

Université de Montréal

Fatigue de compassion et santé mentale : perceptions des préposés aux bénéficiaires travaillant
auprès des personnes âgées

Par

Charlotte Labrecque

Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
en sciences biomédicales

Avril 2024

© Charlotte Labrecque, 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Université de Montréal
Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Ce mémoire intitulé

**Fatigue de compassion et santé mentale : perceptions des préposés aux bénéficiaires
travaillant auprès des personnes âgées**

Présenté par

Charlotte Labrecque

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Alexandra Lecours

Directrice de recherche

Marie-Josée St-Pierre

Présidente-rapporteuse

Anne-Marie Nader

Membre du jury

Résumé

Plusieurs facteurs sont à risque de fragiliser la santé mentale des préposés aux bénéficiaires [PAB], tel que le phénomène de la fatigue de compassion. Ce mémoire par article présente une étude qui visait à explorer les perceptions des PAB en résidences pour personnes âgées concernant le phénomène de fatigue de compassion en regard de leur santé mentale à l'aide du modèle théorique demandes-contrôle-soutien. En suivant un devis de recherche descriptif-interprétatif, dix entretiens individuels ont été menés auprès de préposés aux bénéficiaires œuvrant auprès des personnes âgées. Une analyse thématique a été menée sur les données collectées afin de faire émerger des facteurs permettant de brosser un portrait du phénomène de fatigue de compassion chez les PAB en regard de leur santé mentale. Sur les dix participants, deux représentaient une minorité ethnique, huit étaient des femmes et la moyenne d'ancienneté était de 9,6 années. Onze facteurs regroupés en cinq catégories ont émergé. Nous avons retrouvé une faible présence de fatigue de compassion chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées et la santé mentale de ces travailleurs serait meilleure que ce qui est rapporté dans les écrits scientifiques. Nous recommandons l'utilisation de formations ou d'ateliers sur la fatigue de compassion afin d'informer les employés et les employeurs, ainsi que l'augmentation du nombre de rencontres d'équipe et de supervision et consultation de réflexions. Pour les recherches futures, il serait intéressant d'examiner l'aspect relationnel du travail et les contextes de travail des PAB autres que dans les résidences pour personnes âgées.

Mots-clés : Psychologie, Travail, Analyse thématique, Préposés aux bénéficiaires, Résidences pour personnes âgées.

Abstract

Several factors are at risk of weakening the mental health of beneficiary attendants, such as the phenomenon of compassion fatigue. This dissertation by article presents a study which aimed to explore the perceptions of beneficiary attendants in residences for the elderly concerning the phenomenon of compassion fatigue regarding their mental health using the theoretical demands-control-support model. Following a descriptive-interpretative research design, ten individual interviews were conducted with beneficiary attendants working with elderly people. A thematic analysis was carried out on the data collected in order to bring out factors allowing us to paint a portrait of the phenomenon of compassion fatigue among beneficiary attendants regarding their mental health. Of the ten participants, two represented an ethnic minority, eight were women and the average length of service was 9.6 years. Eleven significant factors grouped into five categories emerged. We found a low presence of compassion fatigue among PABs working with the elderly and the mental health of these workers would be better than what is reported in the literature. We recommend the use of training or workshops on compassion fatigue to inform employees and employers, as well as increasing the number of team meetings and supervision and consultation of reflections. For future research, it would be interesting to investigate the relational aspect of work and the work contexts of beneficiary attendants other than in residences for the elderly.

Keywords: Psychology, Mental health, Compassion fatigue, Beneficiary attendants, Residences for the elderly.

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	iv
Table des matières	vi
Liste des tableaux	x
Liste des sigles et abréviations	xii
Remerciements	xiv
Introduction	16
Chapitre 1 – État des connaissances.....	18
1.1 Portrait du métier de PAB travaillant auprès des personnes âgées au Québec	19
1.2 Portrait de la santé mentale des PAB travaillant auprès des personnes âgées	20
1.2.1 Faible latitude décisionnelle.....	21
1.2.2 Position hiérarchique désavantageuse.....	21
1.2.3 Forte demande émotionnelle.....	22
1.2.4 Surcharge de travail	22
1.2.5 Exposition à de la violence	23
1.2.6 Manque de soutien social.....	24
1.3 Le risque de fatigue de compassion chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées	25
Chapitre 2 – Cadre théorique	27
2.1 La santé mentale au travail	28
2.2 La fatigue de compassion	29
2.2.1 Définition de la fatigue de compassion.....	29
2.2.2 Effets de la fatigue de compassion.....	31
2.2.3 Facteurs de risque de la fatigue de compassion	31
2.3 Différents modèles d’explication de la santé mentale au travail	32
2.3.1 Modèle de la psychodynamique du travail	32
2.3.2 Modèle du déséquilibre effort-récompense.....	33
2.3.3 Modèle de l’équilibre demande-contrôle-soutien	34
2.3.4 Choix d’un modèle théorique.....	35

Chapitre 3 – Problématique.....	36
3.1 Pertinence de l'étude	37
3.2 Objectif	37
Chapitre 4 – Méthodologie.....	38
4.1 Devis	39
4.2 Participants	39
4.3 Procédure	40
4.4 Analyses.....	41
4.5 Critères de scientificité	42
4.6 Considérations éthiques.....	43
Chapitre 5 – Résultats	45
Fatigue de compassion et santé mentale : perceptions des préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées.....	47
RÉSUMÉ.....	48
ABSTRACT	49
État des connaissances.....	50
La santé mentale	50
Facteurs d'influence sur la santé mentale des PAB	50
La fatigue de compassion.....	51
La fatigue de compassion chez les PAB	51
Objectif.....	51
Cadre théorique.....	51
Méthode.....	52
Devis	52
Participants	52
Procédure	52
Analyse des données.....	53
Considérations éthiques	53
Résultats	53
<i>Facteurs de risque de développer de la fatigue de compassion</i>	<i>55</i>
<i>Facteur de protection contre la fatigue de compassion</i>	<i>56</i>

<i>Effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale</i>	56
<i>Facteurs de protection contre l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale</i>	57
<i>Facteurs qui font fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale</i>	58
Discussion	60
Réellement peu de fatigue de compassion chez les PAB ?	60
Un niveau de santé mentale inattendu chez les PAB	61
Bonnes pratiques à développer	62
Forces et limites de l'étude	63
Conclusion	63
Références	64
Chapitre 6 – Discussion	70
6.1 Portrait de la fatigue de compassion chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées	71
6.2 Portrait de la santé mentale des PAB travaillant auprès des personnes âgées	74
6.3 Bonnes pratiques à développer	76
6.4 Pistes de recherches futures	78
6.5 Forces et limites de l'étude	78
Chapitre 7 – Conclusion	81
Annexes	98
Annexe 1 – Formulaire d'informations et de consentement	99
Annexe 2 – Questionnaire sociodémographique	104
Annexe 3 – Guide d'entretien	107

Liste des tableaux

Tableau 1. Informations sociodémographiques.....	54
Tableau 2. Les niveaux de demandes, de contrôle, de soutien perçu et perception de l'état de santé mentale	54

Liste des sigles et abréviations

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CNESST : Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail

CSN : Confédération des syndicats nationaux

FSSS : Fédération de la santé et des services sociaux

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAB : Préposés aux bénéficiaires

PDT : Psychodynamique du travail

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche, Alexandra Lecours, erg, PhD qui a accepté de me superviser il y a de cela trois ans. J'ai beaucoup apprécié ton aide et ton soutien lors des moments plus difficiles. Ton souci pour ma réussite et mon bien-être ont été grandement aidants au travers des diverses embûches de mon parcours. Ta discipline, ton souci du détail et ta rigueur ont été des sources d'inspiration pour moi.

J'aimerais aussi remercier mes collègues de la Chaire UQTR sur la santé des travailleurs/travailleuses vieillissants/es qui ont été d'une grande aide et d'un soutien incomparable au travers de mon cheminement. Le sentiment de fraternité et d'entraide m'a grandement soutenu au travers des trois dernières années.

Je tiens aussi à remercier mon comité de parrainage, assuré par Mme Marie-Michèle Lord, Ph.D.,erg. pour le temps, le soutien et les conseils qui m'ont été donnés.

Merci à l'ensemble de l'équipe du Département d'anatomie de l'UQTR, spécialement Pr. Hugues Leblond et Mme Madeleine Gras pour leur efficacité à rapidement soutenir les étudiants dans la formation en sciences biomédicales.

J'aimerais remercier la Chaire UQTR sur la santé des travailleurs/travailleuses vieillissants/es et le Centre Interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale pour le soutien financier et les opportunités de développement de mes compétences.

Merci à la Fondation de l'UQTR d'avoir supporté mes études. J'aimerais également remercier les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer ce mémoire.

Enfin, j'aimerais remercier ma famille, particulièrement ma mère, qui a été d'un soutien indescriptible au travers des hauts et des bas des trois dernières années. Merci de croire en moi.

Introduction

Au Québec, de 2016 à 2021, le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus a augmenté de 12 % et, selon les projections démographiques, ce taux triplerait d'ici 2050 (Statistique Canada, 2022). De ce nombre d'individus, plus du quart vivent dans des résidences pour personnes âgées (Statistique Canada, 2022). Conséquemment, le nombre de résidences pour personnes âgées et le personnel nécessaire au fonctionnement de ces établissements augmenteront également au cours des prochaines années. Au Québec, 44 979 personnes étaient employées comme préposés aux bénéficiaires [PAB] en 2022 (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2022), ce qui signifie une augmentation de presque 27 % par rapport aux statistiques de 2007 (Grenier, 2008). Le vieillissement de la population continuera d'agrandir le besoin de PAB travaillant auprès des personnes âgées au Québec dans les prochaines décennies. Cependant, les gestionnaires des résidences pour personnes âgées sont actuellement aux prises avec des enjeux d'attraction et de rétention de personnel, ce qui peut être notamment dû à la fatigue physique et mentale des travailleurs (Aubry, 2017; Laurence-Ruel, 2019; MSSS, 2010). De plus, les conditions de travail des PAB accentuent le risque de symptômes liés à des problématiques sur le plan de la santé mentale. Selon une enquête du MSSS (2014), les problèmes de santé mentale représentent près de la moitié des coûts associés aux réclamations en assurance salaire chez les travailleurs du réseau de la santé. Pour arriver à combler le besoin grandissant de PAB travaillant auprès des personnes âgées au Québec, il est donc important d'investiguer sur les causes de cette fragilité de la santé mentale des PAB dans le but de favoriser une santé mentale positive et une meilleure rétention de ce personnel de soins. Parmi les facteurs contribuant à cette précarité sur le plan de la santé mentale, le phénomène de fatigue de compassion a attiré notre attention, puisque l'occurrence de celui-ci est très compatible avec le milieu de travail des PAB travaillant auprès des personnes âgées. Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a abordé le phénomène de fatigue de compassion dans le milieu de travail des PAB. Ainsi, le but du présent mémoire était d'explorer les perceptions des PAB en résidences pour personnes âgées afin de décrire le portrait du phénomène de fatigue de compassion chez ce corps de métier en regard à sa santé mentale. Le chapitre 1 présente l'état des connaissances au sujet de la situation de PAB travaillant auprès des personnes âgées au Québec, de leur santé mentale et du lien avec le phénomène de fatigue de compassion. Le chapitre 2 évoque le cadre théorique utilisé pour réaliser la présente étude. La problématique menant à la réalisation de

notre étude incluant la pertinence, la question de recherche et les objectifs, est présentée au chapitre 3. Au chapitre 4, la méthodologie employée pour réaliser l'étude est expliquée, alors que le chapitre 5 présente les résultats de l'étude sous la forme d'un article scientifique. Enfin, le chapitre 6 offre une discussion permettant d'expliquer davantage les résultats précédemment obtenus.

Chapitre 1 – État des connaissances

1.1 Portrait du métier de PAB travaillant auprès des personnes âgées au Québec

En 2019, près de 71 % des employés des établissements de soins pour personnes âgées étaient des PAB (Statistique Canada, 2019). Plus de la moitié (82 %) sont des femmes (MSSS, 2020). D'ailleurs, la proportion d'hommes effectuant ce métier diminuerait au fil du temps (Grenier, 2008). Le métier de PAB est constitué d'une population vieillissante, alors que l'âge moyen des PAB est de 42 ans (Grenier, 2008). Parmi les individus pratiquant cette profession au Québec, 26,1 % se trouvent en situation d'immigration, alors que cette proportion atteindrait seulement 14,7 % pour tous les autres métiers dans la province (Turcotte et Savage, 2020).

Pour devenir PAB, une formation générale d'environ huit mois mène à l'obtention d'un diplôme d'études professionnelles (Aubry, 2012b; Grenier, 2008). Ce diplôme n'est cependant pas obligatoire pour pratiquer le métier de PAB, puisqu'il n'est pas reconnu par un ordre professionnel ou une corporation de métier (Aubry, 2016; Aubry et Feillou, 2019).

La culture de gestion dans les résidences pour personnes âgées est qualifiée de *top down*, ce qui implique que ce sont les gestionnaires qui prennent les décisions et que les membres du personnel de soins, comme les PAB, y participent peu (Kelly et McSweeney, 2009).

Dans les centres d'hébergement de soins de longue durée [CHSLD], les PAB composent la majorité de la main-d'œuvre (Aubry et Lemay, 2021) et ce sont eux qui dispensent 80 à 90 % des soins aux patients (Caspar et al., 2009). Leur rôle premier est d'assister des patients en perte d'autonomie physique et/ou cognitive (Lavoie et al., 2005). Les soins portés par les PAB aux patients visent à offrir une aide aux tâches quotidiennes des patients, tels que les aider à se laver, à s'habiller et à manger (Aubry et Couturier, 2012; Boivin, 2014). Cagnet (2002) identifie trois types de tâches réalisées par les PAB. D'abord, ces tâches comprennent les soins et les services directs portés aux patients (p. ex. soins physiques et soins psychosociologiques). Ensuite, les PAB doivent réaliser des tâches reliées à l'environnement du patient, tel que de l'entretien ménager. Finalement, des tâches administratives font également partie de leur mandat (p. ex. transmission des informations de l'état de santé et gestion de la tâche de travail).

1.2 Portrait de la santé mentale des PAB travaillant auprès des personnes âgées

La profession de PAB est reconnue pour être particulièrement susceptible aux problématiques en termes de santé et de sécurité au travail (Aubry, 2012a), alors que ce métier détient un des plus hauts taux de lésions professionnelles¹ au Québec (Legault et Dionne-Proulx, 2003). Les PAB représentent le groupe de travailleurs pour lequel le plus d'accidents du travail indemnisés par la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail [CNESST] sont rapportés (Bédard et Bélanger, 2015). Il s'agit également de la population pour laquelle il est retrouvé le plus haut taux d'absence au travail et de troubles musculosquelettiques (MSSS, 2010). De plus, parmi les atteintes possibles à la santé dont les PAB sont à risque, les problèmes de santé mentale sont très probables. Au Québec, les soins de santé et services sociaux représentent le secteur d'activité économique avec la plus grande prévalence de symptômes dépressifs liés au travail. Selon un sondage de la Fédération de la santé et des services sociaux [FSSS] et la Confédération des syndicats nationaux [CSN] effectué en 2019 auprès de PAB, 80 % des répondants sont à risque de s'absenter pour tout type de problème de santé, alors que ce sont 84 % des participants qui sont à risque de développer un trouble de santé mentale. Selon une enquête du MSSS (2014), les problèmes de santé mentale représentent près de la moitié des coûts associés aux réclamations en assurance salaire chez les travailleurs du réseau de la santé. De plus, la profession de PAB comprend le plus bas taux de rétention de personnel, ce qui peut être en raison de l'intensification de la charge de travail, de la fatigue physique et mentale des travailleurs et des injustices salariales (Aubry, 2017; Laurence-Ruel, 2019; MSSS, 2010). Les PAB en situation d'immigration seraient d'ailleurs plus à risque de quitter leur emploi (Dubois et al., 2022). Les écrits scientifiques font état de nombreux facteurs psychosociaux pouvant expliquer les causes de cette vulnérabilité sur le plan de la santé mentale, comme la faible latitude décisionnelle, la position hiérarchique désavantageuse, la forte demande émotionnelle, la surcharge de travail, l'exposition à de la violence et le manque de soutien social. Ces facteurs seront discutés en regard de leurs associations avec la santé mentale.

¹ Une lésion professionnelle se définit comme une « blessure (par exemple, jambe cassée) ou maladie (par exemple, dépression) qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident de travail; d'une maladie professionnelle; d'une récurrence, d'une rechute ou d'une aggravation d'une lésion professionnelle; des soins qu'un travailleur reçoit pour une lésion professionnelle ou de l'omission de ces soins; d'une activité prescrite au travailleur dans le cadre des traitements médicaux qu'il reçoit pour une lésion professionnelle ou lors de son plan individualisé de réadaptation.» (Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail, s.d.)

1.2.1 Faible latitude décisionnelle

Les PAB doivent faire face à une faible latitude décisionnelle dans la réalisation de leur emploi, ce qui les empêche d'adapter les tâches en fonction des besoins des patients, malgré la proximité qu'ils ont avec ceux-ci (Bourassa, 2015; Dubois et al., 2022). Par exemple, dans le cas où un patient désire marcher par lui-même, mais que cela est proscrit dans le plan d'intervention lui étant dédié, les PAB n'ont pas la latitude décisionnelle pour prendre la décision de subvenir à ses demandes, ce qui les positionne dans un dilemme moral (Bourassa, 2015). Les PAB occupent donc un rôle de spectateur en étant les plus près des patients, mais sans la possibilité d'émettre leurs opinions sur les façons de faire (Bourassa, 2015). Les tâches assurées par les PAB sont de faible technicité (c.-à-d. ne demandant pas beaucoup d'aptitudes professionnelles), puisque dans les résidences pour personnes âgées, l'aspect technique des tâches est associé à la possession d'un diplôme d'études supérieures, ce dont les PAB ne disposent pas pour effectuer leur métier (Aubry, 2012a). Ils sont considérés comme du personnel d'exécution (Aubry et Lemay, 2021). Des écrits rapportent que les PAB sont peu écoutés et considérés et parfois même méprisés par leurs collègues détenant un plus haut niveau de scolarité, ce qui leur laisse moins d'opportunités de participer aux décisions prises (Tremblay, 2017). Les PAB qui rapportent avoir une certaine latitude décisionnelle quant à la priorisation des tâches ressentiraient moins de stress (Jauvin et Allaire, 2015). En plus d'être considéré comme un important facteur de risque pour la santé des individus (FSSS et CSN, 2019), ce manque de latitude décisionnelle réduirait l'efficacité des formations sur la prévention des blessures (Faye, 2013). Cette faible latitude décisionnelle serait associée à une diminution de la santé mentale et à l'épuisement professionnel (Huang et al., 2012).

1.2.2 Position hiérarchique désavantageuse

Dans les résidences pour personnes âgées, il existe une hiérarchie très forte qui place les PAB en position défavorable (Belzile et al., 2014; Jauvin, 2019). Cette faible position hiérarchique place le travail des PAB comme un métier subalterne, même si ce même travail compose plus de la moitié des soins offerts dans les résidences pour personnes âgées (Aubry et al., 2020). Cela a pour effet de restreindre les tâches des PAB à de l'exécution technique, ce qui les éloigne de plus grandes aspirations professionnelles (Belzile et al., 2014). Les PAB sentent qu'ils sont surveillés, car ils ne font pas partie des professionnels soignants, comme les infirmières et les infirmières

auxiliaires (Jauvin et Allaire, 2015). Malgré le grand nombre d'individus pratiquant ce métier, les PAB exercent peu d'influence sur l'organisation en raison de leur faible position hiérarchique. Les PAB témoignent de cette invisibilité comme étant associée à l'idée réductrice que les autres professionnels se font de leur métier (Jauvin et Allaire, 2015). D'ailleurs, les PAB n'ont pas accès aux dossiers des usagers et aux notes des autres intervenants, ce qui illustre leur position hiérarchique défavorable (Myrand, 2021). La qualité de leurs pratiques et leurs compétences sont fréquemment remises en question par les professionnels de la santé en raison de leur faible niveau de scolarité, ce qui témoigne encore une fois de cette position hiérarchique désavantageuse (Aubry et al., 2011). De plus, ils sont parfois perçus comme non professionnels, puisqu'ils seraient trop affectifs ou familiers avec les patients (Modak, 2015). Cette position hiérarchique défavorable occasionne également un sentiment de solitude chez les PAB (Bourassa, 2015), qui peut être néfaste pour leur santé mentale.

1.2.3 Forte demande émotionnelle

Comme le métier de PAB demande un investissement affectif, une charge émotive y est associée (Tremblay, 2017). Les PAB rapportent que cette charge affective les suit en dehors des heures du travail, alors qu'ils se surprennent à penser aux patients et à parler d'eux, même lorsqu'ils ne sont pas au travail (Myrand, 2021). En raison de l'exposition continue à la souffrance et à la mort des patients, le métier de PAB est reconnu comme étant un travail émotionnellement exigeant (Bourbonnais et al., 2005; Dubois et al., 2022; Jauvin et Allaire, 2015). D'ailleurs, selon un sondage auprès des PAB, ce sont 95 % des répondants qui considèrent leur métier comme étant émotionnellement exigeant (FSSS et CSN, 2019). Les PAB témoignant d'une plus forte demande émotionnelle seraient plus à risque de quitter leur emploi (Dubois et al., 2022). De plus, cela occasionne de nombreuses répercussions immédiates sur la santé mentale des PAB, telles qu'une tristesse envahissante, une difficulté à ne pas penser au travail en dehors des heures de travail, une difficulté à faire les tâches personnelles à la maison, une fatigue accumulée et du stress (Jauvin et Allaire, 2015).

1.2.4 Surcharge de travail

Dans une étude de Bourbonnais et al. (2005), la charge de travail élevée était perçue comme une des contraintes psychosociales les plus importantes dans les résidences pour personnes âgées.

Cela s'expliquerait par l'alourdissement des besoins des résidents et le manque de personnel (Aubry et Feillou, 2019). Cette pénurie de PAB s'expliquerait par les conditions salariales désavantageuses et le faible ratio entre les PAB et les résidents (Aubry, 2018, 26 février). En effet, les PAB doivent faire face à une charge de travail si élevée qu'ils ont parfois l'impression de manquer de temps pour réaliser leurs tâches adéquatement (Bourassa, 2015; Gillespie et Melby, 2003). Afin de s'assurer de la qualité des relations avec les résidents, la charge de travail des PAB se voit alourdie afin d'assurer la qualité de ces relations. Néanmoins, cette qualité dans les relations avec les résidents s'avère bénéfique pour ces derniers, car elle serait reliée au bien-être des patients selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS] (David, 2018). De plus, selon un sondage effectué auprès de PAB en 2019, c'est 42 % qui ont dû faire des heures supplémentaires obligatoires (FSSS et CSN, 2019). Selon ce même sondage, 78 % des répondants attestent qu'ils ont le sentiment qu'ils n'ont pas su répondre aux besoins des patients (FSSS et CSN, 2019). Il est important de noter que ces statistiques datent de la période précédant l'arrivée de la pandémie liée à la COVID-19. En effet, la pandémie liée à la COVID-19 a exacerbé les difficultés déjà existantes dans le milieu de travail des PAB (p.ex. le haut taux de roulement de personnel, difficulté de rétention du personnel, fragilisation de la santé au travail, etc.) (Aubry, 2021). La surcharge de travail augmenterait le degré de dangerosité pour les patients et les PAB (Aubry et Feillou, 2019). En plus d'engendrer des sentiments d'insatisfaction, les conséquences négatives de la surcharge de travail sur la santé mentale des PAB sont nombreuses (p. ex. sentiment de culpabilité, fatigue mentale, stress; FSSS et CSN, 2019).

