ou non-traumatisées, et car ils doivent apporter des soins à ceux-ci et se montrer empathiques. Vue que le nombre d'étude auprès d'urgentistes en milieu hospitalier est assez limité, dans ce mémoire, nous souhaitons vérifier les résultats de nombreuses études dans le domaine de l'aide pour la population d'urgentiste plus spécifiquement.
2. Nous souhaitons investiguer les liens entre l'empathie et la CF, l'empathie que l'on considère comme facteur clé dans le processus de CF. Nous supposons que les individus qui ont une personnalité plus empathique sont plus à risque de souffrir de CF due au travail qu'ils font avec leurs patients. Pour cela, nous nous attendons à trouver des liens positifs entre empathie et CF, ce qui peut être traduit par une vulnérabilité accrue à la CF dans le milieu du travail lorsqu'une personne est de nature plus empathique.
3. Un autre objectif de ce mémoire est également d'investiguer certains facteurs comme l'âge, le sexe, l'historique de trauma du professionnel, la surcharge de travail en lien avec la CF.

Hypothèses

Notre étude a comme objectif de clarifier le genre de lien entre l'empathie et la fatigue de compassion. Nous émettons donc l'hypothèse qu'existe une corrélation positive entre les variables

suivantes ; empathie et CF. Nous nous attendons à trouver des liens corrélationnels qui montre que plus une personne est empathique plus son score de fatigue de compassion sera élevé.

La deuxième hypothèse consiste à identifier une différence significative dans les valeurs de CF entre les personnes avec un ou des antécédents de trauma dans la sphère privé et ceux qui ne rapporte pas d'antécédents de trauma.

Nous nous attendons à observer une corrélation positive entre surcharge de travail (mesurée en heure supplémentaire par semaine rapporté par les participants). Nous supposons que plus les employés des urgences sont surchargés professionnellement plus leur score à CF sera élevé.

Une quatrième hypothèse sera d'observer une corrélation négative entre que l'expérience professionnelle et CF. Cela signifie que nous présumons que plus l'expérience professionnelle augmente plus le score de CF diminue.

Nous émettons également l'hypothèse qu'il y aurait une différence significative entre Hommes et Femmes concernant la CF.

Nous présumons qu'il existe corrélation significative entre les variable âge et CF. S'il existe un lien entre ces deux variables nous souhaitons investiguer si cette corrélation est positive ou négative.

Finalement une corrélation négative entre les variable CS et CF est attendu. Nous supposons que lorsqu'un individu est satisfait de son apport professionnel, il sera moins enclin à avoir des scores élevés dans l'échelle de fatigue de compassion.

V. Méthodologie

V.1 Design

L'étude réalisée pour ce mémoire est une analyse transversale, qui sera utilisée pour investiguer les liens corrélationnels entre l'empathie et la CF, ainsi que pour les facteurs tels que l'âge, le sexe, l'expérience professionnelle, les traumas précédents et leur lien avec la CF. Les données sont auto-reportées par les participants sous forme de questionnaires.

V.2 Population

La population étudiée (N= 146) dans ce mémoire est composée de personnel du service des urgences. Il s'agit de médecins, infirmiers, le personnel paramédical, des soignants ainsi que des ambulanciers impliqués dans les soins directs des malades admis aux services d'urgences. Il s'agit de professionnels soignants des services d'urgence au CHR Verviers, de la clinique Bohler au Grand-Duché de Luxembourg ainsi que des urgentistes de France, recrutés sur les réseaux sociaux. Les critères d'exclusion est le fait de ne pas travailler régulièrement aux urgences.

V.3 Procédure

Avant de recruter le personnel des services d'urgences des hôpitaux régionaux de Liège et au Grand-Duché du Luxembourg, les permissions nécessaires pour procéder à l'étude sont demandées aux directions des établissements hospitaliers. Le projet de mémoire a été présenté aux services d'urgences sous forme de recherche sur les facteurs de risque du travail des professionnels services d'urgences dans leur apport de soins aux patients. Les questionnaires ont été distribués aux participants sous forme de papier et ils sont priés de bien vouloir les remplir et

de les remettre auprès de leur service administratif. Des flyer (voir annexe ...) sont également affichés invitant les participants à remplir les questionnaires en ligne à l'aide d'un logiciel de sondage. Ainsi les individus qui remplissent les critères de sélection et qui souhaitent prendre part à cette étude pourront choisir entre remplir les questionnaires en version en ligne ou bien en version papier. Pour le service d'urgence du CHR de Verviers des invitations avec le lien pour le questionnaire en lien a été transmis par email par le secrétariat de la direction du département infirmier aux personnes remplissant les critères. A la clinique Bohler au Grand-Duché de Luxembourg les questionnaires ont été distribuer ainsi que des affiches invitant à la participation. Sur les réseaux sociaux, une invitation à la participation a été posté dans des groupes d'ambulanciers principalement et de soignants dans les services d'urgence.

V.4. Matériel

Questionnaire démographique

Un court questionnaire sur les données démographiques a été proposé aux participants. Il leur a été demandé d'indiquer leur âge, sexe, nationalité, état civil, poste qu'ils occupent dans les services, années de travail dans le service actuel, heures de travail par semaine, traumas précédents. Concernant les heures de travail par semaine en plus, les participants indique combien d'heures supplémentaires ils effectuent par semaine et cela compte entant qu'une mesure pour la surcharge de travail. Les participants devront cocher oui ou non, dans le cas où il y a présence d'antécédents de trauma. Les participants pourront s'il le souhaite expliciter le genre de trauma.

ProQOL

The Professional Quality of Life Scale (ProQOL; Stamm, 2010). Le questionnaire ProQOL est composé de 30 items qui évaluent la CF chez les individus. Il est composé de 3 sous-échelles mesurant la compassion de fatigue, la satisfaction de compassion et l'épuisement professionnel

(burnout). Il s'agit d'un questionnaire couramment utilisé dans la littérature sur la fatigue de compassion. Les participants devaient répondre selon leurs expériences des 30 derniers jours et en fonction du fait qu'ils aient expérimenté diverses situations énoncées dans le questionnaire. Les items de ProQOL sont par exemple « Je ressens de la satisfaction à pouvoir aider les autres » (satisfaction de compassion) ou « Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'aidant » (fatigue de compassion) ou encore « Je me sens « coincé » par le système » (burnout). Les participants pouvaient choisir entre les fréquences allant de 0 = jamais à 5 = très souvent. Pour les scores aux différents sous-échelles, il faut additionner les 10 échelles d'une sous-échelle. Les items suivants (1, 4, 15, 17, et 29) doivent être inversés. Les 3 sous-échelles ne peuvent pas être additionner pour former un score total.

Pour l'interprétation des scores Stamm (2005) a publié des guidelines basées sur une méthode de quartile conservatif et les score cut-off sont basé sur le 75ième percentile. Un score de 33 et en dessous sur l'échelle de satisfaction de compassion suggère une dissatisfaction professionnelle. Un score en dessous de 18 sur l'échelle du burnout reflète des sentiments positives à l'égard de son activité professionnel et des scores au-dessus de 27 pourrait suggérer le sentiment d'une inefficacité dans leur travail. Concernant l'échelle de la fatigue de compassion, un score de au-dessus de 17 comme un problème potentiel dans ce domaine.

ProQOL est couramment considéré comme indicateur de la qualité de vie au travail des professionnels. Cet outil démontre une bonne validité de construit à travers de nombreuses études publiées. Plus de la moitié de ces études sur le stress traumatique secondaire, trauma vicariant et la compassion de fatigue ont utilisé ProQOL comme instrument de mesure. Dans le manuel de ProQOL, les 3 échelles sont bien distinctes entre elles. L'échelle de la fatigue de compassion montre une variance inter-échelle commune de 2% avec le stress traumatique secondaire ($r=-$

.23; co- σ = 5%; n=1187) et de 5 % de variance commune avec le burnout (r=-.14; co- σ = 2%; n=1187).

Les 3 indicateurs du test montrent une bonne fidélité. La satisfaction de compassion qui correspond au plaisir que l'intervenant peut tirer de son travail, a un coefficient alpha de Cronbach de .87.

Pour l'échelle du burnout, l'alpha de Cronbach est de .72 et pour l'échelle de stress traumatique secondaire (Compassion de fatigue) l'alpha de Cronbach est de .80.

Le questionnaire présente une bonne validité de construit. Les auteurs ont utilisé la méthode multi-trait multi-method mode pour évaluer la validité convergente et discriminante (Cambell & Fiske, 1959) pour montrer que les échelles du ProQOL mesure effectivement des construits différents. De plus, la révision de cet outil (2005) a permis de réduire la colinéarité existante entre l'échelle de compassion de fatigue et de burnout. Les corrélations des sous-échelles sont faible. La Compassion Satisfaction partage 5% de variance en commun avec le burnout et 2 % de variance avec la fatigue de compassion. La variance commune (21%) entre burnout et compassion de fatigue est plus élevé, étant donné que la reflète la détresse commune aux deux concepts.

Il est tout de même important de préciser que le ProQOL est un instrument de screening (dépistage) et ne peut pas remplacer un outil diagnostique telle quelle.

L'échelle de stress traumatique secondaire (STSS)

Le STSS de Bride, Robinson, Yegidis, & Figley (2009) permet de mesurer la fréquence d'intrusion, de l'évitement et des symptômes d'activation associés avec l'exposition indirecte à des événements traumatique même par un travail clinique avec des populations traumatisés. STSS a été développer se basant sur la conception du stress traumatique secondaire proposé par Figley

(1995, 1999) en tant que syndrome. Cette conception est quasiment identique à celle du trouble de stress post-traumatique (PTSD). Les 17 items du STSS ont été développé pour saisir les critères de du DSM-IV-TR (Apa, 2000) du PTSD. Les participants doivent indiquer par rapport aux derniers 7 jours derniers, à quels degrés ils sont d'accord avec les affirmations à l'aide d'une échelle de Likert (1 = jamais, 2 = rarement, 3 = occasionnellement, 4 = souvent, 5 = très souvent). Les items sont spécifiquement développé en s'orientant à l'expérience avec les patients traumatisé pour minimiser la possibilité que le professionnels répondent en se basant sur une expérience d'exposition directe à des événements potentiellement traumatiques. Le STSS est composé de 3 sous-échelles (Intrusion, Avoidance et Arousal), correspondant au critère B, C et D pour le PTSD (Apa, 2000). En additionnant les scores des 3 sous-échelles on a un score total de stress traumatique secondaire. Il n'est pas nécessaire d'effectuer un inversement d'items.

