

[S'abonner \(/abonnement.html\)](/abonnement.html)[🛒 \(/boutique.html\)](/boutique.html)[Retour](#)

L'infirmière n° 054 du 01/03/2025

« LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS N'EST PAS UN SIGNE D'INCOMPÉTENCE, MAIS PLUTÔT L'INDICE D'UN TRÈS GRAND INVESTISSEMENT »

14

Partages



ACTUALITÉS

PRÉVENTION ET SOUTIEN

Auteur(s) : Anne-Lise Favier (</recherche/article.html?query=%22Anne-Lise%20Favier%22&revues%5B%5D=INF&sortby=relevance>)

Pascale Brillon est professeure de psychologie à l'université du Québec à Montréal. Elle a fait de la prévention du trauma vicariant et de la fatigue de compassion chez les soignants ses domaines de prédilection. Nous l'avons rencontrée au congrès de la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). Morceaux choisis.

Comment en êtes-vous venue à vous intéresser à la souffrance des soignants ?

Pascale Brillon : Au cours de ma carrière de psychologue clinicienne, j'ai été en contact avec des personnes victimes d'agression sexuelle ou physique, de séquestration, de torture, d'accident de la vie, mais aussi des personnes endeuillées traumatiques, c'est-à-dire qu'elles avaient perdu des proches de façon dramatique, par homicide ou suicide. C'était un travail très exigeant, en contact avec une souffrance intense. En parallèle, je rencontrais des collègues qui faisaient le même métier que moi et qui décidaient de quitter la profession, épuisés par ce qu'ils vivaient au quotidien. Ils se sentaient comme « contaminés » par leur contact avec les victimes. Cela m'a beaucoup touchée et je me suis interrogée sur la meilleure manière de les aider. Comment entretenir cette vitalité de soignant quand nous soutenons tous les jours des personnes en détresse, quand nous entendons quotidiennement des récits de vécus douloureux ? C'est à ce moment-là que j'ai développé une expertise sur le sujet.

Vous décrivez deux syndromes qui guettent le soignant en contact avec une population en situation de détresse et de douleur : le trauma vicariant et la fatigue de compassion. Pouvez-vous nous expliquer ces concepts ?

P. B. : Le trauma vicariant implique une teneur anxieuse et découle d'une exposition à des personnes qui nous ont raconté des traumas. Cette transmission peut provoquer, chez le soignant, des réactions post-traumatiques par procuration. Il y a par exemple, cette infirmière qui, depuis qu'elle a recueilli le témoignage d'une victime d'accident de la route, rencontre de grandes difficultés à se rendre elle-même à l'hôpital en voiture. Ou cet infirmier qui, depuis qu'il a accompagné une victime de viol, est beaucoup plus inquiet lorsque ses filles sortent le soir. Le trauma vicariant découle d'une exposition à des souvenirs, des détails, des images traumatiques qui ont été racontés par des patients et qui affectent le soignant. Quand on parle de fatigue de compassion, on touche plutôt à la sphère de la lassitude, de la fatigue relationnelle, qui ne découle pas seulement de contacts avec des patients qui ont vécu des traumatismes mais de tout contact avec ceux qui éprouvent une détresse psychologique intense. Le soignant, en lien constant avec la

souffrance, doit gérer sa propre impuissance face à la douleur. Au fur et à mesure des années, sans mécanisme de protection, il peut développer une intense apathie, une hypersensibilité, un sentiment de frontières personnelles transgressées, une remise en question de son sentiment de vocation et une très grande difficulté à nouer des relations sociales, y compris dans sa sphère privée.

Toute interaction humaine devient alors synonyme de souffrance et responsabilité. Le soignant tire ce genre de constat : « Quand je rencontre des êtres humains, ils ne sont pas pour moi des adultes, dynamiques, sympathiques, stimulants mais plutôt des personnes en détresse qui vont me demander de l'aide. » Il y a aussi l'exemple de cette infirmière qui se sent impatiente, exaspérée, constamment à fleur de peau au travail et qui arrive exsangue à la maison sans pouvoir ressentir de plaisir avec ses proches.

Ces syndromes, qui sont très souvent étudiés chez les soignants, ne leur sont toutefois pas exclusifs : les travailleurs humanitaires y sont également exposés, ainsi que tous ceux qui œuvrent dans le domaine de la justice, avocats ou membres de la magistrature qui sont témoins de scènes de crime, de rapports d'autopsie, de récits de victimes. Il est édifiant de constater qu'en décrivant ces syndromes, en démocratisant la parole, leur intérêt clinique et scientifique ouvre des champs d'intérêts beaucoup plus larges.

Quelles sont les conséquences de ces deux syndromes ?

