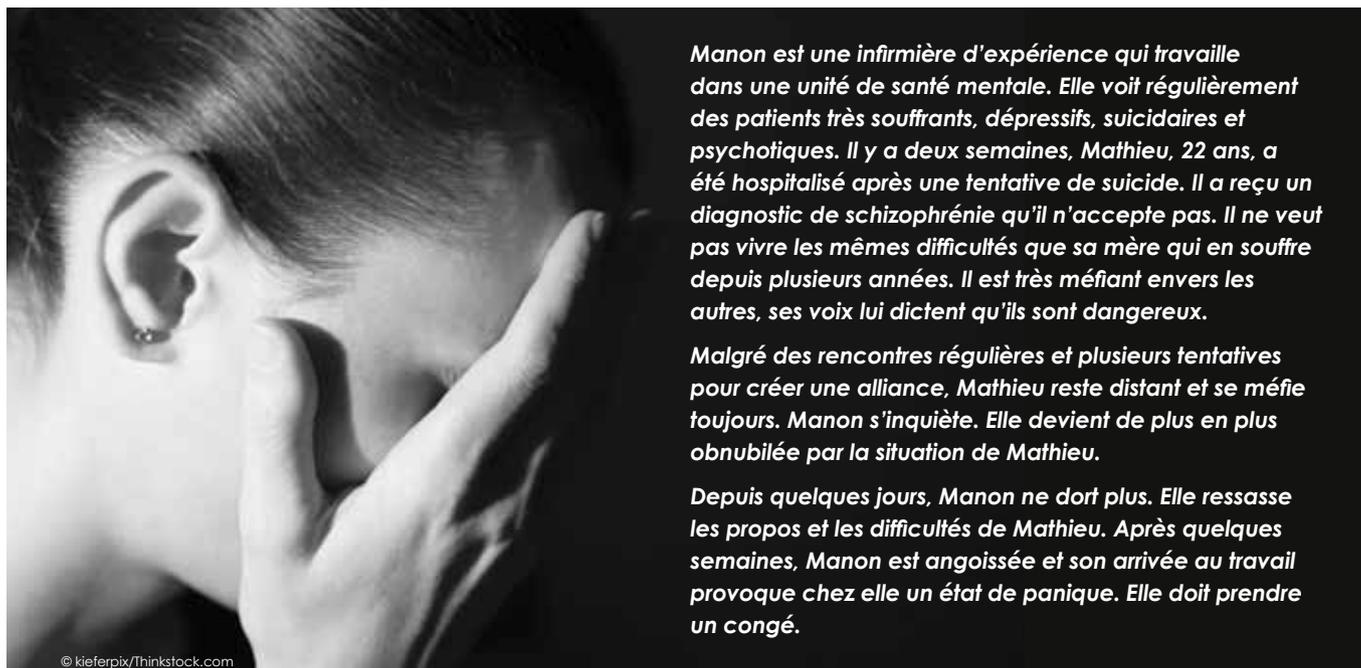


Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion *Méfiez-vous!*

Les infirmières pratiquant en santé mentale rencontrent des personnes endurent de grandes souffrances. Comment intervenir auprès d'elles sans éprouver soi-même de la détresse ?

Par **Gérard Label**, inf., M.Ps., M.Adm.



Manon est une infirmière d'expérience qui travaille dans une unité de santé mentale. Elle voit régulièrement des patients très souffrants, dépressifs, suicidaires et psychotiques. Il y a deux semaines, Mathieu, 22 ans, a été hospitalisé après une tentative de suicide. Il a reçu un diagnostic de schizophrénie qu'il n'accepte pas. Il ne veut pas vivre les mêmes difficultés que sa mère qui en souffre depuis plusieurs années. Il est très méfiant envers les autres, ses voix lui dictent qu'ils sont dangereux.

Malgré des rencontres régulières et plusieurs tentatives pour créer une alliance, Mathieu reste distant et se méfie toujours. Manon s'inquiète. Elle devient de plus en plus obnubilée par la situation de Mathieu.

Depuis quelques jours, Manon ne dort plus. Elle ressassé les propos et les difficultés de Mathieu. Après quelques semaines, Manon est angoissée et son arrivée au travail provoque chez elle un état de panique. Elle doit prendre un congé.

Les infirmières en santé mentale côtoient des patients ayant de grandes souffrances et parfois, un comportement violent ou autodestructeur. Ces situations sont exigeantes aux plans physique, émotionnel, cognitif, et même spirituel. Comment faire face à toute cette souffrance sans éprouver soi-même de la détresse ?

Des écrits récents précisent les concepts de traumatisme vicariant (TV) ou de fatigue de compassion (FC) (Brillon, 2013 ; Mathieu, 2012 ; Rothchild 2006). Comment les distinguer de l'épuisement professionnel ? Quels sont les éléments susceptibles de provoquer un état de détresse psychologique chez une infirmière ? Comment évaluer les facteurs de risque ? Et finalement, quelles stratégies utiliser pour éviter le traumatisme vicariant ou la fatigue de compassion ?

