

Dochead en fiches

Sous-dochead les fatigues professionnelles

Plug_Zawieja.jpg

© Fotolia.com/Freshidea

Sommaire fiche

1. Les fatigues professionnelles, un phénomène complexe
2. Prévenir les fatigues professionnelles
3. **Fatigue compassionnelle : quand l'empathie se retourne vers le soignant**
4. Fatigue : changer d'emploi, une solution risquée

3/4 Fatigue compassionnelle : quand l'empathie se retourne vers le soignant

Philippe Zawieja^{a,*},^b

Chercheur associé, Mines ParisTech/PSL Research University

^a Centre de recherches sur les risques et les crises, Mines ParisTech, rue Claude-Daunesse BP 207, 06904 Sophia-Antipolis cedex, France

^bÉquipe Organisations en santé (ÉOS), université de Sherbrooke, 2500, boulevard de l'Université, Immeuble K1, Sherbrooke, QC J1K 2R1, Canada

Adresse e-mail : philippe.zawieja@mines-paristech.fr (P. Zawieja).

Les métiers du soin, comme de nombreuses autres professions, placent la compassion au cœur de leur exercice. À côté des compétences théoriques et techniques, la compassion permet même de distinguer un soignant d'un "bon" soignant, animé par l'éthicité de sa relation aux personnes qu'il prend en soin. L'empathie désigne la capacité de percevoir ce que ressent autrui. La compassion est cette aptitude non seulement à se laisser affecter par cet autre, mais aussi à se mettre en mouvement pour lui venir en aide, sans se substituer à lui. La fatigue compassionnelle se manifeste chez les soignants en contact prolongé avec la souffrance d'autrui sous la forme de divers symptômes. Diverses stratégies individuelles et organisationnelles permettent d'en limiter la gravité.

T1 La fatigue compassionnelle, usure ou trauma ?

TEG1 Une première approche fait de la "fatigue compassionnelle" une forme particulière d'usure professionnelle, d'abord identifiée chez les soignants en soins palliatifs et en oncologie. C'est le contact prolongé avec la souffrance d'autrui, à l'occasion de laquelle le soignant manifeste divers symptômes tels que colère, dépression et apathie [1]. Cette conception, dans laquelle le mot "fatigue" traduit bien l'incapacité de continuer, s'articule autour de la "charge émotionnelle" ou des

“exigences émotionnelles”, soulignant le sentiment d’impuissance, l’impossibilité à pouvoir agir sur les souffrances rencontrées.

TEG1 Dans une perspective traumatologique [2], la fatigue compassionnelle peut être vue comme le sentiment d’épuisement physique et émotionnel que le contact avec la souffrance est susceptible d’induire chez les soignants, au point — et ce critère est crucial pour distinguer fatigue compassionnelle et *burn out* — que leur vision du monde en est durablement ébranlée. Leur empathie et leur optimisme s’érodent graduellement, alors qu’ils ne sont eux-mêmes pas blessés ou agressés (conditions du traumatisme primaire) mais qu’ils vivent cette souffrance chez autrui, l’entendent racontée par un collègue ayant participé à la prise en charge du patient.

Ce type de traumatisme “vicariant”, qui agit par contagion émotionnelle, est un processus particulièrement pernicieux car les mécanismes spontanés de protection psychologique et de distanciation sont alors allégés, le soignant n’étant pas “directement” impliqué dans la scène, et ne connaissant parfois même pas la victime.

TEG1 La fatigue compassionnelle est ici l’une des issues possibles d’un processus de “stress compassionnel”, où le contact prolongé avec la souffrance d’autrui dépend de l’interaction de six variables [3]. L’empathie, qui sous-tend l’ensemble du processus, expose par nature à la contagion émotionnelle, c’est-à-dire à la submersion par les mêmes sentiments et émotions que la victime. L’empathie induit la sollicitude (*empathic concern*), capacité à se soucier de la souffrance d’autrui, qui motive l’action et nous ramène dans le giron de la compassion et de la réponse empathique, effort que consent le sujet pour réduire la souffrance d’autrui, et dont la nature et l’intensité dépendent de la subjectivité du soignant. La satisfaction et le sentiment d’accomplissement que le professionnel tire de son effort, et l’aptitude à la distanciation vis-à-vis de la détresse de la victime conditionnent pour finir sa sensibilité au stress compassionnel.

