

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Reda BOUABOULA

Le 11 juin 2019

La fatigue de compassion des soignants en unités de Soins Palliatifs en France.

Directeur de thèse : Dr Vincent GUION

Membres du JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ BUGAT	Président
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le Docteur Claire CHAUFFOUR-ADER	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Vincent GUION	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAÛNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

Remerciements

Aux membres du Jury

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ BUGAT,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en suis très reconnaissant. Je vous remercie pour votre accompagnement et vos conseils. Soyez assurée de ma plus grande considération et de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH,

C'est un honneur de vous compter comme membre de mon jury de thèse. Je connais votre implication auprès des internes de Médecine Générale, je suis heureux de vous voir évaluer mon travail. Je vous en remercie sincèrement.

Madame le Docteur Claire CHAUFFOUR-ADER,

C'est un honneur de vous voir juger mon travail. Vous m'avez accueilli dans votre service, vous m'avez confié vos patients. Vous m'avez montré l'importance de choisir les mots avec soin. Je vous en remercie. Soyez assurée de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Je garde de très bons souvenirs des cours que vous avez dispensé à la faculté. Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère considération.

Monsieur le Docteur Vincent GUION,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse, je mesure la chance que j'ai eu d'avoir un directeur comme toi. Je te remercie pour ton aide précieuse et pour la pédagogie dont tu as fait preuve à mon égard.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS.....	10
LISTE DES ANNEXES.....	11
1.INTRODUCTION.....	12
1.1.Concepts et définitions.....	12
a)L'empathie.....	12
b)La compassion.....	13
c)La satisfaction de compassion.....	13
d)La fatigue de compassion.....	13
e)Vicarious traumatization (VT).....	15
f)Le stress traumatique secondaire (STS).....	15
g)Le Burnout (BO).....	15
1.2. Synthèse des définitions.....	16
1.3. Objectif de cette étude.....	17
2.MATERIEL ET METHODE.....	18
2.1.Type d'étude.....	18
2.2.Population cible.....	18
2.3.Recueil des données.....	18
2.4.Diffusion du formulaire.....	19
2.5.Outils de dépistage.....	19
2.6.Analyses statistiques.....	21
2.7.Logiciels.....	22
2.8.Commentaires libres.....	22
3.RESULTATS.....	23
3.1. Fatigue de compassion.....	23
3.2. Satisfaction de compassion.....	23
3.3. Sensation de fatigue.....	25
3.4. Connaissance des concepts de fatigue de compassion.....	25
3.5. Mesures de prévention dans les unité de soins palliatifs.....	25
3.6. Sous-échelles et profils.....	26
3.7.Commentaires libres :.....	26
4.DISCUSSION.....	27
4.1.Principaux résultats.....	27
a)Fatigue de compassion	27
b)Facteurs associés à la fatigue de compassion :.....	28
c)Satisfaction de compassion.....	29
d)Mesures de prévention.....	29
e)Connaissance du concept de fatigue de compassion.....	30
4.2.Population étudiée.....	30
4.3.Mesurer la fatigue de compassion :.....	32
4.4.La fatigue de compassion, un concept controversé.....	33
4.5.Vers un autre modèle du concept de fatigue de compassion.....	35
4.6.La fatigue de compassion en médecine générale.....	35
5.CONCLUSION.....	37
6.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	38

LISTE DES ABREVIATIONS

USP	Unité de Soins Palliatifs
RPS	Risques Psychosociaux
ProQOL	Professional Quality Of Life
ProQOL 5	Cinquième version du ProQOL
ProQOL-21	Echelle révisée du ProQOL 5 ne comportant plus que 21 items
FC	Fatigue de compassion
SC	Satisfaction de compassion
BO	Burnout
STS	Stress traumatique secondaire

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : ProQOL 5 version française

Annexe 2 : Prévalence des soignants à score bas modéré et haut dans les sous-échelles du ProQOL 5

Annexe 3 : Prévalence des soignants à score bas modéré et haut dans les sous-échelles du ProQOL-21

Annexe 4 : prévalence des profils du ProQOL 5

Annexe 5 : Interprétation du ProQOL 5, en version originale

Annexe 6 : Compassion Fatigue Model selon Coetzee et Laschinger

1. INTRODUCTION

Le stress professionnel s'intègre dans les facteurs de risques professionnels qualifiés aujourd'hui de « **risques psychosociaux** » (RPS).

Les RPS sont définis comme les éléments qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des professionnels au sein de leur environnement professionnel. Les professionnels de santé représentent un groupe à haut risque de stress lié au travail.

Les causes de cette exposition sont multiples et peuvent inclure des facteurs organisationnels (tâches administratives, contraintes liées aux horaires, à la charge de travail, aux sous-effectifs, etc.), institutionnels (conflits avec la hiérarchie, obligation de résultat, poursuites judiciaires, etc.) et individuels (contexte familial, état de santé, etc.).

Les professionnels de santé ont la particularité d'assumer une fonction d'écoute et d'aide à l'égard des patients. L'exigence d'empathie qu'impose la profession peut générer un stress supplémentaire et affecter le soignant de façon positive ou négative.

L'attention croissante de la communauté scientifique à la compréhension et la description des RPS a permis l'émergence de nouveaux termes : fatigue de compassion, «Vicarious traumatization», stress secondaire traumatique, burnout.

Initialement ils décrivaient plus ou moins le même phénomène, leurs définitions ont évolué au fil du temps.

1.1. Concepts et définitions

a) L'empathie

L'empathie est définie dans le dictionnaire Larousse comme la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. C'est la capacité à reconnaître et comprendre les émotions d'un autre individu.

b) La compassion

La compassion est un sentiment par lequel un individu est porté à percevoir ou ressentir la souffrance d'autrui.

c) La satisfaction de compassion

La satisfaction de compassion est un concept qui englobe les aspects positifs d'une relation d'aide : le plaisir et la satisfaction que l'on retire de bien effectuer son travail.

Elle est affectée notamment par les croyances personnelles, l'environnement de travail, la relation avec les collègues.

d) La fatigue de compassion

Le terme de fatigue de compassion est apparu pour la première fois dans la littérature en 1992 dans l'article de Carla Joinson, infirmière, « Coping with compassion fatigue ».(1) Il y est attribué à Doris Chase, un conseiller de crise, qui décrit la fatigue de compassion comme un stress professionnel touchant les personnes impliquées dans une relation d'aide ou d'écoute.

Le concept de fatigue de compassion a par la suite été décrit par Charles Figley, un Professeur en psychologie américain, comme un « état d'épuisement émotionnel et physique résultant d'une exposition prolongée au stress de compassion et à ce qu'il implique chez le soignant ».

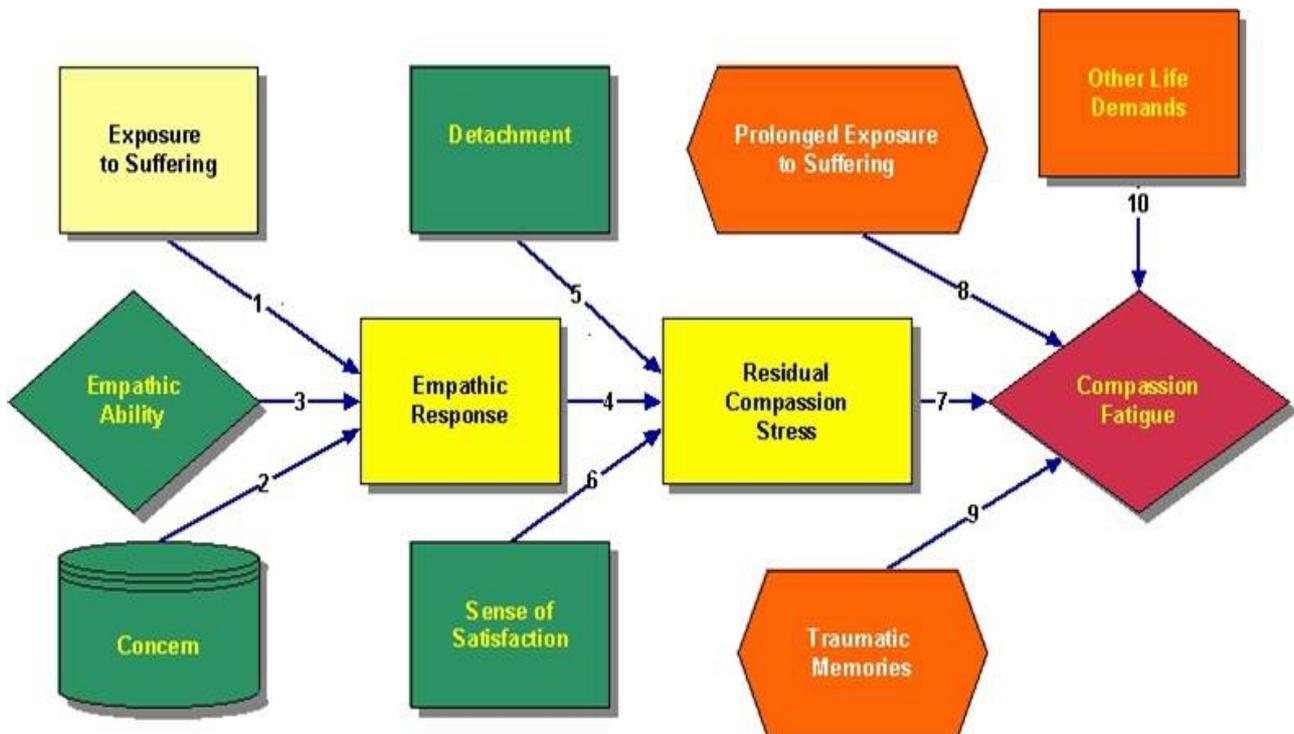
(2)

La fatigue de compassion serait la conséquence naturelle d'une exposition prolongée à la souffrance de personnes ou d'expériences traumatisantes.