Concernant l'interprétation les auteurs ont fixé des guidelines se référant à un score total inférieur au 50ième percentile (score en dessus de 28). Celui-ci est considéré comme peu pas de stress traumatique. Un score de 28-37 est interprété comme léger stress traumatique secondaire, de 38-43 stress traumatique secondaire modéré, 44-48 stress traumatique élevé et des scores au-dessus de 49 sont considéré comme sévère stress traumatique secondaire.

Une seconde approche d'interprétation du score de STSS, est d'utiliser le score de 38 comme valeur limite. Dans ce cas un score de 38 et supérieur indique qu'il faudrait adresser un possible problématique de stress traumatique secondaire. Il est important de rappeler également que le STSS est un outil de dépistage (screening mesure) et ne peut remplacer un diagnostique clinique.

Concernant la fiabilité interne des échelles les scores alpha de Cronbach démontrent une bonne fiabilité des échelles du STSS. Les valeurs α sont les suivantes ; pour l'échelle total de STSS = .93, la sous-échelle Intrusion = .80, la sous-échelle Avoidance = .87 et la sous-échelle Arrousal

= .83. Le STSS a pu démontrer validité de construit (Bride et al. 2004, Ting, Jacobson, Sanders, Bride, & Harrington, 2005).

Le questionnaire de l'empathie cognitive et affective (QCAE)

Le QCAE de Reniers et al. (2010) est un questionnaire qui évalue à la fois l'empathie cognitive et l'empathie affective. Le QCAE se compose de 31 items cotés sur une échelle de Likert à quatre niveau (4 = parfaitement d'accord, 3 = assez d'accord, 2 = pas vraiment d'accord et 1 = pas du tout d'accord). Plus le score est élevé plus le personne se considère empathique.

Ce questionnaire est composé de cinq composantes latentes de l'empathie qui ressorte d'une analyse factorielle : pour l'empathie cognitive on retrouve la prise de perspective (perspective taking) et la simulation en ligne (online simulation). La simulation en ligne est définie par la tentative de se projeter dans la position d'autrui en imaginant ce que cette personne ressent et serait maniée pour des intentions futures.

Pour l'empathie affective on retrouve les composantes suivantes : la contagion émotionnelle (emotional contagion) qui serait le ressenti automatique reflétant les sentiments de l'autre, la réactivité proximal (proximal responsivité) qui réfère à l'aspect réactionnel du comportement empathique, et la réactivité périphérique (peripheral responsivity) qui est défini comme la réactivité proximal mais détaché du contexte.

La validité convergente est mesure à l'aide de corrélation avec la Basic Empathie Scale (BES ; Jolliffe & , 2006) ; l'empathie cognitive ($r = .62$, $p < .001$) et l'empathie affective ($r = .76$, $p < .001$).

Ces liens sont fort et montre une bonne validité convergente.

La validité de construit a été mesurer en administrant à des étudiants et des employés de l'Université de Manchester le QCAE ainsi que des questionnaires évaluant les traits de personnalité psychopathique, agressive, colérique, impulsive. Les auteurs ont pu mesurer une forte corrélation négative entre l'empathie cognitive et l'impulsivité et les traits secondaires psychopathique

que l'empathie affective. Cette dernière démontre une forte corrélation négative avec la colère empathique et l'agressivité que l'empathie cognitive.

VI. Traitement des données

L'analyse des données se fait en utilisant l'IMB SPSS Statistics. Nous avons vérifié si les conditions d'utilisation de test paramétriques seront respectées et le choix de tests exécutés est fait par rapport aux conditions exigés (Normalité de la distribution et homogénéité des variances).

Pour les vérifier les hypothèses de corrélation, on a effectué des corrélations de Spearman, qui appartiennent aux tests non-paramétrique. Pour la régression multiple, nous avons effectuer un bootstrap car les conditions d'utilisation d'une régression multiple classique n'étaient pas respecter.

Pour vérifier l'hypothèse des différences entre deux échantillons (femmes et hommes) concernant leur score de CF, nous avons utilisé le test non-paramétrique Mann -Whitney U qui ne requiert également pas une distribution normale des données.

Nous avons également vérifié les valeurs du alpha de Cronbach des différentes échelles de mesures pour cette population d'urgentistes.

VII. Dimension éthique

L'aval pour cette étude a été obtenu par le comité d'éthique de l'Université de Liège. Avant leur participation, les sujets ont été également informés sur les objectifs de cette étude par une lettre explicative et ont été priés de remplir et signer un consentement. Ceci compte également pour les participants qui choisissent la version en ligne. Pour pouvoir commencer le questionnaire, les participants donner leur consentement en cochant les cases d'avoir lu et donné son consentement libre et éclairé.

VIII. Résultats

Pour l'analyse statistique des données, nous avons vérifié les conditions pour que les tests paramétriques soient fiables. Effectivement les données associées à notre échantillon ne suivent pas une distribution normale et les variances des échantillons ne sont pas homogènes (Figure 1). Les conditions pour l'utilisation de tests paramétriques n'étant pas vérifiées, nous avons choisi d'utiliser des tests non-paramétriques qui se basent plutôt sur des distributions statistiques que des distributions statistiques supposées.

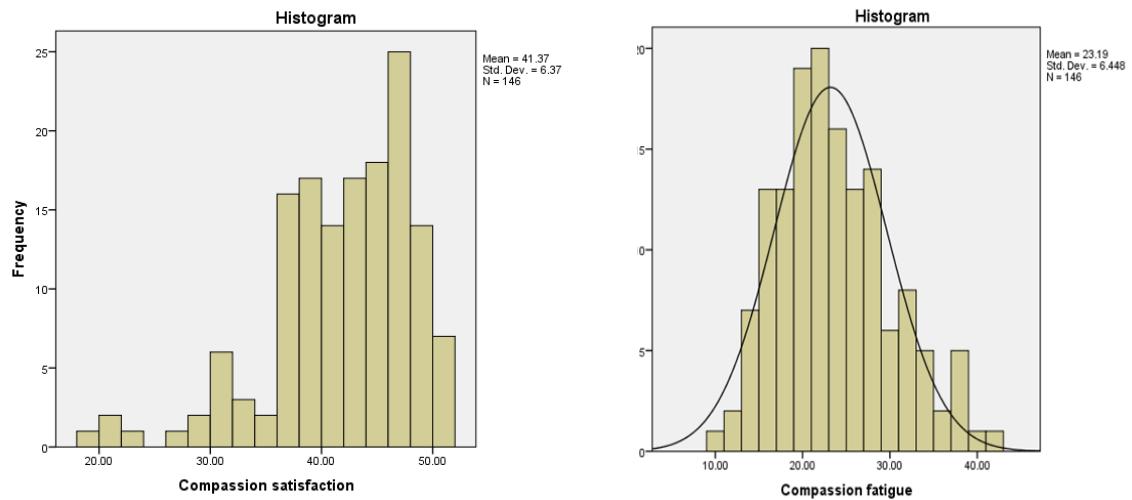
Le tableau 1 montre les tests de normalité des différents variables mesurées à l'aide du test de normalité de Shapiro-Wilk.

Pour la fatigue de compassion, $D (146) = .98, p = .009$, et compassion de satisfaction, $D (146) = .91, p < .001$, la distribution n'est pas normale. Les autres variables sont tout de même normalement distribuées.

Tableau 1. Test de normalité Shapiro-Wilk

	Statistic	df	Sig.
Burnout	.983	146	.075
Compassion de fatigue	.975	146	.009
Compassion de satisfaction	.913	146	.000
QCAE	.985	146	.101
STSS Total	.984	146	.083

Figure 1



La seconde condition pour pouvoir utiliser les tests paramétriques est celle de l'homogénéité des variances. On a pu constater que pour les variables pertinentes la condition de l'homogénéité de la variance n'est pas respectée. Le test de l'homogénéité des variances de Levene montre les scores pour cet échantillon (Tableau 2)

Tableau 2. Test de l'homogénéité des variances de Levene

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
QCAE	.584	1	144	.0446
STSS	.529	1	144	.468
Burnout	5.891	1	144	.016
Fatigue de compassion	2.017	1	144	.158
Satisfaction de compassion	4.363	1	144	.038

En testant l'homogénéité de la variance pour les variables principales, on constate pour les 2 variables burnout $F(1,144) = 5.89$, $p = .016$ et satisfaction de compassion $F(1,144) = 4.36$, $p = .038$, une différence significative de la variance dans cette population étudiée.

Les deux conditions pour pouvoir utiliser des tests paramétriques n'ont pas pu être respectées pour cet échantillon, il est donc plus judicieux d'utiliser des tests non paramétriques et donc plus robustes pour l'analyse statistique des données.

Le but de ce mémoire est de vérifier s'il existe un lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès de professionnels des urgences. Nous souhaitons également analyser le lien entre certaines variables démographiques comme le sexe, l'âge ou la surcharge de travail avec la fatigue de compassion qui est considéré comme variable dépendante.

Un autre but de ce mémoire est d'évaluer s'il existe des liens entre les différents indicateurs du stress traumatique secondaire. Dans ce mémoire une mesure de la prévalence de la fatigue de compassion et du stress traumatique secondaire a été faite.

1. Données descriptives

Le tableau 3 résume les données descriptives de la population des urgentistes testé dans ce mémoire. Cette population est composée de 25.3 % d'infirmiers, 56.2 % d'ambulanciers, 6.8 % d'aide-soignants, de 3,4 % de médecins et 8,2 autres professions.

L'échantillon est composé de n= 37 (25,3 %) de sujets masculins et de n=109 (74.7 %) de sujets féminins (Figure 2). L'âge des participants se distribue de telle façon : la moyenne est de 32,3 ans avec une déviation standard de 9.5 (Figure 3).

52.7% des participants reportent une expérience de trauma dans leur histoire personnelle et 47.3 % n'en reportent pas.

Les participants effectuent en moyenne 9.7 (SD=8.6) heures supplémentaires par semaine.

La distribution des nationalités ayant participé est la suivante ; 76,7 % de soignants français, 11,6 % belges, 6,2 % de soignants luxembourgeois, 3,4 % de soignants d'origine portugaise, 0,7 % d'origine italienne et 1,4 % d'autres nationalités.

L'état civil des participants se compose de 44,5 % de célibataires, 17,8 % mariés, 17,1 % pacsés, 11,6 % divorcés et 1,4 % autre.

Les participants ayant un/des enfants composent 51,4% de l'échantillon et 48,6 % n'ont pas d'enfants.

Concernant l'expérience d'ancienneté des participants dans le domaine hospitalier, la moyenne des participants est de 7,6 (SD = 7,7). Plus de la moitié des participants (51,7 %) a une ancien- neté inférieure ou égale à 5 ans.