1.2.5 Exposition à de la violence

En raison de la forte prévalence des troubles de santé mentale ou cognitive chez les patients en résidences pour personnes âgées, un grand nombre d'entre eux développent des comportements violents ou dénigrants envers les membres du personnel (Raizenne, 2013). Les PAB doivent souvent faire face à des situations de crise impliquant des formes de violence physique ou verbale (Jauvin et Allaire, 2015). Ce sont d'ailleurs les plus exposés aux symptômes comportementaux, puisqu'ils effectuent des tâches qui pénètrent l'espace personnel et l'intimité du patient (Gagnon et Marcotte, 2023; Isaksson et al., 2011; Lebel-Lehoux et al., 2011). Les PAB immigrants sont particulièrement touchés par ce phénomène de violence, alors que plusieurs patients sont méfiants envers eux en raison de leurs différences (Allaire, 2018). Selon un sondage auprès des PAB, c'est

97 % d'entre eux qui ont été exposés à de la violence au travail (FSSS et CSN, 2019). En plus de nuire à la qualité des tâches assurées par les PAB et d'occasionner de la détresse psychologique, cette violence peut occasionner des conséquences négatives chez les PAB sur les plans psychologique (p. ex. anxiété, isolement, dépression, solitude, stress, etc.), physique (p. ex. marques, contusions, etc.) et émotionnel (p. ex. haine, frustration, etc.) (Angers et Vézina, 2018; Åström et al., 2004; Chappell et Di Martino, 2006; Isaksson et al., 2008; Lanctôt et Guay, 2014).

1.2.6 Manque de soutien social

Une des grandes difficultés soulevées chez les PAB a trait au collectif de travail. En effet, plusieurs études effectuées auprès de PAB rapportent une faible cohésion (Jauvin, 2019) et une division au sein des équipes de travail (Jauvin et Allaire, 2015). Cela peut être expliqué par la charge de travail élevée qui réduit les chances d'entraide entre les employés et la constante adaptation des équipes de travail en raison du haut taux de roulement (Bourassa, 2015; FSSS et CSN, 2019). Les tensions existantes entre les PAB et les autres professionnels énumérées précédemment peuvent aussi jouer un rôle dans la faiblesse du collectif de travail (Jauvin et Allaire, 2015). De ce fait, le soutien social offert aux PAB est moindre, particulièrement pour les PAB immigrants. En effet, les personnes immigrantes sont souvent victimes d'exclusion au sein de l'équipe en raison des préjugés et de la barrière de la langue qui se traduit par des comportements discriminatoires (Allaire, 2018; Jauvin et Allaire, 2015). Dans un sondage mené auprès des PAB, le faible soutien social constituait la contrainte la plus importante dans le cadre de leur travail (Bourbonnais et al., 2005). Certains PAB expriment vivre de la solitude en raison d'un faible soutien de la part de leurs supérieurs et de leurs pairs (Raizenne, 2013). D'ailleurs, selon l'étude de Dubois et al. (2022), les PAB témoignant d'un plus faible niveau de soutien social de la part de leur supérieur présenteraient davantage d'intention de quitter leur emploi. Or, plusieurs études affirment que le soutien social agit comme un facteur de protection (FSSS et CSN, 2019) et il est associé positivement au bien-être et négativement la détresse émotionnelle (Van der Heijden et al., 2017).

1.3 Le risque de fatigue de compassion chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées

La fatigue de compassion est particulièrement retrouvée chez certaines populations de travailleurs, telles que les infirmières et les autres professions de soins (Joinson, 1992). Chez le personnel aidant, l'exposition à des maladies physiques ou mentales et la pression grandissante de la part des organisations pour réduire les coûts en termes de personnel peut contribuer au développement de la fatigue de compassion (Leon et al., 1999). Bien que de nombreuses professions soient à risque de vivre de la fatigue de compassion, les personnes travaillant auprès d'une population âgée sont encore plus susceptibles de la développer (Leon et al., 1999). Leur santé mentale étant déjà mise en péril par plusieurs facteurs liés à l'organisation des résidences pour personnes âgées et aux tâches qui leur sont confiées, les PAB constituent un groupe particulièrement vulnérable à la fatigue de compassion en raison de leur exposition à la souffrance des personnes âgées et de leur désir de l'atténuer (Figley, 1995). En effet, les PAB sont considérés comme étant les travailleurs avec la plus grande proximité avec les patients (Anderson et al., 2005; Voyer et al., 2020). En étant si proches avec les patients, les PAB sont témoins de leurs peines, leurs joies et leurs besoins (Boivin, 2014), ce qui pourrait expliquer pourquoi les PAB sont autant attachés aux patients dont ils s'occupent et pourquoi ces relations les suivent à l'extérieur du travail (Myrand, 2021; Raizenne, 2013). Cela les prédispose à la fatigue de compassion, puisqu'il semblerait que plus le travailleur est en mesure de développer des relations avec un patient, plus il est à risque de développer de la fatigue de compassion (Figley, 1999). L'état actuel des connaissances offre peu d'information sur la fatigue de compassion des PAB et son influence sur leur santé mentale.

Chapitre 2 – Cadre théorique

Dans cette section, les concepts mobilisés dans notre étude, soit la fatigue de compassion et la santé mentale au travail, sont d'abord discutés. Subséquemment, les modèles théoriques considérés, incluant celui qui a été choisi pour mener l'étude, seront présentés.

2.1 La santé mentale au travail

Antérieurement, la santé mentale était définie seulement par l'absence de trouble de santé mentale, ce qui signifie – de façon simpliste - qu'une personne possédait une bonne santé mentale lorsqu'elle ne présentait aucune maladie ou trouble mental (Jahoda, 1958). Cette définition ne prend pas en compte toute la complexité du concept de santé mentale et elle a été actualisée au début des années 2000 de façon à intégrer une dimension positive suggérant que sa définition irait au-delà de l'absence de trouble de santé mentale (Keyes, 2002). L'étude longitudinale MIDUS poursuivie de 1995 à 2005 aux États-Unis a fait émerger trois constats appuyant cette nouvelle conceptualisation : « 1) l'absence de troubles mentaux n'implique pas la présence de santé mentale ; 2) la présence de troubles mentaux ne signifie pas nécessairement l'absence de santé mentale ; 3) tout état inférieur à une santé mentale optimale est associé à un niveau de fonctionnement réduit, que la personne souffre ou non de troubles mentaux » (Keyes, 2005). Cette définition holistique a été corroborée par l'Organisation mondiale de la santé [OMS], qui propose que la santé mentale corresponde à « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons » (OMS, 2004). Puisque le travail représente une source de stress, de réalisation, d'apprentissage et de contribution à la communauté, il peut influencer la santé des personnes. Des auteurs ont d'ailleurs suggéré une relation entre le travail et la santé mentale (Derriennic et Vézina, 2001). Par exemple, Bauer et al. (2014) rapportent que plusieurs facteurs liés au travail peuvent occasionner une altération des perceptions, des cognitions et des émotions, toutes des composantes ayant une importance dans l'équilibre de la santé mentale. L'OMS appuie cette idée en nommant qu'une expérience de travail négative (p.ex. conditions de travail difficiles ou relations de travail hasardeuses) peut altérer l'état de santé mentale des travailleurs ou exacerber certains troubles de santé mentale déjà existants (Organization, 2022). En effet, plusieurs facteurs liés au travail peuvent engendrer différentes formes de stress chez le travailleur et ainsi affecter

leur santé (Van Bogaert et al., 2013). La fatigue de compassion est une réponse à une certaine forme de stress vécu au travail, qui peut engendrer diverses atteintes sur la santé (Sinclair et al., 2017).

2.2 La fatigue de compassion

2.2.1 Définition de la fatigue de compassion

Au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2010) a identifié la fatigue de compassion comme un défi significatif pour la profession d'infirmière. La fatigue de compassion est un concept qui a d'abord été formulé et étudié par Joinson (1992) dans le milieu infirmier. Cette autrice a défini la fatigue de compassion comme « a unique form of burnout that affects people in caregiving professions » (Joinson, 1992, p.116). Ce concept a ensuite été repris par Figley (1995) qui le décrit alors comme « a state of exhaustion and dysfunction, biologically, physiologically and emotionally, as a result of prolonged exposure to compassion stress and the direct result of empathy and exposure » (Figley, 1999, p.34). De façon plus générale, il est qualifié comme « the cost of caring » (Figley, 1995). Coetzee et Klopper (2010) ont, quant à eux, proposé que la fatigue de compassion se définît par « the final result of a progressive and cumulative process that evolves from compassion stress after a period of unrelieved compassion discomfort, which is caused by prolonged, continuous, and intense contact with patients, the use of self, and exposure to stress » (Coetzee et Klopper, 2010, p. 239). Peters (2018) a proposé que la fatigue de compassion se définît par un état d'épuisement holistique manifesté par des symptômes physiques, émotionnels et spirituels résultant de la combinaison de la compassion, d'une exposition élevée au stress, d'une exposition chronique à la souffrance de quelqu'un d'autre et d'une utilisation professionnelle élevée de soi en l'absence de limites et de mesures pour prendre soin de soi. C'est sur la base de cette définition opérationnelle que se basera notre étude, puisqu'il s'agit de la plus complète et récente définition de la fatigue de compassion. Malgré plusieurs décennies d'études au sujet du concept de fatigue de compassion, il n'existe pas encore de consensus général sur la définition de ce concept (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2010).

Dans certains écrits scientifiques, le concept de fatigue de compassion est considéré comme étant différent des concepts de stress traumatique secondaire et de traumatisme vicariant (C. Arnold, 2020; Meadors et al., 2010; Najjar et al., 2009). Dans d'autres écrits scientifiques, bien qu'il existe quelques nuances entre elles, les trois expressions suivantes sont considérées comme

étant des synonymes : la fatigue de compassion, le stress traumatique secondaire et le traumatisme vicariant (Bourassa, 2009; C. Arnold, 2020; Stamm, 2010). Dans le contexte des professions d'aide, le terme fatigue de compassion est préféré à celui de stress traumatique secondaire et de traumatisme vicariant, ce qui justifie l'emploi de ce terme dans la présente étude (Ivicic et Motta, 2017; Jenkins et Baird, 2002; Peters, 2018). D'ailleurs, Figley lui-même a déclaré utiliser le terme de fatigue de compassion afin de déstigmatiser le stress traumatique secondaire (Figley, 1995). Bien que ce concept s'apparente beaucoup à d'autres atteintes à la santé mentale, tels que l'épuisement professionnel ou le trouble stress post-traumatique, quelques différences existent entre eux. La fatigue de compassion est associée à la relation entre un individu souffrant et un travailleur ainsi que l'habileté de ce dernier à supporter cette souffrance (Todaro-Franceschi, 2019). De son côté, l'épuisement professionnel est lié à la qualité de la vie au travail de façon générale (Todaro-Franceschi, 2019). De plus, contrairement à l'épuisement professionnel qui se développe graduellement au fil du temps, la fatigue de compassion se développerait rapidement et sans préavis (Figley, 1995). Selon Valent (2002), la fatigue de compassion se développerait lorsque le soignant n'arrive pas à protéger ou sauver un individu, ce qui entraînerait la survenue de culpabilité et de détresse, alors que l'épuisement professionnel résulterait de la frustration et de la perte de contrôle associée à l'échec d'un objectif. De plus, la fatigue de compassion est différente du trouble de stress post-traumatique, puisque l'individu touché est en contact avec la personne vivant la souffrance ou l'événement traumatique, plutôt que de les vivre soi-même (Sabo, 2006). Un concept apparenté à celui de la fatigue de compassion est celui de satisfaction de compassion, qui est défini comme « the pleasure, purpose and gratification received by professional caregivers through their contributions to the well-being of patients and their families » (Sacco et Copel, 2018, p.78). Dans les soins infirmiers, la satisfaction de compassion mène à plusieurs conséquences positives, telles qu'une augmentation de la performance, de l'engagement et de la cohésion d'équipe, ainsi qu'une protection contre la fatigue de compassion via le maintien de la capacité empathique et des mécanismes d'adaptation (Sacco et Copel, 2018). La satisfaction de compassion s'avèrerait également capable d'atténuer l'épuisement professionnel, pouvant, entre autres, être provoquée par la fatigue de compassion (Yu et Gui, 2021). D'ailleurs, selon l'étude de Weintraub et al. (2020), la satisfaction de compassion et la fatigue de compassion sont considérés comme les meilleurs prédicteurs de l'épuisement professionnel.

2.2.2 Effets de la fatigue de compassion

La fatigue de compassion a de nombreux effets sur la santé mentale du travailleur ainsi que sur les soins qu'il porte à ses patients. D'abord, la fatigue de compassion entraînerait l'apparition de symptômes d'intrusion reliés à la source de souffrance, tels que des pensées intrusives, ainsi que l'évitement de ces rappels de la souffrance (Figley, 1995). Ces symptômes peuvent engendrer des sentiments parallèles de peur, de détachement et des troubles du sommeil (Figley, 1995; Stebnicki, 2007; Wee et Myers, 2002). La fatigue de compassion peut également provoquer une excitation émotionnelle négative perceptible par une humeur déprimée, du cynisme et de l'anxiété (Figley, 2002a; Jenkins et Warren, 2012; Joinson, 1992; Tehrani, 2007; Wee et Myers, 2002). En plus de réduire la capacité ou l'intérêt à supporter la souffrance des autres, la fatigue de compassion peut entraîner une diminution de l'empathie du travailleur envers ses patients (Figley, 2002a; Jenkins et Warren, 2012). La fatigue de compassion affecterait ainsi la qualité des soins portés aux patients, ainsi que la santé mentale du travailleur (Berger et al., 2015). De plus, la fatigue de compassion peut occasionner une baisse de productivité et de la satisfaction au travail, de même qu'une augmentation du roulement du personnel et des jours de maladie (Pfifferling et Gilley, 2000; Schorch et al., 2021). En raison de la fatigue de compassion, les travailleurs peuvent également développer des actions visant à empêcher le développement de relations avec les patients ou les membres de la famille (Coetzee et Klopper, 2010).

2.2.3 Facteurs de risque de la fatigue de compassion

De nombreux facteurs contribuent au développement de la fatigue de compassion, autant sur le plan individuel qu'environnemental

Il semblerait que la femme soit plus à risque de développer de la fatigue de compassion que l'homme (Killian, 2008; Sprang et al., 2007). De plus, les travailleurs plus jeunes sont plus susceptibles de développer de la fatigue de compassion, tout comme ceux possédant moins d'années d'expérience (Berger et al., 2015; Creamer et Liddle, 2005; Dasan et al., 2015; Potter et al., 2010; Sprang et al., 2007). Le fait d'avoir des traits d'anxiété et d'épuisement professionnel élevés rend également le travailleur vulnérable à la fatigue de compassion (Lee et al., 2015). L'origine ethnique autre que caucasienne serait aussi un facteur de risque de la fatigue de compassion en raison du moindre soutien dont ils bénéficient contribuant à un sentiment d'isolation

(Allaire, 2018; Jauvin et Allaire, 2015; Lee et al., 2015; Schoonveld et al., 2007). Le désir d'éliminer la souffrance des autres et la présence d'une grande capacité empathique mettent à risque un travailleur de développer de la fatigue de compassion (Figley, 1995; Pirelli et al., 2020). Les antécédents personnels de traumatisme du travailleur sont également corrélés à un risque accru de fatigue de compassion (Baird et Kracen, 2006; Dunkley et Whelan, 2006; Pearlman et Mac Ian, 1995).

Le fait de travailler avec des groupes particulièrement vulnérables et la durée d'exposition à leur souffrance sont aussi des facteurs associés à ce phénomène (Creamer et Liddle, 2005; Pirelli et al., 2020; Wee et Myers, 2002). Le manque de soutien social de la part des collègues et du supérieur est aussi un facteur contributif à la fatigue de compassion (Hunsaker et al., 2015; Perry et al., 2011). De plus, la cohésion d'équipe (Wu et al., 2016), la lourdeur de la charge de travail, la pression temporelle pour effectuer toutes les tâches dans les temps (Kleiner et Wallace, 2017) et le manque de sentiment d'appréciation (Yi et al., 2018) ont été liés à la fatigue de compassion.

2.3 Différents modèles d'explication de la santé mentale au travail

Afin d'expliquer le processus qui a mené à la sélection d'un modèle théorique nous permettant de comprendre comment la fatigue de compassion influence la santé mentale, trois différents modèles seront présentés. Ces modèles ont été explorés en fonction de leur cohérence avec les connaissances actuelles portant sur la fatigue de compassion chez les PAB. Bien que tous les modèles aient fait leurs preuves, le choix s'est arrêté sur celui de l'équilibre demande-contrôle-soutien (Karasek et Theorell, 1990; Karasek, 1979), c'est-à-dire le troisième à être présenté. Ce choix sera justifié subséquemment.

2.3.1 Modèle de la psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail [PDT] a été développée par Christophe Dejours dans les années 1970 (Alderson, 2004). Il s'agit d'une théorie interprofessionnelle (Alderson, 2005) offrant une vision holistique de la santé mentale au travail en considérant les dimensions individuelles, organisationnelles et sociales (Jauvin et al., 2006). La PDT postule que la santé mentale dépend des sources de plaisir et des sources de souffrance au travail (Dejours, 1995). Ce modèle pose que la santé mentale dépendrait de l'équilibre entre trois pôles interreliés : l'univers du travail, le champ

social et l'individu. Plus précisément, le sens au travail serait fonction du travail, des normes sociales et du besoin d'accomplissement de l'individu (Vézina, 2000). Un déséquilibre entre ces trois pôles occasionnerait de la souffrance chez le travailleur (Jauvin et al., 2006). Selon ce modèle, le travail est défini comme étant l'activité effectuée par le travailleur pour compenser ce qui n'est pas prescrit par l'organisation (Davezies, 1993). En ce sens, il existerait donc un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Un des objectifs de la PDT serait donc l'analyse des processus psychiques qui émergent lorsqu'un individu fait face à cet écart (Dejours et Abdoucheli, 1990), puisque celui-ci peut être source de souffrance ou de plaisir (Alderson, 2004; Vézina, 2000). La présence de la reconnaissance au travail est également un enjeu qui est analysé selon la PDT puisqu'il s'agit d'une source de souffrance ou de plaisir (Dejours, 1995). Selon cette approche, lorsqu'un travailleur est confronté à une situation de travail qui le fait souffrir, il développe des stratégies de défense pour faire face à cette souffrance (Vézina, 2000). Puisque la fatigue de compassion découle de l'exposition à une forme de souffrance, ce modèle a été considéré, puisqu'il s'intéresse aux sources de souffrance et de plaisirs au travail comme déterminants de la santé mentale.

2.3.2 Modèle du déséquilibre effort-récompense

Le modèle du déséquilibre effort-récompense s'inscrit dans la notion de réciprocité des échanges et s'articule autour de trois variables en lien avec le travail : les efforts, les récompenses et le sur engagement (Siegrist, 1996; Siegrist, 2012; Siegrist et al., 2004). Les efforts font référence aux demandes et obligations du travailleur dans le cadre de son travail (Siegrist, 2012). Les récompenses peuvent être transmises de trois façons : les récompenses financières (p. ex. salaire), les récompenses liées au statut (p. ex. promotion ou sécurité d'emploi) et les récompenses liées à l'estime (p. ex. reconnaissance; Siegrist, 1996; Siegrist et Wahrendorf, 2016). Ce modèle prédit que, lors d'un déséquilibre effort-récompense, c'est-à-dire une situation où le travailleur effectue beaucoup d'efforts, mais qu'il est soumis à un faible niveau de récompense, il est alors à risque de développer des sentiments de colère, de dépression ou de démoralisation (Siegrist, 1996). En effet, le déséquilibre effort-récompense met en péril la santé mentale des travailleurs qui y sont soumis, notamment par le risque de développer de la dépression ou de l'épuisement professionnel (Looseley et al., 2019; Rugulies et al., 2017). Ce déséquilibre serait maintenu dans des situations où le travailleur n'a pas d'autre choix d'emploi, lorsqu'il existe une forte concurrence dans le

milieu du travail et lorsque le travailleur est surengagé dans son travail (Siegrist et Wahrendorf, 2016). Ce modèle pose d'abord l'hypothèse qu'un déséquilibre entre les efforts et les récompenses serait plus nocif que les effets que ces variables peuvent avoir individuellement (Siegrist, 2012). Ensuite, selon ce modèle, le sur engagement serait associé à des risques en matière de santé (Siegrist, 2012). Enfin, ceux qui présentent non seulement un déséquilibre entre les efforts et les récompenses, mais aussi un sur engagement, sont ceux les plus à risque de développer des problèmes de santé (Siegrist, 2012). Puisque la fatigue de compassion découle d'un engagement empathique (Figley, 1995) et qu'elle est associée à la surcharge de travail, ce modèle a été considéré pour notre étude en raison de son investigation des efforts et du sur engagement au travail. Ce modèle est reconnu comme étant prédictif de l'épuisement professionnel (Clinchamps et al., 2021).

2.3.3 Modèle de l'équilibre demande-contrôle-soutien

Le modèle de l'équilibre demande-contrôle de Karasek (1979) postule que la tension au travail entraînerait une mauvaise santé mentale et physique. Cette tension, et donc la santé mentale, serait fonction de l'interaction entre les degrés de contrôle et de demandes auxquels l'individu doit faire face dans son travail (Karasek, 1979). Selon ce modèle, les demandes font référence à certains facteurs spécifiques, tels que la quantité de travail, les exigences émotionnelles, les contraintes de temps, les conflits de rôle et la complexité de la tâche (Karasek et Theorell, 1990). D'un autre côté, le contrôle du travail se divise en deux facteurs : l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences (Karasek et Theorell, 1990). Alors que l'autonomie décisionnelle correspond à la latitude que possèdent les travailleurs pour décider de la façon de faire le travail, l'utilisation des compétences réfère aux possibilités de développer et d'utiliser ses compétences dans le cadre du travail (Karasek et Theorell, 1990). En 1990, ce modèle devient celui de l'équilibre demande-contrôle-soutien, puisque Karasek et Theorell (1990) l'ont reconceptualisé pour y inclure le soutien social. Le soutien social est défini comme l'ensemble des interactions sociales prenant place sur les lieux du travail autant avec les collègues qu'avec le supérieur (Karasek, 1998; Karasek et Theorell, 1990). Cette théorie postule trois hypothèses : l'hypothèse de la tension, l'hypothèse tampon et l'hypothèse de l'apprentissage actif. La première prédit que la tension au travail serait engendrée par peu de soutien social, un niveau élevé de demandes et un faible niveau de contrôle sur celles-ci (Karasek et Theorell, 1990; Karasek, 1979). La seconde hypothèse émet que des niveaux plus élevés de contrôle sur le travail et de soutien social atténueraient les effets nocifs des

niveaux élevés de demandes (Karasek et Theorell, 1990; Karasek, 1979). Enfin, la dernière hypothèse postule que lorsqu'il existe des niveaux élevés de demandes et de contrôle sur le travail, les demandes sont perçues comme une source de régénération et de défi, plutôt que de causer de la tension au travail (Karasek et Theorell, 1990; Karasek, 1979). Comme la fatigue de compassion est associée à de fortes demandes et à un faible soutien social, ce modèle a été pris en considération dans le cadre de notre étude. Ce modèle est hautement prédictif du bien-être psychologique (Zeng et al., 2014), de la tension professionnelle générale (Pisanti et al., 2011), de l'épuisement professionnel (Clinchamps et al., 2021) et émotionnel (Pisanti, 2012), soit des concepts ayant un lien avec la santé mentale. De plus, ce modèle est efficace pour effectuer des changements dans l'organisation (Karasek et Theorell, 1990).