Le premier modèle de la fatigue de compassion, proposé par Figley, est présenté en Figure 1. Dans ce modèle la capacité d'empathie et la compassion du soignant exposent à la fatigue de compassion.

(2)

Figure 1 : La fatigue de compassion selon Figley



The Compassion Fatigue Process (Figley, 2001)

Il propose de visualiser les étapes pouvant mener à la fatigue de compassion :

Il est pratiquement impossible pour un soignant de ne pas se sentir concerné par le vécu d'un patient ou sa situation. La capacité d'empathie du soignant l'amènera à répondre de façon empathique aux souffrances du patient.

Une réponse empathique créera un stress, ce stress compassionnel résiduel sera plus ou moins important selon le détachement du soignant face à la souffrance et la situation de son patient et le sentiment de satisfaction qu'il tire de son travail.

Le stress de compassion n'est pas encore de la fatigue. Il s'agit d'un état précurseur.

L'exposition prolongée dans le temps au stress de compassion, le fait que le soignant ait déjà été victime d'un traumatisme ou d'une situation semblable à celle du patient et l'environnement du soignant vont influencer le potentiel développement de la fatigue de compassion.

La fatigue de compassion va affecter le soignant dans son ensemble (ses valeurs personnelles, sa vision du monde ou encore ses croyances) et conduire à :

- un isolement et une dégradation des relations sociales,
- un détachement du soignant face à la souffrance du patient et sa situation.

e) Vicarious traumatization (VT)

Le « Vicarious traumatization » est un traumatisme psychologique sans relation avec un traumatisme direct, mais consécutif aux contacts avec une personne traumatisée.

Il est défini par Pearlman et McCann en 1990 comme la transformation durable de l'expérience intérieure personnelle du thérapeute résultant de l'engagement empathique avec des patients ayant vécu un traumatisme. (3)

Ce phénomène semble favorisé par une forte capacité d'empathie du soignant, et une exposition à un nombre important de patients traumatisés.

f) Le stress traumatique secondaire (STS)

Le stress traumatique secondaire (STS) se rapporte à la reviviscence par le soignant, d'une expérience traumatique d'un patient.

Il représente les émotions et comportements naturels résultant de la connaissance d'un événement traumatisant vécu par une personne, le stress résultant d'aider ou de vouloir aider cette personne en souffrance ou traumatisée.

Cela conduit le soignant à éviter tout ce qui lui rappelle ce traumatisme, allant jusqu'à éviter le patient lui-même. (4)

g) Le Burnout (BO)

Le burnout est décrit pour la première fois en 1974 par Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain. (5)

Le concept est repris en 1982 par Christina Maslach, professeur de psychologie américain, comme : « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel » (6)

Il est défini en 1988 par Ayala Pines et Elliott Aronson, psychologues américains comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à un stress émotionnel chronique. (7)

Parmi les 2 243 médecins généralistes et spécialistes répondants à une enquête réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France, 53 % déclaraient se sentir menacés par le burnout. Il s'agissait surtout de généralistes conventionnés en secteur 1 qui réalisaient plus de 6 000 actes par an, consultant sans rendez-vous, assurant des visites à domicile, âgés de 45 à 50 ans et célibataires. Parmi les causes évoquées par ces médecins, l'excès de « tâches administratives » (62,6 %) et l'augmentation des contraintes collectives (47,3 %) sont les plus citées.

Les conséquences du burnout évoquées par les médecins étaient la diminution de l'accomplissement professionnel (87,2 %), la dégradation de la relation médecin-patient (84,4 %) et l'altération de la qualité des soins (82,6 %). (8)

Une étude a été menée en 2010 chez 6 349 internes. Les répondeurs avaient une moyenne d'âge de 26,4 ans, étaient de sexe féminin pour 69,7 % et se répartissaient pour 26,6 % en médecine interne, 24 % en médecine générale 18,3 % en service d'urgence, et pour 16,3 % en pédiatrie ou gynécologie. L'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) a été utilisée pour évaluer les trois dimensions du burnout : 16 % présentaient un fort épuisement émotionnel, 33,8 % exprimaient une forte dépersonnalisation et 38,9 % un faible accomplissement personnel. (9)

1.2. Synthèse des définitions

Ces concepts ont en commun d'explorer les aspects négatifs de la profession de soignant. Leurs définitions comportent de nombreuses similitudes, Figley a lui-même défini la fatigue de compassion comme une forme de burnout. Selon Stamm, la fatigue de compassion regroupe deux composantes : des symptômes évoquant ceux du burnout et des symptômes évoquant ceux du stress traumatique secondaire. (10)

La fatigue de compassion se distingue par le fait qu'elle affecte spécifiquement les personnes impliquées dans une relation d'aide ou d'écoute.

Si le burnout peut toucher toutes les professions, la fatigue de compassion touche donc particulièrement les professionnels de santé et les aidants.

1.3. Objectif de cette étude

Le but de cette étude était d'explorer la fatigue de compassion chez les soignants (médecins, infirmiers, aides-soignants et psychologues) en unité de soins palliatifs (USP) en France.

L'objectif principal était de mesurer la prévalence des soignants à risque de fatigue de compassion.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Rechercher les facteurs associés à la fatigue de compassion.
- Mesurer la prévalence des soignants à haut potentiel de satisfaction de compassion et en rechercher les facteurs associés.
- Déterminer si la sensation de fatigue est corrélée au risque de fatigue de compassion.
- Déterminer si la connaissance du concept de fatigue de compassion est un facteur protecteur de la fatigue de compassion.
- Identifier les mesures de prévention mises en place dans les USP.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Nous avons conduit une étude épidémiologique descriptive transversale.

2.2. Population cible

La population était composée des médecins, infirmiers, aides-soignants et psychologues employés dans les USP françaises.

2.3. Recueil des données

Nous avons procédé au recueil des données par auto-questionnaire élaboré via GOOGLE FORMS®.

Il était composé de trois parties :

- La première partie permettait de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des répondants, les mesures de prévention de l'épuisement professionnel mises en place dans les USP respectives (ex: méditation, groupe de parole, etc.), la sensation de fatigue du répondant ainsi que sa connaissance des concepts de fatigue de compassion et burnout.
- La deuxième partie contenait un texte explicatif avec la définition de la fatigue de compassion puis un questionnaire à remplir : la cinquième version de l'échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL5)(cf annexe 1).
- La troisième partie du formulaire laissait libre champ aux commentaires, suggestions et remarques.

2.4. Diffusion du formulaire

Le formulaire a été envoyé début janvier 2017 et les personnes pouvaient y répondre jusque fin mars 2017.

Il a été envoyé par mail à 133 USP référencées dans l'annuaire national des structures de soins palliatifs françaises. (<http://www.sfap.org/annuaire>)

Il été demandé aux destinataires de transmettre un message avec le lien du questionnaire à l'équipe soignante de l'USP

2.5. Outils de dépistage

La fatigue de compassion a été dépistée selon les réponses au questionnaire ProQOL (5^{ème} version). Une analyse de sensibilité a été réalisée en utilisant sa version révisée, le ProQOL-21.

L'échelle ProQOL 5 est un outil psychométrique de dépistage en 30 items créée par Stamm et Figley. Les réponses se basent sur les expériences vécues dans les 30 derniers jours par les répondants.

Dans cet outil, Stamm définit la fatigue de compassion par deux composantes : le burnout et le stress traumatique secondaire.