P. B. : La première conséquence concerne le soignant lui-même : ces deux syndromes, extrêmement douloureux sur le plan psychologique, peuvent le conduire à des symptômes dépressifs, une profonde apathie ou une hyperanxiété, des comportements d'évitement, un désir de fuite et des remises en question douloureuses du sens de son travail, qui peuvent mener à des démissions ou des changements de carrière. La seconde conséquence est liée aux soins aux patients : ces syndromes induisent une posture de distanciation au sein de laquelle le soignant ne sera plus en empathie, mais se contentera de mener des soins de manière mécanique. Le soignant peut ainsi avoir tendance à utiliser des stratégies de musellement, c'est-à-dire qui censureront inconsciemment le patient dès qu'il abordera sa douleur ou les traumatismes vécus. C'est un phénomène que nous observons lorsque nous menons des entretiens avec miroir sans tain [*technique de supervision obligatoire pendant la formation, NDLR*]. Nous analysons les entretiens de nos supervisés, et ceux qui souffrent de trauma vicariant ou qui se trouvent en fatigue de compassion adoptent ces stratégies automatiques : ils vont par exemple changer de sujet quand quelqu'un va leur parler de douleur, minimiser ce qui est en train de se passer, utiliser des phrases toutes faites, prodiguer des conseils inappropriés ou se cloîtrer dans une posture distante, presque dissociée par rapport aux émotions du patient.

Le soignant a-t-il conscience de son attitude ? Peut-elle être perçue par son patient et si oui, avec quelles conséquences ?

P. B. : Dans notre formation de psychologue, nous sommes obligés d'être supervisés pendant des années, ce qui nous permet d'être conscients de ces stratégies que nous avons tendance à utiliser avec notre patientèle. Si, comme superviseur, nous observons ces changements, ces digressions au cours de l'entretien clinique, nous signalons au soignant que ces signes de protection évoquent un trauma vicariant ou une fatigue de compassion sous-jacents. Si le patient perçoit cette attitude chez le soignant, cela affectera négativement leur relation. Il va en effet avoir l'impression d'être plongé dans un rapport déshumanisé, détaché et automatisé. Les patients vont l'exprimer de cette façon : « J'ai l'impression que ce soignant me traite comme n'importe quel autre, sans aucune attention à ma spécificité, de façon expéditive. » En plus d'un lien soignant-soigné brisé, ces syndromes affectent la compétence professionnelle puisqu'ils peuvent conduire à des oublis, des erreurs, de mauvaises décisions en lien avec des difficultés de concentration. Le trauma vicariant et la fatigue de compassion ont donc des conséquences à la fois sur la qualité de la relation mais aussi sur celle du soin et ce, sans même parler des répercussions dévastatrices dans le quotidien personnel du soignant.

Existe-t-il un profil plus à même de développer ces syndromes ?

P. B. : Plusieurs facteurs ont été mis en évidence dans la littérature scientifique afin de mieux comprendre la vulnérabilité individuelle à l'un ou l'autre de ces syndromes. Ainsi, le niveau d'expérience, les « stressés » vécus, le soutien de l'entourage ou de l'entreprise, les capacités des soignants à bien autoréguler leurs émotions, à mettre en place des autosoins constituent des facteurs qui peuvent exacerber ou protéger de la détresse professionnelle. De plus, l'exposition à des « blessures morales » constitue un facteur aggravant. Ce peut être le cas lorsque le soignant est témoin ou contraint d'agir à l'inverse de son code moral ou de ses valeurs. À titre d'exemple, des infirmières peuvent me dire : « Je trouve cela très difficile de voir des petits patients qui auraient dû avoir la vie devant eux mourir à cinq ans » ou « Je travaille dans une organisation dont les priorités ne correspondent plus à mes valeurs, je fais durer quelque chose qui ne me représente plus. » Ces expériences vont aggraver le risque de fatigue de compassion ou de trauma vicariant.

Vous distinguez l'empathie de la sympathie, pouvez-vous expliquer la différence ?

P. B. : L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre : nous sommes capables de nous y plonger mais aussi d'en ressortir, nous avons cette connaissance profonde de la spécificité de l'autre, de son unicité, tout en conservant nos repères, nos frontières, notre ancre. La sympathie, elle, c'est lorsque nous entrons en résonance avec l'autre : sa souffrance nous dérange, ses émotions nous perturbent, nous avons besoin qu'il aille mieux, notre ego est engagé. Nous avons perdu notre saine distance de travail, ce qui nous pousse à être plus en contrôle, nous rend impatients et *in fine*, impuissants.

Est-il possible de se prémunir de ces syndromes et si oui, de quelle manière ?

P. B. : Oui, c'est tout à fait possible. Il est d'abord nécessaire de bien connaître ces syndromes afin de les identifier au moment où ils se produisent. Puis, il est important de mettre en place des stratégies d'hygiène émotionnelle, pendant l'entretien avec le patient, mais aussi entre les entretiens et après une journée de travail. Il s'agit de stratégies qui vont offrir une qualité de présence et d'écoute optimale aux patients, tout en nous protégeant en tant que soignants. Les stratégies d'hygiène cognitive offrent la possibilité de mesurer l'impact de notre travail sur nos croyances fondamentales et nos valeurs. Lorsque les symptômes de trauma vicariant sont importants, il est nécessaire d'avoir recours à des traitements post-traumatiques, tels que l'exposition au souvenir du trauma ou

l'EMDR [*eye movement desensitization and reprocessing, technique de psychothérapie utilisant les mouvements oculaires, NDLR*] afin de parvenir à une intégration saine des événements traumatiques qui ne nous appartiennent pas mais qui nous ont été racontés dans le cadre de notre travail.