Épuisement professionnel, traumatisme vicariant ou fatigue de compassion ?

L'épuisement professionnel

Phaneuf (2007) définit l'épuisement professionnel comme un « sentiment de vide que vit une soignante après s'être beaucoup dépensée physiquement et dévouée sans reconnaissance et sans valorisation, qui voit ses forces physiques amoindries et son capital de compréhension et de don de soi épuisé, tari ». On le constate, l'épuisement professionnel provient surtout de la lourdeur de la charge de travail et des stressés organisationnels (Legault, 2007).

Le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion s'inscrivent plus spécifiquement dans la relation thérapeutique avec le patient. Dans les années 1990, deux psychologues, Laurie Pearlman et Karen Saakvitne, ont proposé ces

concepts pour définir un profond mal-être ressenti par des professionnels de la relation d'aide qui ne peut s'expliquer par un épuisement professionnel (Duhoux, 2014).

Le traumatisme vicariant

Le fait d'entendre et de vivre de façon répétée des événements perturbants et traumatiques, par exemple subir de l'agressivité ou de la violence, ou encore être témoin d'une détresse qui mène au suicide, peut créer un traumatisme chez l'infirmière.

Elle peut réagir à ces événements comme s'ils étaient les siens et ainsi souffrir de stress, d'anxiété, voire d'attaques de panique. S'impregner d'une situation traumatisante vécue par un patient provoque une excitation psychologique chez le soignant et le maintient dans un état d'hypervigilance avec revivis-

cence des événements. Le soignant peut ensuite chercher à s'isoler afin d'éviter tous les stimuli qui raviveraient le traumatisme.

« Je revois continuellement le viol que ma patiente m'a raconté. J'ai peur de tout, j'ai de la difficulté à dormir, je ne peux plus me concentrer. »

La traumatisation vicariante transgresse de façon récurrente les convictions, les valeurs et les croyances du soignant. Son cadre de référence personnel est attaqué et il se modifie. Ce faisant, il s'enlise lui-même dans un état de stress post-traumatique décrit comme un traumatisme vicariant. (Rothschild, 2006 ; Brillon, 2013).

« Chaque fois que je vais à l'épicerie, je crains d'être victime d'un vol comme M. Bond. »

La fatigue de compassion

La fatigue de compassion, appelée aussi usure de compassion, peut apparaître lorsqu'une infirmière est exposée fréquemment à des souffrances et à des détresses intenses, par exemple des cas de négligence, d'enfants maltraités, de viols et d'itinérance. À la différence du traumatisme vicariant, l'infirmière ne vit pas les événements traumatisants de son patient comme s'ils étaient les siens. Elle ne présente pas de symptômes de reviviscence. La fatigue de compassion s'explique plutôt par un état d'épuisement et une saturation de la relation thérapeutique (Duhoux, 2014). Le soignant devient hypersensible et ne tolère plus les émotions de ses patients et de son entourage.

« Je ne peux plus tolérer la moindre souffrance de mes patients. »

Il ne supporte plus la moindre violence.

« Si j'entends un patient me parler de violence, j'ai les larmes aux yeux et je ressens de la colère. »

L'infirmière est alors envahie par une impression de vide, elle ne se sent plus aidante. Elle est anéantie et épuisée simplement par le fait de penser qu'il lui faudra aider ou soutenir quelqu'un. Vidée de toute énergie, tout lui paraît difficile et douloureux. Elle cherche à éviter les autres qui sont pour elle un fardeau. Ses repères personnels sont ébranlés au point de remettre en question son cadre de référence existentiel. Elle peut alors se remettre en question, elle-même, ses valeurs et sa vie.

L'empathie

Même l'infirmière expérimentée peut souffrir d'un traumatisme vicariant ou d'une fatigue de compassion entre autres par l'empathie, une composante de la relation d'aide. Lorsque la souffrance de l'autre est grande et récurrente, les émotions suscitées par cette souffrance peuvent progressivement provoquer un traumatisme vicariant (par imitation et observation) ou une fatigue de compassion. Ainsi, un engagement sincère et intense du soignant menacerait la distance thérapeutique et pourrait susciter une identification avec l'émotion éprouvante de l'aidé. L'infirmière doit donc être à l'affût de ses symptômes.

Plusieurs hypothèses, encore controversées parce qu'elles n'ont pas été suffisamment démontrées, tentent d'expliquer le phénomène. Ainsi, l'empathie entraînerait une synchronisation de l'aidant par mimétisme émotionnel et corporel avec la réalité de l'aidé (Rothschild, 2006). La découverte de neurones miroirs apporte une autre compréhension. Le fait d'être émotionnellement au diapason d'une personne souffrante activerait les mêmes régions neuronales et reproduirait la même émotion. L'action répétée de ces émotions entraînerait le traumatisme ou l'état de fatigue (Ramachandran, 2011 ; Brillon, 2013).