L'interprétation des résultats se fait via un score dans trois sous-échelles :

- la compassion satisfaction ou CS
- le burnout ou BO
- le stress traumatique secondaire ou STS

Stamm préconise l'interprétation des scores des sous-échelles en variables continues. Cependant, les auteurs fournissent également des seuils visant à classer les scores dans chacune des sous-échelles en « bas », « modéré » ou « haut ». Ces seuils sont présentés dans le Tableau 1.

Ainsi, par exemple, un score inférieur à 15 dans la sous-échelle burnout signifie que le sujet est à faible risque de burnout, un score supérieur à 17 dans la sous-échelle STS signifie que le sujet est à haut risque de STS, et ainsi de suite.

Tableau 1 ProQOL 5 :Seuils des sous-échelles et correspondance en niveau de risque

	Niveau de risque		
	Bas	Modéré	Haut
Satisfaction de compassion	≤ 32	[33-41]	≥ 42
Fatigue de compassion :			
Burnout	≤ 15	[16-24]	≥ 25
Stress traumatique secondaire	≤ 7	[8-16]	≥ 17

Le score de chacune des sous-échelles peut être interprété de manière indépendante ou en combinaison pour définir cinq profils ; le profil le plus positif correspond à la combinaison d'un score haut sur la sous-échelle CS et d'un score bas ou modéré sur les sous-échelles BO et STS ; le profil le plus négatif correspond à la combinaison d'un score haut sur les sous-échelles BO et STS et d'un score bas sur la sous-échelle CS.

Nous avons mesuré la prévalence des différents profils proposés par le ProQOL 5

Le ProQOL-21 est une version réduite du ProQOL 5 proposée en 2018 par Heritage, Rees et Hegney. (11). Il se base sur une étude de validation de construit du ProQOL 5 et n'en retient que les 21 items dont la fiabilité et la validité sont démontrées. Il permet de calculer un score dans deux sous échelles :

- la fatigue de compassion ou FC
- la satisfaction de compassion ou CS

Les seuils utilisés pour déterminer les sujets à risque de fatigue de compassion et de satisfaction de compassion sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 ProQOL21 : Scores seuils des sous-échelles et correspondance en niveau de risque

	Niveau de risque		
	Bas	Modéré	Haut
Satisfaction de compassion	≤ 21	[22-29]	≥ 30
Fatigue de compassion :			
Homme	≤ 15	[16-24]	≥ 25
Femme	≤ 16	[17-24]	≥ 25

2.6. Analyses statistiques

La fatigue de compassion a été définie comme l'association d'un haut risque de BO et d'un haut risque de STS. La satisfaction de compassion a été définie par un score haut dans la sous-échelle CS. Leur prévalence a été calculée sur l'échantillon total recueilli.

Chaque recherche de facteurs associés a été menée par un modèle logistique multivarié, réduit par la méthode du pas à pas descendant par analyse des rapports de vraisemblance, à partir d'un modèle contenant toutes les variables significatives au seuil de 20% en analyse bivariée.

Les mesures de prévention mises en place par les USP ont été identifiées par la lecture des réponses à la question « Existe-t-il des mesures de prévention de l'épuisement professionnel dans l'unité ? (ex: méditation, groupe de parole, etc) si oui, précisez »

La sensation de fatigue a été explorée par la question « Vous sentez vous fatigué(e) ? ». L'association statistique entre une réponse oui à cette question, et l'existence d'une fatigue de compassion définie par le ProQOL 5, a été recherchée par une régression logistique multivariée.

La connaissance du concept de fatigue de compassion a été explorée par la question «Connaissez-vous le concept de fatigue de compassion? ». L'association statistique entre une réponse oui à cette question, et l'existence d'une fatigue de compassion définie par le ProQOL 5, a été recherchée par une régression logistique multivariée.

Chacune de ces deux régressions était ajustée sur l'âge, le sexe, le métier, l'ancienneté dans les soins palliatifs, le nombre de lits dans le service, et les variables retenues dans le modèle final de recherche de facteurs associés à la fatigue de compassion.

Le seuil de significativité retenu était de 5%.

2.7. Logiciels

Les résultats ont été analysés avec GOOGLE FORMS®, le logiciel MICROSOFT EXCEL pour PC 2016® et le logiciel STATA v13.0.

Le logiciel ZOTERO® a été utilisé pour l'organisation des références bibliographiques, l'insertion des références dans le texte et la réalisation de la bibliographie. Le logiciel OpenOffice Writer a été utilisé pour l'écriture.

2.8. Commentaires libres

Les commentaires contenant une expérience personnelle n'ont pas été reportés. Les remarques concernant une difficulté de compréhension d'un item du questionnaire revenant plus d'une fois ont été reportés.

3. RESULTATS

Les 131 réponses reçues ont été retenues et analysées. Les caractéristiques des répondants sont décrites dans le tableau 3. Quatres personnes ont confirmé une bonne réception et une transmission à leurs équipes. Nous avons reçu 22 retours de non-transmission (adresse e-mail invalide).

Nous estimons la taille de la population cible entre 500 et 2000 soignants soit un taux de réponse de 5-20%.

3.1. Fatigue de compassion

Sur les 131 répondants, 41 présentaient un risque de fatigue de compassion selon le questionnaire ProQOL 5, soit une prévalence de 31.3%.

Il existe une association statistique entre l'organisation d'une supervision et la prévalence de la fatigue par compassion. L'organisation d'une supervision d'un soignant est associée à 2,3 fois plus de risque de fatigue de compassion (Odds ratio (OR) 2,31, $p=0,045$, IC95% [1.02-5.23]).

En appliquant la grille de lecture modifiée ProQOL-21, 51 répondants étaient à risque de fatigue de compassion soit une prévalence de 38,9%.

3.2. Satisfaction de compassion

Sur les 131 répondants, 37 présentaient un haut potentiel de satisfaction de compassion selon le questionnaire ProQOL 5, soit une prévalence de 28,2%.

Il existe une association statistique entre l'organisation d'un réunion pluriprofessionnelle quotidienne et le haut potentiel de satisfaction de de compassion. L'organisation d'une réunion pluriprofessionnelle est associée à 14,88 fois plus de potentiel de satisfaction de compassion. (OR 14,88, $p=0,011$, IC95% [1.85-119.86]).

En appliquant la grille de lecture modifiée ProQOL-21, 25 répondants étaient à haut potentiel de satisfaction de compassion soit une prévalence de 19,1%

Tableau 3. Caractéristiques descriptives des répondants.

131 répondants	Nombre	Proportion (%)
Sexe		
Féminin	117	89,3
Masculin	13	9,9
Métier		
Médecin	59	45,4
Infirmier(e)	44	33,8
Aide-soignant	16	12,3
Psychologue	11	8,5
Age		
20-30 ans	24	18,3
31-40 ans	39	29,8
41-50 ans	36	27,5
>50 ans	32	24,5
Ancienneté dans les soins palliatifs		
Moins de 5 ans	51	38,9
5 à 10 ans	44	33,6
10 à 15 ans	14	10,7
15 à 20 ans	18	13,7
Plus de 20 ans	4	3,1
Activité associée :		
Oui	104	79,4
Non	26	19,8
Activité :		
Equipe mobile intra hospitalière	73	55,8
Equipe mobile extra hospitalière (Réseau et HAD)	39	29,8
Consultation douleur	24	18,5
Encadrement et formation	9	6,8
Consultation soins palliatifs	3	2,3
USLD	2	1,5
Court Séjour	1	0,8
EHPAD	1	0,8
Consultation Hypnose	1	0,8
Consultation Gériatrie	1	0,8
Equipe mobile douleur aiguë	1	0,8

3.3. Sensation de fatigue

75 répondants se sentaient fatigués soit une prévalence de 57,3%

La sensation de fatigue était associée à un risque 5 fois plus important de fatigue de compassion selon le ProQOL 5 (OR 4,99, $p=0,002$, IC95% [1.84-13.54]).

3.4. Connaissance des concepts de fatigue de compassion.

Vingt-huit répondants connaissaient le concept de fatigue de compassion soit une prévalence de 21,4%.

Aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée entre la connaissance du concept de fatigue de compassion et le risque de la développer (OR 1,03 ; $p=0,955$, IC95% [0.36-2.99]).

3.5. Mesures de prévention dans les unités de soins palliatifs

L'ensemble des mesures de prévention identifiées sont décrites dans le tableau 4, le groupe de parole était la mesure la plus fréquente.

