



Dr^e Pascale Brillon / Psychologue

Pascale Brillon est psychologue spécialisée en deuil et stress post-traumatiques à la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Fatigue de compassion et trauma vicariant Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse

Le 2 janvier dernier, Pete Linnerooth s'est suicidé en retournant une arme à feu contre lui. Il avait 42 ans, était en pleine santé physique, marié et père de trois enfants (dont un de 4 mois). Il était aussi psychologue-officier responsable de la santé mentale dans l'armée américaine et il intervenait auprès de militaires souffrant de stress post-traumatique. Ces dernières années, il avait écrit sur le stress grave induit par son travail et avait dénoncé publiquement (dans le magazine *TIME* et dans l'*American Psychological Association Journal*) le manque de soutien pour les intervenants en santé mentale¹.

Nous savons tous combien travailler comme psychologue est extrêmement exigeant, et ce, sur de multiples plans : physiquement, émotionnellement, cognitivement et souvent même spirituellement. À certains moments de notre vie, exercer ce métier peut même devenir carrément bouleversant, sinon traumatisant : la détresse intense de notre clientèle nous affecte plus particulièrement. Les traumas entendus nous dérangent plus que d'habitude. Nous nous sentons tellement impuissants à soulager cet océan de douleur que nous côtoyons tous les jours.

Des publications récentes se sont penchées sur l'impact de notre métier sur notre santé mentale. Elles ont mis en évidence deux syndromes possibles chez les thérapeutes : le trauma vicariant (TV) et la fatigue de compassion (FC).

LE TRAUMA VICARIANT

Le TV peut nous affecter lorsque nous intervenons auprès d'une clientèle traumatisée et que nous entendons à répétition des descriptions détaillées de scènes perturbantes et traumatiques. Ces images troublantes peuvent devenir les nôtres et entraîner des **reviviscences** (*Depuis cette séance, j'ai des images intrusives de son accident qui s'imposent à mon esprit; Quand je suis sortie sur la plage, tout le monde voyait les baigneurs au soleil, moi j'y ai vu des cadavres*), de l'**évitement** (*Je suis plus craintive en bateau depuis ce patient qui a perdu son père noyé; Je suis*

plus stricte avec ma fille depuis ce poste auprès des victimes de viol), et un **état d'alerte** constant (*Je sursaute à rien et j'ai de la difficulté à dormir; Je manque de concentration, car cela me trotte sans cesse dans la tête; Je suis tout le temps irritable, sur la défensive*). Le TV peut nous pousser à consommer plus d'alcool dans une tentative d'apaiser cette fébrilité et ces images qui nous envahissent. Au travail, le TV peut nous donner envie d'éviter certains patients ou d'ignorer les allusions à des expériences traumatiques, car cela nous perturbe trop.

LA FATIGUE DE COMPASSION

La FC peut nous toucher si nous sommes exposés de façon répétée à des degrés de souffrance intense. Il s'agit d'une usure profonde, douloureuse, à la détresse d'autrui. Nous devenons **hypersensibles** à leur état émotionnel (*J'ai l'impression de ne plus avoir de frontière vis-à-vis des autres, tout m'affecte*) ou à la violence en général (*Je suis maintenant incapable de regarder les nouvelles télévisées ou de voir des films d'action*). Nous sommes **vidés de toute vitalité**, incapables de donner, d'aider, de soutenir. Les autres sont devenus synonymes de souffrance, de responsabilités au-dessus de nos forces et nous n'avons qu'une envie : les éviter ou nous désinvestir (*Je suis devenu cynique et amer à l'égard de la nature humaine; Je me sens insensible à ce que les autres vivent*). Nous pouvons ressentir un fort sentiment **d'impuissance acquise** (*Moi qui aimais tant ce métier, j'ai totalement perdu la vocation; Je ne pense plus que je puisse faire une différence*). La FC s'accompagne souvent de **remises en question** douloureuses de notre vision des choses et de notre spiritualité.