2.3.4 Choix d'un modèle théorique

Le modèle de la PDT ne fera pas office de cadre théorique pour notre étude, car les changements organisationnels proposés par la PDT ne sont pas toujours facilement mesurables (Carré, 1997), ce qui rend plus difficile la recommandation de bonnes pratiques. Comme nous souhaitons proposer de bonnes pratiques découlant de nos résultats, nous n'avons donc pas sélectionné ce modèle théorique. Le modèle du déséquilibre effort-récompense ne sera également pas sélectionné comme cadre théorique de notre étude. Bien que le modèle du déséquilibre effort-récompense et celui de l'équilibre demande-contrôle-soutien soient également prédictifs de certains facteurs associés à la santé mentale (p.ex. la dépression; Wang et al., 2012), le second se prête mieux à notre étude. En effet, le modèle demande-contrôle-soutien se transpose mieux dans notre étude, puisqu'il se concentre sur les caractéristiques du travail, plutôt que sur les relations liées au travail, tel que dans le modèle du déséquilibre effort-récompense (Siegrist et Wahrendorf, 2016). En effet, le modèle demande-contrôle-soutien soutient une vision permettant de réfléchir sur la façon dont les caractéristiques du travail influencent la santé. Cela s'aligne mieux avec les objectifs de l'étude, car nous nous intéressons à toutes les caractéristiques du travail pouvant influencer le phénomène de fatigue de compassion et non uniquement les relations (Bauer et al., 2014)..Puisqu'il s'agit d'un modèle qui a fait ses preuves et qui s'arrime avec les objectifs de notre étude, ce modèle sera sélectionné comme cadre théorique dans la présente étude.

Chapitre 3 – Problématique

3.1 Pertinence de l'étude

Les PAB constituent un groupe particulièrement à risque de développer de la fatigue de compassion en raison de leur proximité avec des patients vulnérables et de leur fréquente exposition à la souffrance de ceux-ci. L'empathie et la compassion étant des valeurs mises de l'avant par les PAB dans le cadre de leurs fonctions (Myrand, 2021), ils sont d'autant plus vulnérables à la fatigue de compassion. De plus, étant une profession à prédominance féminine où beaucoup d'individus ne sont pas d'origine caucasienne, le risque de fatigue de compassion est d'autant plus probable, puisque certaines études appuient ces facteurs comme prédisposant à la fatigue de compassion (Lee et al., 2015 {Killian, 2008 #294; Sprang et al., 2007}). La santé mentale des PAB étant déjà mise en péril par divers facteurs (p. ex. faible latitude décisionnelle, surcharge de travail), la fatigue de compassion est un phénomène qui est grandement susceptible d'influencer à son tour la santé mentale des PAB et les soins qu'ils portent aux patients en résidences pour personnes âgées. Dans les écrits scientifiques, encore peu d'études portent sur le phénomène de la fatigue de compassion. Bien que certaines populations des soins de santé aient été le sujet d'étude abordant la fatigue de compassion, telle que les infirmières, aucune étude ne visait les PAB en lien avec ce phénomène. Le manque d'écrits sur le sujet de la fatigue de compassion, particulièrement chez les PAB, ainsi que la fragilisation de la santé mentale des PAB, soulèvent les deux questionnements suivants : 1) Quel est le portrait de la fatigue de compassion chez les préposés aux bénéficiaires en résidences pour personnes âgées? 2) Quel est son lien avec la santé mentale de ceux-ci?

3.2 Objectif

Le but de notre étude était de brosser un portrait du phénomène de fatigue de compassion chez les préposés aux bénéficiaires en résidences pour personnes âgées en regard de leur santé mentale. De façon plus spécifique, les perceptions des préposés aux bénéficiaires par rapport à la fatigue de compassion et son lien avec les niveaux de demandes, de contrôle et de soutien social au travail ont été explorés.

Chapitre 4 – Méthodologie

4.1 Devis

Notre étude a suivi un devis de recherche descriptif-interprétatif qui vise à produire une description des phénomènes permettant de comprendre la signification de ceux-ci selon le point de vue des personnes concernées, soit les PAB dans le cas de la présente étude (Gallagher, 2014). Ce devis offre une description en profondeur du phénomène étudié tel qu'il se manifeste dans son milieu naturel en dépeignant ses propriétés, ses composantes et ses variations. Ce type d'étude est utilisé dans les domaines de la psychologie, des sciences infirmières, de l'ergothérapie et dans bien d'autres domaines, ce qui cadre bien avec les objectifs de notre étude et les concepts y étant abordés (Gallagher, 2014).

4.2 Participants

Afin de participer à l'étude, les PAB devaient 1) être âgé de 18 ans et plus, 2) avoir pratiqué ce métier auprès des personnes âgées depuis au moins deux ans au Québec et 3) pouvoir participer à une entrevue par vidéoconférence. Les participants ont été recrutés par convenance sur une base volontaire à l'aide des médias sociaux Facebook et LinkedIn où une affiche de recrutement a été publiée et partagée par la chercheuse. Les participants ont également été recrutés grâce au réseau de la chercheuse, c'est-à-dire que certains collègues et proches ont participé à diffuser l'affiche de recrutement auprès des gens de leur entourage. Les participants ont été sélectionnés à l'aide d'une stratégie de sélection à variation maximale qui permet d'assurer une diversité en termes de genre, d'âge et d'origine ethnique (Patton, 2002). Étant donné la spécificité du sujet de l'étude, les écrits scientifiques suggèrent qu'entre 12 et 24 participants sont généralement requis pour obtenir la saturation des données (Greg et al., 2006). Cependant, selon Camic (2021), il est possible de statuer sur le pouvoir de l'information dans une recherche qualitative en utilisant le concept de saturation. Nous avons révisé le nombre de participants nécessaire en utilisant la méthode de Francis et al. (2010) qui permet de statuer sur l'obtention de la saturation. Selon cette méthode, un critère d'arrêt, soit le nombre d'entretiens consécutifs effectués où aucun nouveau code n'est généré, doit être établi a priori. Nous avons statué sur un critère d'arrêt de trois entretiens, comme recommandé par Francis et al. (2010). Nous avons ensuite calculé le nombre de nouveaux codes après chaque entretien. Les entretiens huit, neuf et dix n'ont pas fait émerger de nouveaux codes, ce qui

correspond à notre critère d'arrêt de trois entretiens consécutifs sans nouveaux codes. Le recrutement a donc cessé après le 10^e participant sélectionné. Le contenu des entrevues avait alors révélé une redondance entre les participants, ce qui est significatif que la saturation des données a été atteinte (Thomas et Pollio, 2002).

4.3 Procédure

Les participants ont dû d'abord signer un formulaire d'informations et de consentement. Ensuite, un questionnaire web de données sociodémographiques a été administré grâce à l'outil technologique Banque de Questions Interactives de l'Université du Québec à Trois-Rivières [UQTR]. Ce questionnaire comprenait des questions sur les données sociodémographiques (p.ex. âge, genre, origine ethnique), sur les spécificités de leur travail (p.ex. nombre d'heures travaillées, milieu de travail), mais aussi des questions à propos de leur perception de leur état de santé mentale. Le temps d'administration du formulaire et du questionnaire est estimé à 15 minutes. Le formulaire d'informations et de consentement se trouve à l'Annexe 1 et le questionnaire web de données sociodémographiques est placée en Annexe 2. Ensuite, des entrevues individuelles en vidéoconférence d'une durée moyenne de 33 ± 18 minutes ont été menées via la plateforme Zoom. Le guide d'entretien servant à recueillir les données a fait l'objet d'un prétest auprès de deux personnes ayant les mêmes caractéristiques que les participants. Les questions du guide d'entretien portaient sur sept thèmes, soit 1) l'introduction (p. ex. Pourriez-vous me résumer les raisons pour lesquelles vous avez choisi le métier de PAB?); 2) les conditions de réalisation du travail (p. ex. Pourriez-vous me parler des demandes auxquelles vous êtes confronté dans le cadre de votre travail?); 3) les pratiques de travail individuelles (p. ex. Quelles façons ou stratégies de travail personnelles vous aident à vous sentir bien ou mieux au travail?); 4) les éléments de santé mentale liés à la fatigue de compassion (p. ex. Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes confronté à la souffrance d'un de vos patients?); 5) les éléments nuisibles au travail (p. ex. Pourriez-vous me parler des choses qui rendent votre expérience de travail plus difficile?); 6) les éléments aidants au travail (p. ex. Pourriez-vous me nommer des choses qui rendent votre expérience de travail plus facile?) et 7) les améliorations (p. ex. Si vous étiez en mesure d'améliorer votre expérience de travail pour favoriser votre santé mentale, que changeriez-vous?). Le guide d'entretien a été construit en se basant sur le modèle théorique choisi. Le guide d'entretien complet se trouve à l'Annexe 3.

4.4 Analyses

Concernant les données sociodémographiques du questionnaire, elles ont été consignées dans un fichier Excel. Des analyses descriptives ont ensuite été menées sur celles-ci afin de brosser un portrait des caractéristiques des participants.

Concernant les données d'entretien, une fois les entretiens enregistrés en format audio, elles ont été transcrites sous forme de verbatims. À partir de ceux-ci, une stratégie d'analyse thématique a été menée à l'aide du logiciel QDA miner. Cette stratégie suit une posture inductive et vise à générer des thèmes qui émergent des données (Paillé et Mucchielli, 2016). La démarche de thématisation utilisée fut la thématisation continue, consistant à construire un arbre thématique tout au long de la recherche en fusionnant, modifiant ou hiérarchisant les thèmes ayant comme avantage d'affiner et d'enrichir les données (Paillé et Mucchielli, 2016). Celle-ci comprend cinq étapes : 1) lecture à répétition des verbatims; 2) premier codage des éléments de significations étant identifiés; 3) attribution de libellés porteurs de sens aux éléments codés; 4) synthèse et assemblage des codes sous forme de catégories ou de thèmes structurés plus généralement et 5) allers-retours entre les verbatims et la structure pour assurer la justesse de l'interprétation des éléments codés (Paillé et Mucchielli, 2016). Après chaque entretien, un arbre thématique a été produit, à partir duquel l'entretien suivant a été codé. L'arbre thématique a été construit sur un document Excel permettant de visualiser l'ensemble des codes dans chacune des catégories. Chacun des entretiens a été analysé indépendamment par deux analystes qui ont ensuite comparé leurs versions de l'arbre thématique de façon à assurer un accord interjuge. Après l'analyse des verbatims des cinq premiers entretiens, les entretiens suivants ont été analysés par la première autrice seulement, mais révisés périodiquement par la deuxième autrice. Après plusieurs révisions de la structure de l'arbre thématique, le processus d'analyse a pris fin lorsque les analystes ont considéré que ceux-ci représentent le plus fidèlement les données collectées auprès des participants, tout en répondant à l'objectif de l'étude. Un troisième analyste a vérifié la cohérence des arbres thématiques en lien avec l'objectif de la recherche.

4.5 Critères de scientificité

En recherche qualitative, on retrouve des critères qui assurent de la rigueur de la recherche (Drapeau, 2004). Dans la présente étude, la saturation, la validité et la fidélité des données seront discutées.

Paillé et Muchielli (1996) proposent, entre autres, la saturation des données comme critère de scientificité. La saturation est définie comme étant le moment dans la collecte de données où aucune nouvelle donnée supplémentaire exprimant une nouvelle catégorie conceptuelle n'est dégagée (Francis et al., 2010) où il y a assez d'informations pour répliquer l'étude (O'reilly et Parker, 2013; Walker, 2012) et où le codage n'est plus possible (Guest et al., 2006). En utilisant la méthode de Francis et al. (2010) afin de statuer sur l'atteinte de la saturation, nous avons défini notre critère d'arrêt à trois entretiens sans nouveaux codes. Ensuite, le nombre de nouveaux codes a été calculé après l'analyse de chacun des entretiens. À la suite du premier entretien, 42 premiers thèmes ont été codés. Après le second entretien, 18 nouveaux codes ont été trouvés. Le nombre de nouveaux codes a ainsi diminué jusqu'au sixième entretien où un seul nouveau code a été ajouté. Cependant, lors de l'analyse du septième entretien, quatre nouveaux codes ont été trouvés. Cela peut être expliqué par la réorganisation effectuée sur la structure de l'arbre de codes qui s'est fait juste avant l'analyse du septième entretien. En effet, lors de cette restructuration, certains codes ont été scindés, ce qui justifie l'augmentation du nombre de nouveaux codes. Enfin, lors du huitième entretien, aucun nouveau code n'a été détecté, ce qui peut témoigner de l'atteinte d'une saturation des données. Deux entretiens supplémentaires ont mené afin de s'assurer d'avoir atteint la saturation des données. Aucun nouveau code n'a été ajouté lors de l'entretien neuf et dix ce qui correspond à notre critère d'arrêt de trois entretiens sans nouveaux codes. Nous avons donc statué sur l'atteinte de la saturation à dix entretiens.

En recherche qualitative, plus une réalité est interprétée correctement, plus les résultats d'une recherche sont valides, la validité étant le degré de réalisme duquel se rapprochent les interprétations (Drapeau, 2004). La validité des données a été bonifiée grâce à l'analyse indépendante de deux chercheurs sur les mêmes données, permettant un accord interjuge (Blais et Martineau, 2006). La validité externe, c'est-à-dire le degré auquel les résultats sont généralisables, a été assurée par la stratégie de sélection à variation maximale à partir de laquelle les participants

ont été choisis. Celle-ci permet d'assurer une diversité en termes de genre, d'âge et d'origine ethnique offrant une meilleure représentativité de la population à l'étude (Patton, 2002).

La fidélité correspond à la capacité d'une mesure à produire le même résultat. Notre étude présente une validité renforcée, puisque les données ont été étudiées par différents chercheurs qui ont ensuite travaillé ensemble le corpus de données une fois de plus, ce qui permet de comprendre que différents individus arrivent aux mêmes résultats (Patton, 2002). Tout comme la validité externe, cela assure une meilleure reproductibilité des résultats (Patton, 2002).

4.6 Considérations éthiques

Le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a analysé et approuvé la certification éthique de ce projet en date du 12 avril 2022. Le numéro du certificat est le CER-22-286-07.02. En date du 5 avril 2023, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a approuvé une prolongation de ce certificat jusqu'au 12 avril 2024. Le numéro de cette décision est le CER-23-298-08-01.09.

Chapitre 5 – Résultats

Les résultats de notre étude sont présentés sous forme d'un article scientifique. L'article intitulé « Fatigue de compassion et santé mentale : perceptions des préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées » a été rédigé par Charlotte Labrecque et Alexandra Lecours. L'article a été soumis à la revue *PISTES* au Québec le 14 janvier 2024.

Contribution des auteurs

Cet article scientifique présente les résultats du mémoire ayant pour objectif de décrire le portrait du phénomène de fatigue de compassion et son lien avec la santé mentale. Charlotte Labrecque a rédigé l'ensemble de l'article avec l'aide de sa directrice qui a révisé l'article et approuvé la version finale. La collecte des données et l'analyse des résultats ont été réalisées par l'étudiante-chercheuse et supervisées par sa directrice.

Les autrices remercient les collègues étudiantes à la Chaire de recherche UQTR sur la santé des travailleuses et travailleurs vieillissant(e)s pour leur lecture attentive et leurs commentaires critiques ayant permis de bonifier l'article.

Fatigue de compassion et santé mentale : perceptions des préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées

Liste des autrices :

Charlotte Labrecque

1. Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada
2. Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada.

Alexandra Lecours (autrice de correspondance)

1. Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Québec, Canada.
2. Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada.

Alexandra Lecours

Département d'ergothérapie
Université du Québec à Trois-Rivières
555 Boul de l'Université
Drummondville (Québec), J2C 0R5
819 376-5011 #2936
Alexandra.Lecours@uqtr.ca

Fatigue de compassion et santé mentale : perceptions des préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées

RÉSUMÉ

Objectif. Cet article présente les résultats d'une étude qui visait à explorer les perceptions des préposés aux bénéficiaires (PAB) œuvrant en résidences pour personnes âgées concernant le phénomène de fatigue de compassion au regard de leur santé mentale.

Méthode. Cette étude a été conduite selon un devis de recherche descriptif-interprétatif, dix entretiens individuels ont été menés auprès de PAB. Une analyse thématique a été réalisée sur les données qualitatives collectées

Résultats. À la suite de l'analyse des données, onze facteurs regroupés en cinq catégories ont émergé. Les catégories sont 1) les facteurs de risque de développer de la fatigue de compassion, 2) les facteurs de protection contre la fatigue de compassion, 3) les effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale, 4) les facteurs de protection contre l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale et 5) les facteurs faisant fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale.

Conclusion. Il a été intéressant de constater que la fatigue de compassion et ses effets sur la santé mentale ne sont pas si néfastes que le suggère la littérature. De plus, selon les résultats de l'étude, l'aspect relationnel du travail de PAB semble avoir une importance particulière dans la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale.

MOTS CLÉS

Fatigue de compassion – santé mentale – préposés aux bénéficiaires – psychologie – souffrance – recherche qualitative

Compassion Fatigue and Mental Health: Perceptions of Beneficiary Attendants Working with the Elderly

ABSTRACT

Objective. This article presents the results of a study which aimed to explore the perceptions of beneficiary attendants working in residences for the elderly regarding the phenomenon of compassion fatigue regarding their mental health.

Method. This study was conducted according to a descriptive-interpretive research design, ten individual interviews were conducted with beneficiary attendants. A thematic analysis was carried out on the qualitative data collected.

Results. Following the data analysis, eleven significant factors grouped into five categories emerged. The categories are 1) risk factors for compassion fatigue, 2) protective factors for compassion fatigue, 3) effects of compassion fatigue on mental health, 4) protective factors for effect of compassion fatigue against mental health and 5) factors fluctuating the relationship between compassion fatigue and mental health.

Conclusion. It was interesting to note that although compassion fatigue appears to be present among beneficiary attendants working with older adults, its effects on mental health are not as detrimental as the literature might suggest. Furthermore, according to the results of the study, the relational aspect of beneficiary attendants work seems to have particular importance in the relationship between compassion fatigue and mental health.

KEYWORDS

Compassion fatigue – Mental health – Beneficiary attendants – Psychology – Suffering – Qualitative research

La fatigue de compassion est un concept qui a été étudié dans certaines populations de services de santé, telle que le milieu infirmier. Cependant, les données explorant ce phénomène chez la population des préposés aux bénéficiaires (PAB) demeurent inexistantes. À la suite des événements traumatiques survenus lors de la pandémie liée à la COVID-19, il est pertinent d'explorer le portrait de la fatigue de compassion en regard de la santé mentale des PAB, puisque celle-ci est déjà mise en péril. D'ailleurs, l'investigation de la santé mentale dans les milieux de travail du réseau de la santé subsiste dans l'actualité, alors que les problèmes de santé mentale représentent près de la moitié des coûts associés aux réclamations en assurance-salaire chez les travailleurs de ces milieux (Bégin et Rompré, 2015). De plus, les études empiriques sur le concept émergent de fatigue de compassion apparaissent encore minces. Afin de combler les lacunes dans l'état actuel des connaissances, cet article présente une étude qui visait à explorer les perceptions des PAB en résidences pour personnes âgées concernant le phénomène de fatigue de compassion au regard de leur santé mentale.

État des connaissances

En 2019, dans les résidences pour personnes âgées (p. ex. centre d'hébergement de longue durée, résidences privées pour aînés, résidences intermédiaires), près de 71 % des employés étaient des PAB (Statistique Canada, 2019). La proportion de femmes pratiquant ce métier représente plus de la moitié des PAB, alors que celle des hommes serait en diminution au fil des années (Grenier, 2008). L'âge moyen des PAB au Québec est de 43 ans et constitue une population vieillissante de travailleurs (Ministère de la santé et des services sociaux, 2020). Au Québec, 26,1 % des PAB se retrouvent dans une situation d'immigration, ce qui est presque deux fois plus que pour tous les autres métiers (14,7%; Turcotte et Savage, 2020).

La santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé propose que la santé mentale corresponde à « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons » (Sayers, 2001, p.1). Des auteurs ont d'ailleurs suggéré une relation entre le travail et la santé mentale (Derriennic et Vézina, 2001; Morin et Forest, 2007).

Facteurs d'influence sur la santé mentale des PAB

Les PAB sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale. En effet, dans un sondage effectué auprès de PAB de la Fédération de la santé et des services sociaux et Confédération des syndicats nationaux (2019), ce serait 84 % des participants qui étaient à risque de développer un problème de santé mentale. De plus, d'autres facteurs psychosociaux liés au travail des PAB pourraient venir expliquer les raisons de cette vulnérabilité en termes de santé mentale, tel que la faible latitude décisionnelle, la faible position hiérarchique, les exigences émotionnelles difficiles, la surcharge de travail, l'exposition à de la violence et le faible soutien social (Angers et Vézina, 2018; Åström et al., 2004; Aubry et Feillou, 2019; Bourassa, 2015; Bourbonnais et al., 2005; Chappell et Di Martino, 2006; Fédération de la santé et des services sociaux et Confédération des syndicats nationaux, 2019; Huang et al., 2012; Isaksson et al., 2008; Jauvin, 2019; Jauvin et Allaire, 2015; Lanctôt et Guay, 2014; Myrand, 2021; Raizenne, 2013; Van der Heijden et al., 2017).

La fatigue de compassion

La fatigue de compassion est un terme qui a d'abord été employé par Joinson (1992) dans le milieu infirmier. Dans la littérature, on y réfère aussi avec les termes stress traumatique secondaire ou traumatisme vicariant (Stamm, 2010). Dans cet article, la définition de la fatigue de compassion qui est utilisée est celle de Peters (2018) qui la décrit comme un état d'épuisement holistique manifesté par des symptômes physiques, émotionnels et spirituels résultant de la combinaison de la compassion, d'une exposition élevée au stress, d'une exposition chronique à la souffrance de quelqu'un d'autre et d'une utilisation professionnelle élevée de soi en l'absence de limites et de mesures pour prendre soin de soi. La fatigue de compassion entraînerait l'apparition de symptômes d'intrusion reliés à la source de souffrance, tels que des pensées intrusives et l'évitement de ces pensées (Figley, 1995), des sentiments parallèles de peur, de détachement, des troubles du sommeil (Figley, 1995; Stebnicki, 2007; Wee et Myers, 2002), une excitation émotionnelle négative, en plus de réduire la capacité d'empathie des travailleurs envers leurs patients (Figley, 2002b; Jenkins et Warren, 2012). Plusieurs facteurs prédisposent les travailleurs à développer de la fatigue de compassion. Par exemple, certains facteurs y étant associés sont une grande capacité empathique (Figley, 1995; Pirelli et al., 2020), le fait de travailler avec des groupes vulnérables, la durée d'exposition à la souffrance (Creamer et Liddle, 2005; Pirelli et al., 2020; Wee et Myers, 2002), les antécédents personnels de traumatisme et d'épuisement professionnel (Baird et Kracen, 2006; Dunkley et Whelan, 2006; Lee et al., 2015; Pearlman et Mac Ian, 1995), le manque de soutien social (Perry et al., 2011), la surcharge de travail (Kleiner et Wallace, 2017) et le manque de sentiment d'appréciation (Yi et al., 2018). L'origine ethnique autre que caucasienne serait aussi un facteur de risque de la fatigue de compassion pour des raisons qui sont plutôt inconnues (Lee et al., 2015). L'origine ethnique autre que caucasienne serait aussi un facteur de risque de la fatigue de compassion pour des raisons qui sont plutôt inconnues (Lee et al., 2015).

La fatigue de compassion chez les PAB

En étant constamment exposés à la souffrance de leurs patients et en devant faire preuve d'empathie tous les jours (Myrand, 2021), les PAB constituent une population particulièrement à risque de développer de la fatigue de compassion. D'ailleurs, les personnes travaillant auprès des personnes âgées seraient d'autant plus susceptibles de la développer (Leon et al., 1999). Malgré cette réalité qui prédispose les PAB québécois à vivre de la fatigue de compassion, pouvant influencer l'état de leur santé mentale, très peu d'études concernent le phénomène de fatigue de compassion chez les PAB. Le manque d'écrits sur le sujet de la fatigue de compassion, particulièrement chez les PAB, soulève le questionnement suivant : comment peut-on décrire le phénomène de fatigue de compassion en regard de la santé mentale des PAB en résidences pour personnes âgées?