Tableau 4. Mesures de prévention dans l'unité de soins palliatifs

	Nombre	Proportion (%)
Groupe de parole	87	66,4
Supervision	33	25,1
Debrief/ analyse de pratique	14	10,7
Aucune	8	6,1
Réunion pluriprofessionnelle quotidienne	4	3,0
Relaxation/Sophrologie	4	3,0
Massage	2	1,5
Réflexologie plantaire	1	0,8
Formation	1	0,8

3.6. Sous-échelles et profils

Un tableau détaillant les scores dans chaque sous-échelle ainsi qu'un tableau des prévalences des différents profils du ProQOL 5 sont présentés en annexes 2,3,4.

3.7. Commentaires libres :

Des difficultés de compréhension de certaines questions du ProQOL 5 ont été relevées :

- la question 4 « Je me sens lié à autrui. » à deux reprises
- la question 22 « Je crois que mon travail me permet de faire la différence. » à trois reprises
- la question 28 « Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme. » à huit reprises

4. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats

a) Fatigue de compassion

Environ un tiers des soignants (31,3%) de notre échantillon est à risque de fatigue de compassion selon le ProQOL 5, ils sont à la fois à risque de burnout et de stress traumatique secondaire. Les soignants en USP sont exposés à des patients en souffrance physique et émotionnelle et sont confrontés à la fin de vie et à la détresse des familles. Ils sont donc exposés à un stress compassionnel important et chronique.

La fatigue de compassion a été peu étudiée en France, et cette étude est à notre connaissance la première à s'y intéresser dans les USP sur le plan national.

La plupart des données sur la prévalence de soignants à risque de fatigue de compassion sont issues de la littérature internationale et concernent majoritairement les infirmier(e)s, les psychologues, et les soignants en milieu psychiatrique.

L'étude de Sprang et al en 2007, retrouvait ainsi une prévalence de 13 % dans une population composée de psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et addictologues travaillant en milieu rural aux Etats-unis. (12)

Dans l'étude de Sodeke-Gregson et al en 2013, on retrouvait une prévalence de 70% dans une population composée de psychologues travaillant dans des centres spécialisés dans le psychotraumatisme au Royaume Uni. (13)

Dans l'étude de Temitope et al en 2015, la prévalence était de 21,7%, la population était composée de psychologues en Nouvelle-Zélande. (14)

Les données de prévalence de fatigue de compassion sont donc particulièrement hétérogènes et les populations peu comparables. Concernant les soignants travaillant spécifiquement en USP, nous n'avons pas retrouvé d'études internationales mesurant cette prévalence.

Parmi les soignants à risque de fatigue de compassion, 3 ont également un haut potentiel de satisfaction de compassion, cela peut être caractéristique de soignants qui tirent une haute satisfaction de leur travail, ayant conscience de la valeur et l'utilité de leur travail, malgré leur fatigue de compassion.

Stamm a décrit une situation similaire chez les travailleurs en zone de guerre, ayant à la fois un haut risque de stress traumatique secondaire et un haut potentiel de satisfaction de compassion. (15)

A l'opposé, 6 soignants (4,5%) ont également une faible satisfaction de compassion, ce qui constitue le profil le plus négatif. D'après Stamm, les personnes obtenant ce profil peuvent se sentir dépassés et être complètement effrayés par leur travail. (15)

b) Facteurs associés à la fatigue de compassion :

Supervision :

Les soignants travaillant dans des services qui ont mis en place une supervision semblent davantage exposés au risque de fatigue de compassion.

Il n'existe pas de définition consensuelle de la supervision en France, la supervision peut être un dispositif de parole, d'aide et de soutien. Elle peut se dérouler individuellement ou en groupe, avec un intervenant du service ou un tiers extérieur. Elle permet d'analyser des situations cliniques à partir de la présentation de cas, l'analyse de la pratique professionnelle ou servir à résoudre les difficultés et problèmes rencontrés. La supervision est systématiquement associée à l'existence d'un tiers, à l'établissement d'un cadre et à la recherche d'une forme particulière de parole. (16)

Dans notre population, il s'agit certainement d'un moyen de prévention ou de prise en charge des risques psychosociaux mis en place en réaction à des situations d'épuisement professionnel déjà identifiées. La supervision semble davantage mise en place par les structures où la prévalence de la fatigue de compassion est particulièrement élevée. La méthodologie utilisée ne permet pas d'établir de liens de causalité (absence de données sur le début de la supervision, la fréquence et l'intervenant), mais l'efficacité de la supervision dans les situations de fatigue de compassion paraît donc questionnable.

Ekundayo A. Sodeke-Gregson et al. ont retrouvé des résultats similaires pour la supervision ; plus le thérapeute était engagé dans une supervision individuelle, plus il était à risque de stress traumatique secondaire. Cependant, la qualité de la supervision était également associée à un plus haut potentiel de satisfaction de compassion. Les auteurs concluaient à la nécessité de privilégier la qualité de la supervision à la quantité. (13)

c) Satisfaction de compassion

Moins d'un tiers des soignants (28,2%) a un haut potentiel de satisfaction de compassion selon le ProQOL 5.

La majorité des soignants (66,4%) a obtenu un score de satisfaction de compassion intermédiaire.

Lorsqu'une réunion pluriprofessionnelle quotidienne est organisée, il y a près de 15 fois plus de chance que les soignants aient un haut potentiel de satisfaction de compassion. Ces réunions font partie des recommandations HAS pour prendre une décision, accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Les résultats de notre étude appuient d'autant plus la nécessité qu'elles soient effectives dans toutes les USP.

d) Mesures de prévention

Le Groupe de parole est la mesure la plus largement identifiée suivie de la supervision, détaillée plus haut, puis le débrief ou analyse de pratique. Huit soignants ont indiqué qu'aucune mesure de prévention de l'épuisement professionnel n'était en place dans leur service.

Ces données ont été issues d'une question ouverte « Existe-t-il des mesures de prévention de l'épuisement professionnel dans l'unité? (ex: méditation, groupe de parole, etc) si oui, précisez », La formulation de cette question a pu entraîner un biais dans le renseignement des réponses

La délimitation entre groupe de parole, débrief / analyse de pratique et réunion pluriprofessionnelle quotidienne, est subjective, et les répondants ont pu décrire la même structure par des mots différents.

Nous aurions pu prévenir ce biais lors du recueil en utilisant des questions fermées, précises, et en définissant précisément les choix proposés.

Une méta-analyse des données de la littérature conduite par Sinclair en 2017 a permis de lister les interventions proposées pour prévenir et gérer la fatigue de compassion des soignants. (17)

Il ressort d'une étude de 2015 conduite chez des infirmier(e)s en oncologie, que l'enseignement de techniques de respiration et de méditation 5 jours par semaine pendant 1 mois permettait des différences significatives : amélioration de la satisfaction de compassion ($p=0,027$) et diminution du burn-out ($p=0,003$) et du STS ($p=0,047$). (18)

D'autres mesures de prévention telles que la mise en place de méthodes de relaxation

associées à des en-cas sains ou encore des activités de gestion de « l'énergie » n'ont dans ces études pas retrouvé de différence significative. (19-20)

Une étude de cohorte a été menée en Corée du Sud par Kim YA et Park JS afin de développer un programme visant à aider les infirmier(e)s urgentistes à réduire leur fatigue de compassion. Le programme comprenait cinq séances hebdomadaires de 80 minutes, incluait des cours sur la compréhension du concept de fatigue de compassion, une évaluation de la fatigue de compassion, un renforcement positif, un travail sur l'équilibre vie privée et professionnelle, la planification de soins personnels, une formation aux techniques de relaxation et de restructuration cognitive. (21)

Les auteurs ont observé une augmentation des scores de satisfaction de compassion via le ProQOL 5 dans le groupe participant au programme. Cependant il n'y a pas eu de différence sur les scores de fatigue de compassion entre les deux groupes.

e) Connaissance du concept de fatigue de compassion

D'autres études suggèrent que la connaissance du concept de fatigue de compassion et la formation pourraient diminuer la fatigue de compassion et augmenter la satisfaction de compassion. (21-23).

Nous avons essayé d'explorer cette hypothèse dans notre étude. De manière générale, il est intéressant de sensibiliser les soignants aux différents concepts d'épuisement professionnel et de leur apprendre à reconnaître les symptômes précurseurs.

Dans notre population, le concept était peu connu des répondants à la différence du burnout ; 28 répondants connaissaient le concept de fatigue de compassion et 130 répondants connaissaient le concept de burnout.

La connaissance du concept de fatigue de compassion n'a pas été identifiée comme en étant un facteur protecteur statistiquement significatif.