POURQUOI POUVONS-NOUS SOUFFRIR DE TV OU DE FC?

Différents processus peuvent être évoqués afin d'expliquer le développement du trauma vicariant ou de la fatigue de compassion. Mentionnons cependant que nul thérapeute n'est à l'abri de vivre un jour de telles réactions et qu'elles ne constituent en rien un signe de faiblesse ou d'incompétence.

La surcharge émotionnelle

Le contact empathique avec l'horreur vécue par autrui, avec l'intensité de la souffrance ressentie, devoir encaisser de façon répétée cette charge émotive (et la ressentir presque dans notre corps), cela peut induire un TV ou une FC, et ce, pour deux raisons : 1) Parce que nous sommes profondément au diapason de la réalité de l'autre. Des processus de mimétisme (nous avons naturellement tendance à adopter les mêmes mimiques émotionnelles et la même posture corporelle que la personne que nous observons) ont déjà été identifiés dans la littérature⁴. Mais la découverte récente des neurones miroirs évoque un phénomène encore plus puissant : être en contact avec l'émotion d'autrui active *la même région neuronale* que de vivre personnellement cette émotion. L'émotion est donc reproduite (presque « ressentie ») de la même façon dans le cerveau de l'observateur que dans celui du souffrant. Les conséquences de cette activation répétée à long terme et le rôle précis de ces neurones miroirs restent hypothétiques et sujets à controverse, mais la question reste fascinante et pourrait éclairer d'un nouveau jour le développement de TV ou de FC chez les intervenants^{2,3,4}. 2) Parce que nous avons traversé le seuil de l'empathie et que nous sommes maintenant dans le contretransfert, dans la sur-identification ou dans l'introjection. La distance saine entre le vécu du client et le nôtre est devenue floue, élastique ou a même disparu. Cela provoque en nous des émotions intenses et très éprouvantes, ce qui pourrait entraîner un TV ou de la FC.

Création d'une structure de peur post-traumatique

Les vécus que nous accueillons en entrevue, les histoires, les traumas, les détails entendus s'intègrent dans notre univers cognitif. Ils peuvent induire une structure de peur⁵, c'est-à-dire créer un réseau

d'associations conditionnées entre certains objets, mots, images, lieux et une signification de danger, d'impuissance ou d'horreur (*Depuis que cet agent correctionnel m'a raconté la prise d'otage, je ne peux regarder un uniforme sans y penser; Depuis que ma cliente m'a raconté son viol, j'ai des images de celui-ci quand j'ai des rapports sexuels et c'est extrêmement perturbant*). Des éléments entendus deviennent aversifs et peuvent, par la suite, induire chez nous beaucoup de détresse.

Remises en question de croyances fondamentales

Ce métier a le potentiel d'ébranler de nombreuses certitudes : remises en question de la place du bien et du mal, de l'existence de Dieu ou d'une certaine justice, du sens de la souffrance, de la possibilité du bien-être, croyances à l'égard de la nature humaine, de la société, du rôle du hasard ou du destin... Il peut aussi provoquer un profond questionnement sur notre pouvoir à apaiser la souffrance, notre sentiment de vocation envers ce métier. Ces confrontations cognitives^{6,7} ne sont pas anodines et peuvent être à la source de TV ou de FC.

Accumulation de facteurs de risque

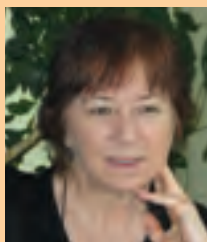
Des études ont identifié le rôle de certains facteurs dans le développement de FC ou de TV. Plus ces facteurs sont présents dans notre vie, plus nous sommes à risque...

a) Facteurs liés au travail

Le premier facteur identifié concerne les caractéristiques de notre clientèle (présence de violence verbale ou physique, clients très souffrants et réfractaires au traitement, descriptions horribles et vives) et les conditions de notre travail (surcharge de travail, horaires brisés ou sur appel, isolement professionnel, manque de formation, sentiment de n'avoir aucun pouvoir). Un climat de travail