Intégration cognitive

Autre piste d'explication décrite dans la littérature ; l'intégration cognitive des histoires et des traumatismes (Steed, 2006). Des associations conditionnées par les propos recueillis par l'infirmière se créent et provoquent des craintes par rapport aux objets, aux lieux, aux images évoqués ou aux mots entendus.

L'infirmière ressent alors des sentiments de danger, d'impuissance et d'horreur, provoquant chez elle une forte détresse émotionnelle. Les témoignages répétés de la détresse d'autrui peuvent parfois amener l'infirmière à se questionner sur la justice humaine, le bien et le mal, la spiritualité, le sens de la souffrance, la nature humaine ou encore la société. Elle peut remettre en question sa capacité à aider l'autre et sa compétence professionnelle.

« Michelle devient anxieuse à la vue d'un couteau à la suite du récit de sa

patientte poignardée par son ex-conjoint. »

Facteurs au travail

Des facteurs liés au travail et à l'intervenant contribuent au développement d'un traumatisme vicariant ou d'une fatigue de compassion (Legault, 2007 ; Phaneuf, 2007 ; Steed et Downing, 1998). Plus les facteurs présents sont nombreux, plus le risque est élevé. Le type de clientèle aura un impact sur la réaction émotionnelle.

Des patients violents verbalement ou physiquement, non fidèles ou réfractaires au traitement, ou qui décrivent des événements de façon horrificante vont grandement influencer la réaction de l'infirmière. Les conditions de travail telles que la surcharge de travail, les horaires brisés, l'isolement professionnel, le manque de formation et le sentiment de ne pas avoir de contrôle sont des facteurs importants.

Les conflits dans l'équipe de travail, le cynisme et le négativisme contribueront à aggraver la souffrance de l'infirmière. Si à ce contexte s'ajoutent une absence de valorisation, de reconnaissance, de soutien ou de transparence, un manque de participation aux décisions ou des exigences irréalistes de la part de l'organisation, les risques de fatigue seront d'autant plus élevés.

Facteurs personnels

Les ressources personnelles de l'infirmière peuvent influencer sa résilience ou non au traumatisme. Des auteurs estiment que chez certaines personnes, il existe un manque de prise de conscience d'abord imputable au désir d'être perçues comme compétentes ou encore, à l'espoir d'être désensibilisées par une exposition répétée (Steed, 1998). Ces personnes ne sont donc pas à l'écoute des signes avant-coureurs de leur malaise.

Le peu de connaissance de soi, une mauvaise gestion du stress et des émotions, de hautes exigences envers soi-même et les autres, une difficulté à maintenir une distance thérapeutique saine, des comportements d'évitement, une incapacité à demander de l'aide, des problèmes ou traumatismes antérieurs non résolus, une mauvaise qualité de vie sont tous des facteurs de risque à considérer.

Des ressources



Le *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*, publié par Santé Canada, propose des exercices pour évaluer votre situation ainsi que des pistes de solution.

Le *Test d'usure de compassion* aide à déterminer votre niveau de risque d'usure de compassion et d'épuisement professionnel. [En ligne : www.redpsy.com/pro/tuc.html]

Le *Guide d'autosoins pour la gestion du stress* offre des outils afin de mieux gérer votre stress.



Malgré tout, est-il possible d'éviter, sinon de diminuer le risque de tomber dans le piège du traumatisme vicariant ou de la fatigue de compassion tout en demeurant empathique et aidant ?

Comment l'infirmière peut-elle s'aider ?

Reconnaître le phénomène et les signes

Aucune infirmière n'est à l'abri d'un TV ou d'une FC. Cependant, certaines stratégies peuvent minimiser le risque. D'abord, il est essentiel de reconnaître le phénomène et d'accepter le caractère inévitable du risque.

L'infirmière doit être sensibilisée aux facteurs de risque présents. Bien entendu, la connaissance et la conscience de soi sont des habiletés importantes à développer, car elles témoignent de la normalité de ses réactions physiques, de ses émotions et de ses modes de pensée. Ces habiletés permettent d'évaluer l'impact qu'ont les expériences des patients sur soi. Une infirmière peut écouter des descriptions de violence alors que d'autres ne peuvent même pas lire ou visionner un film sur des actes violents. En connaissant son niveau de stress et de détresse face à certains stimuli, l'infirmière peut utiliser différentes stratégies d'autoprotection.

L'autogestion et le soutien

L'organisation de son temps et de son travail est une stratégie gagnante. Elle permet de mieux gérer sa charge de travail et de s'accorder du temps pour récupérer.