La distribution des années d'expérience dans les services d'urgences est la suivante ; (M=5,4) SD=6,4).

La moyennes des heures supplémentaires par semaine est de 9,7 heures par semaine (SD = 8,6).

Concernant l'expérience de trauma dans le domaine professionnel, 72,6 % reportent des vécus de trauma dans leur profession et 27,4 % n'en reportent pas.

Tableau 3. Caractéristiques démographiques

	n	%	M	SD
Sexe				
M	37	25.3		
F	109	74.7		
Age				
	144		32.3	9.5
17-19	5	3.42		
20-29	64	43.84		
30-39	49	33.56		
40-49	13	8.90		
50-59	12	8.22		
60 et plus	1	0.68		
Valeur mq	2	1.37		
Nationalité				
Luxembourgeoise	9	6.2		
Belge	17	11.6		
Française	112	76.7		
Italienne	1	0.7		
Portugaise	5	3.4		
Autre	2	1.4		
Etat civil				
Célibataire	65	44.5		
Marié	26	17.8		
Pacsé	25	17.1		
Divorcé	17	11.6		
Autre	13	8.9		
Enfants				
Oui	75	51.4		
Non	71	48.6		
Profession				
Infirmier	37	25.3		
Aide-soignant	10	6.8		
Ambulancier	82	56.2		
Médecin	5	3.4		
Autre	12	8.2		
Ancienneté secteur des soins				
1-5 ans	75	51.7		
6- 10 ans	36	24,9		
11 -15 ans	16	11		
16- 20 ans	7	4.8		
21 et plus	11	7.6		
Ancienneté service d'urgences				
Moins que 1 ans	22	15.3		
1 -5ans	65	50		
6 -10 ans	25	17.3		
11 -15 ans	17	11.8		
16- 20 ans	5	2.8		
21 et plus	4	2.8		

Heures supplémentaires (par semaine)		9.7	8.6
0	15		
1-10	86		
11-20	40		
21 – 30	6		
31 – 40	4		
Valeurs mq.	9		
Présence de trauma professionnel			
Oui	106	72.6	
Non	40	27.4	
Présence de trauma privé			
Oui	77	52.7	
Non	69	47.3	

Les valeurs pour vérifier la fidélité psychométrique des différents outils utilisés sont résumées dans le tableau 4. Ces valeurs sont assez proches des valeurs des alphas obtenu par l'études de validation des outils utilisé et sont assez fiable.

Figure 2.

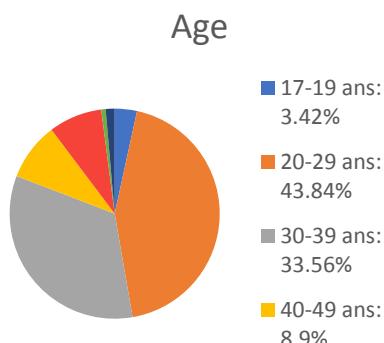


Figure 3.

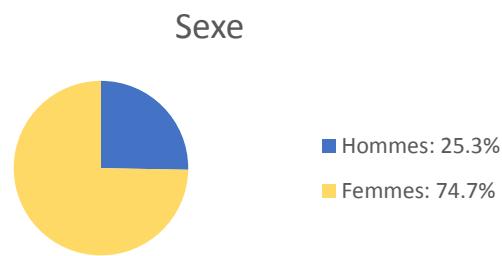


Tableau 4. Valeurs alpha des échelles principales

	α
Echelle de Fatigue de compassion (CF)	.77
Satisfaction de compassion (CS)	.89
Burnout (BO)	.72
Echelle de stress traumatique secondaire (STSS)	.89
Questionnaire d'empathie cognitive et affective (QCAE)	.82

Les moyennes et déviations standard des variables principales étudiées dans ce mémoire sont résumées dans le tableau 5. Les scores aux sous-échelles sont également présents, ainsi que le nombre de participants.

La moyenne de la fatigue de compassion de cet échantillon est de 23.19 (SD = 6.45). Pour l'échelle de l'empathie cognitive et affective les scores moyens sont de 67.41 (SD = 9.24).

La valeur moyenne à l'échelle de stress traumatique secondaire des participants est de 32.49 (SD = 9.88).

Tableau 5. Moyennes et déviations standard des variables principales

	n	Moyenne	SD
ProQOL			
Fatigue de compassion	146	23.19	6.45
Satisfaction de compassion	146	41.37	6.37
Burnout	146	23.84	6.24
QCAE	146	67.41	9.24
Cognitive empathy			
Perspective taking	146	38.40	6.90
Online simulation	146	19.73	4.23
Affective empathy			
Emotion contagion	146	18.67	3.92
Proximal responsivity	146	9.97	2.57
Peripheral responsivity	146	8.70	2.06
Peripheral responsivity	146	10.34	2.16
STSS			
Intrusion	146	32.49	9.88
Avoidance	146	9.79	3.49
Arousal	146	12.58	4.08
	146	10.18	3.61

2. Relation entre compassion de fatigue (CF), stress traumatique secondaire (STSS), Burnout (BO) et satisfaction de compassion (CS)

Un des objectifs de ce mémoire est d'investiguer les liens possibles entre les différentes mesures du stress traumatique secondaire, du burnout et de la satisfaction de compassion.

Nous nous intéressons d'abord à évaluer s'il existe un lien entre les 2 échelles qui mesurent un stress traumatique secondaire, notamment l'échelle de stress traumatique secondaire et l'échelle de la fatigue de compassion.

Une corrélation bivariée entre les mesures de CF et STSS a été réalisée. La corrélation entre ces deux échelles est significative ;

$$r_s = .55, 95 \% \text{ BCa CI } [.414, .647], p < .001.$$

Un lien entre burnout et stress traumatique secondaire a pu être constaté. Une corrélation bivariée entre les mesures de STSS et BO a été réalisée. La corrélation entre ces deux échelles est significative ;

$$r_s = .49, 95 \% \text{ BCa CI } [.352, .605], p < .001.$$

En examinant les sous-échelles de STSS nous avons pu constater les liens suivants avec CF, BO et CS ;

Une corrélation bivariée entre la sous-échelle STSS Avoidance et la CF a été réalisée. La corrélation entre ces deux échelles est significative ;

$$r_s = .47, 95 \% \text{ BCa CI } [.314, .589], p < .001.$$

Il existe une corrélation significative entre la sous-échelle STSS Avoidance et BO ;

$$r_s = .51, 95 \% \text{ BCa CI } [.365, .626], p < .001.$$

Une corrélation significative entre STSS Avoidance et CS existe également ;

$$r_s = -.24, 95 \% \text{ BCa CI } [-.401, -.074], p < .001.$$

Il existe une corrélation significative entre CF la sous-échelle STSS Intrusion ;

$$r_s = .43, 95 \% \text{ BCa CI } [.281, .551], p < .001.$$

Une corrélation significative existe entre les échelles de BO et STSS Intrusion ;

$r_s = .23$, 95 % BCa CI [.064, .390], $p = .005$.

Une corrélation significative existe entre les échelles de CF et STSS Arrousal ;

$r_s = .56$, 95 % BCa CI [.425, .667], $p < .001$.

Lors de l'évaluation du lien entre variables CF, BO et CS on a pu constater les liens suivants ;

Une corrélation significative entre CF et BO existe ;

$r_s = .53$, 95 % BCa CI [.383, .551], $p < .001$.

Une corrélation significative entre BO et CS existe ;

$r_s = -.54$, 95 % BCa CI [-.665, -.402], $p < .001$.

3. Hypothèses

H1 On s'attend à observer une corrélation positive entre les variables suivantes empathie et CF.

Une corrélation bivariée entre les mesures de la fatigue de compassion (CF) et de l'empathie cognitive et affective (QCAE).

La corrélation entre CF et QCAE est significative et négative ; $r_s = -.24$, 95 % BCa CI [-.398, -.066], $p = .003$.

Une régression linaire (bootstrap) pour voir si l'empathie prédit significativement CF, avec CF comme variable dépendant et QCAE variable indépendante. Le résultat indique que la variable empathie explique 5,9 % de la variance de CF ; $R^2 = .059$, $F_{(1, 144)} = 8.951$, $p = .003$. QCAE en tant que prédicteur indépendant est significatif ($\beta = -.169$, $t = -2.992$, $p < .001$).

H2 : On s'attend à observer une différence significative dans les valeurs de CF entre le groupe avec antécédents trauma privé et le groupe pas d'antécédents

A l'aide du test non-paramétrique de Mann-Whitney, le niveau de CF auprès des participants avec des précédents de trauma dans leur sphère privée ne diffère pas significativement de ceux ayant reporté ne pas avoir des antécédents de trauma privé.

$U = 2,323.50, z = -1.31, p = .191.$

H3 On s'attend à observer une relation positive entre surcharge de travail (heures supplémentaires) et CF

Il n'existe pas de corrélation significative entre les variables heures supplémentaire et CF ;

$r_s = .02, 95\% \text{ BCa CI } [-.144, .193], p = .789.$

H4 : Lien entre Expérience professionnelle (Ancienneté domaine du soins) et CF

Il existe une corrélation positive entre l'expérience professionnelle et la fatigue de compassion.

$r_s = .189, 95\% \text{ BCa CI } [.020, .353], p = .023.$

H5 : On s'attend à voir des différences significatives entre les scores de CF des femmes et des hommes.

Il n'y a pas de différences significatives concernant les scores de CF entre les femmes (Mdn 73.50) et les hommes (Mdn 73.51).

$U = 2,016.00, z = -0.02, p = .998.$

H6 : On s'attend à observer une corrélation significative entre la variable âge et CF.

Il n'y a pas de corrélation significative entre l'âge et CF.

$r_s = .08, 95\% \text{ BCa CI } [-.075, .241], p = .328.$

H7 : On s'attend d'observer une corrélation négative entre CF et CS.

La corrélation entre CF et CS n'est pas significative.

$r_s = -.16$, 95 % BCa CI [-.315, .001], $p = .060$.

Regression multiple avec plusieurs variables prédicteurs de CF

Le modèle linaire multiple qui inclut les variables suivantes : surcharge de travail, l'âge, ancienneté, l'empathie et le burnout.

Une régression multiple (Bootstrapped) avec stepwise entry a retenu 2 variables (BO et QCAE) qui impactent significativement la variance de la variable dépendante (CF). D'après ce modèle, les variables BO et QCAE ensemble contribuent à 40,7 % de la variance de CF.