SE DÉVELOPPER

« [...] une démarche de perfectionnement continue sur le plan tant personnel que professionnel me permet de maintenir un profond sentiment de confiance d'offrir à mes clients ce qu'il y a de meilleur et en particulier une présence compétente, pleine, entière, attentive, mais émotionnellement distanciée. Je commence donc mes journées de consultations avec le sourire et malgré les souffrances auxquelles je suis exposée, je les termine gonflée d'énergie et satisfaite d'avoir contribué au mieux-être de mes clients. »



D^{re} Jocelyne Beaudet
psychologue en bureau privé
Sherbrooke
26 années d'expérience

malsain avec nos collègues (présence de conflits, cynisme, négativisme) est aussi considéré comme aggravant. Enfin, les éléments organisationnels (manque de valorisation, de reconnaissance, de soutien ou de transparence de la direction, non-participation à des décisions importantes, exigences irréalistes) constituent aussi des facteurs de risque reconnus.

b) Facteurs liés à l'intervenant

Les facteurs de risque identifiés concernent nos traits de personnalité (mauvaise connaissance de soi, faibles capacités de gestion de stress, rapport difficile à ses émotions, exigences irréalistes envers soi, frontières relationnelles mal définies, tendance à l'évitement, résistance à aller chercher de l'aide). Nos fragilités antérieures (traumas antérieurs non résolus qui peuvent être réactivés, tendance dépressive ou anxieuse), notre degré de compétence (plus il est faible, plus grand est notre risque), notre qualité de vie (présence de stressseurs dans notre quotidien), et nos modes relationnels avec notre clientèle (satisfaction de nos besoins par l'entremise des patients, relation transgressant l'empathie) ont aussi été identifiés comme des facteurs de risque.

_COMMENT EXERCER CE MÉTIER ENCORE LONGTEMPS... ET AVEC PLAISIR

Lorsque nous reconnaissons en nous des symptômes de FC ou de TV, il est urgent de mettre rapidement en place des « auto-soins » (ou *self-care*¹²). Plusieurs stratégies ont été proposées dans la littérature afin de prévenir ou d'atténuer les symptômes de TV ou de FC^{8,9,10,11,12,13}.

Celle qui semble incontournable est d'abord, la *pleine conscience de soi*. Gardons-nous à l'œil et maintenons le contact avec notre corps, notre monde émotionnel et notre univers cognitif. Mesurons régulièrement l'impact de ce métier sur nous-mêmes : *Qu'est-ce que ce client (et ce qu'il a vécu) provoque en moi? Si je compare la personne que j'étais au début de ma profession avec celle que je suis devenue maintenant, en quoi suis-je différent? Dans mon contact avec mon corps et mes émotions? Dans mon rapport aux autres? Dans ma perception des choses et de la vie? Est-ce que ces différences me plaisent? M'inquiètent?*

Plusieurs autres stratégies sont proposées et peuvent être regroupées selon ces catégories :

Sur le plan physique : Il est conseillé unanimement de mettre en place une saine hygiène de vie (alimentation équilibrée, sommeil réparateur, exercice régulier, temps pour soi, vacances) qui devra constituer une base inébranlable et *ressourçante* vis-à-vis du stress du métier. De plus, il est suggéré d'intégrer au moins une activité nourrissante dans notre quotidien : celle-ci doit absolument être source de légèreté, induire de la vitalité et être très ludique. C'est le temps de mettre de côté notre bénévolat aux soins palliatifs pour intégrer la danse africaine, l'escalade, la confection de bijoux éclatés, le chant guttural inuit ou le rugby dans notre vie. Tout ce qui nous permettra de « lâcher notre fou », de rire aux éclats (et même de se bidonner franchement) sera le bienvenu¹⁴. Pensons à cultiver nos aspects créateurs, artistiques, spirituels, physiques et intellectuels.