4.2. Population étudiée

Dans notre étude nous avons interrogé l'ensemble des soignants en USP en France. Les personnes ayant le plus répondu au questionnaire sont les médecins (45,4%) et les infirmier(e)s

(33,8%). Parmi l'ensemble des répondants 89,3% étaient des femmes, la répartition selon l'âge des répondants était globalement homogène.

Il n'y a pas de recensement de la démographie médicale en Soins Palliatifs en France, nous pouvons donc difficilement savoir si notre échantillon est représentatif. La grande majorité des répondants était des femmes, ce qui peut constituer un biais de sélection.

Ces données sont cependant cohérentes avec une étude démographique française réalisée en 2011 où les femmes représentaient 88% des effectifs infirmiers. (24)

Lors d'une étude réalisée au Canada en 2011, s'intéressant à la fatigue de compassion et adressée à l'ensemble des personnels travaillant en soins palliatifs, 82,4% des répondants étaient également des femmes. (25)

Notre questionnaire a été transmis à l'ensemble des soignants d'USP , nous ne connaissons pas le nombre exact de personnes ayant reçu le questionnaire, comme décrit précédemment nous l'avons estimé entre 500 et 2000 soit un taux de réponse entre 5% et 20%.

On peut supposer un biais de recrutement, les répondants à ce questionnaire se sentaient probablement concernés par le sujet, entraînant une possible surestimation de la prévalence de soignants à risque de fatigue de compassion.

L'utilisation d'un auto-questionnaire et sa diffusion large ont été choisis pour atteindre un maximum de participants et permettre d'avoir des réponses provenant de différentes USP avec des fonctionnements propres.

Cette méthode entraîne un biais d'information, commun à toutes les études avec recueil de données par questionnaire. Cet écueil était limité par l'utilisation d'un questionnaire standardisé associé à un texte explicatif du concept de fatigue de compassion.

Le choix de l'auto-questionnaire anonyme a permis de limiter les biais de minimisation ou d'amplification des symptômes.

Une étude américaine conduite en 2017 dans un centre de soins palliatifs retrouvait un plus faible risque de fatigue de compassion chez les soignants y travaillant depuis plus longtemps, sans précision de durée. (26)

Dans notre échantillon, la plupart des soignants travaillaient en majorité depuis moins de 10 ans en USP (72,5%).

4.3. Mesurer la fatigue de compassion :

Le ProQOL 5

Nous avons rencontré des difficultés pour l'interprétation des résultats obtenus via le ProQOL 5 :

- La première difficulté posée par le modèle de Stamm est qu'il décrit la fatigue de compassion comme étant la combinaison de burnout et du stress traumatique secondaire, brouillant les limites conceptuelles de la fatigue de compassion.
- Deuxièmement, le ProQOL 5 ne permet pas de mesure directe de la fatigue de compassion, le manuel de l'échelle ne réintègre pas explicitement la notion de fatigue de compassion, il fournit uniquement les interprétations des scores des sous-échelles individuelles ou en combinaison (profils).
- Troisièmement, les implications théoriques des résultats du ProQOL 5 sont imprécises. Il ne permet pas d'établir de diagnostic, mais suggère de rechercher des éléments évoquant un syndrome dépressif ou un syndrome de stress post traumatique pour les scores élevés à l'aide d'autres outils, validés pour le diagnostic.
- Quatrièmement, nous avons utilisé les seuils d'interprétations fournis par le manuel, ils sont décrits dans le manuel comme potentiellement trop inclusifs, ce qui a pu entraîner une surestimation de la prévalence des soignants à risque de fatigue de compassion dans notre étude. (15)

Le ProQOL-21

Une étude de validation de construit du ProQOL 5 (Heritage, Rees et Hegney. 2018) a été réalisée et la validité des sous-échelles burnout et stress traumatique secondaire n'a pas été démontrée. (11)

Les auteurs ont proposé un questionnaire révisé ProQOL-21, en recombinaison de 21 items pour former deux sous-échelles satisfaction de compassion et fatigue de compassion.

Les items retenus explorent la satisfaction de compassion et la fatigue de compassion de manière valide et fiable.

Cette étude suggère d'utiliser l'échelle révisée ProQOL-21 dont la validité de construit a été démontrée plutôt que l'échelle ProQOL 5.

La prévalence des soignants à risque de fatigue de compassion mesurée via l'échelle révisée

ProQOL-21 était plus importante (38,9% contre 31,% avec le ProQOL 5).

L'échelle révisée ProQOL-21 apparaît donc plus sensible pour dépister la fatigue de compassion. Il n'existe cependant aucun outil psychométrique permettant de confirmer qu'un soignant est en fatigue de compassion, ce qui constitue une des limites du concept.

Dans ce contexte, il est délicat de déduire des implications cliniques des résultats obtenus via le ProQOL 5. Pourtant l'utilisation du ProQOL 5 a été largement répandue au cours des vingt dernières années pour explorer la fatigue de compassion.

L'utilisation de la question « vous sentez-vous fatigué ? »

Plus de la moitié des soignants se sentaient fatigués (57,3%) et il existe une forte corrélation entre la sensation de fatigue et le risque de fatigue de compassion.

Un soignant qui se sent fatigué a un risque 5 fois plus élevé de fatigue de compassion selon le ProQOL 5.

La corrélation est encore plus importante avec l'échelle révisée ProQOL-21. Lorsqu'il répond oui à cette question, le soignant a 6,55 fois plus de chances d'être à risque de fatigue de compassion (OR 6,55, $p < 0,001$, IC95% [2.63-16.29])

L'utilisation de la question « vous sentez-vous fatigué ? » pourrait donc être un bon moyen de dépistage de la fatigue de compassion, simple et efficace.

4.4. La fatigue de compassion, un concept controversé

Selon le modèle de Figley, l'empathie, bien que nécessaire pour former la relation thérapeutique et fournir des soins de longue durée, est le principal antécédent de la fatigue de compassion. (27)

Cela implique que si les soignants sont empathiques et s'engagent dans des actes de compassion, ils développeront inévitablement une fatigue de compassion.

Figley a décrit la fatigue de compassion comme « the cost of caring ». (2)

Ce modèle a été très largement utilisé et diffusé dans la littérature scientifique.

Cependant, aucune étude scientifique n'a démontré que les soignants les plus compatissants sont les plus susceptibles de souffrir de fatigue de compassion.

Des travaux ont contredit ce modèle et montrent que l'empathie améliore non seulement les résultats pour les patients (28), mais également les résultats pour les infirmier(e)s. (29-30)

Shane Sinclair et al. ont réalisé en 2017 une revue de la littérature dont l'objectif était de réaliser une analyse critique du concept de fatigue de compassion, et de déterminer si la fatigue de compassion est un indicateur approprié du stress professionnel des soignants, et un élément pertinent sur lequel intervenir. (17)

Les auteurs ont retenu 90 études.

Ils ont conclu que la santé physique, émotionnelle, sociale et spirituelle des soignants est effectivement altérée par le stress cumulatif lié à leur travail, ce qui peut avoir une incidence sur les soins dispensés aux patients.

Ils ont relevé des théories conflictuelles sur la nature précise du concept de fatigue de compassion, et des limites sur le fait qu'il soit lié à un soin de compassion.

L'ambiguïté du concept de fatigue de compassion et ses limites floues avec les autres concepts explorant les aspects négatifs de la profession de soignant (burnout, stress traumatique secondaire, traumatisme vicariant) ont entraîné des limites méthodologiques, et engendré des difficultés de mesure dans les articles passés en revue.

Ils décrivent les limites suivantes :

- Les analyses conceptuelles de la fatigue de compassion sont difficilement généralisables à l'ensemble des soignants du système de santé.
- Les analyses conceptuelles de la fatigue de compassion ont tendance à se concentrer sur des aspects limités de la compassion (comportements, facteurs de motivation) et non l'ensemble du concept.
- Il n'existe pas d'éléments ou de classification permettant le diagnostic de fatigue de compassion.
- Le ProQOL 5, outil le plus fréquemment utilisé pour mesurer la fatigue de compassion dans la littérature, est un outil d'auto-mesure, ne fournit pas de mesure directe de la fatigue de compassion, n'évalue pas tous les aspects supposés de la fatigue de compassion et n'évalue aucun élément du processus de compassion. (31)

Cette revue de la littérature souligne la nécessité de re-conceptualiser la fatigue de compassion, de la dissocier des autres concepts (burnout, stress traumatique secondaire) mais également du concept d'empathie. (32)

Déterminer le rôle de la compassion dans le développement de la fatigue de compassion est essentiel, la compassion est cœur du métier de soignant et les implications théoriques seront différentes selon les résultats.