L'équation suivante résulte de ce modèle à 2 prédicteurs ;

$$\begin{aligned} \text{CF}_i &= b_0 + b_1 \text{burnout} + b_2 \text{QCAE} \\ &= 21.00 + (0,61 \text{ burnout}) + (-1,84 \text{ QCAE}) \end{aligned}$$

Burnout : Lorsque la valeur de l'échelle de BO augmente d'une unité, CF augmente de 0,608.

Empathie : Lorsque la valeur de l'échelle du QCAE augmente d'une unité, CF diminue de 0,184.

Dans ce modèle BO, $t(131) = 8.81$, $p < .001$ et l'empathie $t(131) = -4.08$, $p < 001$, sont tous les deux des prédicteurs significatifs de CF.

IX. Discussion

L'objectif principal de ce mémoire est d'investiguer s'il existe un lien entre l'empathie et le phénomène de la fatigue de compassion auprès des urgentistes en milieu hospitalier. L'empathie étant considérée selon le modèle de transmission du trauma de Figley (1995) comme facteur important dans le processus de fatigue de compassion, nous souhaitons investiguer quels liens existent-il entre ces deux construits.

Effectivement, les professionnels sont à risque car ils sont exposés aux risques psycho-affectifs de leur milieu de travail en contact avec des patients en détresse. Les soignants peuvent se voir épuisés en ce qui concerne leur habileté à se montrer empathiques. Ce mémoire mesure la prévalence de la fatigue de compassion auprès d'urgentistes en milieu hospitalier qui est une population pour laquelle il n'y a qu'un nombre limité de recherches.

Un second objectif de ce mémoire est d'examiner les liens entre différents instruments de mesure de phénomène, auquel plusieurs auteurs dans la littérature se réfèrent en tant que traumatisation vicarienne. Notamment, d'investiguer les liens possibles entre l'échelle de stress traumatique secondaire de Bride et al. (2004), l'échelle du ProQOL (Stamm, 2005) de la fatigue de compassion, de la compassion de satisfaction et du burnout auprès de la population d'urgentistes pour finalement investiguer s'il existe des liens entre certains facteurs comme l'âge, le sexe, l'antécédents de trauma dans la sphère privée, la surcharge de travail et leur lien avec la fatigue de compassion.

Prévalence de CF, STSS, CS, BO

Dans cette étude nous avons pu confirmer la prévalence de CF, stress traumatique secondaire et de burnout auprès d'une population d'urgentistes en milieu hospitalier. La prévalence de CF dans la population d'urgentistes dans cette étude est, selon les « guidelines » (Stamm, 2005),

au-dessus de la norme. On peut donc confirmer la présence de fatigue de compassion auprès de la population étudiés dans ce mémoire.

Les participants présentent un stress traumatique qui est considéré par rapport à la norme comme étant léger. En ce qui concerne la mesure du burnout auprès de la population des urgentistes, celui-ci est également au-dessus de la moyenne et reflète donc un sentiment plutôt négatif concernant son habileté à faire son travail de manière efficace. Le score moyen des urgentistes à l'échelle de la satisfaction de compassion est au-dessus de la moyenne et suggère une satisfaction professionnelle. Il faut tout de même rappeler que le ProQOL est un instrument de screening et qu'il faut procéder avec caution en ce qui concerne l'interprétation des résultats et des valeurs cut-off pour cette échelle de la qualité de vie professionnelle.

Concernant le score du questionnaire de l'empathie cognitive et affective (QCAE), le score comparé aux normes est supérieur à la moyenne de la population de référence. Lorsqu'on observe les résultats aux sous-échelles du QCEA, la moyenne dans l'empathie cognitive est plus élevée que celle de la sous-échelle d'empathie affective pour l'échantillon des urgentistes. Il faut rester tout de même prudent en ce qui concerne l'interprétation de ce score, car pour la validation de cet outil la population de référence se compose d'étudiants anglais de l'université ainsi que du personnel de l'université d'âge moyen et de profession différentes.

CF et Empathie

L'hypothèse principale de ce mémoire est de vérifier s'il existe un lien positif entre empathie et CF, ce qui peut être traduit par une vulnérabilité à la CF dans le milieu du travail lorsqu'une personne a une habileté empathique plus élevée.

Ce mémoire a pu relever une corrélation négative entre l'empathie et la fatigue de compassion. Ce lien mesuré est de faible intensité, cela signifie que plus une personne est empathique moins

elle risque de souffrir de fatigue de compassion. Nous pouvons donc infirmer l'hypothèse de départ, notamment que plus un individu est empathique plus il a un risque de fatigue de compassion. Lorsqu'un individu souffre de CF, il sera moins empathique.

On peut infirmer la théorie de la transmission du trauma, qui met l'habileté empathique au point de départ du processus d'épuisement de compassion. Lorsque CF augmente, l'empathie diminue. Cela pourrait déjà être l'effet observé de la traumatisation secondaire. Désormais, il se peut que l'habileté empathique se soit vue modifier et est devenu plus faible qu'au départ de leur carrière. Il serait donc pertinent de s'interroger sur le fait que les personnes présentant une certaine habileté d'empathie qui s'est vue ou pas diminuer aux cours de leur parcours professionnel.

Idéalement, il serait judicieux d'effectuer une étude à long terme pour évaluer s'il existe une fluctuation de l'empathie chez les jeunes soignants urgentistes au cours de leur carrière.

L'empathie en tant que trait pourrait ne jouer qu'un rôle secondaire dans la CF pendant que d'autres facteurs comme le degré d'identification avec les patients pourraient y jouer un rôle plus important. En considérant l'empathie seule, la régression linaire effectuée vient confirmer que l'empathie explique seulement 5.9 % de la variance de la CF. Une grande partie de la variance reste donc tout de même inexpliquée. Néanmoins, lorsque l'on inclut d'autres variables dans le modèle, on retrouve que 2 facteurs sont significatifs pour prédire la CF, notamment l'empathie et le burnout. D'après ce modèle le burnout et l'empathie expliquent désormais 40.7 % de la variance de la CF.

Compassion de fatigue et burnout

On a pu mesurer un lien modérément fort entre les variables CF et BO. Ce lien suggère que la fatigue de compassion est liée au burnout. Les deux concepts étant distinct l'un de l'autre, on peut assumer, en observant le coefficient de corrélation qui n'est pas trop élevé que l'on a bien

mesuré les deux construits psychologiques différents et ainsi confirmé ce lien observé dans des études précédentes mais auprès d'une population d'urgentistes. Ces deux concepts sont jusqu'à présent, dans leur conception, plus difficiles à être distingués l'un de l'autre à cause des limites assez floues de ces deux concepts. La question de la temporalité permet cependant une distinction fine entre les deux construits d'épuisement. Dans le burnout l'épuisement professionnel s'installe lentement alors que la fatigue de compassion survient souvent assez soudainement sans signes précurseurs particuliers.

Compassion de fatigue et stress traumatique secondaire

Un lien moyennement fort entre la fatigue de compassion et le stress traumatique secondaire auprès des urgentistes a pu être confirmer dans cette étude comme le rapportent la littérature scientifique. Les résultats de ce mémoire confirment le lien entre les deux mesures traumatisation secondaire.

Satisfaction de compassion et fatigue de compassion

Concernant le lien entre la fatigue de compassion et la satisfaction de compassion, pour cette population d'urgentistes on ne retrouve pas de lien significatif entre ces deux variables. Lorsqu'on est satisfait de l'aide que l'on apporte à ses patients on n'est pas nécessairement exempté de CF. C'est-à-dire que dans ce cas la satisfaction de compassion ne peut pas être considérée comme un facteur de protection contre une fatigue de compassion. L'échantillon des urgentistes présente d'ailleurs un score critique qui pointe vers une fatigue de compassion et en même temps un score de satisfaction de compassion suggérant une satisfaction de travail qu'ils apportent.

Si l'on remet ces résultats en perspective avec le modèle de la transmission du Trauma de Figley (1995), qui dit que l'épuisement émotionnelle par le stress traumatisant secondaire est dû d'une part, à l'engagement du professionnel, à l'habileté empathique envers sa victime, et d'autre part à l'inhabilite de trouver un apaisement par rapport à ses actions d'aide et de soutien par un désengagement/ découplage émotionnelle non adéquate (manque d'empathie non-adéquate dans ce cas).

D'après ce modèle, le professionnel est dans l'inhabilite d'éprouver un sentiment de satisfaction pour le travail accompli et l'aide apportée aux victimes, hormis le fait que les urgentistes dans cette étude, présentent un niveau de satisfaction de compassion positive, ceci malgré leur niveau de CF.

Effectivement, cette étude a pu relever une corrélation négative entre CF et empathie qui viendrait confirmer le modèle théorique dans le sens que lorsque la CF augmente l'empathie diminue. Il semble que ces professionnels sont, malgré leur prévalence de fatigue de compassion, capables de tirer du plaisir de leur activité professionnelle. Ceci vient infirmer les résultats scientifiques qui ont révélé des liens corrélationnels négatifs entre les variables CF et CS. La satisfaction de compassion étant définie comme étant la satisfaction que les professionnels tiennent de leur activité professionnelle. Cette satisfaction pourrait résulter du travail d'aide des autres par le biais de la profession qu'il exerce et/ou résulter de sentiments de satisfaction en lien avec ses collègues de travail ou par rapport au bien commun de la société. On peut tout à fait assumer que la source de la satisfaction pourrait être multiples et non seulement dérivé de l'aide apporté aux patients.

Une explication alternative de ce phénomène est que l'on pourrait même supposer que ce sentiment de satisfaction positive malgré une présence de fatigue compassionnelle, pourrait résulter d'un découplage inadéquat et donc refléter un sentiment de satisfaction erroné par rapport à l'aide que les urgentistes apportent. Le lien entre CF et CS n'est pas encore très clair dans la

littérature. Selon certains auteurs, un professionnel peut expérimenter simultanément les deux phénomènes. Tout de même, lorsque la CF augmente la capacité à expérimenter de la CS devrait tout de même se limiter.

De plus le modèle de la transmission suggère que le stress de compassion prolongé pouvant résulter en la fatigue de compassion et que ce dernier est une fonction de six facteurs qui interagissent ensemble. Au point de départ de ce modèle est justement l'habileté empathique, qui est définie comme l'habileté à apercevoir et sentir la souffrance d'autrui. Cette habileté d'empathie est considérée comme étant une caractéristique centrale qui pousse les individus à choisir un métier de type aidant professionnel. Ceci est confirmé par le score de composante de l'échelle empathie affective du QCAE, notamment emotional contagion, qui est en dessous de la norme de la population de référence. Ceci qui indique que les participants ne semblent pas vivre les émotions de la victime en fonction du degré d'exposition de la victime. L'habileté empathique, qui est associée à la susceptibilité d'un individu pour être atteint par une contagion émotionnelle mesurée en utilisant le QCAE dans ce mémoire auprès des urgentistes semble plutôt être en lien négatif avec la CF et va donc à l'encontre des suppositions de ce modèle.