Objectif

L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions des PAB en résidences pour personnes âgées concernant le phénomène de fatigue de compassion en regard de leur santé mentale.

Cadre théorique

Le modèle théorique choisi dans le cadre de cette étude est celui de l'équilibre demande-contrôle-soutien de Karasek et Theorell (1990), puisqu'il concerne des caractéristiques du travail qui sont associées à la fatigue de compassion, notamment les demandes émotionnelles exigeantes,

le manque de soutien social et la lourdeur de la charge de travail (Creamer et Liddle, 2005; Pirelli et al., 2020; Wee et Myers, 2002). Ce modèle met en relation les concepts des demandes (c.-à-d., la quantité du travail, les exigences émotionnelles, les contraintes de temps, les conflits de rôle et la complexité de la tâche), le contrôle (c.-à-d., l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences) et le soutien (c.-à-d., l'ensemble des interactions sociales au travail) pour en dégager les influences sur la santé mentale des personnes. Il a notamment été démontré efficace dans l'explication des épuisements professionnel (Clinchamps et al., 2021) et émotionnel (Pisanti, 2012), des états pouvant être révélateurs de la fatigue de compassion.

Méthode

Devis

Cette étude a été réalisée selon un devis de recherche descriptif-interprétatif puisqu'il permet de décrire les phénomènes selon le point de vue de la population concernée (Gallagher, 2014), soit celui des PAB travaillant auprès des personnes âgées dans le présent cas.

Participants

Les participants ont été recrutés par convenance sur une base volontaire grâce à une affiche de recrutement publiée sur les réseaux sociaux des membres de l'équipe de recherche et par des approches dans leurs réseaux de contacts. Les participants recrutés devaient 1) être âgé de 18 ans et plus, 2) avoir pratiqué le métier de PAB depuis au moins deux ans au Québec et 3) pouvoir participer à une entrevue par visioconférence. Les participants ont été sélectionnés à l'aide d'une stratégie de sélection à variation maximale qui permet d'assurer une diversité en termes de genre, d'âge et d'origine ethnique (Patton, 2002). Le recrutement a pris fin à partir du moment où le contenu des entrevues a révélé une redondance entre les discours des différents participants, ce qui représente l'atteinte d'une saturation des données (Thomas et Pollio, 2002). Selon Camic (2021), il est possible d'évaluer le pouvoir de l'information dans une recherche qualitative en se référant au concept de saturation, s'apparentant au concept de puissance statistique en recherche quantitative. Considérant la spécificité du sujet, la littérature recommande entre 12 et 24 participants pour obtenir la saturation des données (Greg et al., 2006). Nous avons révisé ce nombre en cours d'étude selon la méthode de Francis et al. (2010) afin de statuer sur l'obtention de la saturation. Selon cette méthode, il est nécessaire d'établir un critère d'arrêt, a priori. Nous avons statué sur un critère d'arrêt de trois entretiens ne contenant pas de nouveaux codes lors de la conduite des analyses. En calculant le nombre de nouveaux codes émergeant après chaque entretien, nous n'avons pas détecté de nouveaux codes lors des entretiens huit, neuf et dix, ce qui constitue notre critère d'arrêt. Ainsi, le recrutement a cessé après le 10^e participant.

Procédure

D'abord, les participants ont rempli un formulaire d'informations et de consentement ainsi qu'un questionnaire web de données sociodémographiques. À l'aide d'un guide d'entretien ayant préalablement été sujet à un prétest auprès de deux personnes ayant des caractéristiques similaires aux participants, des entrevues individuelles virtuelles ont été menées par la première autrice. Les questions du guide d'entretien ont porté sur sept thèmes étant en cohérence avec le modèle demandes-contrôle-soutien de Karasek et Theorell (1990), soit 1) l'introduction (p. ex., Pourriez-vous me résumer les raisons pour lesquelles vous avez choisi le métier de préposé(e) aux bénéficiaires?); 2) les conditions de réalisation du travail (p. ex., Pourriez-vous me parler des demandes (c.-à-d. les coûts individuels du travail, les exigences du travail) auxquelles vous êtes

confronté dans le cadre de votre travail. 3) les pratiques de travail individuelles (p. ex., Quelles façons ou stratégies de travail personnelles vous aident à vous sentir bien au travail?); 4) les éléments de santé mentale liés à la fatigue de compassion (p.ex., Comment vous sentez-vous lorsque vous être confronté à la souffrance d'un de vos patients?); 5) les éléments nuisibles au travail (p. ex., Pourriez-vous me parler des choses qui rendent votre expérience de travail plus difficile?); 6) les éléments aidants au travail (p. ex., Pourriez-vous me nommer des choses qui rendent votre expérience de travail plus facile? et 7) les améliorations (p. ex., Si vous étiez en mesure d'améliorer votre expérience de travail pour favoriser votre santé mentale, que changeriez-vous?). Les entrevues ont duré entre 25 et 75 minutes et ont été enregistrées sous format audio.

Analyse des données

Le processus d'analyse a débuté dès le premier entretien et s'est poursuivi en concomitance avec le recrutement et la collecte des données. Les entrevues ont été transcrites sous forme de verbatims à partir desquels une stratégie d'analyse thématique a été menée à l'aide du logiciel QDA miner. Suivant une posture inductive, cette stratégie permet de générer des thèmes à partir des entrevues et de les organiser sous la forme d'un arbre thématique (Paillé et Mucchielli, 2016). Pour les cinq premiers verbatims, deux analystes ont réalisé les cinq étapes suivantes de façon indépendante : 1) lecture à répétition des verbatims; 2) premier codage des éléments de signification étant identifiés; 3) attribution de libellés porteurs de sens aux éléments codés; 4) synthèse et assemblage des codes sous forme de catégories ou de thèmes structurés plus généralement et 5) allers-retours entre les verbatims et la structure pour assurer la justesse de l'interprétation des éléments codés (Paillé et Mucchielli, 2016). À la suite de chacun des entretiens, les analystes ont comparé leurs versions de l'arbre thématique de façon à assurer un accord inter juge offrant une meilleure validité (Blais et Martineau, 2006). Une attention particulière a été accordée aux différences entre les groupes d'âge, les genres et les origines culturelles dans le processus d'analyse afin de détecter s'il existait une variation entre les groupes. Les verbatims subséquents (n = 5) ont été analysés par la première autrice seulement, mais révisés périodiquement par la deuxième autrice. Après plusieurs révisions de la structure de l'arbre thématique, le processus d'analyse a pris fin lorsque les analystes ont considéré que ceux-ci représentent le plus fidèlement les données collectées auprès des participants, tout en répondant à l'objectif de l'étude.

Considérations éthiques

Le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de [information retirée pour le processus de révision] a analysé et approuvé la certification éthique de ce projet en date du 12 avril 2022 (certificat no XXX-XXX).

Résultats

Sur les dix participants rencontrés dans le cadre de cette étude, 80 % étaient des femmes. Le tableau 1 présente les caractéristiques démographiques de participants, où deux des participants représentaient une minorité ethnique (20 %). Six des participants ont reçu des diagnostics liés à la santé mentale (67 %; p. ex., dépression, épuisement professionnel, anxiété, etc.) dans le passé. Les perceptions de l'état de santé mentale, des niveaux de demandes, de contrôle et de soutien des participants ont été recensés dans le tableau 2.

Tableau 1. Informations sociodémographiques

Participant	Genre	Âge	Statut matrimonial	Enfants à charge	Ancienneté (année)	Type d'organisation	Heures travaillées par semaine
P1	H ²	53	Conjoint	0	3	CHLSD ³	40
P2	F ⁴	26	Célibataire	0	2	CHSLD	40
P3	F	32	Conjoint	1	12	Hôpital	30
P4	F	30	Célibataire	0	4	RPA ⁵	30
P5	F	26	Conjoint	0	2	CHSLD	36,5
P6	F	58	Séparé	0	30	CHSLD	36
P7	F	49	Célibataire	2	9	CHSLD	37,5
P8	F	33	Conjoint	5	15	CHSLD	37,25
P9	F	40	Conjoint	0	15	CHLSD/RPA/ RI ⁶	35
P10	H	34	Marié	5	4	RI	15

Tableau 2. Les niveaux de demandes, de contrôle, de soutien perçu et perception de l'état de santé mentale

Participant	Niveau de demandes perçues	Niveau de contrôle perçu	Niveau de soutien perçu	État de santé mentale perçu
P1	Moyennement élevé	Élevé	Faible	Passable
P2	Très élevé	Faible	Faible	Passable
P3	Très élevé	Élevé	Très élevé	Passable
P4	Élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Bon
P5	Très élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Difficile
P6	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Bon
P7	Très élevé	Élevé	Moyennement élevé	Excellent
P8	Élevé	Moyennement élevé	Moyennement élevé	Difficile
P9	Élevé	Très élevé	Moyennement élevé	Bon
P10	Élevé	Moyennement élevé	Élevé	Bon

² H = Homme

³ CHSLD = Centre d'hébergement de longue durée

⁴ F = Femme

⁵ RPA = Résidence privées pour ainés

⁶ RI = Résidence intermédiaire

Les analyses des données collectées auprès des participants ont fait émerger 11 facteurs permettant de décrire un portrait du phénomène de fatigue de compassion en regard de la santé mentale des PAB. Ces facteurs sont regroupés en cinq catégories: 1) les facteurs de risque de développer de la fatigue de compassion, 2) les facteurs de protection contre la fatigue de compassion, 3) les effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale, 4) les facteurs de protection contre l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale, 5) les facteurs qui font fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale.

Facteurs de risque de développer de la fatigue de compassion

Les analyses ont permis d'identifier trois facteurs mentionnés par les participants comme mettant à risque de développer de la fatigue de compassion.

Lourde charge de travail.

Un des facteurs de risque nommés par les PAB pouvant les mener à vivre de la fatigue de compassion est la lourde charge de travail. Celle-ci met à risque les PAB de développer de la fatigue de compassion, notamment puisqu'ils doivent s'opposer à un manque de temps pour offrir des services aux patients et « *donner les soins que les patients devraient avoir* » [P3], ce qui renforce leur affectivité négative en lien avec la souffrance de ceux-ci. L'extrait suivant illustre cette idée du manque de temps qui contribue à alourdir la charge de travail :

« Là, c'est sûr qu'au point de vue mental, c'est demandant beaucoup au point de vue de ce qu'on a à faire en peu de temps et en manque de personnel. On veut tout le temps essayer d'en faire plus pour les personnes dont on s'occupe, mais il manque comme tout le temps de monde, donc on n'aura pas le temps pour un bain, on n'aura pas [le temps] de faire si. Donc là je veux faire tout ce qu'il faut pour cette personne-là, parce que cette personne-là a quand même eu une vie avant de se rendre en CHSLD » [P8].

L'extrait précédent présente aussi l'idée que la lourde charge de travail s'explique par le flagrant manque de personnel qui fait en sorte que les PAB ne peuvent pas assurer l'aspect relationnel de leur travail auprès des patients, ce qui contribue au développement de la fatigue de compassion. Cela fut souligné par tous les participants, tel que témoigné par cet extrait :

« La charge de travail qui était énorme pour la quantité de personnel qu'il y avait [atteignait ma santé mentale, car] j'étais angoissée tout le temps, je n'avais pas nécessairement le goût d'aller au travail, mais je le faisais pareil parce que les gens ont besoin de moi » [P2].

Difficulté à se détacher de la souffrance au travail.

Certains PAB ont rapporté qu'il était difficile pour eux de se détacher de la souffrance dont ils sont témoins au travail, qu'ils ne peuvent pas « *y échapper* » [P10] ce qui peut engendrer de la fatigue de compassion, car les sentiments étant associés à cette souffrance les suivent en dehors du travail, tel qu'illustre cet extrait :

« Tu vois là, j'ai une patiente qui est décédée il y a quelques mois. J'y pense tellement. J'ai encore l'image dans la tête dans son lit [et] tout » [P5].

Exigences émotionnelles difficiles.

Selon les participants, les exigences émotionnelles auxquelles ils sont confrontés dans le cadre de leur travail seraient particulièrement difficiles en raison de la proximité qu'ils entretiennent avec leurs patients puisque ceux-ci « *se confient* » [P4] à eux. Le niveau d'exposition à la souffrance pourrait également expliquer l'ampleur de la difficulté des exigences émotionnelles, tel que souligné par cet extrait :

« **Chercheuse** : *Comment vous vous sentez lorsque vous être confronté à la souffrance d'un de vos patients?*

P5 : *[...] c'est sûr que c'est difficile. Ça [être confronté à la souffrance des patients] me touche tellement. Non, ce n'est vraiment pas facile. Tu sais, on dirait qu'il y en a certains qui nous touchent [...]* » [P5].

Ces trois facteurs de risque pourraient donc augmenter la probabilité d'occurrence de la fatigue de compassion chez les PAB. Cependant, d'autres facteurs auraient plutôt l'effet inverse, c'est-à-dire un effet de protection contre la fatigue de compassion.

Facteur de protection contre la fatigue de compassion

Le facteur de protection suivant permet de réduire le risque d'occurrence de la fatigue de compassion chez les PAB. Il protégerait ainsi l'individu contre le développement de la fatigue de compassion.

Travail d'équipe.

Les PAB ont mentionné le travail d'équipe comme un facteur réduisant le risque de fatigue de compassion puisque l'entraide leur permettrait de reconnaître leurs limites et de se préserver, tel qu'illustré par l'extrait suivant :

« *C'est normal quand on fait plusieurs journées d'affilée, c'est normal qu'on ait un peu moins de patience. Mais à ce moment-là, on est capable de dire à nos collègues qu'on a moins de patience et qu'ils doivent prendre le relais.* » [P6]

Néanmoins, lorsque les facteurs de protection contre la fatigue de compassion ne sont plus suffisants, les effets de la fatigue de compassion peuvent s'installer et nuire à la santé mentale.

Effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale

La fatigue de compassion peut avoir de nombreux effets sur la santé mentale des PAB et ceux-ci ont été nommés par les participants. Deux effets principaux de la fatigue de compassion ont été perçus comme étant plus marqués que les autres, soit le sentiment d'impuissance et le développement d'une fermeture émotionnelle.

Sentiment d'impuissance.

Les PAB ont rapporté vivre un sentiment d'impuissance relié au fait de voir leurs patients souffrir constamment, ce qui peut miner leur santé mentale, puisque ce sentiment d'impuissance peut occasionner une affectivité négative :

« *Ça vient qu'on en voit assez qu'on sait reconnaître [donc] là on le dit à l'infirmière, mais c'est sûr qu'on se sent impuissant. Tu arrives, tu tournes la madame et tu sais que ça lui fait mal, c'est...mais on ne peut pas rien faire [...]* » [P7].

La constatation que « *ce n'est pas le bon vouloir des préposées qui va faire la différence* » [P3] vient renforcer ce sentiment d'impuissance chez les PAB, ce qui peut provoquer de la tristesse ou de l'anxiété chez eux.

Création d'une fermeture émotionnelle.

En réaction à la fréquente exposition à la souffrance à laquelle ils font face lors de leur travail, les PAB expliquent développer une sorte de fermeture qui semble les empêcher d'être submergés par les émotions négatives :

« C'est sûr que tu viens [qu'à trouver] ça triste, mais on dirait que oui, c'est triste, mais on vient qu'on met quasiment comme une barrière. Disons qu'un patient décède qu'on aimait, avec qui l'on se faisait du plaisir. En tout cas, pour moi, personnellement, je me dis dans ma tête, bien c'est une délivrance » [P7].

D'une certaine façon, cette fermeture émotionnelle les éloigne de leurs émotions, ce qui peut miner la qualité des relations que les PAB entretiennent avec les patients en entraînant un détachement et une baisse d'empathie envers eux :

« Au début, j'étais plus attaché à mes patients émotionnellement [...] Là, je pense que je c'est beaucoup plus [dosé]. Avant, j'avais plus de peine pour mes patients, j'étais beaucoup plus empathique que maintenant. » [P2]

D'un point de vue opposé, certains facteurs se sont avérés efficaces pour réduire ces effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale. Ces facteurs de protection seront présentés dans la section suivante.

Facteurs de protection contre l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale

Deux facteurs ont été perçus par les participants comme atténuant les effets néfastes de la fatigue de compassion sur la santé mentale. Ces facteurs sont présentés ci-dessous.

Aide psychologique.

Les PAB ont mentionné que les programmes d'aide psychologique, tels que le programme d'aide aux employés (PAE), ont eu des effets bénéfiques sur leur santé mentale en les préservant des effets néfastes que peut y avoir la fatigue de compassion. En effet, lors des moments plus éprouvants en raison du niveau d'exposition à la souffrance, ces programmes se sont avérés utiles pour se sentir mieux, tel que l'explique un participant dans l'extrait suivant :

« [...] il y a le programme d'aide aux employés, advenant qu'on en ait besoin. Moi je m'en sers, je m'en suis servi, puis je trouve ça efficace parce que ça nous permet de nous resituer, nous recentrer, autant au niveau personnel que professionnel » [P6].

Contact humain.

Le fait d'avoir un contact humain avec les patients a été interprété comme étant un facteur de protection contre l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale, puisque cet échange social atténue le sentiment d'impuissance vécu par les PAB par rapport à leur travail en leur donnant l'impression que ce contact fait une différence pour les patients.

« Ça, c'est quelque chose qui joue aussi beaucoup. Comme j'avais dit au début, c'est un travail que j'aime. J'aime ça voir le sourire des personnes avec qui je travaille. Donc quand ils sont heureux, quand ils sont contents, tout ça là, moi ça, ça me fait du bien. » [P10]

De plus, ce contact humain est une caractéristique de leur travail que les PAB ont rapporté apprécier concernant leur travail, ce qui permet ainsi d'augmenter les sentiments positifs qu'ils entretiennent à l'égard de leur travail diminuant l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale :

« **Chercheuse:** *Comment ça vous fait sentir quand vous pensez à eux [les résidents] en dehors des heures de travail?*

P5: *Oh ça, ça me fait comme chaud au cœur. J'espère qu'ils vont bien et je me demande comment ils vont, je pense souvent à eux. Des fois, quand je suis comme un peu [maussade], je pense à quelqu'un qui m'a dit des niaiseries, un de mes patients qui m'a dit [quelque chose]. Et oui, il y a des petites choses de la vie quotidienne qui me font penser à mes patients. » [P5]*

Enfin, l'analyse des données a permis de faire émerger d'autres facteurs qui, cette fois, font fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale, mais de façon bidirectionnelle. Ceux-ci sont présentés ci-dessous.

Facteurs qui font fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale

D'autres facteurs ont été perçus comme ayant une influence, parfois positive et d'autres fois négative, sur la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale. La qualité de chacun de ses facteurs pourrait donc modifier, c'est-à-dire réduire ou augmenter, l'influence de la fatigue de compassion sur la santé mentale des PAB.

Relation avec les patients.

La qualité de la relation qu'entretiennent les PAB avec leurs patients a été perçue par les participants comme étant particulièrement importante dans l'évolution de leur santé mentale en regard du phénomène de fatigue de compassion. Lorsque les relations sont positives, cela occasionne une meilleure santé mentale, puisqu'un espace de partage et de confiance bénéfique se crée :

« [...], mais j'aime ça m'occuper d'eux, avec qui on peut parler, connaître les histoires de vie, parler des affaires qu'ils ont vécues [...] » [P7].

Cependant, lorsque ces relations se développent davantage intimement, il se peut que les PAB éprouvent plus d'effets négatifs de la fatigue de compassion sur leur santé mentale, puisqu'il existerait désormais un « *attachement* » [P4], un lien entre les deux individus qui peut occasionner des sentiments négatifs lorsqu'un événement malheureux arrive au patient. :

« *C'est sûr qu'il se crée un lien, il y en a que tu aimes plus que les autres. [...] bien c'est sûr que ça reste professionnel, mais c'est sûr que quand on passe plus de temps au travail qu'avec notre famille... Mettons, moi j'ai toujours le même patient [et] ça fait 10 ans que je suis sur l'étage et s'il arrive quelque chose, ça va me toucher plus » [P3].*

Cependant, lorsque ces relations sont négatives, souvent en raison des comportements de violence des résidents envers les PAB, la santé mentale de ces derniers s'avère détériorée. En effet, puisqu'ils doivent s'exposer à certains manques de respect de la part des gens dont ils prennent soin, cela occasionne une diminution de l'empathie contributive au développement de la fatigue de compassion., comme illustré par cet extrait :

« [...] c'est sûr qu'il faut jongler beaucoup avec des personnes âgées qui peuvent avoir des troubles de comportement, des patients qui sont agressifs aussi [...]. Mais tu sais, ce n'est pas toujours facile, c'est se faire traiter de grosse vache [...] donc ça, ça peut jouer beaucoup au point de vue mental » [P8].

Relation avec les collègues.

Dans un même ordre d'idée, la qualité de la relation des PAB avec leurs collègues aurait une des influences les plus rapportées sur la santé mentale de ceux-ci. Dans le contexte où la majorité de ces relations sont positives, les participants mentionnent que cela aurait une influence positive sur leur santé mentale, puisque cela apporterait un « *sentiment de sécurité* » [P5] et faciliterait le travail en plus de réduire le risque de fatigue de compassion :

« Mais c'est sûr qu'avoir une bonne équipe de travail, c'est déjà beaucoup plus facile. [...] Mais c'est sûr que si c'est toujours le lieu où tu travailles, l'équipe où tu travailles, la réception de ce que tu dis, puis l'aide à mieux communiquer tous ensemble, c'est déjà beaucoup » [P6].

Contrairement, lorsque la qualité des relations avec les collègues est mauvaise, la fatigue de compassion peut affecter davantage la santé mentale des PAB, au point où certains participants ont déjà considéré quitter leur emploi en raison de l'ambiance négative de travail :

« Je te dirais que quand ça a été moins bien avec certaines collègues de travail, j'ai déjà pensé laisser ça carrément » [P8].

En ne pouvant pas échanger cordialement avec les collègues sur les situations difficiles, les PAB peuvent se sentir plus seuls dans leur situation, ce qui contribue au développement de la fatigue de compassion et en affecter la santé mentale.

Attitudes du supérieur.

L'écoute et le souci pour le bien-être sont des attitudes du supérieur qui s'associent à une meilleure santé mentale des PAB, puisque ceux-ci se sentent épaulés et compris, comme souligné par l'extrait suivant :

« L'humanité de la gestionnaire [et] qu'elle nous montre qu'elle est avec nous autres [et] qu'elle n'est pas juste dans son bureau avec son téléphone. Sa présence humaine, ça fait toute la différence » [P3].

Ils sentent donc qu'ils peuvent exprimer et discuter de situations difficiles avec leur supérieur, ce qui leur permet de ventiler et de diminuer le risque que la fatigue de compassion influence négativement la santé mentale.

Cependant, lorsqu'absentes, ces mêmes attitudes peuvent avoir l'effet inverse, puisque les PAB ne se sentent pas écoutés et pris en considération.

« Un soutien de l'employeur, zéro et une barre. À part quelques exceptions [où] j'ai pu être choyé de travailler avec certaines personnes qui étaient aussi humaines. Là, on pouvait avoir plus d'échanges et de compréhension [et on pouvait] s'ouvrir, mais ils n'ont pas le temps de nous gérer, ils ont de la misère à gérer les patients. Donc, ils n'ont pas le temps [pour ça] puis le réseau n'est pas fait pour ça du tout, on s'en fout totalement. » [P9]

Cela peut contribuer à leur sentiment d'impuissance dans l'organisation et ainsi augmenter le risque de fatigue de compassion et ses effets néfastes sur la santé mentale.

Discussion

Dans les paragraphes suivants, nous discuterons de la façon dont se présente le phénomène de fatigue de compassion chez les PAB en regard du niveau de santé mentale rapporté par les participants. De plus, de bonnes pratiques au travail seront proposées afin de prévenir le phénomène de fatigue de compassion chez les travailleurs et son effet néfaste sur la santé mentale.

Réellement peu de fatigue de compassion chez les PAB ?