Comment aider un collègue qui nous semble être en souffrance ?

P. B. : Je me méfie des formules miracles qui proposent de tout régler facilement. Peu de choses sont aussi efficaces qu'une bienveillante question ouverte telle que « comment vas-tu ? ». Nous sommes de plus en plus exposés à ce que les autres font et vivent - supposément - d'extraordinaire, sur les réseaux sociaux. La vie est dure, compliquée pour tous. Or, nous prenons de moins en moins le temps de nous détendre, de prendre soin de nous, de nous intéresser à nos proches avec authenticité et patience. Je pense également qu'il faut travailler à diminuer la stigmatisation sur ces sujets. Ils ne sont pas liés à une incompétence, une vulnérabilité, c'est même plutôt l'inverse : ils témoignent souvent d'une grande rigueur professionnelle, d'un investissement considérable au travail, d'une posture de sauveur. Il serait bon, d'un point de vue organisationnel, d'ouvrir des espaces où il est possible de parler librement de ce qui est difficile avec la patientèle sans que cela ne soit interprété comme de l'incompétence, de la faiblesse mais reçu, au contraire, dans la bienveillance et le non-jugement. Il serait aussi important d'intégrer, à l'organisation des équipes, des activités de type *team building* afin d'améliorer le soutien au travail qui constitue un facteur de protection démontré par les études scientifiques. C'est d'ailleurs très en vogue dans les grandes entreprises Gafam [*Acronyme de Google, Apple, Facebook, Amazon et Microsoft, NDLR*] : les locaux, le design, les activités, tout est fait pour que les employés travaillent dans des conditions optimales. Souvenons-nous que cela n'est pas fait par grandeur d'âme, mais parce que les données indiquent qu'un salarié épuisé, sous pression, n'est pas productif et ne songe qu'à quitter son entreprise pour une autre structure offrant une meilleure qualité de vie au travail. Dans le domaine de la santé, nous n'avons pas le luxe de perdre ceux que nous avons formés, qui possèdent de l'expertise, de l'expérience : ils sont si précieux ! Et pourtant, nous investissons bien peu dans leur qualité de vie, et prenons pour acquis leur tendance à s'oublier eux-mêmes pour aider les autres.

Pascale Brillon professeure de psychologie à l'université du Québec (Montréal).

Entretenir ma vitalité d'aidant.

Dans ce guide, Pascale Brillon aborde une multitude de pistes pour accompagner tout aidant - psychologue, travailleur social, médecin, thérapeute, professionnel de santé ou encore travailleur humanitaire - à mieux évaluer les facteurs qui contribuent à leur propre souffrance et à trouver les ressources nécessaires pour maintenir ce qu'elle appelle leur « vitalité d'aidant ». À travers un descriptif des manifestations que peuvent prendre les souffrances des soignants, elle livre plusieurs pistes pratiques pour s'en préserver, notamment les stratégies d'hygiène émotionnelle, cognitive, la pratique des autosoins et la recherche de la satisfaction de compassion. Un ouvrage concret pour maximiser sa vitalité professionnelle afin d'exercer ce métier longtemps et avec plaisir. *Entretenir ma vitalité d'aidant*, aux Éditions de l'homme, janvier 2021, 19,90 €.

Articles de la même rubrique d'un même numéro

- **FEMME DE SANTÉ** : « NOUS PROPOSONS UN ESPACE DE PAROLE AUX SOIGNANTS » (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/nous-proposons-un-espace-de-parole-aux-soignants-INF05402201.html>)
- **EXPÉRIMENTATION ARTICLE 51** : UN NOUVEAU PROTOCOLE « DOULEUR » INCLUANT LES INFIRMIÈRES (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/un-nouveau-protocole-douleur-incluant-les-infirmieres-INF05402001.html>)
- **DÉCLARATION DE PARIS** : DON D'ORGANES : 26 PROPOSITIONS SUR LA TABLE (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/don-d-organes-26-propositions-sur-la-table-INF05401801.html>)
- **POLITIQUE TERRITORIALE** : GHT : QU'ONT-ILS CHANGÉ POUR LES INFIRMIÈRES ? (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/ght-qu-ont-ils-change-pour-les-infirmieres-INF05400801.html>)
- **MISSION POLYHANDICAP** : « CERTAINS SOIGNANTS PRÉFÈRENT NE PAS SOIGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PLUTÔT QUE DE "MAL FAIRE" » (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/certains-soignants-preferent-ne-pas-soigner-les-personnes-en-situation-de-handicap-plutot-que-de-mal-faire-INF05401601.html>)