4.5. Vers un autre modèle du concept de fatigue de compassion.

En 2018, Coetzee et Laschinger ont publié dans *Nursing and Health Sciences* une revue de la littérature intégrative sur les modèles de fatigue de compassion. (33)

Ils ont décrit les limites de ces différents modèles et proposé un modèle théorique de fatigue de compassion.

Comme Sinclair et al., ils ont également relevé l'aspect conflictuel du rôle de l'empathie dans l'étiologie de la fatigue de compassion ou de la satisfaction de compassion.

Ils ont retenu 11 articles sur les 485 études étudiées, et identifié 7 modèles et 3 analyses du concept de fatigue de compassion.

Le modèle développé dans cette revue est basé sur des modèles antérieurs de fatigue liée à la compassion (2,27,34–37), sur la théorie de la conservation des ressources (38) et sur la neuroscience sociale de la recherche sur l'empathie (39,40)

Le modèle représentant un cycle d'interaction soignant-patient, est présenté en annexe 6.

Ce modèle de fatigue de compassion suggère que ce n'est pas l'empathie qui expose le soignant au risque de développer une fatigue de compassion, mais plutôt le manque de ressources, une rétroaction positive insuffisante et la réaction du soignant face à la détresse personnelle.

4.6. La fatigue de compassion en médecine générale

L'étude de la fatigue de compassion en USP semble licite au vu des situations difficiles auxquelles les soignants sont exposés. Le Médecin Généraliste, souvent premier intervenant, accompagne de nombreux patients souffrants et leurs familles. Le fait qu'il fasse preuve de compassion est une attente primordiale des patients. La fatigue de compassion, comme le burnout, est maintenant reconnue comme un phénomène récurrent parmi les professionnels de santé, il existe pourtant peu d'études la recherchant parmi les généralistes.

En Nouvelle-Zélande en 2011 une étude sur des chefs de clinique retrouvait que 17,1% des médecins de l'échantillon étaient à risque de fatigue de compassion (haut score dans une sous-échelle du ProQOL 5). (41)

Une autre étude conduite dans une région du Sud d'Israël retrouvait que 46,1% des médecins avaient des scores hauts ou très hauts pour la fatigue de compassion, 21,1% avaient des scores bas pour la satisfaction de compassion. Le seul facteur retrouvé augmentant significativement le risque de fatigue de compassion était d'avoir immigré en Israël. L'histoire de traumatismes personnels et le manque de formation augmentaient le risque de burnout. (42)

Ces résultats sont concordants avec ceux retrouvés dans la littérature pour les autres professionnels de santé. Le manque de formation ou de qualifications est trouvé dans plusieurs études comme un facteur de risque de burnout ou de fatigue de compassion. (22,23,32)

Il pourrait être intéressant de savoir en France si les Médecins Généralistes connaissent la fatigue de compassion. Le Généraliste est amené à recevoir en consultation des patients de profession médicale ou para-médicale. La connaissance des différents concepts d'épuisement professionnel propres aux soignants pourrait conduire à une meilleure prévention.

5. CONCLUSION

La compréhension et la description des risques psychosociaux chez les professionnels de santé bénéficient d'une attention croissante dans la communauté scientifique. De nouveaux concepts ont émergé dont celui de fatigue de compassion.

Dans cette étude nous avons tenté d'explorer la fatigue de compassion chez les soignants en Unité de Soins Palliatifs en France en utilisant l'échelle ProQOL 5.

Nous avons mesuré une prévalence de 31,3% de soignants à risque de fatigue de compassion, ce risque était plus important lorsqu'une supervision était en place sans que des liens de causalité puissent être établis par ce travail.

Nous avons mesuré une prévalence de 28,2 % de soignants ayant un haut potentiel de satisfaction de compassion, l'organisation d'une réunion pluriprofessionnelle quotidienne était associée à un plus haut potentiel de satisfaction du soignant.

La fatigue de compassion apparaît dans la littérature comme un concept difficile à définir, plusieurs modèles théoriques amenant à son développement existent ; Figley soutient le rôle primordial de l'empathie, alors que Coetzee et Laschinger suggèrent eux un manque de ressources, une rétroaction positive insuffisante et la réaction du soignant face à la détresse personnelle.

Cette ambiguïté conceptuelle entraîne des difficultés de mesure et limite les implications cliniques.

Le ProQOL 5 reste l'outil le plus utilisé pour dépister la fatigue de compassion malgré la limite méthodologique de l'absence de validation du construit.

Il existe des alternatives plus rigoureuses comme l'échelle révisée ProQOL-21, qui a permis de repérer plus de soignants à risque de fatigue de compassion dans notre étude.

Dans la population de notre étude, la sensation de fatigue était fortement corrélée au risque de fatigue de compassion quelle que soit l'échelle utilisée et suggère ainsi que l'utilisation de la question « Vous sentez-vous fatigué ? » puisse constituer un outil de dépistage plus simple, applicable notamment en soins primaires.

Cette étude nous a permis d'apporter des nuances dans l'interprétation du concept de fatigue de compassion. Le développement d'un concept d'épuisement professionnel propre aux soignants est intéressant mais discutable et n'aura d'intérêt que si nous pouvons le dépister et agir dessus. Pour autant, l'épuisement des soignants est bien préoccupant et peut avoir une incidence sur les soins dispensés aux patients. Les mesures de prévention sont encore insuffisantes.

lu & approuvé
Professeur Marie Eve ROUGE BUGA
Directeur Louis Blériot
31500 TOULOUSE
Téléphone : 31 1 11793 1
N° RPPS : 16160079234

Toulouse le 27/05/2019
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Ranguel
Elie SERRANO

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing (Lond)*. 1992 Apr;22(4):116, 118–9, 120.
2. Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In: *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore, MD, US: The Sidran Press; 1995. p. 3–28.
3. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1990 Jan 1;3(1):131–49.
4. Figley C. *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorders from treating the traumatized*. N Y BrunnerMazel. 1995;7. BrunnerMazel. 1995;
5. Freudenberger H. The Staff Burn-out Syndrome in Alternative Institutions. *Psychother Theory Res Pract [Internet]*. 1975 [cited 2019 May 23];12. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232481446_The_Staff_Burn-out_Syndrome_in_Alternative_Institutions
6. Maslach C. *Burnout the cost of caring: how to recognize, prevent, and cure the burnout syndrome for nurses, teachers, counsellors, doctors, therapists, police, social workers, and anyone else who cares about people*. Prentice Hall. 1982;
7. Pines A, Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*. Free press. 1988;
8. URLM IDF. *L'épuisement professionnel des médecins libéraux: témoignages, analyses et perspectives*. 2007.
9. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2013 Mar;63(608):e217-224.
10. Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of compassion fatigue self test. *Measurement of stress, trauma, and adaptation*, 127-130.
11. Heritage B, Rees CS, Hegney DG. The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PloS One*. 2018;13(2):e0193478.
12. Sprang G, Clark JJ, Whitt Woosley A. Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *J Loss Trauma*. 7 mai 2007;12(3):259 - 80.
13. Sodeke-Gregson EA, Holttum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatology [Internet]*. 2013 Dec 30;4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877781/>
14. Temitope KM, Williams MWM. Secondary traumatic stress, burnout and the role of resilience in New Zealand counsellors. *N Z J Couns [Internet]*. 2015. Disponible sur: http://www.nzac.org.nz/journal/1_secondary_traumatic_stress.pdf.

15. Stamm BH. The concise ProQOL manual [Internet]. Pocatello, ID: ProQOL. org; 2010. Disponible sur: http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12_2010.pdf.
16. Nicolas Génin. Objectifs et modalités de pratiques de la supervision en Équipe Mobile de Soins Palliatifs : une enquête quantitative transversale auprès des superviseurs des régions Rhône-Alpes et Auvergne en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2014. ffdumas-01076564f.
17. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud.* 2017 Apr;69:9–24.
18. Hevezi, J.A., 2015. Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *Hosp. Palliat. Nurs.* 15, 99–106.
19. Markwell, P., Polivka, B.J., Morris, K., et al., 2015. Snack and relax1: a strategy to address nurses' professional quality of life. *J. Holist. Nurs.* 34 (1), 80–90.
20. Weidlich, C.P., Ugarriza, D.U., 2015. A pilot study examining the impact of care provider support program on resiliency, coping, and compassion fatigue in military health care providers. *Mil. Med.* 180 (3), 290–295.
21. Kim YA, Park JS. [Development and Application of an Overcoming Compassion Fatigue Program for Emergency Nurses]. *J Korean Acad Nurs.* 2016 Apr;46(2):260–70.
22. Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moisson R, Aoun S, Francis K, et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *J Nurs Manag.* 2014 May;22(4):506–18.
23. Compassion Fatigue, Burnout and Contributory Factors Among Nurses in Latvia. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2011 Jan 1;30:2042–6.
24. La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles; ÉTUDES et RÉSULTATS 1 n° 759 - mai 2011.
25. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WWY, Carson A, Kazanjian A. Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med.* 2013 Feb;27(2):172–8.
26. O'Mahony S, Ziadni M, Hoerger M, Levine S, Baron A, Gerhart J. Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service. *Am J Hosp Palliat Med.* 2018 Feb 1;35(2):343–7.
27. Figley, C.R., 2002. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self-care. *J.Clin. Psychol.* 58 (11), 1433–1441.
28. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013 Jan;63(606):e76–84.
29. Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *J Anxiety Disord.* 2011 Jan;25(1):123–30.