Une possible explication serait que l'on aurait mesuré l'habileté empathique affectée par l'effet de la CF qui vient diminuer l'empathie après une exposition prolongée de stress compassionnel.

Une limitation de cette étude serait alors de comparer l'habileté empathique de base chez une population de soignants qui ne souffrent pas de CF et de les comparer à un groupe de soignants avec CF. Il serait également intéressant d'évaluer différents groupes de soignants avec des scores élevés d'empathie en les comparant à un groupe de personnes avec des scores d'empathie moyens et voir la distribution de la prévalence de la CF.

L'habileté empathique qui diminue lorsque la CF augmente, pourrait être une stratégie de coping qu'utilisent les professionnels lorsqu'ils sont en fatigue de compassion. L'on pourrait se

questionner sur l’implication de l’utilisation de cette stratégie de défense de coping qui pourrait refléter un effet négatif sur le bien-être des professionnels et la qualité des soins qu’ils apportent. Tenant compte du fait que lorsque le burnout est rajouté dans le modèle, les deux variables ensemble prédisent une grande partie de la variance de CF. L’on pourrait alors remettre en question la place centrale de l’empathie dans le processus de la fatigue de compassion et plutôt parler d’épuisement qui pourrait résulter d’autres facteurs que l’habileté empathique. Dans cette étude ainsi que dans la littérature scientifique, un lien moyennement fort entre les deux échelles BO et CF du questionnaire ProQOL, a pu être observé. D’ailleurs, dans le modèle de cette étude, l’empathie prédisait que très faiblement une partie de la variance de CF. C’est en combinaison avec BO que les deux variables sont des prédicteurs significatifs de CF.

Variables démographiques et CF

Dans cette étude on n’a pas pu relever une différence significative entre le groupe de personnes qui présentent un ou des antécédents de trauma dans la sphère privée auto-reportée et ceux qui n’en reportent pas. D’après ces résultats l’antécédent de trauma ne peut pas être considéré comme un facteur de risque pour la CF.

Il n’y a pas eu de lien significatif entre la surcharge de travail de travail et la CF. Il ne semble pas y avoir de lien entre l’épuisement compassionnelle et la surcharge professionnelle.

D’après les résultats, l’expérience d’professionnelles semble être en lien avec la fatigue de compassion. Ce lien étant assez faible mais significatif pointe vers une augmentation de la CF avec l’augmentation des années d’expérience dans le domaine des soins.

La différence dans la prévalence de la CF entre les hommes et les femmes n’est pas significative pour cette population d’urgentistes. Cela semble signifier que le sexe n’est pas un prédicteur de la fatigue de compassion. L’âge en tant que prédicteur de la CF ne s’est également pas révélé significatif.

Une limitation de cette étude serait que la mesure de l'empathie simultanément lorsqu'il la population présente de la compassion de fatigue.

Il s'agit d'une mesure actuelle de l'empathie qui pourrait être biaisée par l'effet de la CF déjà présente auprès des urgentistes. Avec une seule mesure, on n'a probablement pas accès à l'empathie de « base » pour voir si celle-ci a un effet sur la variable dépendante qui est CF. Avec cette mesure actuelle de l'empathie il n'est pas possible de vérifier si celle-ci a fluctué. Dans le sens des hypothèses émis dans ce mémoire, cela signifie qu'elle pourrait avoir diminuer par rapport à ce qu'elle était avant l'exposition à la détresse des patients.

L'on pourrait contourner ceci en sélectionnant un échantillon qui présente de la CF et un échantillon d'urgentistes qui ne présente pas de la CF (groupe contrôle) et comparer leur niveau d'empathie.

Il existe également un possible biais venant de la distribution des sexes dans la population. Il y a effectivement un nombre plus élevé de femmes que d'hommes urgentistes dans cette étude.

X. Conclusion

Cette étude a pu montrer que les urgentistes en milieu hospitalier montrent l'existence de ce phénomène d'épuisement compassionnelle, plus leur niveau d'empathie diminue. L'on pourrait se poser la question sur les implications de tels résultats pour des professionnels d'aide qui ont choisi un métier dans lequel l'empathie est primordiale. Le modèle de transmission du trauma de Figley a certainement contribué à la compréhension des facteurs impliqués dans la fatigue de compassion mais de nombreux facteurs autres que le sexe, l'âge ou la surcharge de travail qui ne semblent pas avoir de lien avec la CF d'après les résultats de cette étude pourraient également être impliqués dans ce processus de traumatisation qui semble altérer l'habileté empathique des professionnels. Cette altération doit être amplement étudiée pour cristalliser les facteurs impliqués autres que la CF. Un modèle prenant en compte plus de facteurs pourrait expliquer la vulnérabilité à développer une fatigue de compassion. La population étudiée dans ce mémoire présente également un stress traumatique secondaire qui corrèle assez fortement avec la mesure de la CF et du BO.

Les résultats de cette étude vont à l'encontre d'autres études qui ont pu démontrer que plus la personne est empathique plus elle serait à risque de CF. L'engagement empathique avec les patients d'après les résultats pourrait être un facteur de protection contre la CF et cet engagement empathique pourrait permettre aux professionnels de voir leur travail plus rempli de sens. Les résultats de l'échelle de satisfaction de compassion pourraient servir d'appui pour la population des urgentistes.

L'on pourrait également interpréter une diminution de l'empathie lorsqu'il y a présence de fatigue de compassion en tant que stratégie de coping qui s'avère malgré tout inefficace car les résultats montrent que la population d'urgentistes présente des scores élevés dans les mesures de compassion de fatigue, burnout et stress traumatique secondaire. Ceci impliquerait qu'à

l'aide d'instruments de « screening » tel que le ProQOL l'on pourrait détecter les personnes ayant des scores qui pose problème pour les prendre en charge afin d'éviter que les professionnels pourrait diminuer leur habileté de se montrer empathique pour se protéger. Cela pourrait alors affecter non seulement leur bien-être mais avoir un effet négatif sur les patients pris en charge. Une étude de Turgoose et al. (2015), auprès de policiers, a pu démontrer un effet de l'empathie des policiers envers les victimes d'abus sexuel étant crucial dans la décision que la victime va prendre concernant la poursuite judiciaire devant le tribunal lorsqu'elles considèrent que l'enquêteur est empathique ou pas. Une perception d'un soignant empathique pourrait certainement avoir des effets favorables auprès de patients en milieu hospitalier.

Considérant l'empathie plutôt comme facteur de protection contre l'épuisement émotionnel au lieu de facteur de risque pourrait aboutir à une vision théorique avec différents facteurs et enjeux pour les professionnels mais également pour leur patient.

Pour favoriser le bien-être des professionnels d'aide en sensibilisant les professionnels à l'importance de l'empathie, pourrait promouvoir une satisfaction professionnelle qui servirait de stratégie de coping plus adéquate qu'un désengagement inadéquat. Une étude (Quince, Parker, Wood & Benson, 2011) suggère notamment qu'une baisse de l'empathie est le résultat d'un cynisme qui comme but de se protéger de la détresse et la souffrance des patients. L'empathie peut donc avoir des effets sur le bien-être des professionnels et sur la perception de ce facteur dans soins apporté aux patients.

D'autres implication pratique est d'identifier des facteurs de protection qui favorise une augmentation de la satisfaction de compassion et une prévention de la fatigue de compassion et du burnout. Des facteurs en lien avec l'environnement professionnel au niveau hiérarchique et organisationnelle pourrait servir de facteurs de protection et augmenter le bien-être et la satisfaction professionnelle. La littérature présente certains de ces facteurs de protection, tel que des

relation solides et positive entre les collègues de travail, plus de supervision dans les équipes, plus d'opportunité d'être promu à un poste plus élevé (Abu-Bader, 2000) ou encore la prise en compte des sentiments de frustrations lorsque l'on ne pas pouvoir apporter la qualité de soins que l'on souhaiterait apporter (Glasberg, Eriksson, & Norberg, 2007).

Dans cette étude le niveau de fatigue de compassion et de burnout semble poser problème. En favorisant des relations positive et soutenantes avec ses collègues et des superviseurs pour les soutenir et accompagner pourrait réduire le niveau de fatigue de compassion et le burnout. Cela pourrait éviter que les professionnels réduisent leur niveau d'empathie nécessaire dans leur activité d'aidant.

XI. Références

- Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8, 346-356.
- Abu-Bader, S. H. (2000). Work satisfaction, burnout, and turnover among social workers in Israel: A causal diagram. *International Journal of Social Welfare*, 9, 191-200.
- Adams, R.E., Boscarino, J.A., & Figley, C.R. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress among Social Workers: A Validation Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 67-75.
- Aukstinaityte, R. & Zajancauskaite-Staskeviciene, L. (2010). Relationship between experienced compassion outcomes, burnout and health-related behaviour among psychologists. *Psichologija*, 42, 44-58.
- Austin, W., Globe, E., Leier, B., & Byrne, P. (2009). Compassion fatigue: The experience of nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3, 195-214.
- Berzoff, J., & Kita, E. (2010). Compassion fatigue and countertransference: Two different concepts. *Clinical Social Work Journal*, 38, 341-349.
- Birck, A. (2002). Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture Survivors. *Traumatology*, 7.
- Boscarino, J. A. (1997). Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: Implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine*, 59, 605-614.
- Boscarino, J.A., Figley, C.R., & Adams, R.E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6, 57-66.

- Bride, B. E. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7(1), 29-46.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. L., & Figley, C.R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163.
- Brillon, P. « Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse », *Psychologie Québec*, vol. 30, n° 3, mai 2013, p. 30-35.
- Cicognani, E., Pietrantoni, L., Palestini, L., & Prati, G. (2009). Emergency workers' quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs and coping strategies. *Social Indicators Research*, 94(3) 449-463.
- Clark, M., & Giro, S. (1998). Nurses, indirect trauma, and prevention. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 85.
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339.
- Deighton R.M., Gurris N., Traue Ha. (2007) « Factors Affecting Burnout and Compassion Fatigue in Psychotherapists Treating Torture Survivors: Is the Therapist's Attitude to Working Through Trauma Relevant? » *Journal Traumatic Stress*, vol 20, no 1 p. 63-75.
- Elwood, L.S., Mott, J., Lohr, J.M., & Galovski, T.E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25-36.
- Evces, M.R. (2015). What is vicarious trauma. In G. Quitangon & M.R. Evces (Eds.), *Vicarious trauma and disaster mental health* (pp. 9-23). New York. Routledge.

- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as a secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized* (pp. 1-17). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge. New York.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Francis, L.E. (1997). Ideology and interpersonal emotion management: Redefining identity in two support groups. *Social Psychology Quarterly*, 60, 153-171.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., Norberg, A. (2007). Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 392-403.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8.
- Hatcher, R. & Noakes, S. (2010). Working with sex offenders: the impact on Australian treatment providers. *Psychology, Crime & Law*, 16, 145-167.
- Hegney, D.G., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., Aoun, S., Francis, K., & Drury, V. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Study 1 results. *Journal of Nursing Management*, 22, 506-518.
- Hofmann, P. B. (2009). Addressing compassion fatigue. The problem is not new, but it requires more urgent attention. *Healthcare Executive*, 24(5), 40-42.
- Jenkins, S. R., & Blaird, S. (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A validation Study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423-432.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116, 118-119, 121.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R.P. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York.Wiley.

- Lauvrud, C., Nonstad, K., & Palmstierna, T. (2009). Occurrence of post-traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Spring.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of work life: A structured approach to organizational predictors of job burn out. In P. Perrewé & C. D. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being: Vol. 3, Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Oxford, England: JAI Press/Elsevier, 91-134.
- MacRitchie, V. & Leibowitz, S. (2010). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African Journal of Psychology*, 40, 149-158.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mathieu, F. (2007). *Running on empty: Compassion fatigue in health professionals*.
- McCann, I.L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2009). Secondary traumatization in pediatric healthcare providers: Compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress.
- Menzies, I. E.P., (1960). Nurses under stress. *Internatl Nurs. Rev.* 7(9)–16.
- Nelson-Gardell, D. & Harris, D. (2015). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 81.
- Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 457–465.

- O'Sullivan, J. & Whelan, T.A. (2011). Adversarial growth in telephone counsellors: psychological and environmental influences. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39, 307-323.
- Padesky, C.A, & Greenberger, D. (1995). *Clinician's Guide to Mind Over Mood*. New York; The Guildford Press.
- Phelps, A., Lloyd, D., Creamer, M., & Forbes, D. (2009). Caring for carers in the aftermath of trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(3), 313-330.
- Racanelli, C. (2005). Attachment and compassion fatigue among American and Israeli mental health clinicians working with traumatized victims of terrorism. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7, 115-124.
- Ramachandran, V. *Le cerveau fait de l'esprit : Enquête sur les neurones miroirs*, Paris, Dunod, 2011, 400 p.
- Ray, S.L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19(4), 255-267.
- Reniers RL.,Corcoran R, Drake R, Shryane NM, Vollm BA. The QCAE : a questionnaire of cognitive and affective empathy. *Journal of Personality Assessments*, 2011 ; 93:84-95.
- Robins, P. M., Meltzer, L., & Zelikovsky, N. (2009). The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 24.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L. et al. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933-938.
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.

- Simon, C.E., Pryce, J. G., Roff, L.L., & Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23.
- Sprang, G., Clark, J.J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259-280.
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare*, 90.
- Spreng, N.R., McKinnon, M.C., Mar, R.A., & Levine, L. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62-71.
- Stamm, B.H. (2010). The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction and compassion fatigue). Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Steed, L. & Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatization amongst psychologists and professional counselors working in the field of sexual abuse/assault. *Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*.
- Thieleman, K. & Caciato, J. (2014). Witness to suffering: Mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Social Work*, 59.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- Thomas, J.T. & Otis, M.D. (2010). Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1, 83-98.
- Thompson, I.A., Amatea, E.S., & Thompson, E.S. (2014). Personal and contextual Predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36, 58-77.

- Tosone, C., Bettmann, J.E., Minami, T., & Jasperson, R. A. (2010). New York City social workers after 9/11: Their attachment, resiliency, and compassion fatigue. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12, 103-116.
- Turgoose, D., Glover, N., Barker, C., & Maddox, L. (2017). Empathy, compassion fatigue, and burnout in police officers working with rape victims. *Traumatology*, 23(2), 205-213.
- Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when they work with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31-37.
- Udipi, S., McCarthy Veach, P., Kao, J., & LeRoy, B.S. (2008). The psychic costs of empathic engagement: Personal and demographic predictors of genetic counselor compassion fatigue. *Journal of Genetic Counseling*, 17, 459-471.
- Van Hook, M. P., & Rothenberg, M. (2009). Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community-based care organizations in Central Florida. *Social Work & Christianity*, 36(1), 36-54.
- Violanti, J. M., Gehrke, A. (2004). Police trauma encounters: precursors of compassion fatigue.
- White, D. (2006). The hidden costs of caring what managers need to know. *Health Care Manager*, 25, 341-347.
- Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 26, 595-609.

Annexes

- 1. Questionnaire socio-démographique**
- 2. Le questionnaire de l'empathie cognitive et affective**
- 3. L'échelle de stress traumatique secondaire**
- 4. Le ProQOL**
- 5. Lettre d'information pour les participants**
- 6. Affiche**
- 7. Demande avis éthique**
- 8. Formulaire de consentement participants**
- 9. Formulaire engagement des chercheurs**
- 10. Attestation d'assurance**

Questionnaire socio-démographique

1. Sexe : Masculin Féminin

2. Âge : ans

3.

4. Nationalité :

Luxembourgeoise

Belge

Française

Allemande

Italienne

Portugaise

Autre :

5. Etat civil :

Célibataire

Marié(e)

Pacsé(e)

Divorcé(e)

Veuf/veuve

Autre :

6. Avez-vous des enfants ? Oui Non

7. Quelle profession exercez-vous ?

Infirmier/ière

Aide-soignant(e)

Psychologue

Ambulancier/ière

Médecin urgentiste

Médecin spécialiste

Kinésithérapeute

Autre :

8. Depuis combien d'années exercez-vous votre métier ?

..... Année(s)

9. Depuis combien d'années exercez-vous au sein du service des urgences ?

..... Année(s)

10. Heure(s) de travail supplémentaire(s) par semaine :

..... Heure(s)

11. Expérience d'un ou de plusieurs évènements traumatique(s) dans votre parcours de vie professionnelle :

Oui Non

a. Si oui, de quel genre :

12. Expérience d'un ou de plusieurs évènements traumatique(s) dans votre parcours de vie personnel :

Oui Non

a. Si oui, de quel genre :

Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec la proposition en sélectionnant la case correspondante.

	Répondez s.v.p. rapidement et avec sincérité.	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas d'accord du tout
1.	Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne.				
2.	D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans.				
3.	En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.				
4.	Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.				
5.	Quand je suis peiné par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.				
6.	Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.				
7.	Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.				
8.	J'ai tendance à devenir nerveux(se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.				
9.	Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.				
10.	Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié.				
11.	Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.				
12.	Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.				
13.	Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.				
14.	Cela me soucie quand les autres sont soucieux ou paniqués.				
15.	Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.				

16.	Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.				
17.	Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.				
18.	Je trouve qu'il m'est facile de mettre à la place d'une autre personne.				
19.	Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.				
20.	Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.				
21.	Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.				
22.	Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.				
23.	Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).				
24.	Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas				
25.	J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.				
26.	Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.				
27.	Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.				
28.	Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec elle.				
29.	Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.				
30.	J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
31.	Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.				

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
Votre travail vous met-il en contact avec des personnes traumatisées sur le plan psychologique ?					

A quand remonte votre dernier contact avec une personne traumatisée ?

- 1 jour
- 1 semaine
- 1 mois
- 6 mois
- 1 an
- plus d'un an

Consigne :

Voici une liste de déclarations faites par des personnes qui ont été affectées par leur travail avec des personnes traumatisées. Lisez chaque déclaration et indiquer ensuite à quelle fréquence cette déclaration était vraie pour dans les sept (7) derniers jours en entourant le numéro correspondant à côté de la déclaration.

NOTE : « Client » est utilisé pour indiquer des personnes avec qui vous avez été engagé dans une relation d'aide. Vous pouvez substituer un autre nom qui représente mieux votre travail, comme « patient ».

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Très souvent
Je me suis sentie(e) émotionnellement engourdi(e), insensible.					
Mon cœur a commencé à palpiter quand j'ai pensé à mon travail avec les clients.					
C'était comme si je revivais le(s) trauma(s) expérimenté(s) par mon (mes) client(s).					
J'ai eu du mal à dormir.					
Je me suis senti(e) découragé(e) à propos du future.					
Des rappels de mon travail avec des patients me bouleversent.					
J'avais peu d'intérêt à côtoyer d'autres personnes.					
Je me suis senti(e) nerveux(se).					
J'étais moins affectif(ve) que d'habitude.					
J'ai pensé à mon travail avec les clients quand je n'en avais pas l'intention.					
J'avais des difficultés de concentration.					
J'ai évité les gens, les endroits, ou les choses qui m'ont rappelé mon travail avec le(s) client(s).					
J'ai des rêves troublant sur mon travail avec les clients.					
J'ai voulu éviter de travailler avec quelques clients.					
J'étais facilement contrarié(e), énervé(e).					
Je me suis attendu à ce que quelque chose de mal arrive.					
J'ai remarqué des trous de mémoire à propos de séances avec les clients.					
Avez-vous d'autres observations ou commentaires à émettre ?					

Aider les autres vous mets en contact direct avec leur vie. Comme vous l'avez probablement constaté, votre compassion pour les personnes que vous *aidez* peut vous affecter de manière à la fois positive et négative. Les questions ci-dessous concernent votre expérience, tant positive que négative, dans votre fonction *d'aide*. Lisez chacune des questions ci-après sur vous et votre situation professionnelle actuelle. Choisissez la note qui reflète honnêtement la fréquence à laquelle vous avez fait les expériences suivantes au cours des 30 derniers jours.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Je suis heureux(se).					
Je suis préoccupé(e) par plus d'une des personnes que j'aide.					
Je ressens de la satisfaction à pouvoir aider les autres.					
Je me sens lié(e) à autrui.					
Je sursaute ou suis surpris(e) par des bruits inattendus.					
Travailler avec ceux que j'aide me donne de l'énergie.					
Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'aidant.					
Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne que j'aide.					
Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que j'aide.					
Je me sens pris au piège par mon travail d'aide.					
En raison de mon travail d'aide, je me suis senti(e) « sur les nerfs » pour diverses raisons.					
J'aime mon travail d'aide.					
Je me sens déprimé(e) du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'aide.					
J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne j'ai aidé.					
Mes croyances/convictions me soutiennent.					
Je suis satisfait(e) de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles d'aide.					
Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.					
Mon travail me procure de la satisfaction.					
Je me sens éprouvé(e) par mon travail d'aide.					
J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'aide et la façon dont j'ai pu les aider.					
Je me sens submergé(e) parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable.					
Je crois que mon travail me permet de faire la différence.					
J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'aide.					
Je suis fier(ière) de ce que je peux faire pour aider.					
Du fait de mon travail d'aide, je suis envahi(e) par des pensées					

effrayantes.					
Je me sens coincé(e) par le système.					
J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'aide.					
Je ne peux pas me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme.					
Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui.					
Je suis heureux(se) d'avoir choisi de faire ce travail.					