TEG1 Cette approche souligne le potentiel traumatique non seulement de certains souvenirs de scènes vécues (*flashbacks*), mais aussi des images mentales qu’engendrent les récits de scènes auxquelles le soignant n’a pas directement assisté, mais auxquels les contraintes de service l’exposent (débrief de dossiers, réunion de staff, etc.). Ces intrusions, surtout visuelles, sont responsables de l’apparition des symptômes de l’état de stress post-traumatique (ESPT) ou de réactions associées, comme la dépression ou l’anxiété généralisée, avec des répercussions psychosociales qui se font ensuite sentir dans la vie privée ou professionnelle.

T1 Signes et facteurs de risque

TEG1 La fatigue compassionnelle s’accompagne d’un sentiment d’impuissance, de confusion, et d’une sensation d’isolement, voire d’abandon de la part des soutiens institutionnels. La fatigue compassionnelle résulterait ainsi à la fois d’un *burn out* et d’un traumatisme vicariant [4]. À la différence de la fatigue compassionnelle, le *burn out* n’altérerait pas les croyances fondamentales du soignant. Mais parce qu’il fragilise ce dernier, il peut le rendre plus sensible aux traumatismes vicariants, donc ouvrir la voie à la fatigue compassionnelle.

TEG1 Comment repérer la fatigue compassionnelle ? Sa symptomatologie est aussi hétéroclite que celle du *burn out* : épuisement résistant au repos, troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), maux de tête et de dos, tensions musculaires, troubles gastro-intestinaux, etc., tous symptômes d'une gravité isolément limitée, mais ayant valeur de signaux d'alerte.

Sur le plan psychocomportemental, l'épuisement émotionnel est l'un des signes les plus caractéristiques, mais d'autres manifestations, tout aussi peu spécifiques, peuvent être évocatrices : apparition ou renforcement de la compulsivité sur un mode addictif (alcool, tabac, fuite dans le travail, achats compulsifs, boulimie, etc.), absentéisme, irritabilité, mise à distance (physique et symbolique) des patients, difficultés relationnelles, mésestime de soi, dégradation de la sympathie et de l'empathie, images mentales perturbatrices, pessimisme, retrait social...

TEG1 Notons deux facteurs de risque supplémentaires. D'abord, le travail auprès d'enfants en souffrance expose à des récits des scènes éprouvantes plus crus et directs, moins euphémisés ou policés, donc moins symbolisés que les discours des victimes ou patients adultes et, par conséquent, plus effractants. Ensuite, les failles préexistantes du soignant, par exemple une tendance anxiodépressive ou des traumatismes personnels passés non résolus, que la souffrance de la personne aidée vient rouvrir et actualiser. Le terme de "fatigue d'empathie" (*empathy fatigue*) a d'ailleurs été proposé, plus platement il est vrai, en mettant l'accent sur l'érosion de la capacité de résilience et de *coping* [5,6]. Mais ces approches psychologiques ne rendent qu'imparfaitement compte de la complexité du phénomène, et lorsque la compassion rend malade, c'est peut-être, dans la plupart des cas, parce qu'elle est elle-même malade, presque dénaturée — quitte à sortir de la vision romantisée, idéalisée, sans doute trop imprégnée du discours que les soignants tiennent sur eux-mêmes...

T1 Une souffrance psychologique

TEG1 Autre cas de figure : ce n'est pas la compassion qui rend malade, mais la compassion qui tombe elle-même malade. Ici, elle ne porte plus à l'action, soit parce que l'élan intérieur vers autrui est brisé, soit parce que le passage à l'action est entravé par des freins organisationnels, et l'on pourrait alors parler de "compassion empêchée". L'aptitude à ressentir la compassion est attaquée par des facteurs externes. À côté de la perte, parfois totale, du sentiment d'accomplissement, le *burn out* se caractérise ainsi par l'épuisement émotionnel et la déshumanisation de la relation interpersonnelle. Le cynisme, la froideur affective, parfois dissimulée sous le masque du professionnalisme et de la distanciation, ou la résignation peuvent être réactionnels à des "épreuves de professionnalité", situations qui imposent au soignant un travail d'adaptation secondaire, parfois de résistance, pour faire face aux injonctions paradoxales, ou aux stratégies de défense mises en place par les professionnels pour lutter contre les atteintes à l'exercice du métier [7].