Une bonne gestion de ses émotions et de ses réactions avant, pendant et après une intervention thérapeutique de relation d'aide peut prévenir bien

des souffrances.

Une supervision, surtout en santé mentale, est très importante parce qu'elle peut empêcher de projeter sa propre souffrance sur le patient ou de s'approprier la sienne. Un réseau de soutien par les pairs peut être une bonne stratégie d'autoprotection. Poursuivre sa formation et son développement professionnel permet de se sentir plus compétent et confiant à aider l'autre.

L'hygiène de vie

Une saine hygiène de vie procure calme et équilibre. S'offrir des activités plaisantes, de détente ou inspirantes contribuent à réduire le stress. S'occuper de ses propres besoins fait partie de la gestion de soi et prévient le traumatisme vicariant ou la fatigue de compassion. Les pratiques d'autosoins peuvent aider certaines personnes (Richardson, 2001 ; Mathieu, 2012 ; Legault, 2007).

Se rétablir d'un traumatisme peut parfois être difficile et long. Il faut laisser du temps et de la place au processus de rétablissement. Soyez un observateur et un guide en accompagnant l'autre dans son rétablissement. Ne cherchez pas à être un expert qui doit à tout prix régler le problème. Il faut croire et miser sur les capacités et les forces du patient.

Le travail auprès des patients est extrêmement valorisant lorsque l'infirmière perçoit qu'un patient s'améliore, retrouve ses capacités de survivant, redéveloppe sa confiance en lui-même et recommence à établir des relations basées sur le respect et l'égalité.

Toutefois, une exposition répétée à la souffrance et aux traumatismes

psychologiques des personnes soignées peut causer de la souffrance à l'infirmière. Dans ce cas, elle ne peut plus être aidante. À son insu, elle minimisera les actes agressifs, blâmera les victimes, transférera son impuissance sur ses patients ou accordera aux récits une écoute sélective en omettant des extraits.

L'infirmière doit donc surveiller son propre niveau de détresse et adopter des stratégies permettant de réduire ses réactions traumatiques ou de fatigue. Elle doit maintenir un équilibre physique, émotionnel, cognitif et spirituel afin de pouvoir aider et soutenir la personne en détresse. ■

L'auteur



Gérard Lebel est conseiller en soins infirmiers à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Bibliographie

- Brillon, P. « Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse », *Psychologie Québec*, vol. 30, n° 3, mai 2013, p. 30-35.
- Chrestman, K. « Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists », dans B. Stamm (s. la dir. de), *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (2^e éd.), Lutherville (MD), The Sidran Press, 1995, p. 29-36.
- Duhoux, S. « Traumatisme vicariant : la souffrance des soignants », 20 mai 2014. [En ligne : <http://inter-stice.fr/traumatisme-vicariant-2/>]
- Figley, C.R. « Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, n° 11, nov. 2002, p. 1433-1441.
- Fortinash, K. et P. Holoday Worret. *Soins infirmiers : Santé mentale et psychiatrie*, Montréal, Chenelière Éducation, 2013, 952 p.
- Lebel, G. *Guide d'autosoins pour la gestion du stress : Fou de soi, pas fou du stress*, Québec, 2013, 166 p. [En ligne : http://membre.oricom.ca/michelgiroux58/index_fichiers/Guide-autosoins-stress.pdf]
- Legault Faucher, M. « Traumatisme vicariant : Quand la compassion use... », *Prévention au travail*, vol. 20, n° 3, été 2007, p. 7-14.
- Mathieu, F. *The Compassion Fatigue Workbook: Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*, New-York (NY)/Hove (East Sussex), Routledge, 2012, 179 p.
- Phaneuf, M. « L'épuisement professionnel : perdre son âme pour gagner sa vie », 2007, 12 p. [En ligne : www.infirsources.ca/fer/depotdocuments/L_epuisement_professionnel_perdre_son_ame_pour_gagner_20sa_vie.pdf] (Page consultée le 21 mars 2014.)
- Ramachandran, V. *Le cerveau fait de l'esprit : Enquête sur les neurones miroirs*, Paris, Dunod, 2011, 400 p.
- Richardson, I.J. *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*, Centre national d'information sur la violence dans la famille-Santé Canada, 2001, 144 p. [En ligne : www.rsf.ca/opFichier/guide_sur_le_traumatisme_vicariant_MeFD18FXC8ZF_6944.pdf]
- Rothschild, B. et M. Rand. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*, New York (NY), WW Norton & Company, 2006, 272 p.
- Steed L.G. et R. Downing. « A Phenomenological study of vicarious traumatization among psychologists and professional counselors working in the field of sexual abuse/assault », *The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies*, vol. 1998, n° 2, 1998. [En ligne : www.massey.ac.nz/~trauma/issues/1998-2/steed.htm]