30. M. Alex Wagaman, Jennifer M. Geiger, Clara Shockley, Elizabeth A. Segal, The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers, *Social Work*, Volume 60, Issue 3, July 2015, Pages 201–209, <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>.
31. Ledoux K. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *J Adv Nurs*. 2015 Sep;71(9):2041–50.
32. Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T.F., et al., 2016c. Sympathy, empathy, and compassion: a grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat. Med.*(August (17)).
33. Coetzee SK, Laschinger HKS. Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nurs Health Sci*. 2018 Mar;20(1):4–15.
34. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nurs Health Sci*. 2010 Jun;12(2):235–43.
35. Fernando AT, Consedine NS. Development and initial psychometric properties of the Barriers to Physician Compassion questionnaire. *Postgrad Med J*. 2014 Jul;90(1065):388–95.
36. Geoffrion S, Morselli C, Guay S. Rethinking Compassion Fatigue Through the Lens of Professional Identity: The Case of Child-Protection Workers. *Trauma Violence Abuse*. 2016;17(3):270–83.
37. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. *Curr Biol CB*. 2014 Sep 22;24(18):R875–8.
38. Dudek B, Koniarek J, Szymczak W. [Work-related stress and the Conservation of Resources Theory by Stevan Hobfoll]. *Med Pr*. 2007;58(4):317–25.
39. Decety J. The Neurodevelopment of Empathy in Humans. *Dev Neurosci*. 2010 Dec;32(4):257–67.
40. Gonzalez-Liencre C, Shamay-Tsoory SG, Brüne M. Towards a neuroscience of empathy: ontogeny, phylogeny, brain mechanisms, context and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Sep;37(8):1537–48.
41. Huggard, R. Dixon Tired of caring: the impact of caring on resident doctors *Australas. J. Disaster Trauma Stud.*, 3 (2011), pp. 105-112).
42. El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Isr J Health Policy Res*. 2013;2(1):31.

ANNEXES

Le ProQOL 5 en version française

ÉCHELLE DE QUALITÉ DE VIE PROFESSIONNELLE (ProQOL) Satisfaction par la compassion et usure de la compassion (ProQOL) Version 5 (2009)

[Aider] les autres vous met 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.

1=Jamais 2=Rarement 3=Parfois 4=Souvent 5=Très souvent

1	Je suis heureux.
2	Je suis préoccupé par plus d'une des personnes que j'[aide].
3	Je ressens de la satisfaction à pouvoir [aider] les autres.
4	Je me sens lié à autrui.
5	Je sursaute ou suis surpris par des bruits inattendus.
6	Travailler avec ceux que j'[aide] me donne de l'énergie.
7	Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'[aidant].
8	Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne que j'[aide].
9	Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que j'[aide].
10	Je me sens pris au piège par mon travail d'[aide].
11	En raison de mon travail d'[aide], je me suis senti « sur les nerfs » pour diverses raisons.
12	J'aime mon travail d'[aide].
13	Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'[aide].
14	J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai [aidée].
15	Mes croyances/convictions me soutiennent.
16	Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles d'[aide].
17	Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.
18	Mon travail me procure de la satisfaction.
19	Je me sens épuisé par mon travail d'[aide].
20	J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'[aide] et la façon dont j'ai pu les aider.
21	Je me sens submergé parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable.
22	Je crois que mon travail me permet de faire la différence.
23	J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'[aide].
24	Je suis fier de ce que je peux faire pour [aider].
25	Du fait de mon travail d'[aide], je suis envahi par des pensées effrayantes.
26	Je me sens « coincé » par le système.
27	J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'[aide].
28	Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme.
29	Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui.
30	Je suis heureux d'avoir choisi de faire ce travail.

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. /www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. Ce test peut être copié librement à la condition a) que l'auteur soit cité, b) qu'aucune modification n'y soit apportée, et c) qu'il ne soit pas vendu.

Tableau 5 : Prévalence des soignants à score bas modéré et haut dans les sous-échelles du ProQOL 5, N=131

	Satisfaction de compassion	Burnout	Stress traumatique secondaire
Bas	7 (5,4%)	6 (4,6%)	0 (0%)
Modéré	87 (66,4%)	84 (64,1%)	22 (16,8%)
Haut	37 (28,2%)	41 (31,3%)	109 (83,2%)

Tableau 6 Prévalence des soignants à score bas modéré et haut dans les sous-échelles du ProQOL-21, N=131

	Satisfaction de compassion	Fatigue de compassion
Bas	16 (12,2%)	15 (11,5%)
Modéré	90 (68,7%)	65 (49,6%)
Haut	25 (19,1%)	51 (38,9%)

Tableau 7 prévalence des profils du ProQOL 5

Profils	N	%
Score haut CS Score bas ou modéré BO Score bas ou modéré STS	10	7,6
Score haut BO Score bas ou modéré CS Score bas ou modéré STS	0	0
Score haut STS Score bas CS Score bas STS	0	0
Score haut CS Score haut STS Score bas BO	2	1,5
Score haut BO Score haut STS Score bas CS	6	4,5

Interprétation du ProQOL 5, en version originale:

INTERPRETING INDIVIDUAL SCALES

COMPASSION SATISFACTION

Compassion satisfaction is characterized by feeling satisfied by one's job and from the helping itself. It is characterized by people feeling invigorated by work that they like to do. They feel they can keep up with new technology and protocols. They experience happy thoughts, feel successful, are happy with the work they do, want to continue to do it, and believe they can make a difference.

COMPASSION FATIGUE

Compassion fatigue is characterized by the negative aspects of providing care to those who have experienced extreme or traumatic stressors. These negative responses include feelings of being overwhelmed by the work that are distinguished from feelings of fear associated with the work. Thus, there are two scales for Compassion Fatigue.

BURNOUT

Burnout is the part of Compassion Fatigue that is characterized by feelings of unhappiness, disconnectedness, and insensitivity to the work environment. It can include exhaustion, feelings of being overwhelmed, bogged down, being "out-of-touch" with the person he or she wants to be, while having no sustaining beliefs.

SECONDARY TRAUMATIC STRESS

Secondary Traumatic Stress is an element of compassion fatigue that is characterized by being preoccupied with thoughts of people one has helped. Caregivers report feeling trapped, on edge, exhausted, overwhelmed, and infected by others' trauma. Characteristics include an inability to sleep, sometimes forgetting important things, and an inability to separate one's private life and his or her life as a helper—and experiencing the trauma of someone one helped, even to the extent of avoiding activities to avoid reminders of the trauma. It is important to note that developing problems with secondary traumatic stress is rare but it does happen to many people.

INTERPRETING SCALE SCORES IN COMBINATION

HIGH COMPASSION SATISFACTION, MODERATE TO LOW BURNOUT AND SECONDARY TRAUMATIC STRESS

This is the most positive result. This result represents a person who receives positive reinforcement from their work. They carry no significant concerns about being “bogged down” or inability to be efficacious in their work—either as an individual or within their organization. They do not suffer any noteworthy fears resulting from their work. These persons may benefit from engagement, opportunities for continuing education, and other opportunities to grow in their position. They are likely good influences on their colleagues and their organization. They are probably liked by their patients, who seek out their assistance.

HIGH BURNOUT, MODERATE TO LOW COMPASSION SATISFACTION AND SECONDARY TRAUMATIC STRESS

People who score high on burnout, in any combination with the other scales, are at risk as individuals and may also put their organizations in high-risk situations. Burnout is a feeling of inefficacy. In the work setting, this may be a result of personal or organizational factors. The prototype burnout is associated with high workloads and poor system function. A person may feel as if there is “nothing they can do” to make things better. It is likely they are disengaged from their patients, even though this is not associated with any fear as a result of engagement with their patients. People suffering from burnout often benefit from taking time off. They may also benefit from changing their routine within the organization. Organizations that have many people with burnout should seriously consider their organizational system and the use of their human capital to identify pitfalls in the system and ways to support people in accomplishing business goals and work.