TEG1 L'émoussement de la compassion rend sensibles, en négatif, les bénéfices que le soignant peut retirer de sa relation avec le soigné : estime de soi, sens du travail

bien fait, satisfaction au travail... À l'extrême, ce vécu de fardeau, d'épuisement et d'inquiétude, mais aussi de ressentiment, de négligence ou de rejet, plutôt que d'être liée à l'empathie, évoque le "complexe du saint-bernard" et questionne les motivations étayant le choix du métier, la vocation soignante. Plutôt qu'un soignant viscéralement altruiste, le tableau est alors celui d'une personnalité plus autocentrée, détournant la relation thérapeutique à son propre bénéfice narcissique, ce qui incrimine dans la fatigue compassionnelle manifestement d'autres dimensions que l'empathie...

TEG1 Ce syndrome du sauveur traduit une co-dépendance du sauvé et du sauveur, soulignant le besoin de ce dernier d'être renarcissisé, mais aussi le désir d'exercer son pouvoir et son emprise *via* l'abnégation. Les liens entre compassion et narcissisme sont donc étroits. La compassion apparaît comme une énergie fossile, qui ne se renouvelle que si elle est régulièrement réalimentée à des sources multiples, qui ne relèvent pas du seul individu : soutien organisationnel, preuves de reconnaissance matérielle, sociale, symbolique... Malade, elle est au contraire vécue sur le mode d'une perte de substance narcissique, comme une vésicule qui se viderait de son contenu, source d'une inévitable souffrance psychologique.

T1 Prévention de la fatigue compassionnelle

TEG1 La fatigue compassionnelle peut sembler une contrepartie presque inexorable des métiers du soin, mais diverses stratégies individuelles et organisationnelles permettent d'en limiter la gravité. Rappelons une évidence : pour soigner autrui, il faut être en état de le faire, et donc s'économiser soi-même, par exemple en apprenant ou en réapprenant, en transformant le trajet travail/domicile en sas de ressourcement (musique, lecture, etc.). Une fois la césure effectuée, il appartient à chacun de veiller à l'étanchéité maximale entre vie privée et activité professionnelle.

TEG1 Sur le plan professionnel, le soignant peut apprendre à débriefer à bon escient, puisque les images mentales traumatisantes sont des phénomènes "contagieux". Deux règles simples de debriefing peuvent être utilisées : d'abord, laisser son interlocuteur se préparer à affronter ce que l'on s'apprête à lui dire tout en lui demandant son consentement à l'écoute : « *J'aimerais te parler de la consultation de M. Y. ce matin. Est-ce le bon moment ?* » Ensuite, éviter d'entrer dans les détails, surtout s'ils sont sordides et inutiles...

TEG1 L'encadrement peut tenter d'agir sur l'organisation : le risque de fatigue compassionnelle s'accroît, en effet, avec des conditions de travail dégradées (surcharge de travail, travail solitaire, absence de soutien social...). L'institution doit commencer par reconnaître et accepter l'existence inéluctable de la fatigue compassionnelle, par développer les occasions de debriefing formel et informel (rappelons à cet égard que les pauses café, loin de n'être que des moments perdus, constituent de formidables "soupapes de sécurité"), et par favoriser le soutien social entre soignants, par exemple en privilégiant le travail en pluridisciplinarité. Le

travail à temps partiel, s'il est voulu, le partage entre plusieurs activités (soins et formation, par exemple) ou la formation continue semblent également efficaces.

Déclaration de liens d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992;22(4):116-20.
- [2] Figley CR (ed.). *Compassion Fatigue. Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder* In: *Those Who Treat The Traumatized*. Londres: Éditions Routledge; 1995.
- [3] Figley CR (ed.). *Treating Compassion Fatigue*. Londres: Éditions Routledge; 2002.
- [4] Bett H. Stamm. *The ProQoL Manual: The Professional Quality Of Life Scale. Compassion Fatigue, Burnout And Compassion Fatigue/Traumatic Scale*. Brooklandville: Sidran Press; 2005.
- [5] Stebnicki MA. Stress and grief reactions among rehabilitation professionals: Dealing effectively with empathy fatigue. *J Rehab*. 2000;66(1):23-9.
- [6] Stebnicki MA. *Empathy Fatigue. Healing the Mind, Body, and Spirit of Professional Counselors*. New York: Springer Publishing Company; 2008.
- [7] Ravon B, Vidal-Naquet P. L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive. *SociologieS*. Juin 2016. <http://sociologies.revues.org/5363>