Comme mentionné en introduction, la fatigue de compassion se présente principalement sous la forme d'une importante fatigue, d'une diminution de la capacité empathique et d'une difficulté à se détacher de la souffrance des patients en dehors du travail (Figley, 1995; Figley, 2002b; Jenkins et Warren, 2012; Joinson, 1992; Peters, 2018). Plusieurs études sur le sujet rapportent un haut niveau de fatigue de compassion vécu par les travailleurs de la santé (Arpacioglu et al., 2021; Buselli et al., 2020; Secosan et al., 2020). Cependant, d'autres études abordent un faible niveau de fatigue de compassion chez certains travailleurs de la santé, tel que chez les infirmières (Aslan et al., 2022; Yeşil et Polat, 2023).

Les résultats de notre étude suggèrent que les PAB ne ressentiraient qu'un faible niveau de fatigue de compassion. En effet, un faible nombre des participants à notre étude ont rapporté être épuisés. De plus, presque tous les participants ont rapporté ne pas avoir remarqué une diminution de leur capacité empathique envers leurs patients, cela étant un effet de la fatigue de compassion recensé (Figley, 2002b; Jenkins et Warren, 2012). Cela renforce l'idée que les PAB ne sont que faiblement touchés par les effets de la fatigue de compassion. Plusieurs idées pourraient venir expliquer ce faible niveau de fatigue de compassion chez les PAB.

D'abord, il est possible que les PAB travaillant auprès des personnes âgées ressentent un faible niveau de fatigue de compassion en raison de la qualité des équipes de travail dans leur profession. En effet, les participants ont rapporté que le facteur principal les protégeant de la fatigue de compassion était le travail d'équipe. Il est possible de retrouver dans la littérature quelques évidences similaires. Selon Fortin (2014), l'absence d'équipe de travail serait associée à la présence de fatigue de compassion dans les professions en relation d'aide. De plus, la cohésion d'équipe serait un facteur de protection contre la fatigue de compassion dans le milieu infirmier (Li et al., 2014). Notre étude appuie l'idée d'effet protecteur des équipes de travail contre la fatigue de compassion chez les PAB. Comme peu d'étude ont été effectuée auprès des PAB concernant la fatigue de compassion, cela approfondit les connaissances quant au fonctionnement de ce phénomène dans ce corps de métier.

Une autre explication du faible taux de fatigue de compassion chez les PAB suggéré par les résultats de notre étude pourrait être liée à la perception de la mort dans le contexte des résidences pour personnes âgées, tout comme il l'a été constaté pour les soins palliatifs (Bayet-Papin et Héritier, 2006). Comme les personnes âgées dont les PAB prennent soin sont en fin de vie, l'occurrence de la mort est perçue comme une éventualité attendue, plutôt que comme un échec. Cela pourrait avoir pour effet de diminuer le sentiment d'impuissance des PAB face à la souffrance de leurs patients. Le sentiment d'impuissance s'avère être un effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale relaté par les résultats de cette étude. Ainsi, en réduisant le sentiment

d'impuissance causé par la fatigue de compassion, cela réduit conséquemment les effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale.

Dans le même sens, Béland (2010) soutient qu'il existe une culture du silence dans le métier de PAB qui fait en sorte que les PAB nient la présence de leur souffrance. Sachant cette information, il est ainsi possible que certains des participants à notre étude aient sous-évalué leur niveau de fatigue de compassion, affectant le portrait que l'on en dresse.

Un niveau de santé mentale inattendu chez les PAB

Selon les résultats de notre étude, la santé mentale des PAB ne semble pas être autant en péril que la littérature le soutient (Fédération de la santé et des services sociaux et Confédération des syndicats nationaux, 2019), car la moitié des participants disent présenter une bonne ou excellente santé mentale. Cela pourrait être dû à la faible prévalence du phénomène de fatigue de compassion chez les PAB énoncée plus haut. Il est également possible que les facteurs atténuants les effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale retrouvés dans notre étude, soit le contact humain et l'aide psychologique, aient également un rôle à jouer. Ce résultat pourrait également être expliqué par les des niveaux de demandes, de contrôle et de soutien rapportés chez les PAB, trois facteurs étant lié à la santé mentale selon le modèle de Karasek et Theorell (1990).

Selon les résultats de cette étude, le niveau de demandes perçu est minimalement moyennement élevé pour l'ensemble des participants, ce qui correspond aux informations disponibles dans la littérature quant aux demandes exigeantes auxquelles font face les PAB (Bourassa, 2015; Bourbonnais et al., 2005). En effet, l'entièreté des participants a témoigné d'une charge de travail très élevée qui les empêchait souvent de terminer ce qu'ils avaient à faire. Cela peut être expliqué par l'alourdissement de la clientèle et le manque de personnel déjà documenté (Aubry et Feillou, 2019). Tout comme dans le modèle de Karasek et Theorell (1990), le niveau de demandes élevé est une composante du travail exerçant une grande influence sur la santé mentale des PAB.

Concernant le facteur du contrôle, les résultats de notre étude sont mitigés puisque nous avons pu identifier une divergence quant au niveau de contrôle rapporté dans le questionnaire et celui discuté lors des entretiens. Selon les résultats du questionnaire, le niveau de contrôle s'avère être perçu comme minimalement moyennement élevé pour 90% des participants. Cependant, en discutant plus profondément du contrôle lors des entretiens, c'est plutôt la perception d'un faible niveau d'autonomie décisionnelle qui semble prédominer, suggérant un faible niveau de contrôle. Les résultats des entretiens correspondent davantage à ce qui est retrouvé dans la littérature au sujet du faible niveau de contrôle des PAB (Aubry, 2012a; Bourassa, 2015; Tremblay, 2017). Ainsi, nos résultats soulignent la valeur ajoutée des entretiens et du partage d'expérience pour accéder en profondeur au vécu et au ressenti des participants. En effet, bien que les questionnaires soient plus rapides et moins coûteux pour collecter des données, les entretiens qualitatifs permettent d'enrichir et d'approfondir davantage le sujet avec les participants en permettant de répondre aux questionnements des participants quant aux sujets abordés (Jain, 2021).

Nos résultats suggèrent aussi que le niveau de soutien perçu est moyennement élevé pour la grande majorité des participants, ce qui ne concorde pas avec la littérature émettant l'idée que le soutien est peu présent dans le cadre du métier de PAB (Bourbonnais et al., 2005). Huit des participants rapportent avoir un bon niveau de soutien au travail de la part de leurs collègues et de leurs supérieurs. Ces participants nomment avoir de bonnes relations au travail, ce qui peut faire en sorte qu'ils perçoivent le soutien qu'ils reçoivent comme positif. Cela peut expliquer pourquoi leur perception du niveau de soutien au travail est meilleure que ce qui est retrouvé dans la

littérature. En effet, il existe un lien entre la perception du soutien social et le contexte relationnel dans lequel le soutien s'installe (Sarason et al., 1994).

Selon les résultats de notre étude, les niveaux de demandes et de soutien sont élevés, alors que le niveau de contrôle est plutôt faible. Selon le modèle de Karasek et Theorell (1990), selon ces niveaux de demandes et de contrôle, nous devrions retrouver un plus haut niveau de tension au travail et ainsi un moins bon niveau de santé mentale. Cependant, il est possible que le niveau de soutien élevé perçu par les PAB vienne atténuer les effets de ces deux autres dimensions. En effet, les niveaux élevés de soutien viendraient pallier le stress causé par le niveau de demandes élevé (Ozbay et al., 2007). Cela expliquerait pourquoi le niveau de santé mentale rapporté par les participants est plutôt élevé.

Une troisième explication quant au niveau élevé de santé mentale rapporté par les participants serait liée à certains facteurs individuels qui n'ont pas été documentés dans cette étude. En effet, certains aspects de personnalité peuvent permettre aux travailleurs de maintenir un certain équilibre sur le plan de leur santé mentale, même en présence de plusieurs stressors dans leur milieu de travail (Parent-Lamarche et Boulet, 2021). Par exemple, la présence d'une forte résilience pourrait protéger les PAB contre le développement de la fatigue de compassion. Certaines études ont retrouvé une association négative entre la résilience d'un individu et la fatigue de compassion (Burnett et Wahl, 2015; Lluch et al., 2022). Le regard positif envers la vie pourrait également être un facteur influençant le développement de la fatigue de compassion, tel que la littérature le soutient (Aslan et al., 2022).

Bonnes pratiques à développer

Selon nos résultats, on retrouve peu de fatigue de compassion chez les PAB. Ainsi, il serait intéressant d'utiliser les facteurs réduisant le risque de fatigue de compassion retrouvés dans nos résultats dans le but de maintenir un faible niveau de fatigue de compassion ou de le réduire chez d'autres corps de métier, tel que dans les soins infirmiers. La qualité du travail d'équipe semble avoir un effet protecteur contre la fatigue de compassion, probablement en raison de l'aspect relationnel de celui-ci, tout comme on le remarque dans les facteurs faisant fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale, tel que les relations avec les collègues et les attitudes du supérieur. Selon Pomerleau et al. (2013) et (Morin et Forest, 2007), le lien de collaboration et les échanges entre les employés permettraient d'aider ceux-ci à affronter les souffrances vécues au travail et assureraient une meilleure qualité de vie au travail. Ainsi, il pourrait être bénéfique d'accentuer ou de remanier les façons de faire du travail de PAB en mettant plus d'accent sur l'aspect relationnel afin de diminuer le risque de fatigue de compassion.

Pour lutter contre le phénomène de fatigue de compassion, la prévention est l'intervention recommandée selon Tjeltveit et Gottlieb (2010). Il pourrait être intéressant d'augmenter le nombre de rencontres d'équipe ou des rencontres de supervision avec le supérieur afin d'améliorer la cohésion de groupe et la relation avec les supérieurs et, conséquemment, prévenir le phénomène de fatigue de compassion. D'ailleurs, les rencontres d'équipe sont reconnues dans la littérature pour faciliter le travail en permettant un échange avec l'employeur et les collègues sur les problèmes et solutions rencontrés au travail (Institut National de Santé Publique du Québec, 2018). En augmentant le nombre d'échanges entre l'individu et ses collègues, il est possible d'augmenter le soutien social dont ils bénéficient, ce qui constitue un facteur de protection contre la fatigue de compassion (Lluch et al., 2022).

Forces et limites de l'étude

Bien que les résultats de cette étude apportent une contribution certaine à l'avancement des connaissances, il importe de souligner quelques limites à considérer. Premièrement, il est possible que la validité des résultats soit amoindrie par un biais de désirabilité sociale. En effet, certaines études énoncent que le biais de désirabilité sociale a un rôle à jouer dans la réponse qu'on obtient lorsqu'on questionne un travailleur sur son bien-être au travail (Dagenais-Desmarais, 2015). D'autres études rapportent une association négative entre le biais de désirabilité sociale et les symptômes rapportés chez les participants en recherche. Aussi, malgré l'atteinte de la saturation des données, notre analyse n'a pas permis de révéler de nuances entre les idées émises par les participants selon le genre, les groupes d'âge, le niveau d'ancienneté et l'origine ethnique quant à la présence de fatigue de compassion chez les PAB. Cet élément peut diminuer la spécificité de nos résultats.

Néanmoins, cette étude présente plusieurs forces méthodologiques qui en attestent de la rigueur et de la validité. Notamment, le recrutement des participants aux profils variés (p. ex., genre, âge, origine ethnique) et représentatifs de la population de PAB du Québec ainsi que la stratégie d'analyse impliquant plusieurs analystes et la procédure détaillée pour démontrer l'atteinte de la saturation (Kerr et al., 2010; Morse, 1995; Roe et Just, 2009; Sawadogo, 2021).

Ensuite, la validité des données a été bonifiée grâce à l'analyse indépendante de deux chercheurs sur les mêmes données, permettant un accord interjuge (Blais et Martineau, 2006).

Enfin, la validité externe, c'est-à-dire le degré auquel les résultats sont transférables, a été assurée par la stratégie de sélection à variation maximale à partir de laquelle les participants ont été choisis. Celle-ci permet d'assurer une diversité en termes de genre, d'âge et d'origine ethnique offrant une meilleure représentativité de la population à l'étude (Patton, 2002).

Conclusion

L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions des PAB en résidences pour personnes âgées concernant le phénomène de fatigue de compassion en regard de leur santé mentale. Le phénomène de fatigue de compassion chez les PAB n'est pas autant présent et n'est pas autant délétère sur la santé mentale que la littérature pourrait le suggérer. L'aspect relationnel du travail des PAB s'avère très important dans le maintien de la santé mentale de ceux-ci. Il sera important d'utiliser cette dimension comme levier pour améliorer la santé mentale des PAB. Pour les recherches ultérieures sur le concept de fatigue de compassion, il serait intéressant d'étudier la présence de la fatigue de compassion dans des milieux de travail déprivés de cet aspect social protecteur, comme les agences de placement.

Références

- Angers, V. et Vézina, J. (2018). Détresse chez les préposés aux bénéficiaires en centre d'hébergement exposés à des symptômes comportementaux. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 37(2), 99-109. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000016>
- Arpacioglu, S., Gurler, M. et Cakiroglu, S. (2021). Secondary Traumatization Outcomes And Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(1), 84-89. <https://doi.org/10.1177/0020764020940742>
- Aslan, H., Erci, B. et Pekince, H. (2022). Relationship between compassion fatigue in nurses, and work-related stress and the meaning of life. *Journal of religion and health*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01142-0>
- Åström, S., Karlsson, S., Sandvide, Å., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A. et Saveman, B. I. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(4), 410-416. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00301.x>
- Aubry, F. (2012). L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. *Cahiers de recherche sociologique*, (53), 11-32. <https://doi.org/10.7202/1023189ar>
- Aubry, F. et Feillou, I. (2019). Une forme de gestion désincarnée de l'activité. L'exemple d'une formation en santé et sécurité du travail destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. *Perspective interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (21-1). <https://doi.org/10.4000/pistes.6177>
- Baird, K. et Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Bayet-Papin, B. et Héritier, C. (2006). La souffrance des médecins, des infirmières et des aides soignantes dans l'accompagnement de fin de vie à l'hôpital. *InfoKara*, 21(2006/1), 35-36. <https://doi.org/10.3917/inka.061.0035>
- Bégin, D. et Landry, M. (2014). *Gestion de la présence au travail. Assurance salaire 2014*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2461115>
- Béland, J. P. (2010). *La souffrance des soignants*. Les Presses de l'Université de Laval.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Bourassa, J. (2015). *Effets d'une transformation du travail sur la santé mentale des préposés aux bénéficiaires travaillant en CHSLD* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. WorldCat.org. <http://depot-e.uqtr.ca/7704/1/031077591.pdf>
- Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P., Brisson, C., . . . Ouellet, J.-P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*(7-2). <https://doi.org/10.4000/pistes.3207>
- Burnett Jr, H. J. et Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*. 17(1), 318-326. <https://digitalcommons.andrews.edu/pubs/5>

- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., . . . Cristaudo, A. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6180. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- Camici, P. M. (2021). *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/books/TOC/17223>
- Chappell, D. et Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. International Labour Organization. https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=oESHJBZyJDwC&oi=fnd&pg=PR21&dq=Chappell,+D.+et+Di+Martino,+V.+2006.+Violence+at+work.+International+Labour+Organization.&ots=sWoyWuQFr0&sig=n89iAOixtJEASrTK_J7q99aJAPo
- Charles, R. F. (1995). *Compassion Fatigue : Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Routledge. <https://api.taylorfrancis.com/content/books/mono/download?identifierName=doi&identifierValue=10.4324/9780203777381&type=googlepdf>
- Clinchamps, M., Auclair, C., Prunet, D., Pfabigan, D., Lesage, F. X., Baker, J. S., Parreira, L., Mermillod, M., Gerbaud, L. et Dutheil, F. (2021). Burnout Among Hospital Non-Healthcare Staff: Influence of Job Demand-Control-Support, and Effort-Reward Imbalance. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(1), e13-e20. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002072>
- Creamer, T. L. et Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1), 89-96. <https://doi.org/10.1002/jts.20008>
- Dagenais-Desmarais, V. (2015). « Heureux au boulot, moi? Bien sûr!» Désirabilité sociale et bien-être psychologique des travailleurs québécois. *Santé et bien-être au travail: des méthodes d'analyse aux actions de prévention*, 31. <http://digital.casalini.it/9782336389981>
- Derriennic, F. et Vézina, M. (2001). Organisation du travail et santé mentale: approches épidémiologiques. *Travailler*, 5(1), 7-22. <https://doi.org/10.3917/trav.005.0007>
- Dunkley, J. et Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization in telephone counsellors: Internal and external influences. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 451-469. <https://doi.org/10.1080/03069880600942574>
- Fédération de la santé et des services sociaux et Confédération des syndicats nationaux. (2019). *Résultats du sondage de la FSSS-CSN portant sur les conditions de travail, la santé et le bien-être au travail des PAB des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux*. resultats_sondage_asss_2019.pdf (fsss.qc.ca)
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary stress disorder: An overview. Dans Figley, *Compassion fatigue : coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (1). New York: Brunner/Mazel Psychosocial stress series. [10.4324/9780203777381_previewpdf\(2\).pdf](https://doi.org/10.4324/9780203777381_previewpdf(2).pdf)
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (2002b). *Treating Compassion Fatigue*. Taylor & Francis.
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide: les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant* [Mémoire, Université du Québec à Chicoutimi]. Constellation. [030621766.pdf](https://doi.org/10.30621766.pdf) (uqac.ca)

- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P. et Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and health*, 25(10), 1229-1245. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>
- Gallagher, F. et Marceau, M. (2014). La recherche descriptive interprétative : Exploration du concept de la validité en tant qu'impératif social dans le contexte de l'évaluation des apprentissages en pédagogie des sciences de la santé. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e édition, 5-32). Presses de l'Université du Québec. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.2307/j.ctv1c29qz7.6>
- Greg, G., Arwen, B. et Laura, J. (2006). How Many Interviews Are Enough? : An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Grenier, N. (2008). *Portrait de la main d'œuvre : Préposés aux bénéficiaires (Rapport Grenier)*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Huang, Y.-H., Chen, C.-H., Du, P.-L. et Huang, I.-C. (2012). The causal relationships between job characteristics, burnout, and psychological health: a two-wave panel study. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(10), 2108-2125. <https://doi.org/10.1080/09585192.2011.610934>
- Institut National de Santé Publique du Québec (2018). *Fiche 2-A : Indicateur « Charge de travail »*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/sante-travail/risques-psychosociaux/2a_charge_travail.pdf
- Isaksson, U., Åström, S. et Graneheim, U. H. (2008). Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers. *Journal of clinical nursing*, 17(12), 1660-1666. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02196.x>
- Jain, N. (2021). Survey versus interviews: Comparing data collection tools for exploratory research. *The Qualitative Report*, 26(2), 541-554. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.4492>
- Jauvin, N. et Allaire, E. (2015). *Démarche de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant chez les préposés aux bénéficiaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale - CSSS de la Vieille-Capitale*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.1755.6887>
- Jauvin, N. (2019). En prévention, misons sur les préposés aux bénéficiaires. *Objectif prévention*, 42(1), 28-29. <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/OP/2019/op421028.pdf>
- Jenkins, B. et Warren, N. A. (2012). Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical care nursing quarterly*, 35(4), 388-395. <https://doi.org/10.1097/cnq.0b013e318268fe09>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 118-119. <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=4887418&site=ehost-live>
- Karasek, R. et Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic books.
- Kerr, C., Nixon, A., & Wild, D. (2010). Assessing and demonstrating data saturation in qualitative inquiry supporting patient-reported outcomes research. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 10(3), 269-281. <https://doi.org/10.1586/erp.10.30>

- Kleiner, S. et Wallace, J. E. (2017). Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC health services research*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2581-9>
- Lanctôt, N. et Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492-501. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Lee, W., Veach, P. M., Macfarlane, I. M. et Leroy, B. S. (2015). Who is at Risk for Compassion Fatigue? An Investigation of Genetic Counselor Demographics, Anxiety, Compassion Satisfaction, and Burnout. *Journal of Genetic Counseling*, 24(2), 358-370. <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9716-5>
- Leon, A. M., Altholz, J. A. S. et Dziegielewska, S. F. (1999). Compassion Fatigue Considerations for Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 32(1), 43-62. https://doi.org/10.1300/J083v32n01_04
- Li, A., Early, S. F., Mahrer, N. E., Klaristenfeld, J. L. et Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.04.004>
- Lluch, C., Galiana, L., Doménech, P. et Sansó, N. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: a systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare*, 10(2), 364. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2019). *Portrait de la main-d'œuvre : Soins d'assistance*. Gouvernement du Québec.
- Morin, E. M. et Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail. *Gestion*, 32(2), 31-36. <https://doi.org/10.3917/riges.322.0031>
- Morin, E. M. et Gagné, C. (2009). *Donner un sens au travail : promouvoir le bien-être psychologique*. IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf>
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Sage Journals*, 5(2), 147-149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Myrand, A. (2021). *Les pratiques bientraitantes des préposés aux bénéficiaires en milieu d'hébergement québécois: une réflexion sur l'éthique du care* [Mémoire, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/bf25224c-d465-431a-bcf6-0fab84167104/content>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan Iii, C., Charney, D. et Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e édition). Armand Colin.
- Parent-Lamarche, A., Marchand, A. et Saade, S. (2021). A multilevel analysis of the role personality play between work organization conditions and psychological distress. *BMC psychology*, 9(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00703-6>
- Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative social work*, 1(3), 261-283. <https://doi.org/10.1177/1473325002001003636>

- Pearlman, L. A. et Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional psychology: Research and practice*, 26(6), 558-565. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T. et Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian oncology nursing*, 21(2), 91-105. <https://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/160/168>
- Peters, E. (2018). *Compassion fatigue in nursing: A concept analysis*. *Nursing forum*, 54(3), 466-480. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Pisanti, R. (2012). Coping self-efficacy and psychological distress: results from an Italian study on nurses. *European Health Psychologist*, 14(1), 11-14.
- Pirelli, G., Formon, D. L. et Maloney, K. (2020). Preventing vicarious trauma (VT), compassion fatigue (CF), and burnout (BO) in forensic mental health: Forensic psychology as exemplar. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(5), 454-466. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000293>
- Pomerleau, D., Alderson, M., & Decarie, S. (2013). L'espace de parole au service des collectifs de travail: pour un milieu plus satisfaisant chez les infirmières dispensant des soins à domicile. *L'infirmière clinicienne*, 10 (1), 96-105. https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp-content/uploads/2023/01/Pomerleau_2013_InfirmiereClinicienneVol10no1pp96-105.pdf
- Raizenne, E. (2014). Les conflits entre la clientèle hébergée en CHSLD et le personnel soignant : Ce dont témoignent les intervenants. Dans Y. Couturier et F. Aubry (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie* (18-28). Presses de l'Université du Québec. https://extranet.puq.ca/media/produits/documents/2570_9782760540460.pdf
- Roe, B. E. et Just, D. R. (2009). Internal and external validity in economics research: Tradeoffs between experiments, field experiments, natural experiments, and field data. *American Journal of Agricultural Economics*, 91(5), 1266-1271. <http://www.jstor.org/stable/20616293>
- Sarason, I. G., Pierce, G. R. et Sarason, B. R. (1994). General and specific perceptions of social support. Dans W.R. Avison et I.H. Gotlib (dir.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future*, 151-177. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1106-3_6
- Sawadogo, H. P. (2021). Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. Dans F. Piron et É. Arsenault (dir.), *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. Éditions ESBC. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
- Sayers, J. (2001). The world health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11), 1085. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>
- Secosan, I., Virga, D., Crainiceanu, Z. P. et Bratu, T. (2020). The Mediating Role of Insomnia and Exhaustion in the Relationship between Secondary Traumatic Stress and Mental Health Complaints among Frontline Medical Staff during the COVID-19 Pandemic. *Behavioral Sciences*, 10(11). <https://doi.org/10.3390/bs10110164>

- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. (2^e éd.). Pocatello. <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Manual.pdf?ver=1622839353725>
- Statistique Canada (2019). *Profil des établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2019* (publication no 11-001-x). Le Quotidien. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/210916/dq210916c-fra.pdf?st=2_97LkNm
- Stebnicki, M. A. (2007). Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 317-338. <https://doi.org/10.1080/15487760701680570>
- Thomas, S. P. et Pollio, H. R. (2002). *Listening to patients: A phenomenological approach to nursing research and practice*. Springer Publishing Company. [https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=qnz1xPKS_38C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Thomas,+S.+P.+et+Pollio,+H.+R.+\(2002\).+Listening+to+patients:+A+phenomenological+approach+to+nursing+research+and+practice.+Springer+Publishing+Company&ots=7fn4Q0Qvrb&sig=rWi6AOJw21439qK1lm_qta3_wCU&redir_esc=y#v=onepage&q=Thomas%2C%20S.%20P.%20et%20Pollio%2C%20H.%20R.%20\(2002\).%20Listening%20to%20patients%3A%20A%20phenomenological%20approach%20to%20nursing%20research%20and%20practice.%20Springer%20Publishing%20Company&f=false](https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=qnz1xPKS_38C&oi=fnd&pg=PR7&dq=Thomas,+S.+P.+et+Pollio,+H.+R.+(2002).+Listening+to+patients:+A+phenomenological+approach+to+nursing+research+and+practice.+Springer+Publishing+Company&ots=7fn4Q0Qvrb&sig=rWi6AOJw21439qK1lm_qta3_wCU&redir_esc=y#v=onepage&q=Thomas%2C%20S.%20P.%20et%20Pollio%2C%20H.%20R.%20(2002).%20Listening%20to%20patients%3A%20A%20phenomenological%20approach%20to%20nursing%20research%20and%20practice.%20Springer%20Publishing%20Company&f=false)
- Tjeltveit, A. C., Gottlieb, M. C. (2010). Avoiding the road to ethical disaster: Overcoming vulnerabilities and developing resilience. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 98-110. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018843>
- Tremblay, G. (2017). *Enquête sur la souffrance au travail chez les préposées aux bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec* [Mémoire, Université du Québec à Montréal]. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/9819>
- Turcotte, M. et Savage, K. (2020). *La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-fra.pdf?st=9aWBbtMx>
- Van der Heijden, B. I., Mulder, R. H., König, C. et Anselmann, V. (2017). Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. *Medicine*, 96(15). <https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000006505>
- Wee, D. F., & Myers, D. (2002). Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. Dans C. R. Figley (dir.), *Treating compassion fatigue* (57–83). Brunner-Routledge. <https://psycnet.apa.org/record/2002-17425-003>
- Yeşil, A. et Polat, Ş. (2023). Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. *BMC nursing*, 22(12), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01174-3>
- Yi, J., Kim, J., Akter, J., Molloy, J. K., Ah Kim, M. et Frazier, K. (2018). Pediatric oncology social workers' experience of compassion fatigue. *Journal of psychosocial oncology*, 36(6), 667-680. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1504850>

Chapitre 6 – Discussion

Le but de notre étude était d'explorer les perceptions des PAB en résidences pour personnes âgées afin de décrire le portrait du phénomène de fatigue de compassion chez ce corps de métier en regard à sa santé mentale. Le présent chapitre détaillera la façon dont se présente le phénomène de fatigue de compassion chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées selon les résultats obtenus. Ce chapitre exposera également comment ce phénomène est en interaction avec la santé mentale des PAB travaillant auprès des personnes âgées. De plus, de bonnes pratiques à développer dans le cadre du travail seront suggérées afin de prévenir l'occurrence et les effets néfastes du phénomène de fatigue de compassion sur la santé mentale, tout comme des pistes pour les recherches futures.

6.1 Portrait de la fatigue de compassion chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées

Selon les écrits scientifiques, la fatigue de compassion se présente principalement sous la forme d'une importante fatigue, d'une diminution de la capacité empathique et d'une difficulté à se détacher de la souffrance des patients en dehors du travail (Figley, 1995; Figley, 2002b; Jenkins et Warren, 2012; Joinson, 1992; Peters, 2018). Elle peut également engendrer des rappels de la source de souffrance, tels que des pensées intrusives et l'évitement de ces pensées (Figley, 1995), des sentiments parallèles de peur, de détachement, des troubles du sommeil (Figley, 1995; Stebnicki, 2007; Wee et Myers, 2002) et une excitation émotionnelle négative (Figley, 2002a; Jenkins et Warren, 2012). Plusieurs études sur le sujet rapportent un haut niveau de fatigue de compassion vécu par les travailleurs de la santé (Arpacioglu et al., 2021; Secosan et al., 2020). Cependant, d'autres études abordent un faible niveau de fatigue de compassion chez certains travailleurs de la santé, tel que chez les infirmières, soit le corps de métier se rapprochant de près au métier des PAB de par la nature des tâches (Aslan et al., 2022; Buselli et al., 2020; Magnavita et al., 2021; Varadarajan et Rani, 2021; Yeşil et Polat, 2023). Certaines de ces études expliqueraient la divergence des résultats dans les écrits scientifiques par le lien positif entre la fatigue de compassion et le stress vécu au travail étant lié au sentiment de danger (Arpacioglu et al., 2021; Aslan et al., 2022). Ainsi, chez les travailleurs de la santé de première ligne par exemple, la fatigue de compassion peut être davantage vécue en raison du plus grand sentiment d'urgence qu'ils vivent quotidiennement au travail (Arpacioglu et al., 2021). Des travailleurs de la santé oeuvrant dans d'autres services, comme les soins à domicile ou de longues durées, pourraient ainsi vivre moins

de fatigue de compassion étant donné qu'ils sont moins soumis à ce sentiment de danger. D'autres études expliqueraient ces différences par le lien négatif entre le désengagement mental et la fatigue de compassion (Aslan et al., 2022; Varadarajan et Rani, 2021; Yeşil et Polat, 2023). En effet, selon ces études, le fait de se détacher ou de se désengager réduirait le risque de fatigue de compassion. Ce désengagement peut être présent chez certaines personnes et absent chez d'autres, affectant leur niveau de fatigue de compassion.

Selon les résultats de notre étude, très peu de participants ont nommé présenter une importante fatigue, une diminution de la capacité empathique, des troubles du sommeil ou une excitation émotionnelle négative. Cependant, plusieurs d'entre eux ont nommé avoir des pensées intrusives leur rappelant la souffrance dont ils ont été témoins au travail et une tentative de les éviter. D'ailleurs, la plupart des participants ont reconnu la création d'une barrière émotionnelle les amenant à vivre un certain détachement par rapport à la souffrance de leurs patients. Ainsi, les résultats suggèrent que la fatigue de compassion est présente chez les PAB. Toutefois, selon la théorie, l'intensité du vécu de la fatigue de compassion chez ce corps de métier semble faible, ce qui s'écarte de certains travaux antérieurs sur le sujet (Arpacioglu et al., 2021; Secosan et al., 2020).

Les PAB travaillant auprès des personnes âgées montrent une vulnérabilité à plusieurs facteurs de risque de la fatigue de compassion recensés dans les écrits scientifiques. D'abord, le fait de travailler avec des groupes vulnérables prédisposerait les travailleurs au développement de la fatigue de compassion, tout comme la durée d'exposition à la souffrance (Creamer et Liddle, 2005; Pirelli et al., 2020; Wee et Myers, 2002). En se basant sur les écrits scientifiques et en considérant ainsi la vulnérabilité des personnes âgées dont ils prennent soin, la nature de leurs tâches et la proximité avec leurs patients, il est considérable que les PAB soient davantage à risque de développer de la fatigue de compassion. Ensuite, le manque de soutien social et la surcharge de travail seraient également des facteurs de risque de la fatigue de compassion recensés dans les écrits scientifiques (Kleiner et Wallace, 2017; Perry et al., 2011). Comme les PAB vivent quotidiennement un manque de soutien social et une charge de travail importante, cela renforce le risque de développer de la fatigue de compassion (Bourbonnais et al., 2005; Raizenne, 2013). Les femmes et les individus d'origine autre que caucasienne seraient davantage à risque de développer de la fatigue de compassion (Killian, 2008; Lee et al., 2015; Sprang et al., 2007). La profession de PAB est reconnue pour avoir une très forte proportion de femmes (80 %) et d'individus ayant une

origine autre que caucasienne (26 %; Grenier, 2008; Turcotte et Savage, 2020). Malgré ces évidences, nos résultats suggèrent que notre échantillon de participants ne présentait pas un haut niveau de fatigue de compassion. Cela peut être expliqué par les trois hypothèses suivantes.

Premièrement, le facteur de protection contre le développement de la fatigue de compassion qui est principalement ressorti des résultats de notre étude, soit le travail d'équipe, doit être pris en considération. Les PAB ont nommé que le travail d'équipe était ce qui les soulageait le plus face à la souffrance dont ils sont témoins chez leurs patients. Nous supposons ainsi qu'une bonne qualité du travail d'équipe pourrait réduire l'occurrence de la fatigue de compassion chez les PAB. Cette idée est appuyée par l'étude de Fortin (2014), selon laquelle l'absence d'équipe de travail serait associée à la présence de fatigue de compassion dans les professions en relation d'aide. De plus, la cohésion d'équipe, une composante reconnue pour améliorer la qualité du travail d'équipe serait un facteur de protection contre la fatigue de compassion dans le milieu infirmier, un milieu très similaire à ceux des PAB (Li et al., 2014). En identifiant un facteur de protection contre le développement de la fatigue de compassion, cela contribue à l'approfondissement des connaissances sur ce phénomène chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées.

Ensuite, il est nécessaire de considérer le contexte des résidences pour personnes âgées où travaillent les PAB. Les patients dans ces milieux ont généralement une santé précaire, due à leur âge avancé, ce qui fait que la perception de la mort pour les gens qui y travaillent est de la considérer comme éventualité attendue, plutôt qu'un échec des soins donnés (Bayet-Papin et Héritier, 2006). Le sentiment d'urgence occasionnant le stress au travail est possiblement moindre chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées, ce qui est associé positivement au développement de la fatigue de compassion (Arpacioglu et al., 2021; Aslan et al., 2022). Nous supposons que cela peut avoir comme effet de réduire le sentiment d'impuissance vécu par les PAB mentionné comme étant un effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale. Ainsi, en réduisant cet effet, l'intensité de la fatigue de compassion chez les PAB est amoindrie. De plus, il est également possible que la culture du silence existant dans l'environnement des PAB abordé par Béland (2010) vienne influencer le partage des participants quant à leur expérience au travail. Cette idée soulève la possibilité que nous n'ayons pas eu accès à l'ensemble du vécu des PAB en regard de la fatigue de compassion, ce qui peut imposer de la prudence dans l'interprétation des résultats.

Enfin, il est possible que certains facteurs individuels n'ayant pas été documentés dans notre étude viennent influencer le développement de la fatigue de compassion. Par exemple, la présence d'une forte résilience, c'est-à-dire la capacité à s'adapter ou à persévérer à travers des situations difficiles (Smith et al., 2008), pourrait protéger les PAB contre le développement de la fatigue de compassion. Certaines études ont retrouvé une association négative entre la résilience d'un individu et la fatigue de compassion (Burnett et Wahl, 2015; Lluch et al., 2022). Le regard positif envers la vie pourrait également être un facteur influençant le développement de la fatigue de compassion, tel que les écrits scientifiques le soutiennent (Aslan et al., 2022).

6.2 Portrait de la santé mentale des PAB travaillant auprès des personnes âgées

Selon les résultats de notre étude, la santé mentale des PAB semble être meilleure que ce que laisse présager les écrits scientifiques à ce sujet. (FSSS et CSN, Aubry, 2021; 2019). En effet, seulement un des dix participants a rapporté avoir une santé mentale difficile et la moitié de ces derniers ont témoigné avoir une bonne ou excellente santé mentale. Il est possible de supposer que comme les PAB ne vivent pas beaucoup de fatigue de compassion, le niveau de leur santé mentale en bénéficierait. Nous suggérons également que le contact humain et l'aide psychologique atténueraient les effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale, tel qu'il l'a été mentionné par les participants à l'étude. Ce résultat peut aussi être expliqué par des caractéristiques du travail des PAB. Nous nous référons alors au modèle théorique de Karasek et Theorell (1990) selon lequel les niveaux de demandes, de contrôle et de soutien social au travail interagissent de façon à influencer la santé mentale.

Le modèle théorique de Karasek et Theorell (1990) postule d'abord qu'un niveau de demandes élevé au travail constituerait un facteur de grande influence sur la santé mentale des travailleurs. Selon les résultats de notre étude, huit des participants disent percevoir un niveau de demandes élevé ou très élevé au travail. De plus, tous les participants ont nommé avoir de la difficulté à terminer l'ensemble de leurs tâches dans les temps donnés en raison de la charge de travail très élevée. Cette charge de travail élevée est d'ailleurs perçue comme un facteur de risque de la fatigue de compassion, selon les témoignages des participants à notre étude. Cela correspond aux demandes très exigeantes du travail de PAB rapporté dans les écrits scientifiques (Bourassa, 2015; Bourbonnais et al., 2005). Dans les écrits scientifiques, on explique ce niveau élevé de

demandes dans le travail des PAB par l'alourdissement de la clientèle et le manque de personnel (Aubry et Feillou, 2019).

Selon le modèle théorique de Karasek et Theorell (1990), le niveau de contrôle au travail serait également un facteur expliquant la santé mentale des travailleurs. Les résultats de notre étude quant au niveau de contrôle des PAB sont plutôt mitigés en raison d'une divergence entre les données rapportées dans le questionnaire et celles expliquées dans les entretiens. En regardant les réponses des participants aux questionnaires, on constate que le niveau de contrôle perçu est qualifié de faible par un seul participant, alors que presque la moitié de ceux-ci ont nommé avoir un niveau de contrôle élevé ou très élevé au travail. À partir de ces résultats, on peut supposer que le niveau de contrôle des PAB n'est généralement pas faible, tel que les écrits scientifiques le prescrivent (Aubry, 2012a; Bourassa, 2015; Tremblay, 2017). Cependant, en analysant les données obtenues dans les entretiens, on remarque plutôt qu'un faible niveau de contrôle est perçu par les participants. En allant plus loin dans nos questions posées aux participants dans les entretiens, ceux-ci expliquent avoir peu d'autonomie décisionnelle dans l'accomplissement de leurs tâches, ce qui constitue une composante du concept de contrôle de Karasek et Theorell (1990). Ces résultats appuient la valeur ajoutée des entretiens qualitatifs et du partage d'expérience pour accéder en profondeur au vécu et au ressenti des participants. En effet, bien que les questionnaires soient plus rapides à administrer et moins coûteux, les entretiens qualitatifs permettent d'enrichir la compréhension des perceptions des participants, notamment en permettant un échange pour répondre aux incompréhensions des participants quant aux sujets abordés (Jain, 2021). Cela permet ainsi d'approfondir les résultats concernant le sujet à l'étude. C'est pour cette raison que, bien que nous considérions les résultats du questionnaire, notre réflexion se basera davantage sur les résultats des entretiens, soit le faible niveau de contrôle des PAB, ce qui correspond à ce qu'on retrouve dans les écrits scientifiques sur le sujet du niveau de contrôle des PAB (Aubry, 2012a; Bourassa, 2015; Tremblay, 2017).

Le soutien social au travail constitue la dernière composante du modèle théorique de Karasek et Theorell (1990), selon lequel cette composante serait aussi un facteur d'influence de la santé mentale des travailleurs. Dans les écrits scientifiques, le niveau de soutien des PAB dans le cadre de leur travail est qualifié de faible (Bourbonnais et al., 2005). Cependant, les résultats de notre étude n'appuient pas cette idée, car le niveau de soutien perçu par les participants de notre

étude n'est pas faible, pour la plupart. En effet, seulement deux participants ont partagé percevoir un faible niveau de soutien social dans le cadre de leur travail, alors que la majorité ont plutôt rapporté un niveau de soutien social moyennement élevé. Cela pourrait être expliqué par la qualité des relations de travail que les participants entretiennent, puisqu'il existe une association entre la perception du soutien social et le contexte relationnel dans lequel il s'installe (Sarason et al., 1994). Les deux participants ayant témoigné d'un niveau faible de soutien social au travail sont également les deux participants pour lesquels leurs relations au travail sont plus difficiles. Les huit autres participants à notre étude ont nommé avoir des relations positives au travail. Nous suggérons donc que ces participants perçoivent alors le soutien social dont ils bénéficient comme positif.

Ainsi, selon les résultats de notre étude, les niveaux de demandes et de soutien perçus sont qualifiés d'élevés, alors que le niveau de contrôle est plutôt perçu comme faible. Selon la première théorie du modèle théorique de Karasek et Theorell (1990), en ayant un haut niveau de demandes pairé d'un faible niveau de contrôle dans le cadre du travail, nous devrions retrouver une plus grande tension au travail se traduisant par une santé mentale plus difficile. Cependant, ce même modèle théorique propose aussi qu'un niveau de soutien social élevé pourrait atténuer les effets nuisibles d'un haut niveau de demandes, en palliant le stress causé par celui-ci (Karasek et Theorell, 1990; Ozbay et al., 2007). Nous proposons donc que, comme les PAB ont majoritairement témoigné d'une bonne santé mentale, le niveau de soutien social élevé rapporté par ceux-ci exerce une influence sur le niveau de demandes élevé du travail, bénéficiant ainsi leur santé mentale.

6.3 Bonnes pratiques à développer

En nous appuyant sur les résultats de notre étude, nous proposons de bonnes pratiques à développer dans le cadre du travail afin de lutter contre le phénomène de fatigue de compassion et de promouvoir une bonne santé mentale au travail. Pour combattre le phénomène de fatigue de compassion, la prévention est l'intervention recommandée selon Tjeltveit et Gottlieb (2010). Dans cette optique, nous recommandons d'abord d'informer et de documenter les travailleurs sur le phénomène de fatigue de compassion, ses symptômes et les facteurs de risque. Dans plusieurs écrits scientifiques, il est d'ailleurs recommandé de mettre en place plus d'interventions éducatives sur le sujet afin d'augmenter la connaissance des travailleurs (Flarity et al., 2013 {Dereen Houck, 2014 #493; Meadors et Lamson, 2008; Meadors et al., 2010}). Cela permet alors aux travailleurs d'être plus vigilants face à ces symptômes et d'être davantage outillés pour y réagir. Cela peut se faire à

l'aide d'ateliers, de discussions ou de formations. Il pourrait aussi être possible de distribuer de la documentation sur le sujet. Selon les résultats de notre étude, on retrouve un faible niveau de fatigue de compassion chez les PAB et une santé mentale généralement bonne. Il serait alors important de considérer les facteurs ayant le potentiel de réduire le risque de fatigue de compassion ou les facteurs contribuant à une meilleure santé mentale au travail afin d'améliorer l'expérience générale de travail en tant que PAB.

D'abord, le facteur de protection contre le développement de la fatigue de compassion qui ayant émergé des résultats de notre étude est le travail d'équipe. Le fait d'avoir une expérience positive de travail d'équipe protégerait les PAB contre le développement de fatigue de compassion. De plus, selon nos résultats, les relations avec les collègues seraient un facteur faisant fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale, c'est-à-dire que des relations positives au travail avec les collègues contribueraient à une meilleure santé mentale au travail. En addition, selon nos résultats, le contact humain est un facteur de protection contre l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale. Ceci est appuyé par Pomerleau et al. (2013) et Morin et Forest (2007), qui rapportent que le lien de collaboration et les échanges entre les employés permettraient d'aider ceux-ci à affronter les souffrances vécues au travail et assureraient une meilleure qualité de vie au travail. Ainsi, il serait pertinent d'augmenter le nombre de rencontres d'équipe afin d'améliorer la cohésion de groupe et, conséquemment, prévenir le phénomène de fatigue de compassion. Les rencontres d'équipe sont reconnues dans les écrits scientifiques pour faciliter le travail en permettant un échange avec les collègues sur les problèmes et solutions rencontrés au travail (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2018). En augmentant le nombre d'échanges entre l'individu et ses collègues, il est possible d'augmenter le soutien social dont ils bénéficient, ce qui constitue un facteur de protection contre la fatigue de compassion retrouvé dans les écrits scientifiques (Lluch et al., 2022). Les attitudes du supérieur constituent également un facteur faisant fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale. Cela est corroboré par Beauchamp (2023) qui expose que les pratiques de gestion du supérieur immédiat comptent pour une bonne part de la variation des taux de détresse psychologique des PAB. Ainsi, il peut être pertinent d'informer aussi les supérieurs en ce qui a trait à la fatigue de compassion afin que ceux-ci soient aussi attentifs aux facteurs de risque de la fatigue de compassion chez leurs employés. Pour les employeurs, une façon d'être prudents face à ce phénomène que nous recommandons est de faire un suivi plus étroit auprès des employés en offrant de la supervision et

consultation de réflexion, par exemple. La supervision et consultation de réflexion est une méthode selon laquelle un superviseur soutient un employé en effectuant des rencontres afin de faire réflexion sur le travail (Tomlin et al., 2016). Il a été observé que cette méthode permet de réduire le risque de fatigue de compassion et de promouvoir le bien-être de certains travailleurs en relation d'aide (Harrison, 2016; Tomlin et al., 2014; Watson et al., 2014). En plus de permettre d'offrir une opportunité de développement de soutien pour l'employé en offrant un espace de discussion (Tomlin et al., 2016), nous supposons que cette méthode peut également permettre d'avoir plus accès aux états des employés et ainsi pouvoir les référer plus rapidement à de l'aide psychologique, soit un facteur de protection contre l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale recensé dans nos résultats. Cela permet aussi d'apporter un meilleur soutien aux PAB, ce qui est un facteur de protection de la fatigue de compassion chez les PAB rapporté dans les écrits scientifiques (Lluch et al., 2022).

6.4 Pistes de recherches futures

Notre étude aboutit vers une compréhension nuancée de l'occurrence de la fatigue de compassion et de l'état de santé mentale des PAB travaillant auprès des personnes âgées par rapport au portrait des PAB qu'on retrouve dans les écrits scientifiques. Le contexte de travail auprès des personnes âgées est différent des autres contextes de soins dans lesquels les PAB peuvent œuvrer. Ainsi, il pourrait être bénéfique de questionner des individus occupant le métier de PAB dans d'autres contextes de travail afin de voir s'il existe des différences quant au phénomène de fatigue de compassion en regard de la santé mentale.

En analysant les résultats de notre étude, il est possible de remarquer l'importance du rôle que joue l'aspect relationnel du travail pour les PAB dans le développement de la fatigue de compassion et le maintien de la santé mentale. En effet, les résultats font émerger de nombreux facteurs étant associés à cette composante relationnelle (p.ex. travail d'équipe, relations avec les collègues, contact humain, attitudes du supérieur). Il pourrait être intéressant d'investiguer davantage sur les façons de remanier le travail des PAB de sorte à accorder plus d'attention à cet aspect relationnel.