Fiche d'information pour participants à l'étude

Mémorante :	Meriem Goumdiss
Promoteur :	Adelaïde Blavier
Service :	Département de Psycho-traumatisme

Invitation à la participation à l'étude sur les risques psycho-affectif du milieu de travail du personnel médical des urgences.

Cette étude est validée par le comité d'éthique de la faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Education de L'université de Liège.

Vous êtes cordialement invités à participer à cette étude qui a lieu dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études.

De quoi s'agit-il dans cette étude ?

Cette étude porte sur les risques psychoaffectifs auxquels le personnel médical est quotidiennement exposé dans leur travail d'apport de soin aux patients dans le milieu hospitalier. Cette étude a comme but d'investiguer les conséquences de la prise en charge des patients sur le bien-être du personnel médical.

Nous nous intéresserons aux risques potentiels de ce milieu de travail exigeant pour permettre de d'identifier les facteurs de risques et de protection. Cela afin de prévenir les difficultés liées au stress du milieu de travail ainsi qu'aider les professionnels à garder leur bien-être pour éviter des situations d'épuisement psychologique.

Qu'est-ce qui sera demandé de votre part ?

Si vous êtes intéressé à participer à cette étude et également faire évoluer la recherche dans ce domaine, nous vous prions de bien vouloir répondre au questionnaire en ligne ou en version papier ci-jointe. Pour participer, vous devez être âgé de 18 ans minimum.

Combien de temps cela prend-t-il pour participer à l'étude ?

Pour participer il faut simplement remplir le questionnaire mis à disposition et le remettre dans le secrétariat de votre Service ou bien choisir la version en ligne. Répondre au questionnaire prendra environs 20 minutes.

Confidentialité et Anonymat ?

Vos réponses seront encodées de façon anonyme afin de ne pas permettre l'identification des participants. Vos données seront également détruites à la fin de la recherche. Les données et renseignements recueillis lors de cette étude serviront qu'à des fins de recherche et ne seront transmis à aucune partie tiers.

Participation volontaire !

La participation à cette étude est volontaire et peut être mis un terme à chaque moment sans aucun préjudice. Votre accord implique que vous acceptez que les renseignements recueillis soient utilisés de façon anonyme et qu'à des fins de recherche.

Questions ?

Je me tiens à votre disposition si vous avez besoin d'informations supplémentaires ainsi que pour des questions ou réclamations, vous pouvez me contacter à l'adresse émail suivante :

meriem.goumdiss@student.ulg.ac.be ou par GSM : +352 621 214 250

Dans le cas où vous êtes confrontés à un malaise et que vous souhaiteriez en parler, le Service de Psycho-Traumatisme de l'Université de Liège ou le/la psychologue du l'établissement hospitalier se tiennent à votre disposition.



VOUS TRAVAILLEZ RÉGULIÈREMENT DANS LE
SERVICE DES URGENCES ?

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE, LOGOPÉDIE
ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

VOTRE PARTICIPATION EST SOLICITÉE !

ETUDE SUR LE LIEN ENTRE L'EMPATHIE ET LES EFFETS DE LA PRISE EN CHARGE DES PARTIENTS AUPRÈS DE URGENTISTES

ETUDE MÉNÉE PAR LE SERVICE PSYCHO-TRAUMATISME
ADAPTATION, RÉSILIENCE ET CHANGEMENT DU PROFESSEUR BLAVIER ADELAÏDE

L'OBJECTIF DE CETTE RECHERCHE EST D'INVESTIGUER LES CONSÉQUENCES DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUR LE BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL MÉDICAL ET PARAMÉDICAL DES URGENCES ET LE LIEN AVEC L'EMPATHIE.

VOUS SOUHAITEZ PARTICIPER ET AINSI FAIRE AVANCER LA SCIENCE DANS CE DOMAINE, IL SUFFIT D'ALLER SUR LE LIEN CI-DESSOUS ET DE RÉPONDRE QUESTIONS (ENVIRONS VINGT MINUTES) OU BIEN CHOISIR LA VERSION PAPIER DU QUESTIONNAIRE ET UNE FICHE DE CONSENTEMENT DISPONIBLE AUPRÈS DU SECRÉTARIAT DU DEPARTEMENT INFIRMIER DU CHR VERVIER.

<https://surveys.fapse.ulg.ac.be/surveys/x.php?s=DGHYJUDO>

ANONYMITÉ ET CONFIDENTIALITÉ GARANTIES !

DATE LIMITÉ : 30 AVRIL 2018

POUR TOUTES INFORMATIONS ET QUESTIONS: MERIEM GOUMDISS (MÉMORANTE)
CONTACT : MERIEM.GOUMDISS@STUDENT.ULIEGE.BE OU TÉL : +352 621 214 250

Année académique 2017-2018

Information Ethique concernant les recherches menées avec des participants humains¹

Ce document est destiné à vous aider à réfléchir, le cas échéant en concertation avec votre promoteur, aux problèmes éthiques que vous pourriez rencontrer dans le cadre de l'étude que vous allez mener. **Le début du recueil des données de votre recherche (que ce soit dans le cadre d'un mémoire, d'une thèse, ou autre) ne peut débuter qu'après avis favorable du comité d'éthique de la FPLSE (ou du comité d'éthique hospitalo-facultaire si approprié, voir ci-dessous).**

Répondez à ce questionnaire en cochant les cases appropriées et en inscrivant vos réponses dans les champs de texte définis. Ce document, signé par vous et, le cas échéant, votre promoteur doit être déposé sur le site du comité d'éthique (intranet facultaire/recherche). Les dossiers sont relevés chaque premier lundi du mois, et leur évaluation entamée à ce moment.

Les autres pièces à joindre au présent document sont (1) le formulaire de consentement (des exemples de formulaires de consentement sont disponibles sur le site du comité d'éthique) ; (2) la lettre d'information présentant l'étude aux participants ; (3) la lettre d'information qui sera fournie aux participants après la passation de votre protocole ; (4) le formulaire d'assurance transmis au service juridique. Dès réception, l'accord de l'assurance devra également nous être fourni. Il n'est toutefois pas nécessaire de l'avoir pour soumettre votre dossier (mais bien pour commencer la collecte de vos données !).

Les membres du Comité d'Ethique Facultaire sont également à votre disposition pour vous aider à éclaircir les points à propos desquels vous vous posez des questions (voir également à la fin de ce document). Par ailleurs, nous vous rappelons qu'il existe un certain nombre de circonstances (par exemple, recherche auprès de patients en milieu hospitalier, auprès de populations fragiles) dans lesquelles vous pourriez être amené(e) à devoir obtenir l'avis d'un Comité d'Ethique Biomédicale, et que cet avis ne peut être remplacé par la présente information ou même un avis du Comité d'Ethique Facultaire. Il est de votre responsabilité de vous informer en cas de doute à ce sujet.

I. Titre de l'étude / du mémoire (entourez la mention utile):

Le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des urgentistes.

II. Etudiant(e) / Chercheur(se) (entourez la mention utile)

Nom : *Goumdiss*

Prénom : *Meriem*

Adresse courriel : *Meriem.Goumdiss@student.ulg.ac.be*

III. Promoteur-trice (nom, prénom)* : *Blavier Adélaïde*

Service: *Département de Psychologie/ Psycho-traumatisme*

Adresse courriel : *adelaide.blavier@ulg.ac.be*

* *À ne compléter que s'il s'agit d'une personne différente de celle mentionnée au cadre II*

IV. Discipline dont relève l'étude

Sciences Psychologiques

Sciences de l'Education

¹ Ce document s'inspire du celui précédemment mis en place à l'ULB « Choix du Mémoire et Information Ethique MA2 (version 8-10-2012) »

Logopédie

Autre discipline

IV. Cette étude est réalisée dans le cadre

- D'un projet de doctorat déjà avalisé par le comité d'éthique sous la référence¹:
- D'un projet de recherche déjà avalisé par le comité d'éthique sous la référence¹
- D'un projet non avalisé préalablement par le comité d'éthique

Précisions éventuelles :

*Mémoire de fin d'étude de master en
Sciences psychologiques*

¹ Fournir la date de la lettre d'acceptation ou le numéro de dossier

VI. Institution(s) ou Lieu(x) où votre recherche sera conduite :

Service d'urgence des hôpitaux de la région de Liège et du Grand-Duché du Luxembourg

Si la recherche n'est pas conduite dans une institution spécifique, précisez les modalités (par exemple : domicile des volontaires, enquête dans les gares,) :

VII. Population concernée : Adultes Mineurs¹ Participants en incapacité¹

Voyez-vous une restriction à une participation libre et initialement éclairée des participant(e)s à votre mémoire ?

Oui¹ Non

Si oui, veuillez expliquer pourquoi :

Si il s'agit de participants mineurs ou en incapacité, quelle personne sera habilitée à fournir le consentement :

Combien de participants prévoyez-vous de recruter ?

Environs 50 participants.

Veuillez préciser comment les participants seront recrutés.

Les participants seront recrutés dans les hôpitaux, respectivement dans les services d'urgences.

Y a-t-il un rapport d'autorité ou d'influence entre les personnes chargées du recrutement et/ou de l'étude et le (la) participant(e) ?

Oui Non

Si oui, Précisez la relation (par ex. étudiant(e)/enseignant(e), employé(e)/cadre, patient(e)/médecin, soigné(e)/thérapeute, étudiant(e)/étudiant(e), ...) :

¹ Note : cette catégorie de participant(e)s pourrait nécessiter des procédures de recrutement et d'information

adaptées. De plus, en cas de consentement éclairé celui-ci devrait éventuellement être contresigné par un(e) représentant(e) légal(e)

VIII. Méthodologie utilisée

Cochez la ou les procédure(s) utilisée(s) dans votre étude/mémoire :

- A Utilisation de documents d'archives, de dossiers ou de banques de données contenant des renseignements personnels non accessibles au grand public
- B Observation de personnes (plusieurs réponses possibles)
- B.1 : *observation directe par chercheur-euse visible au (à la) participant(e)*
- B.2 : *observation directe par chercheur-euse caché au (à la) participant(e)*
- B.3. : *observation enregistrée connue du (de la) participant(e).....*
- B.4. : *observation enregistrée à l'insu du (de la) participant(e).....*

Dans le cas où les observations sont enregistrées, où ces enregistrements seront-ils stockés, et pendant combien de temps ?