HIGH SECONDARY TRAUMATIC STRESS WITH LOW BURNOUT AND LOW COMPASSION SATISFACTION

People who make these scores are typically overwhelmed by a negative experience at work as characterized by fear. If this fear is related to an event that happened to the person directly, such as having their life endangered as a result of participating in a dangerous rescue, or if they experienced a traumatic event such as sexual violence by a colleague, these are not secondary experiences. These are direct exposures to dangerous events. However, if the person’s fear is related to taking care of others who were directly in harm’s way, this is secondary traumatic stress. These people are likely to benefit from immediate treatment for traumatic stress and, when present, depression.

Because they are neutral in regard to their feelings of inefficacy at work, or feelings of pleasure associated with their work, consider focusing on the fear-related work experiences.

Countering the fear might include changing the case-load mix, the work environment (like assigning work with colleagues whom they trust), or introducing other safety measures.

HIGH SECONDARY TRAUMATIC STRESS AND HIGH COMPASSION SATISFACTION WITH LOW BURNOUT

This combination is typically unique to high-risk situations such as working in areas of war and civil violence. People who score in this range are often highly effective at their work because they feel their work matters. However, they have a private self that is extremely fearful because of their engagement with others. Some fear is accurate and appropriate in high-risk situation. However, high secondary traumatic stress is marked by thoughts, feelings, and memories of others' traumatic experiences mixed with their own experiences. This can be particularly difficult to understand when the experiences of those to whom the person provides help are similar to his or her own. Knowing that others have been traumatized by the same type of situations in which the person finds him or herself has the potential to change the person's interpretation of the event.

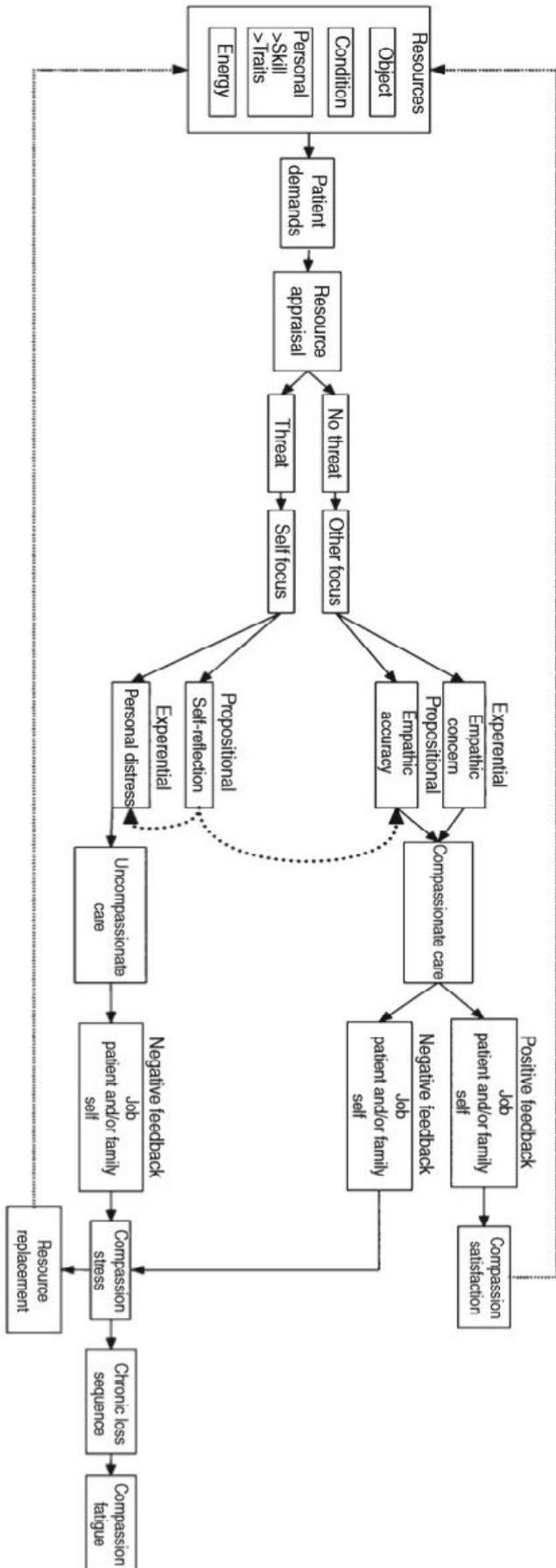
People with scores like this typically benefit from encouragement to build on their feelings of altruism and thoughts that they are contributing to the greater good. Simultaneously, their fears and fear-related symptoms should be addressed. Depression is theoretically unlikely given their high feelings of satisfaction. At times, changes in the work environment coupled with additional supportive supervision may alleviate the PTSD-like symptoms. At other times, therapy or medication or both may be a good alternative.

HIGH SECONDARY TRAUMATIC STRESS AND HIGH BURNOUT WITH LOW COMPASSION SATISFACTION

This combination is seemingly the most distressing. Not only does the person feel overwhelmed and useless in the work setting, they are literally frightened by it. People with this combination of scores are probably helped most by being removed from their current work setting. Assessment for PTSD and depression is important.

Treatment for either or both may have positive outcomes, but a return to an unmodified work situation is unlikely to be fruitful. However, if the person is willing, it may be that he or she can change the efficacy by addressing their own skills and systems (such as additional training) or by working with the organization to identify a reorganized work assignment.

Figure 2 : Compassion Fatigue Model selon Coetzee et Laschinger



The compassion fatigue of caregivers in Palliative Care Units in France

ABSTRACT :

Background : Healthcare providers are a group at high risk of work-related stress. New concepts have emerged to describe psychosocial risks, including compassion fatigue. Very few studies exploring compassion fatigue have been conducted in France.

Objectives : This study aimed to assess the prevalence of, and identify predictor variables for, compassion fatigue and compassion satisfaction of caregivers working in French Palliative Care Units.

Method : We used an online questionnaire which included The Professional Quality of Life Scale (Version 5) and demographics information.

Results : We measured a prevalence of 31.3% of caregivers at risk for compassion fatigue, supervision was associated with a higher risk for compassion fatigue. We measured a prevalence of 28.2% of caregivers with high potential for compassion satisfaction, the organization of a daily multiprofessional meeting was associated with a higher potential for compassion satisfaction. The feeling of fatigue was strongly correlated with the risk of compassion fatigue.

Conclusions : Compassion fatigue is a difficult concept to define, its model is controversial and there is currently no psychometric tool for direct measurement. However, the exhaustion of healthcare providers is worrying; in our sample, one third was at risk for compassion fatigue; and preventive measures remain insufficient.

Keywords : Compassion fatigue, Compassion satisfaction, Work-related stress, Psychosocial risks, Professional Quality of Life Scale, Palliative Care Units.

La fatigue de compassion des soignants en Unités de Soins Palliatifs en France.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent GUION

Thèse soutenue le 11 juin 2019 à Toulouse.

RÉSUMÉ :

Introduction : Les soignants représentent un groupe à haut risque de stress lié au travail. De nouveaux concepts ont émergé pour décrire les risques psychosociaux dont celui de fatigue de compassion. Très peu d'études explorant la fatigue de compassion ont été réalisées en France.

Objectif : Cette étude avait pour objectif de mesurer la prévalence de, - et d'identifier des facteurs associés à - , la fatigue de compassion et la satisfaction de compassion des soignants travaillant en Unités de Soins Palliatifs françaises.

Matériel et méthode : Nous avons utilisé un auto-questionnaire en ligne incluant l'échelle Professional Quality of Life (version 5) et des données démographiques.

Résultats : Nous avons mesuré une prévalence de 31,3% de soignants à risque de fatigue de compassion, ce risque était plus important lorsqu'une supervision était en place. Nous avons mesuré une prévalence de 28,2 % de soignants ayant un haut potentiel de satisfaction de compassion, l'organisation d'une réunion pluriprofessionnelle quotidienne était associée à un plus haut potentiel de satisfaction du soignant. La sensation de fatigue était fortement corrélée au risque de fatigue de compassion.

Conclusion : La fatigue de compassion est un concept difficile à définir, son modèle de développement est sujet à controverse et il n'existe actuellement pas d'outil psychométrique permettant sa mesure directe. Pour autant, l'épuisement des soignants est préoccupant ; un tiers des soignants de notre échantillon est à risque de fatigue de compassion ; et les mesures de prévention restent insuffisantes.

MOTS-CLÉS : Fatigue de compassion, Satisfaction de compassion, Risques Psychosociaux, Professional Quality of Life, Unité de Soins Palliatifs.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de médecine Toulouse-Rangueil, 133, Route de Narbonne 31062 Toulouse