6.5 Forces et limites de l'étude

Notre étude comprend plusieurs forces, autant sur le plan théorique que pratique. D'abord, les résultats de notre étude permettent d'apporter une contribution certaine à l'avancement des connaissances générales sur le phénomène de fatigue de compassion, mais également plus spécifiquement sur l'occurrence de ce phénomène chez les PAB travaillant auprès des personnes âgées. Nos résultats offrent également un portrait de la santé mentale dans ce contexte de travail. Notre étude propose aussi de bonnes pratiques à employer au travail afin de réduire le risque de fatigue de compassion et de promouvoir la santé mentale. Ensuite, d'un point de vue méthodologique, notre étude présente quelques forces. La stratégie de sélection à variation maximale utilisée pour choisir les participants à notre étude a assuré une diversité en termes de genre, d'âge et d'origine ethnique offrant une meilleure représentativité de la population à l'étude (Patton, 2002). Effectivement, huit femmes (80 %) et deux participants d'origine ethnique autre que québécoise (20 %) ont été sélectionnés pour participer à l'étude, ce qui est très similaire aux pourcentages de femmes (82 %) et de personnes d'autre origine ethnique (26 %) retrouvés dans la population québécoise de PAB (Grenier, 2008; MSSS, 2020; Turcotte et Savage, 2020). De plus, l'âge moyen des participants à notre étude est de 38 ans, ce qui ressemble de près à l'âge moyen de 42 ans qu'on retrouve dans la population des PAB québécois (Grenier, 2008). La validité externe, c'est-à-dire le degré auquel les résultats sont transférables, a ainsi été bonifiée. La validité des données a aussi été améliorée grâce à l'analyse indépendante de deux chercheurs sur les mêmes données, permettant donc un accord inter juge (Blais et Martineau, 2006). De plus, dans notre étude, la stratégie d'analyse et le processus d'atteinte de la saturation ont été grandement détaillés, ce qui permet de témoigner de la rigueur de l'étude et de validité des résultats (Roe et Just, 2009).

D'un autre côté, il est important de souligner les limites de notre étude. Il est d'abord possible que la validité des résultats soit amoindrie par le biais de désirabilité sociale. En effet, le biais de désirabilité sociale influence la réponse obtenue lorsqu'un travailleur est questionné sur son bien-être au travail (Dagenais-Desmarais, 2015). Aussi, notre étude n'a pas permis de révéler, dans le discours des participants, des différences significatives entre les genres, les groupes d'âge, et l'origine ethnique en ce qui a trait au phénomène de fatigue de compassion. Cela peut donc exercer une influence négative sur la spécificité de nos résultats. Enfin, les constats de notre étude peuvent ne pas s'appliquer à d'autres contextes d'organisation de soins de santé ailleurs qu'au Québec.

Chapitre 7 – Conclusion

Le but de notre étude était de dresser un portrait du phénomène de fatigue de compassion chez les préposés aux bénéficiaires en résidences pour personnes âgées en regard de leur santé mentale. De façon plus spécifique, les perceptions des préposés aux bénéficiaires par rapport à la fatigue de compassion et son lien avec les niveaux de demandes, de contrôle et de soutien social au travail ont été explorés. Les résultats ont fait ressortir 11 facteurs regroupés sous la forme de cinq catégories, soit les facteurs de risque de la fatigue de compassion, les facteurs de protection contre la fatigue de compassion, les effets de la fatigue de compassion sur la santé mentale, les facteurs de protection contre l'effet de la fatigue de compassion sur la santé mentale et les facteurs qui font fluctuer la relation entre la fatigue de compassion et la santé mentale.

En s'attardant à ces résultats, deux principaux constats sont ressortis. D'abord, les PAB travaillant auprès des personnes âgées vivraient de la fatigue de compassion, mais l'intensité de ce phénomène serait plutôt faible dans ce corps de métier. Ce résultat peut être expliqué à l'aide de plusieurs raisons, soit le contexte dans lequel ils travaillent, l'effet protecteur du travail d'équipe ou d'autres facteurs individuels qui n'ont pas été examinés. Ensuite, malgré les nombreux facteurs mettant à risque la santé mentale des PAB travaillant auprès des personnes âgées, la santé mentale de ces travailleurs serait meilleure que ce qui est suggéré dans les écrits scientifiques. Cela pourrait être expliqué par l'effet protecteur de l'aide psychologique et du contact humain ou par le faible niveau de fatigue de compassion retrouvé dans les résultats. En nous basant sur le modèle théorique sélectionné, nous proposons aussi que ce constat puisse s'expliquer par la présence d'un haut niveau de soutien chez les PAB qui viendrait pallier les effets des demandes élevées sur la santé mentale.

Afin de réduire le risque de fatigue de compassion et de favoriser une santé mentale positive dans les milieux de travail des PAB, nous recommandons l'utilisation de la prévention sous forme d'ateliers ou de formations sur la fatigue de compassion, autant chez les travailleurs que chez les employeurs. Nous recommandons également d'appliquer cette prévention en augmentant le nombre de rencontres d'équipes ou de supervision et de consultation de réflexions.

Pour les recherches futures, il serait intéressant d'aborder le phénomène de fatigue de compassion chez les PAB dans un autre contexte que celui des résidences pour personnes âgées. De plus, considérant nos résultats, il pourrait être intéressant d'examiner davantage l'aspect relationnel du travail et son lien avec la santé mentale dans le métier de PAB.

Références bibliographiques

- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260. doi: <https://doi.org/10.7202/008833ar>
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : Entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80(1), 76. doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0076>
- Allaire, É. (2018). *Les préposés aux bénéficiaires immigrants de la grande région de Québec: tour d'horizon de leur expérience au travail* (mémoire de maîtrise, Université Laval). Repéré à http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Mat_Pedagogique/CHSLD2018/10-%20CHSLD2018_PAB_immigrants_Allaire-Jauvin.pdf
- Anderson, R. A., Ammarell, N., Bailey, D., Colón-Emeric, C., Corazzini, K. N., Lillie, M., . . . McDaniel, R. R. (2005). Nurse Assistant Mental Models, Sensemaking, Care Actions, and Consequences for Nursing Home Residents. *Qualitative health research*, 15(8), 1006-1021. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732305280773>
- Angers, V. et Vézina, J. (2018). Détresse chez les préposés aux bénéficiaires en centre d'hébergement exposés à des symptômes comportementaux. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 37(2), 99-109. doi: <https://doi.org/10.1017/S0714980818000016>
- Arpacioglu, S., Gurler, M. et Cakiroglu, S. (2021). Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(1), 84-89. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0020764020940742>
- Aslan, H., Erci, B. et Pekince, H. (2022). Relationship between compassion fatigue in nurses, and work-related stress and the meaning of life. *Journal of religion and health*, 1-13. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01142-0>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). Nurse fatigue and patient safety Repéré à http://www.cna-aiic.ca/?/media/cna/page-content/pdf-en/fatigue_safety_2010_report_e.pdf?la=en
- Åström, S., Karlsson, S., Sandvide, Å., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A. et Saveman, B. I. (2004). Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(4), 410-416. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00301.x>
- Aubry, F. (2012a). L'innovation en milieu hypernormalisé. Le cas des préposés aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. *Cahiers de recherche sociologique*(53), 11-32. doi: <https://doi.org/10.7202/1023189ar>
- Aubry, F. (2012b). Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes: une comparaison France-Québec. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*(119), 47-63. doi: <https://doi.org/10.4000/formationemploi.3706>
- Aubry, F. (2016). Les préposés aux bénéficiaires au Québec: entre amour du métier et dégoût de la tâche: Comment l'analyse de l'activité permet de comprendre le paradoxe. *Sociologie et sociétés*, 48(1), 169-189. doi: <https://doi.org/10.7202/1036888ar>

- Aubry, F. (2017, 1er juin). *Les préposés aux bénéficiaires: un métier essentiel pour le bien-être des personnes vulnérables*. Communication présentée Congrès de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ), Québec.
- Aubry, F. (2018, 26 février). Les raisons du manque d'attrait du métier de préposée aux bénéficiaires. Repéré à <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/521240/les-raisons-du-manque-d-attrait-envers-le-metier-de-preposee-aux-beneficiaires>
- Aubry, F. (2021). La fragilisation de la santé psychologique au travail des préposés aux bénéficiaires: l'impact d'une forme d'injustice organisationnelle. *Perceptions de justice et santé au travail: l'organisation à l'épreuve*, 141-156.
- Aubry, F. et Couturier, Y. (2012). L'habilitation des nouveaux préposés aux bénéficiaires par le groupe de pairs dans les organisations gériatriques de type CHSLD au Québec. *Phronesis*, 1(2), 5-14. doi: <https://doi.org/10.7202/1009056ar>
- Aubry, F., Couturier, Y. et Lemay, F. (2020). *Les organisations de soins de longue durée: points de vue scientifiques et critiques sur les CHSLD et les EHPAD*. Repéré à <https://books-scholarsportal-info.biblioproxy.uqtr.ca/uri/ebooks/ebooks6/upress6/2021-04-22/1/9782760642331>
- Aubry, F. et Feillou, I. (2019). Une forme de gestion désincarnée de l'activité. L'exemple d'une formation en santé et sécurité du travail destinée aux préposés aux bénéficiaires au Québec. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*(21-1). doi: <https://doi.org/10.4000/pistes.6177>
- Aubry, F., Godin, K. et Couturier, Y. (2011). Les préposées aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'approche milieu de vie en soins de longue durée: critiques et perspectives d'avenir. *Vie et vieillissement*, 9(3), 36-43.
- Aubry, F. et Lemay, F. (2021). Une forme d'injustice épistémique en contexte institutionnel: le cas des préposées aux bénéficiaires dans les organisations gériatriques au Québec. Dans B. Godrie, M. D. Santos & S. Lemaire (dir.), *Lucidités subversives*. Repéré à <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/luciditessubversives/chapter/chapter-1/>
- Baird, K. et Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. doi: <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Bauer, G. F., Hämmig, O., Schaufeli, W. B. et Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands-resources model: Implications for improving work and health. *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach*, 43-68.
- Bayet-Papin, B. et Héritier, C. (2006). La souffrance des médecins, des infirmières et des aides soignantes dans l'accompagnement de fin de vie à l'hôpital. *InfoKara*, 21(2006/1), 35-36. doi: <https://doi.org/10.3917/inka.061.0035>
- Beauchamp, S. (2023). *Les pratiques de gestion habilitantes du supérieur immédiat: un facteur organisationnel prédisposant à la santé au travail pour les préposées aux bénéficiaires œuvrant en CHSLD?*. (thèse de doctorat, Université de Sherbrooke). Repéré à https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/21234/beauchamp_sophie_DBA_2023.pdf?sequence=1
- Bédard, S. et Bélanger, L. (2015). Analyse des données sur les accidents du travail en 2013. *Objectif prévention*, 38(3), 14-15.
- Bégin, D. et Rompré, D.-A. (2015). *Gestion de la présence au travail : Assurance salaire 2014*. Repéré à <http://intranetreseau.rtss.qc.ca>
- Béland, J.-P. (2010). *La souffrance des soignants*. Les Presses de l'Université de Laval.

- Belzile, L., Pelletier, C. et Beaulieu, M. (2014). Les préposés aux bénéficiaires face aux problématiques de maltraitance dans les organisations de soins de longue durée. Dans Y. Couturier & F. Aubry (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie* (p. 29-37).
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A. et Owens, H. (2015). Compassion fatigue in pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing*, 30(6), e11-e17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.02.005>
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. doi: <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Boivin, J. (2014). Rapport à la norme et à l'institution : enjeux psychiques et enjeux éthiques. Dans Y. Couturier & F. Aubry (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides-soignantes : entre domination et autonomie* (p. 91-98). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bourassa, D. B. (2009). Compassion fatigue and the adult protective services social worker. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(3), 215-229.
- Bourassa, J. (2015). *Effets d'une transformation du travail sur la santé mentale des préposés aux bénéficiaires travaillant en CHSLD*. (mémoire de maîtrise, Université Laval). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7704/1/031077591.pdf>
- Bourbonnais, R., Gauthier, N., Vézina, M., Viens, C., Durand, P., Brisson, C., . . . Ouellet, J.-P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*(7-2). doi: <https://doi.org/10.4000/pistes.3207>
- Burnett, H. et Wahl, K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: A survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17(1), 318-326. doi: <https://digitalcommons.andrews.edu/pubs/5>
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., . . . Cristaudo, A. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6180. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- C. Arnold, T. (2020). An evolutionary concept analysis of secondary traumatic stress in nurses. *Nursing Forum*, 55(2), 149-156. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12409>
- Camic, P. M. (2021). *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. American Psychological Association.
- Carré, A. (1997). Psychodynamique du travail et prévention des risques de l'organisation du travail pour la santé psychique. *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, 58(3), 264-265. doi: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=2721281>
- Caspar, S., O'Rourke, N. et Gutman, G. M. (2009). The differential influence of culture change models on long-term care staff empowerment and provision of individualized care. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 28(2), 165-175. doi: <https://doi.org/10.1017/S0714980809090138>
- Chappell, D. et Di Martino, V. (2006). *Violence at work*. Repéré à [https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=oESHJBZyJDwC&oi=fnd&pg=PR21&dq=Chappell,+D.+et+Di+Martino,+V.+\(2006\).+Violence+at+work.+International+Labour+Organization.&ots=sWoyWuQFr0&sig=n89iAOixtJEASrTK_J7q99aJAPo](https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=oESHJBZyJDwC&oi=fnd&pg=PR21&dq=Chappell,+D.+et+Di+Martino,+V.+(2006).+Violence+at+work.+International+Labour+Organization.&ots=sWoyWuQFr0&sig=n89iAOixtJEASrTK_J7q99aJAPo)

- Clinchamps, M., Auclair, C., Prunet, D., Pfabigan, D., Lesage, F. X., Baker, J. S., . . . Dutheil, F. (2021). Burnout Among Hospital Non-Healthcare Staff: Influence of Job Demand-Control-Support, and Effort-Reward Imbalance. *Journal of occupational and environmental medicine*, 63(1), e13-e20. doi: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002072>
- Coetsee, S. K. et Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235-243. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Cognet, M. (2002). Les femmes, les services et le don. *Cahiers de recherche sociologique*(37), 51-77. doi: <https://doi.org/10.7202/1002318ar>
- Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail. (s.d.). Lexique. Repéré à <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/lexique#L>
- Creamer, T. L. et Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1), 89-96. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.20008>
- Dagenais-Desmarais, V. (2015). «Heureux au boulot, moi? Bien sûr!» désirabilité sociale et bien-être psychologique des travailleurs québécois. Dans P. Sarnin (dir.), *Santé et bien-être au travail*. doi: <http://digital.casalini.it/9782336389981>.
- Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V. et Taylor, C. (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency Medicine Journal*, 32(8), 588-594.
- Davezies, P. (1993). Eléments de psychodynamique du travail. *Éducation permanente*, 116(3), 33-46.
- David, I. (2018). *État des connaissances: Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/qualite-du-milieu-de-vie-en-centre-dhebergement-et-de-soins-de-longue-duree-pour-les-personnes-agees-en-perte-dautonomie.html>
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le travail humain*, 1-16. doi: <https://doi.org/10.3917/puf.dejou.2016.03.0195>
- Dejours, C. et Abdoucheli, E. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. *Revue prevenir*, 20(1), 21-38.
- Derriennic, F. et Vézina, M. (2001). Organisation du travail et santé mentale: approches épidémiologiques. *Travailler*, 5(1), 7-22. doi: <https://doi.org/10.3917/trav.005.0007>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Dubois, C.-A., Da Silva, R. B. et Prud'homme, A. (2022). *Expérience au travail du personnel des établissements de soins de longue durée lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 au Québec*. doi: <https://doi.org/10.54932/TILK2260>
- Dunkley, J. et Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization in telephone counsellors: Internal and external influences. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 451-469. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/03069880600942574>
- Faye, C. (2013). *Utilisation sur le lieu de travail des compétences acquises par la formation: analyse évaluative d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux*

- de dos chez du personnel soignant.* (thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal). Repéré à <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/5664>
- Fédération de la santé et des services sociaux et Confédération des syndicats nationaux (2019). *Résultats du sondage de la FSSS-CSN portant sur les conditions de travail, la santé et le bien-être au travail des PAB des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux* Repéré à https://www.fsss.qc.ca/download/cat2/resultats_sondage_pab_vff.pdf
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Dans B. H. Stamm (dir.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2^e éd., p. 3-28): Lutherville, MD: Sidran.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (2002b). *Treating Compassion Fatigue*. Brunner-Routledge.
- Flarity, K., Gentry, J. E. et Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced emergency nursing journal*, 35(3), 247-258.
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide: les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant.* (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi, Constellation). Repéré à <https://constellation.uqac.ca/id/eprint/2771/>
- Francis, J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P. et Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology & health*, 25(10), 1229-1245. doi: <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>
- Gagnon, É. et Marcotte, R. (2023). De la pudeur dans les soins. *Canadian Journal of Bioethics*, 6(1), 1-12. doi: <https://doi.org/10.7202/1098553ar>
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : Description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 5-32). Repéré à <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uqtr-ebooks/detail.action?docID=3293623>
- Gillespie, M. et Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of clinical nursing*, 12(6), 842-851. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00802.x>
- Greg, G., Arwen, B. et Laura, J. (2006). How Many Interviews Are Enough? : An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. doi: <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Grenier, N. (2008). Portrait de la main d'œuvre Préposés aux bénéficiaires (Rapport Grenier). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Guest, G., Bunce, A. et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82. doi: <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Harrison, M. (2016). Release, reframe, refocus, and respond: a practitioner transformation process in a reflective consultation program. *Infant Mental Health Journal*, 37(6), 670-683. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21606>

- Huang, Y.-H., Chen, C.-H., Du, P.-L. et Huang, I.-C. (2012). The causal relationships between job characteristics, burnout, and psychological health: a two-wave panel study. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(10), 2108-2125. doi: <https://doi.org/10.1080/09585192.2011.610934>
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D. et Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship*, 47(2), 186-194.
- Institut National de Santé Publique du Québec (2018). *Fiche 2-A : Indicateur « Charge de travail »*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/sante-travail/risques-psychosociaux/2a_charge_travail.pdf
- Isaksson, U., Åström, S. et Graneheim, U. H. (2008). Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers. *Journal of clinical nursing*, 17(12), 1660-1666. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02196.x>
- Isaksson, U., Graneheim, U. H., Åström, S. et Karlsson, S. (2011). Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & mental health*, 15(5), 573-579. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.556600>
- Ivicic, R. et Motta, R. (2017). Variables associated with secondary traumatic stress among mental health professionals. *Traumatology*, 23(2). doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/trm0000065>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.
- Jain, N. (2021). Survey versus interviews: Comparing data collection tools for exploratory research. *The Qualitative Report*, 26(2), 541-554. doi: <http://dx.doi.org/10.46743/2160-3715/2021.4492>
- Jauvin, N. (2019). En prévention, misons sur les préposés aux bénéficiaires. *Objectif prévention*, 42(1), 28-29. Repéré à <http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/OP/2019/op421028.pdf>
- Jauvin, N. et Allaire, E. (2015). *Démarche de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant chez les préposés aux bénéficiaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale*. Repéré à <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.1755.6887>
- Jauvin, N., Vézina, M., Bourbonnais, R. et Dussault, J. (2006). Violence interpersonnelle en milieu de travail: une analyse du phénomène en milieu correctionnel québécois. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*(8-1). doi: <https://doi.org/10.4000/pistes.3077>
- Jenkins, B. et Warren, N. A. (2012). Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical care nursing quarterly*, 35(4), 388-395. doi: 10.1097/CNQ.0b013e318268fe09
- Jenkins, S. R. et Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(5), 423-432. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 118-119.
- Karasek, R. (1998). Demand/control model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. *Encyclopedia of occupational health and safety*.
- Karasek, R. et Theorell, T. r. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.

- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. doi: <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kelly, M. et McSweeney, E. (2009). Re-visioning respite: a culture change initiative in a long-term care setting in Eire. *Quality in Ageing and Older Adults*, 10(3), 4-11. doi: <https://doi.org/10.1108/14717794200900020>
- Kerr, C., Nixon, A. et Wild, D. (2010). Assessing and demonstrating data saturation in qualitative inquiry supporting patient-reported outcomes research. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 10(3), 269-281. doi: <https://doi.org/10.1586/erp.10.30>
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social research*, 43(2), 207-222. doi: <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. doi: <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Kleiner, S. et Wallace, J. E. (2017). Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC health services research*, 17(1), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2581-9>
- Lanctôt, N. et Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and violent behavior*, 19(5), 492-501. doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Laurence-Ruel, C. (2019). *Le travail des préposées aux bénéficiaires dans les ressources intermédiaires: "on fait tout, on touche à tout"*. (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Archipel). Repéré à <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/12681>
- Lavoie, J., Grand, A., Guberman, N., Andrieu, S. et Clément, S. (2005). *Prendre soin d'un proche: les enseignements de la France et du Québec*. doi: <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3917/eres.lavoi.2005.01>
- Lebel-Lehoux, C., Camateros, C., Angers, V., Hudon, V., Vézina, J. et Laplante, C. (2011). Antécédents environnementaux aux comportements agressifs et physiques (CAP) chez les personnes atteintes de démence. *Revue Québécoise de Psychologie*, 32(3), 15-34.
- Lee, W., Veach, P. M., Macfarlane, I. M. et Leroy, B. S. (2015). Who is at Risk for Compassion Fatigue? An Investigation of Genetic Counselor Demographics, Anxiety, Compassion Satisfaction, and Burnout. *Journal of Genetic Counseling*, 24(2), 358-370. doi: <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9716-5>
- Legault, M.-J. et Dionne-Proulx, J. (2003). *Problèmes de sécurité au travail*. Télé-université.
- Leon, A. M., Altholz, J. A. S. et Dziegielewska, S. F. (1999). Compassion Fatigue Considerations for Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*, 32(1), 43-62. doi: https://doi.org/10.1300/J083v32n01_04
- Li, A., Early, S. F., Mahrer, N. E., Klaristenfeld, J. L. et Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 89-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.04.004>
- Lluch, C., Galiana, L., Doménech, P. et Sansó, N. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare

- personnel: a systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare*, 10(2), 364. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>
- Looseley, A., Wainwright, E., Cook, T., Bell, V., Hoskins, S., O'Connor, M., . . . Group, S. S. I. (2019). Stress, burnout, depression and work satisfaction among UK anaesthetic trainees; a quantitative analysis of the Satisfaction and Wellbeing in Anaesthetic Training study. *Anaesthesia*, 74(10), 1231-1239. doi: <https://doi.org/10.1111/anae.14681>
- Magnavita, N., Tripepi, G. et Chiorri, C. (2021). Telecommuting, off-time work, and intrusive leadership in workers' well-being. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3330. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073330>
- Meadors, P. et Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.
- Meadors, P., Lamson, A. et Sira, N. (2010). Development of an educational module on provider self-care. *Journal for Nurses in Professional Development*, 26(4), 152-158.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2010). *Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire et suivi des cibles prévues aux ententes de gestion*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Gestion de la présence au travail. Assurance salaire 2014*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2461115>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2020). *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). Portrait du personnel des établissements publics et privés conventionnés du réseau de la santé et des services sociaux (2021-2022) Repéré à <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.msss.gouv.qc.ca%2Fprofessionnels%2Fdocuments%2Fressources-humaines%2Fdenombrement-et-remuneration-effectif-rsss-2021-2022.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>
- Modak, M. (2015). Pascale Molinier: Le travail du care. *Nouvelles Questions Féministes*, 34(1), 126-130. doi: <https://doi.org/10.3917/nqf.341.0126>
- Morin, E. M. et Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail. *Gestion*, 32(2), 31-36. doi: <https://doi.org/10.3917/riges.322.0031>
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative health research*, 5(2), 147-149. doi: <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- Myrand, A. (2021). *Les pratiques bientraitantes des préposés aux bénéficiaires en milieu d'hébergement québécois: une réflexion sur l'éthique du care*. Université Laval.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K. et Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>
- O'reilly, M. et Parker, N. (2013). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative research*, 13(2), 190-197. doi: <https://doi.org/10.1177/1468794112446106>
- Organisation mondiale de la santé (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Repéré à <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>

- Organization, W. H. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*. World Health Organization.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan Iii, C., Charney, D. et Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (edgmont)*, 4(5), 35.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. doi: 10.3917/arco.paill.2016.01. Repéré à <https://www.cairn.info/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. doi: <https://doi.org/10.3917/arco.mucch.2009.02>
- Parent-Lamarche, A. et Boulet, M. (2021). Employee well-being in the COVID-19 pandemic: The moderating role of teleworking during the first lockdown in the province of Quebec, Canada. *Work* doi: <https://doi.org/10.3233/wor-205311>
- Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative social work*, 1(3), 261-283. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1473325002001003636>
- Pearlman, L. A. et Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional psychology: Research and practice*, 26(6), 558. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T. et Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 21(2), 91-105. doi: <https://doi.org/10.5737/1181912x2129197>
- Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(4), 466-480. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
- Pfifferling, J.-H. et Gilley, K. (2000). Overcoming compassion fatigue. *Family practice management*, 7(4), 39. Repéré à <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2000/0400/p39.html/1000>
- Pirelli, G., Formon, D. L. et Maloney, K. (2020). Preventing vicarious trauma (VT), compassion fatigue (CF), and burnout (BO) in forensic mental health: Forensic psychology as exemplar. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(5), 454-466. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pro0000293>
- Pisanti, R. (2012). Coping self-efficacy and psychological distress: results from an Italian study on nurses. *European Health Psychologist*, 14(1), 11-14. doi: file:///C:/Users/Client/Downloads/teresa,+14_1_Pisanti%20(4).pdf
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D. et Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: A cross-national comparison. *International journal of nursing studies*, 48(7), 829-837. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.12.006
- Pomerleau, D., Alderson, M. et Decarie, S. (2013). L'espace de parole au service des collectifs de travail: pour un milieu plus satisfaisant chez les infirmières dispensant des soins à domicile. *L'infirmière clinicienne*, 10 (1), 96-105. Repéré à https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/wp-content/uploads/2023/01/Pomerleau_2013_InfirmiereClinicienneVol10no1pp96-105.pdf
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L. et Olsen, S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(5).