S'ÉMERVEILLER

« Avec la naissance de mon enfant, j'ai dû changer mes stratégies pour me maintenir en santé psychologique. Mon horaire de travail est maintenant déterminé par l'horaire de famille et je travaille en semaine uniquement de 8 h du matin à 3 h 30 de l'après-midi. Je n'ai plus la souplesse horaire qui me permettait d'aller à des expositions ou des concerts, mais je vis le beau au travers de l'émerveillement de mon enfant qui découvre le monde. Je passe chaque jour des moments privilégiés avec lui qui me connectent avec la beauté.

La promenade est un moment de rencontre avec le beau. Le beau de la nature. [...] Je pense que le psychologue peut se maintenir en santé psychologique grâce à sa capacité à s'émerveiller du monde. »



Catherine Petit
psychologue en bureau privé
Gatineau
6 ans d'expérience

Sur le plan émotionnel : Plusieurs auteurs mentionnent combien il est essentiel de doser notre contact avec du matériel perturbant, et ce, dans notre quotidien (nouvelles télévisées, films, romans, relations interpersonnelles), mais aussi dans notre milieu professionnel (limiter les descriptions horribles des traumas en supervision ou en formation). N'oublions pas de nous offrir des moments pour « se laisser déposer » et pour faire le plein d'émotions positives. Puis, il est conseillé de maintenir une bonne relation avec nos émotions et de nous méfier d'une trop grande intensité émotionnelle négative ou au contraire du sentiment d'engourdissement. D'autres auteurs mettent l'accent sur la nécessité de cultiver une attitude bienveillante envers nous-mêmes : pouvons-nous nous offrir cette compassion que nous accordons si généreusement à nos patients? Enfin, entretenir des relations satisfaisantes avec des gens qui nous aiment et nous acceptent tels que nous sommes est considéré comme essentiel pour nous qui sommes en contact quotidien avec l'impact de la méchanceté et de la violence.

Sur le plan cognitif : Faire attention à ne pas nous laisser envahir par l'atmosphère de drame et *catastrophiser* (ou sur-minimiser) les événements de notre quotidien est conseillé dans la littérature, tout comme éviter les perceptions rigides. L'importance de s'offrir des expériences d'émerveillement, d'inspiration, d'émulation intellectuelle et de nourrir sa spiritualité est aussi nommée. Quand pourrions-

nous méditer? Prier? Admire de toute notre âme une œuvre d'art? Prendre le temps de réfléchir en profondeur sur un sujet qui nous passionne? Entretenir notre sentiment de sens? Enfin, il est conseillé de rechercher la congruence entre notre mode de vie, nos valeurs et les conseils que nous donnons à nos clients afin d'éviter de nous percevoir comme un imposteur.

Sur le plan professionnel : L'importance de se sentir outillé vis-à-vis de notre clientèle est évoquée régulièrement ainsi que le besoin d'obtenir soutien ou supervision. Assurons-nous d'établir nos limites à l'égard de la quantité de travail ou des caractéristiques de nos clients, puisqu'il importe d'éviter la sensation d'être piégé, dépassé ou impuissant. Participer à des recherches d'efficacité, varier les modes de thérapie et les fonctions, entretenir un bon climat de travail est ainsi fortement conseillé.

La littérature sur les impacts négatifs (mais aussi positifs!) de ce métier sur notre santé mentale et physique est encore embryonnaire, mais nous savons que le travail de psychologue n'est pas sans risque. Faisons-nous nous-mêmes ce que nous conseillons si facilement aux autres de faire? Oublions-nous trop facilement que notre vie professionnelle est un marathon et non pas un sprint? Dans ce métier où nous donnons énormément, assurons-nous d'entretenir constamment notre vitalité...



SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE D'ANALYSE BIOÉNERGÉTIQUE (SOQAB)
FORMATION À LA PSYCHOTHÉRAPIE
DÉBUT DU CYCLE PRÉCLINIQUE DE FORMATION (3 ANS)
ATELIERS RECONNUS POUR LA FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Le lien indissociable entre le corps et le psyché : historique et concepts de base de l'analyse bioénergétique – Louise Fréchette, B.Péd., B.Sc.Or, M.Ps.
23-24-25 août 2013 - Inscriptions : 514-739-6737

Les fondements corporels et psychiques de la thérapie en analyse bioénergétique : le concept d'enracinement – René Racine, B.A., M.Ps.
27-28-29 septembre 2013 - Inscriptions : 418-852-1371

Lorsque le corps se rebelle :
Gestion de l'agressivité, négativité, défenses et résistances - Michel Brien, B.sc., psychothérapeute
22-23-24 novembre 2013 - Inscriptions : 514-385-6462

POUR INFORMATIONS: 514-385-3342

Courriel : soqab@videotron.ca

Site Web : www.soqab.com

Bibliographie

1. Thomson, M. (2013). *Dr. Peter Linnerooth, 1970-2013*. TIME U.S., Battleland, 11 janvier 2013.
2. Rizzolatti, G., Folgassi, L., Gallese, V. (2007). Les neurones miroirs. *Pour la Science*, 44-49.
3. Ramachandran, V. (2011). Le cerveau fait de l'esprit : Enquête sur les neurones miroirs. Poche.
4. Rothschild, B. avec Rand, M. (2006). Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. Norton & Company.
5. Foa, E. B., Steketee G., et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
6. Joseph, S. A., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspective on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15, (6), 515-544.
7. Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
8. Agence de la santé publique du Canada (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*. Centre National d'information sur la violence dans la famille.
9. Brillon, P. (2010). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (Guide à l'intention des thérapeutes). (4^e édition) Éditions Quebecor.
10. Brillon, P. (2010). *La fatigue de compassion et le trauma vicariant : Mieux les reconnaître et mieux s'en protéger*. Manuel du participant à la formation. Association québécoise Plaidoyer-Victimes.
11. Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook: Creative tools for transforming compassion fatigue and vicarious traumatization*. Routledge.
12. Saakvitne, K.W. et Pearlman, L.A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. Traumatic Stress Institute. WW Norton & Cie.
13. Van Dernoot Lipsky, L. avec Burk, C. (2009). *Trauma Stewardship: An everyday guide to caring for self while caring for others*. Berrett & Koehler Publishers.
14. Brillon, P. (2012). « Embrasser la vie », dans *Quand la mort est traumatique : Passer du choc à la sérénité*. Éditions Quebecor.

RELATIVISER

« Bien plus que le défi des difficultés des clients, ce sont plus souvent les contraintes du milieu de travail dans un établissement de santé qui risquent de fragiliser notre santé psychologique. Le nombre de psychologues en CLSC n'a pas suivi l'accroissement significatif de la demande et de la sévérité des problématiques des clients. Ainsi, devoir choisir entre les clients en souffrance sur une liste d'attente qui ne cesse de s'allonger et la limite de temps alloué aux clients en psychothérapie, qu'on souhaiterait traiter convenablement comme s'ils avaient les moyens d'aller au privé, crée un sérieux dilemme. De plus, les limites voire les compressions budgétaires, les objectifs de "performance et d'optimisation" semblent

soustraire la notion de qualité du service à la clientèle. L'encadrement et le contrôle du personnel prennent le pas sur la supervision clinique et humaine.

Les formations et la supervision personnelle, prendre une distance avec ce que je ne peux contrôler et se recentrer pour améliorer la qualité du service offert au client dans mon bureau sont parmi les moyens les plus efficaces pour moi pour composer avec ses contraintes. »

Paule Limoges
psychologue au CSSS Alphonse-Desjardins
Lévis
9 ans d'expérience