- C Administration d'un questionnaire
- D Réalisation d'entretiens(s) individuel(s) ou de groupe(s)
- E Administration d'un test de mesure psychologique, psychométrique, physique, intellectuelle ou autre
- F Administration d'un traitement médical expérimental
- G Prélèvement de matières biologiques
- H Administration de produits ou de substances
- I Utilisation de matériel biologique obtenu au départ à des fins médicales ou provenant de recherches antérieures ou de chercheurs
- J Investigation physio-, neuro- ou électrophysiologique (EEG, MEG, IRM, TEP, conductance cutanée, ...). Précisez la (les) technique(s) utilisée(s) et leur caractère éventuellement invasif si vous avez coché ce point J :

- K Autre (expliquez) :

REMARQUE IMPORTANTE : Si vous utilisez une ou plusieurs des procédures mentionnées aux points F à J en particulier, ou si votre étude porte sur une population souffrant de troubles ou de pathologies spécifiques au domaine de la médecine, veuillez noter que vous pourriez avoir besoin d'un avis détaillé d'un Comité d'Ethique Biomédicale. Le Comité d'Ethique Facultaire est à votre disposition pour vous aider à évaluer la nécessité de cet avis, et rédiger cette demande le cas échéant.

IX. Modalités

Votre procédure de recherche nécessite-t-elle d'occulter volontairement certaines informations aux participant(e)s sur votre recherche? **Oui** **Non**

Si oui, expliquez et précisez si un consentement supplémentaire sera requis à la fin de la participation à l'étude (le joindre le cas échéant) :

Votre procédure de recherche nécessite-t-elle d'induire temporairement en erreur les participant(e)s sur les buts et procédures de ce mémoire? **Oui** **Non**

Si oui, expliquez et précisez si un consentement supplémentaire sera requis à la fin de la participation à l'étude (le joindre le cas échéant) :

Votre étude implique-t-elle pour les participant(e)s des risques d'inconvénients, de troubles, de malaises ou de stress, de gêne ou d'inconfort de quelque nature que ce soit ? **Oui** **Non**

Si oui, expliquez² :

Les informations conservées permettent-elles d'identifier le (la) participant(e) (ex. : nom, date de naissance, etc.) ? **Oui** **Non**

Si oui, quelles informations? Pendant quelle durée ces informations seront-elles conservées? Quelle codification est réalisée pour assurer l'anonymisation des données ? etc.

Les informations permettant d'identifier le (la) participant(e) seront-elles transmises à autrui ?

Oui **Non**

Si oui, à qui et à quelles fins ?

X. Débriefing

Envisagez-vous d'organiser un débriefing immédiat à l'intention des participant(e)s, afin de les informer plus en détails sur les objectifs de l'étude et/ou le cas échéant du fait que des éléments importants leur ont été cachés pour les besoins de l'étude ?

Oui, sous forme écrite **Oui**, sous forme orale **Non**

Si non expliquez :

Si oui, fournissez en annexe la lettre qui sera fournie aux participants (forme écrite) ou un texte décrivant les informations qui leur seront données oralement (forme orale)

Envisagez-vous de transmettre les performances individuelles des participants à votre étude à eux-mêmes ou à un tiers (le C.E. recommande généralement que ce ne soit pas le cas)?

² Si oui, il serait opportun qu'une information soit transmise aux participants afin d'orienter ces derniers vers des personnes relais pour un soutien psychologique ou autre en cas de besoin (par exemple, vers la CPLU, etc.)

Oui, sous forme écrite Oui, sous forme orale Non

Si oui à qui, et justifiez :

XI. Résumé libre du projet de recherche (maximum 1 page)

Ce mémoire a comme but d'investiguer les risques psycho-sociaux que courent le personnel des urgences dans leur milieu de travail. S'engager en tant que professionnel à apporter de l'aide et des soins à un patient peut également causer chez le professionnel un vécu de détresse. En effet, les professionnels s'engagent empathiquement en apportant des soins et sont fréquemment en contact avec des situations potentiellement traumatisante. En conséquent, les soignants sont plus à risque de développer une fatigue de compassion. La fatigue de compassion (CF) qui peut être considérée comme une traumatisation secondaire ou un épuisement professionnel. Les soignants notamment peuvent être confrontés à ce phénomène d'épuisement qui prend forme de douleur moral, d'évitement, de manque de satisfaction tiré de leur travail d'aider, sentiments de détresse ou encore apathie envers les patients.

D'où l'importance d'investiguer la prévalence de la fatigue de compassion pour mieux saisir ce phénomène d'épuisement. Cette étude permettra une meilleure compréhension et une identification des caractéristiques personnels et environnementales qui peuvent augmenter ou diminuer le risque d'un épuisement professionnel auprès de urgentistes.

Les objectifs de ce mémoire sont de mesurer la prévalence de compassion de fatigue auprès d'urgentistes dans le milieu hospitalier. Nous nous attendons à observer une prévalence de CF auprès du personnel médical des urgences. Par ailleurs, nous souhaitons investiguer les liens entre l'empathie et la fatigue de compassion, étant donné que l'on présume que l'empathie est un facteur clé dans ce processus. Nous supposons que les individus qui montrent plus de traits empathiques sont plus à risque de souffrir de fatigue de compassion dans leur travail avec les patients.

Identifier des facteurs de risque ou de protection fera également objet de ce mémoire. Les liens entre les variable âge, sexe, antécédent traumatisique, surcharge de travail et expériences professionnels seront étudier.

Un échantillon de 30 à 50 participants conviendra pour réaliser cette étude. La population étudiée dans ce mémoire est composée de personnel médical du service des urgences dans la région de Liège ainsi qu'au Grand-Duché du Luxembourg. Il s'agit de médecins, infirmiers, le personnel paramédical, soignants ainsi que les ambulanciers impliqués dans les soins direct des malades admis dans les services d'urgences. Le recrutement des participants se fait sur place dans les services d'urgences des différents hôpitaux en question. Avant de recruter le personnel des services d'urgences des hôpitaux régionaux de Liège et au Grand-Duché du Luxembourg, les permissions nécessaires pour procéder à l'étude sont demandées aux directions des établissements hospitaliers.

Le projet de mémoire sera présenté aux services d'urgences sous forme de recherche sur les facteurs de risque du travail des professionnels services d'urgences dans leur apport de soins aux patients. Les questionnaires, le consentement et une lettre d'information seront distribués aux participants sous forme papier et ils sont priés de bien vouloir les remplir et de les remettre auprès de leur service administratif. Des flyers seront également mis à disposition invitant les participants à remplir les questionnaires en ligne à l'aide d'un logiciel de sondage. Les participants seront informés sur leur droit de mettre à tout moment un terme à leur participation à cette étude et que leur participation se fait de façon anonyme et confidentiel. Ceci concerne également le recueillies de données qui seront détruites à la fin de la recherche.

Différents questionnaires seront utilisés lors de cette étude. Un *Questionnaire Démographique* qui informe les variables suivantes ; âge, sexe, nationalité, état civil, post qu'ils occupent dans les services, années d'expérience dans le service actuel, heure de travail supplémentaires par semaine, traumas précédents. *The Professional Quality of Life Scale (ProQOL; Stamm, 2010)* mesurant la fatigue de compassion, le burnout et le satisfaction de compassion, *The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004)* une mesure du stress traumatisante secondaire et *Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE ; Reniers et al., 2011)* entant qu'échelle de l'empathie.

Annexes

Questionnaire socio-démographique

The Professional Quality of Life Scale

The Secondary Traumatic Stress Scale

Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy

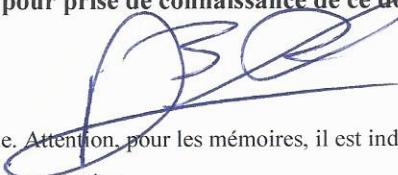
Par la présente, je confirme que l'étude menée sera réalisée en conformité avec les règles déontologiques des professions psychologiques, logopédiques et des sciences de l'éducation, et dans le strict respect de l'intégrité physique et morale des participant(e)s.

Date : 30/11/2017

Signature de la personne mentionnée au cadre II :¹



Le cas échéant, signature du (de la) promoteur-trice pour prise de connaissance de ce document¹



¹ Remplissez avec le nom imprimé dans la version électronique. Attention, pour les mémoires, il est indispensable que ce projet soit signé à la fois par le(la) mémorante et par le(la) promoteur-trice.

Note importante

Si vous estimez que des éléments éthiques peuvent vous poser problème et/ou si vous désirez recevoir un avis éclairé du Comité d'Ethique Facultaire par rapport à votre recherche veuillez remplir le formulaire complet de Demande d'Avis au Comité d'Ethique Facultaire (disponible sur le site de la Faculté), qui vous permettra de décrire plus en détail votre étude, et l'envoyer par courrier électronique au Comité d'Ethique Facultaire avec la mention « AVIS ETHIQUE ». Pour rappel, cette procédure complète est facultative et n'a lieu d'être que si un questionnement éthique persiste, le cas échéant après concertation avec votre promoteur. S'il apparaît que votre projet relève du comité d'éthique biomédicale, vous devez leur transmettre directement la demande (et nous en informer par email). Le comité d'éthique facultaire est à disposition pour aider à décider du comité le plus approprié en cas de doute

**CONSENTEMENT ECLAIRE
POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES SUJETS HUMAINS**

Titre de la recherche	Le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des urgentistes
Chercheur responsable	Meriem Goumdiss
Promoteur	Blavier Adelaïde
Service et numéro de téléphone de contact	Département de Psycho-Traumatisme Chercheur responsable : +352 621 214 250

Je, soussigné(e) déclare :

- *avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus ;*
- *avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.*

Je sais que :

- *je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;*
- *je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;*
- *les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.*

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date et signature

**Formulaire d'engagement des chercheurs à l'égard
des participants à leur recherche**

Je soussigné(e)..... Goumchiss Meriem.....

m'engage par la présente à informer tout participant en tant que sujet à une de mes recherches de son droit de mettre un terme à sa participation sans devoir motiver sa décision, à lui rappeler le caractère fondamental de ce droit et à l'assurer qu'il ne subira aucun préjudice s'il choisit d'en user à quelque moment que ce soit.

Je m'engage également à informer tout participant qu'il lui est loisible de me contacter pour toute question ou insatisfaction relative à sa participation à une de mes recherches et à lui fournir mes coordonnées.



05/01/2018

Date et signature