- Raizenne, E. (2013). Les conflits entre la clientèle hébergée en CHSLD et le personnel soignant - Ce dont témoignent les intervenants. Dans F. Aubry & Y. Couturier (dir.), *Préposés aux bénéficiaires et aides soignantes : Entre domination et autonomie* (p. 18-28). Repéré à [https://www.academia.edu/10218286/Les conflits entre la client%C3%A8le h%C3%A9berg%C3%A9e en CHSLD et le personnel soignant Ce dont t%C3%A9moignent les intervenants&nav_from=0a56512b-c282-491d-bcde-944f46f2e6b1&rw_pos=0](https://www.academia.edu/10218286/Les_conflits_entre_la_client%C3%A8le_h%C3%A9berg%C3%A9e_en_CHSLD_et_le_personnel_soignant_Ce_dont_t%C3%A9moignent_les_intervenants&nav_from=0a56512b-c282-491d-bcde-944f46f2e6b1&rw_pos=0)
- Roe, B. E. et Just, D. R. (2009). Internal and external validity in economics research: Tradeoffs between experiments, field experiments, natural experiments, and field data. *American Journal of Agricultural Economics*, 91(5), 1266-1271.
- Rugulies, R., Aust, B. et Madsen, I. E. (2017). Effort–reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 294-306. doi: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3632>
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International journal of nursing practice*, 12(3), 136-142. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2006.00562.x>
- Sacco, T. L. et Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing Forum*, 53(1), 76-83. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12213>
- Sarason, I. G., Pierce, G. R. et Sarason, B. R. (1994). General and specific perceptions of social support. Dans W. R. Avison & I. H. Gotlib (dir.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (p. 151-177). doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1106-3_6.
- Sawadogo, H. P. (2021). Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. Dans F. Piron & É. Arsenault (dir.), *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*. Repéré à <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
- Sayers, J. (2001). The world health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope *Bulletin of the World Health Organization*.
- Schoonveld, K. C., Veach, P. M. et LeRoy, B. S. (2007). What is it like to be in the minority? Ethnic and gender diversity in the genetic counseling profession. *Journal of Genetic Counseling*, 16(1), 53-69. doi: <https://doi.org/10.1007/s10897-006-9045-4>
- Schorch, K., Stamm, R., Priddy, D. et Taylor, C. (2021). A Wellness Program to Decrease Pediatric Postanesthesia Care Unit Staff Compassion Fatigue. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(5), 526-541. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.04.003>
- Secosan, I., Virga, D., Crainiceanu, Z. P. et Bratu, T. (2020). The Mediating Role of Insomnia and Exhaustion in the Relationship between Secondary Traumatic Stress and Mental Health Complaints among Frontline Medical Staff during the COVID-19 Pandemic. *Behavioral Sciences*, 10(11), 164. doi: <https://doi.org/10.3390/bs10110164>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27-41. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Siegrist, J. (2012). Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. *Department of Medical Sociology, University Düsseldorf, Düsseldorf*, 19. Repéré à https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Institute/Institut_fuer_Medizinische_Soziologie/Dateien/ERI/ERI-Website.pdf

- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine (1982)*, 58(8), 1483-1499. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4)
- Siegrist, J. et Wahrendorf, M. (2016). *Work stress and health in a globalized economy : the model of effort-reward imbalance*. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-32937-6>
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J. et Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International journal of nursing studies*, 69(C), 9-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. et Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200. doi: <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Sprang, G., Whitt-Woosley, A. et Clark, J. J. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2^e éd.). Repéré à https://www.researchgate.net/publication/340033923_The_Concise_ProQOL_Manual_The_concise_manual_for_the_Professional_Quality_of_Life_Scale_2_nd_Edition#fullTextFileContent
- Statistique Canada (2019). *Profil des établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2019*. Le Quotidien. Repéré à https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/210916/dq210916c-fra.pdf?st=2_97LkNm
- Statistique Canada (2022). *Portrait de la population croissante des personnes âgées de 85 ans et plus au Canada selon le Recensement de 2021*. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-X2021004-fra.cfm>
- Stebnicki, M. A. (2007). Empathy fatigue: Healing the mind, body, and spirit of professional counselors. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 317-338. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15487760701680570>
- Tehrani, N. (2007). The cost of caring—the impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(4), 325-339. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/09515070701690069>
- Thomas, S. P. et Pollio, H. R. (2002). *Listening to patients: A phenomenological approach to nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Tjeltveit, A. C. et Gottlieb, M. C. (2010). Avoiding the road to ethical disaster: Overcoming vulnerabilities and developing resilience. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 47(1), 98-110. doi: <https://doi.org/10.1037/a0018843>
- Todaro-Franceschi, V. (2019). *Compassion fatigue and burnout in nursing: Enhancing professional quality of life*. Springer Publishing Company.
- Tomlin, A. M., Hines, E. et Sturm, L. (2016). Reflection in home visiting: the what, why, and a beginning step toward how. *Infant Mental Health Journal*, 37(6), 617-627. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21610>
- Tomlin, A. M., Weatherston, D. J. et Pavkov, T. (2014). Critical components of reflective supervision: Responses from expert supervisors in the field. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 70-80. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/imhj.21420>

- Tremblay, G. (2017). *Enquête sur la souffrance au travail chez les préposées aux bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec*. (mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Archipel).
- Turcotte, M. et Savage, K. (2020). *La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires*. Statistique Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-fra.pdf?st=9aWBbtMx>
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. Dans C. R. Figley (dir.), *Treating compassion fatigue* (p. 17-37): Brunner-Routledge.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M. et Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 50(12), 1667-1677. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
- Van der Heijden, B. I., Mulder, R. H., König, C. et Anselmann, V. (2017). Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. *Medicine*, 96(15), e6505. doi: <https://doi.org/10.1097/md.0000000000006505>
- Varadarajan, A. et Rani, J. (2021). Compassion fatigue, compassion satisfaction and coping between male and female intensive care unit nurses. *Indian Journal of Positive Psychology*, 12(1), 49-52. doi: <https://doi.org/10.15614/IJPP%2F2021%2FV12I1%2F208978>
- Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M.-C. Carpentier-Roy & M. Vézina (dir.), *Le travail et ses malentendus, Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*: Presses Université Laval.
- Voyer, P., Savoie, C. et Lafrenière, F. (2020). *Le rôle du préposé aux bénéficiaires dans le continuum de soins de longue durée au Québec*. (Université Laval).
- Walker, J. L. (2012). The use of saturation in qualitative research. *Canadian journal of cardiovascular nursing*, 22(2), 37-46.
- Wang, J., Smailes, E., Sareen, J., Schmitz, N., Fick, G. et Patten, S. (2012). Three job-related stress models and depression: a population-based study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 185-193. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0340-5>
- Watson, C., Gatti, S. N., Cox, M., Harrison, M. et Hennes, J. (2014). Reflective supervision and its impact on early childhood intervention. Dans E. E. Nwokah & J. A. Sutterby (dir.), *Early childhood and special education* (Vol. 18, p. 1-26): Emerald Group Publishing Limited.
- Wee, D. F. et Myers, D. (2002). Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. Dans C. R. Figley (dir.), *Treating compassion fatigue* (Vol. 24, p. 57-83).
- Weintraub, A. S., Sarosi, A., Goldberg, E. et Waldman, E. D. (2020). A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric hematology-oncology physicians in the United States. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 42(1), e50-e55. doi: 10.1097/MPH.0000000000001548
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G. et Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nurse Forum*, 43(4), 161-169. doi: 10.1188/16.ONF.E161-E169

- Yeşil, A. et Polat, Ş. (2023). Investigation of psychological factors related to compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among nurses. *BMC Nursing*, 22(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01174-3>
- Yi, J., Kim, J., Akter, J., Molloy, J. K., Ah Kim, M. et Frazier, K. (2018). Pediatric oncology social workers' experience of compassion fatigue. *Journal of psychosocial oncology*, 36(6), 667-680. doi: <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1504850>
- Yu, H. et Gui, L. (2021). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among emergency nurses: A path analysis. *Journal of advanced nursing*, 78(5), 1294-1304. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.15034>
- Zeng, Z., Guo, Y., Lu, L., Han, L., Chen, W. et Ling, L. (2014). Mental health status and work environment among workers in small-and medium-sized enterprises in Guangdong, China-a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 14(1), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1162>

Annexes

Annexe 1 – Formulaire d’informations et de consentement

Formulaire d’informations et de consentement



I. Titre du projet :

La fatigue de compassion chez les préposé(e)s aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées : étude de ses effets sur la santé mentale au travail

II. Responsable et ses collaborateurs :

Le projet est mené par Charlotte Labrecque (B.Ps.), étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales (M.Sc.) et est supervisé par Alexandra Lecours, erg, PhD – professeure au Département d’ergothérapie de l’Université du Québec à Trois-Rivières.

III. Source de financement :

Ce projet est possible grâce à une subvention du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale.

IV. Introduction :

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Avant d’accepter d’y participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les informations qui suivent.

Ce formulaire d’informations et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes-ressources.

Il est possible que certains mots vous soient moins familiers dans ce formulaire. Si cela est le cas, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n’est pas clair.

V. Nature du projet et de la participation :

Le but de cette étude est d’explorer les perceptions des préposé(e)s aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées concernant le phénomène de fatigue de compassion et ses influences sur la santé mentale.

Pour ce faire, des entretiens individuels seront menés auprès de préposé(e)s aux bénéficiaires travaillant depuis au moins deux ans auprès d’une population de personnes âgées.

VI. Déroulement du projet :

Si vous êtes un(e) préposé(e) aux bénéficiaires travaillant auprès d'une population de personnes âgées depuis au moins deux ans, vous êtes conviés à participer à une rencontre par visioconférence (Zoom) d'environ une heure trente. Vous serez appelé à vous exprimer sur divers thèmes en regard de la fatigue de compassion et de son influence sur votre santé mentale, tel que 1) les conditions de réalisation du travail (p.ex., le niveau de demandes, de contrôle et de soutien au travail), 2) les pratiques individuelles et organisationnelles (p.ex., habitudes, stratégies de travail, soutien organisationnel) et 3) les éléments de santé mentale liés à la fatigue de compassion (p.ex., vos sentiments par rapport à votre emploi, l'état de votre santé mentale au travail).

L'entrevue se déroulera au moment de votre choix et sera enregistrée de façon audio numérique. Si vous le désirez, vous aurez accès aux résultats de l'étude dès que celle-ci sera terminée et publiée.

VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre à un autre moment qui vous conviendra. En aucun temps, votre employeur ne sera informé de votre participation à l'étude et n'aura accès au contenu de l'entretien.

Il est possible que vous puissiez néanmoins vivre un inconfort, soit des émotions ou des pensées négatives en lien avec les questions posées, telles que du stress ou de la tristesse. Si votre participation à cette étude vous fait ressentir des émotions inconfortables ou si cela vous fait réaliser que vous pourriez être touché par une problématique de santé mentale, vous serez invités à vous référer à la responsable de l'étude qui pourra vous référer vers la Clinique Universitaire de Services Psychologiques de l'Université de Trois-Rivières, à Écoute Entraide, au 811 ou au programme d'aide aux employés du CIUSSS.

En dépit des mesures prises pour assurer la confidentialité, l'intégrité et la sécurité des données transmises en ligne (p.ex. : courriel), l'utilisation d'Internet comporte certains risques d'intrusion par des tiers, des manipulations, des pertes de données et d'identification. Veuillez éviter l'utilisation d'une connexion sans fil pour transmettre des données sensibles. D'autres personnes pourraient se connecter sur votre connexion sans fil et avoir accès à vos données. Veuillez-vous assurer d'avoir une connexion verrouillée par code.

VIII. Découvertes fortuites significatives prévisibles :

Il est très peu probable que des découvertes de ce genre soit faites étant donné la spécificité et le type de questionnaire posé.

IX. Avantages possibles :

Vous ne retirerez aucun avantage direct à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation contribuera au développement des connaissances sur un sujet contemporain et peu

étudié, soit la fatigue de compassion. À partir de ces résultats, il sera possible d'énoncer des bonnes pratiques à favoriser.

X.Participation volontaire et retrait de la participation :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet. Vous pouvez également demander le retrait de vos données recueillies dans le cadre du projet. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des services auxquels vous avez droit si sur votre relation avec le chercheur responsable.

XI.Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez pas les chercheurs, les commanditaires ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles. Le consentement que vous nous donnez ne vous prive d'aucun droit ou recours judiciaire en cas de préjudice lié à la recherche.

XII. Indemnité compensatoire :

Vous recevrez une carte-cadeau virtuelle d'une valeur de 50\$ provenant d'un marchand québécois pour compenser le temps investi dans l'étude. Dès que l'entretien est commencé, même si le participant décide de se retirer en cours de route, la carte-cadeau lui sera tout de même remise.

XIII.Confidentialité et traitement des données :

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous serez identifié par un code. Les fichiers d'enregistrements audios seront protégés par un mot de passe et aucune donnée permettant de vous identifier n'en sera extraite. La liste des codes reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée dans le bureau de la chercheuse responsable, dans un ordinateur verrouillé.

Les données recueillies seront conservées, sous verrou, pendant 5 ans par la chercheuse responsable aux fins exclusives du présent projet de recherche, puis seront détruites. Toutes les données seront détruites, incluant les enregistrements audios.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, de conférences ou d'activités de vulgarisation scientifique, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

XIV. Conflit d'intérêts

Il n'existe pas de conflit d'intérêts de nature réelle, potentielle ou apparente dans le cadre de cette étude.

XV. Questions sur le projet et personnes-ressources :

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes reliés au projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable au numéro suivant :

Charlotte Labrecque, à l'adresse courriel suivante : charlotte.labrecque@uqtr.ca

Le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche, ou si vous avez des commentaires ou des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec ce comité au numéro de téléphone 819 376-5011 poste 2139 ou à l'adresse courriel suivante : cereh@uqtr.ca

Titre du projet :

La fatigue de compassion chez les préposé(e)s aux bénéficiaires en CHSLD : étude de ses effets sur la santé mentale au travail

Chercheur responsable du projet : Charlotte Labrecque

- 1) Le(la) responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
- 2) Le(la) responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à ma participation;
- 3) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux me retirer en tout temps sans préjudice;
- 4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 6) Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 7) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à ma participation;
- 8) Le(la) responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude;

10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude; Oui Non

11) J'accepte d'être enregistré (e) dans le cadre de ce projet; Oui Non

Nom du participant **Date de naissance** **Numéro de téléphone**

Signature du participant* **Date**

Annexe 2 – Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

1) À quel genre vous identifiez-vous?

- a) Homme
- b) Femme
- c) Autre, spécifiez _____
- d) Je préfère ne pas répondre

2) Quel âge avez-vous? _____ ans

3) Quel est votre statut matrimonial?

- Conjoint Marié Célibataire Autre, spécifiez _____

4) Combien d'enfants à charge avez-vous? _____ enfants

5) Depuis combien de temps occupez-vous votre présent emploi? _____ ans

6) Pour quel type d'organisation travaillez-vous?

- Résidence privée pour aînés (RPA)
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
- Ressources intermédiaires (RI)
- Soutien à domicile
- Autre(s) _____

7) Combien d'heures travaillez-vous par semaine? _____ heures

8) Appartenez-vous à une minorité ethnique?

- Oui Non Je préfère ne pas répondre

a) Si oui, laquelle? _____

9) Éprouvez-vous des problématiques de santé mentale (p. ex., dépression, anxiété, trouble de l'attention, etc.)?

Oui Non

a) Si oui, pouvez-vous la/les nommer?

10) Éprouvez-vous des problématiques de santé physique (p. ex., hypertension, diabète, douleurs musculaires, etc.)?

Oui Non

a) Si oui, pouvez-vous la/les nommer?

11) Comment définiriez-vous le niveau de demandes auquel vous faites face dans le cadre de votre travail (p.ex. charge de travail, les exigences émotionnelles, les contraintes de temps, la complexité de la tâche, conflits de rôle)?

Très élevé

Élevé

Moyennement élevé

Faible

Très faible

12) Comment définiriez-vous le niveau de contrôle que vous avez dans le cadre de votre travail (p.ex. autonomie/latitude décisionnelle, possibilité d'utiliser ses compétences)?

Très élevé

Élevé

Moyennement élevé

Faible

Très faible

13) Comment définiriez-vous le niveau de soutien auquel vous avez accès dans le cadre de votre travail (p. ex., interactions sociales avec l'employeur et les collègues)?

- Très élevé
- Élevé
- Moyennement élevé
- Faible
- Très faible

14) Comment qualifieriez-vous l'état de votre santé mentale actuelle?

- Excellent
- Bon
- Passable
- Difficile
- Très difficile
- Je préfère ne pas répondre

Annexe 3 – Guide d’entretien

Guide d’entretien

Bonjour,

Je vous remercie de votre intérêt porté à cette étude. Le but de cette étude est de documenter le phénomène de fatigue de compassion dans le cadre de votre profession de préposé(e) aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées et son influence sur votre santé mentale. Dans le cadre de cet entretien, je veux connaître votre perception sur les conditions de réalisation du travail, sur les pratiques individuelles et organisationnelles, sur les éléments de santé mentale liés à la fatigue de compassion ainsi que sur les éléments nuisibles et aidants dans votre travail. L’entretien durera environ 90 minutes. Il n’y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, uniquement des expériences différentes.

Je vais animer la rencontre. Votre rôle à vous est de partager librement votre expérience. J’enregistrerai la discussion, afin de ne pas perdre aucune des expériences partagées. Pour la discussion, j’utiliserai votre prénom, mais celui-ci sera remplacé par un numéro lorsque nous analyserons les données. Votre anonymat sera donc préservé et en aucun temps votre employeur ne sera avisé de votre participation à l’étude.

Thème 1 – Introduction

Pour commencer, j’aimerais en apprendre un peu plus sur votre expérience de travail en tant que préposé(e) aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées.

1. Pourriez-vous me résumer les raisons pour lesquelles vous avez choisi le métier de préposé(e) aux bénéficiaires?

Thème 2 – Conditions de réalisation du travail

Maintenant, j’aimerais en apprendre davantage sur les conditions de réalisation de votre travail.

2. Pourriez-vous me parler des demandes (c.-à-d. les coûts individuels du travail, les exigences du travail) auxquelles vous êtes confronté dans le cadre de votre travail. Comment ces demandes influencent-elles votre santé mentale?
 - a. Sur le plan de la charge de travail (c.-à-d. le nombre d’heures de travail, la quantité de tâches à accomplir)
 - b. Sur le plan des exigences émotionnelles (c.-à-d. l’aspect relationnel des tâches, la lourdeur émotionnelle du travail)
 - c. Sur le plan de la complexité de la tâche (c.-à-d. le niveau de difficulté des tâches du travail)
 - d. Sur le plan des conflits de rôle (c.-à-d. le niveau d’équilibre entre la vie personnelle et professionnelle, l’état de la frontière entre ces rôles)
3. Pourriez-vous me décrire le degré de contrôle que vous avez au travail. Comment ce degré de contrôle influence-t-il votre santé mentale?

- a. Sur le plan de votre autonomie dans la prise de décision (c.-à-d. la latitude décisionnelle que vous avez pour décider de la façon de faire votre travail, d'accomplir vos tâches)
 - b. Sur le plan des possibilités d'utiliser vos compétences (c.-à-d. les opportunités que vous avez de pratiquer certaines de vos compétences)
4. Pourriez-vous me décrire le niveau de soutien dont vous bénéficiez au travail. Comment ce soutien influence-t-il votre santé mentale?
- a. Sur le plan des interactions sociales avec votre employeur
 - b. Sur le plan des interactions sociales avec vos collègues

Thème 3 – Pratiques de travail individuelles (p.ex. habitudes, stratégies de travail) et organisationnelles (p.ex. soutien organisationnel)

J'aimerais en apprendre davantage sur vos propres pratiques de travail, celles de votre employeur et celles de votre organisation.

- 5. Quelles façons ou stratégies de travail personnelles vous aident à vous sentir bien ou mieux au travail? Comment cela influence-t-il votre santé mentale?
- 6. Qu'est-ce que votre supérieur fait qui vous aide à vous sentir bien ou mieux au travail? Comment cela influence-t-il votre santé mentale?
- 7. Quelles ressources, politiques ou procédures votre organisation met-elle en place qui vous aident à vous sentir bien ou mieux au travail? Comment cela influence-t-il votre santé mentale?

Thème 4 – Éléments de santé mentale liés à la fatigue de compassion

Maintenant, j'aimerais connaître un peu mieux la situation de votre état mental actuel en lien avec votre travail.

- 8. Pourriez-vous m'expliquer en une phrase comment vous vous sentez lorsque vous êtes au travail?
- 9. Comment vous sentez-vous lorsque vous être confronté à la souffrance d'un de vos patients?
- 10. Est-ce que ce sentiment vous suit en dehors des heures du travail?
 - a) Si oui, comment faites-vous pour faire face à ce sentiment?
- 11. Êtes-vous attaché à vos patients? Si oui, comment cela vous fait-il sentir?
- 12. Vous arrive-t-il de penser à vos patients en dehors des heures de travail? Si oui, comment cela vous fait-il sentir?
- 13. Vous arrive-t-il de fuir les pensées ou les sentiments associés à la souffrance dont vous avez été témoin dans le cadre de votre travail?
 - a. Quelle est votre réaction lorsque vous être confrontée à des pensées ou des sentiments associés à la souffrance dont vous avez été témoin dans le cadre de votre travail?
- 14. Pourriez-vous me décrire l'évolution de votre santé mentale au travail au cours de votre expérience de travail en tant que préposé aux bénéficiaires.

Thème 5 – Éléments nuisibles

15. Pourriez-vous me parler un peu des choses qui rendent votre expérience de travail plus difficile? Comment cela influence-t-il votre santé mentale?

Thème 6 – Éléments aidants

16. Pourriez-vous me nommer des choses qui rendent votre expérience de travail plus facile? Comment cela influence-t-il votre santé mentale?

Thème 7 – Améliorations

17. Si vous étiez en mesure d'améliorer votre expérience de travail pour favoriser votre santé mentale, que changeriez-vous?

Pour terminer, auriez-vous quelque chose que vous jugez pertinent à rajouter en lien avec votre expérience de travail comme préposé aux bénéficiaires?

Mot de la fin

J'aimerais vous remercier pour votre précieuse participation à cette étude. Votre contribution est très appréciée et utile pour la poursuite des connaissances sur la fatigue de compassion parmi la population des préposé(e)s aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées. Si vous désirez avoir accès aux résultats de l'étude, vous serez recontacté par courriel afin de les recevoir.

