



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT

Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement

Le 7 novembre 2019

Par Maud Niederberger

Fatigue de compassion des soignants

Etude comparative entre les cliniques psychiatriques de Saujon (Charente Maritime) et les cliniques de rééducation du Dr Ster (Hérault) au travers de la passation de trois questionnaires: ProQol 5, test d'usure de compassion (TUC) et stratégies de coping (WCC-R) chez 40 soignants.

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année universitaire 2018-2019

SOMMAIRE

Introduction	page 4
1. Définition des concepts:	page 5
a) La compassion	
b) Liens entre compassion et empathie	page 6
c) La fatigue de compassion	page 7
d) Le traumatisme vicariant	page 7
II. Le stress des soignants	page 8
III. Manifestations et conséquences de la fatigue de compassion	page 9
IV. Différences entre Fatigue de compassion et burn out.	page 11
V. Facteurs organisationnels et individuels à risque dans le burn-out et FC.	page 12
VI. Etudes des facteurs de risque de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant :	page 13
VII Contexte de la recherche	page 15
VIII. Methode	page 16
IX Résultats.	Page 18
Usure de compassion, selon le lieux d'exercice	
Différences entre les catégories socio professionnelles:	
Comparaison entre le degré de satisfaction de compassion des soignants et l'usure de compassion	
Comparaison des résultats selon l'ancienneté	
Comparaison des résultats selon l'âge	
Comparaison des résultats avec antécédents de traumatisme	
Stratégies de coping selon le domaine d'exercice	
Comparaison stratégies de coping selon le score d'usure de compassion	
X. Discussion et conclusion	Page 28
Annexes	
Grille des résultats	
Risques psychosociaux	
Références bibliographiques	

REMERCIEMENTS

En premier lieu, aux membres du jury : Professeur Éric GALAM, Professeur Jean-Marc SOULAT, Docteur Jean-Jacques ORMIERES et Docteur Jacques MORALI, je présente mes remerciements pour la qualité des enseignements tout au long de cette année, et je leur adresse mon respect et ma gratitude.

Je voulais également adresser toute mes remerciements au directeur des cliniques de Saujon , Dr Olivier DUBOIS, qui m'a permis de participer à ce DIU, pour sa disponibilité et sa confiance.

Je remercie l'ensemble des équipes soignantes des cliniques de Saujon et des cliniques du Dr Ster pour leur participation.

Je tiens à remercier mes parents, pour leur aide, encouragements et leurs conseils qui m'ont été précieux.

Et enfin je remercie mon conjoint et mes enfants pour leur affection, leur patience et pour leur soutien dans l'élaboration de ce mémoire.

INTRODUCTION

Les environnements de travail ont profondément changé ces trente dernières années et on voit apparaître une progression des pathologies liées au travail, avec le burn-out considéré comme un enjeu majeur de santé au travail. Les facteurs de risques psychosociaux sont définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Le rapport GOLLAC (Annexe 2), propose un dispositif de suivi des risques pour la santé mentale et résulte de la mise en oeuvre d'une des propositions du rapport de Philippe Nasse et Patrick Légeron remis au ministre du travail en mars 2008, qui recommandait notamment la construction d'un indicateur global du stress.

Selon Patrick Légeron, 480000 personnes salariées présentent une souffrance psychique pathologique liée au travail, et la part du burn-out représente environ 7 % de ces salariés en souffrance, soit un peu plus de 30 000 personnes¹.

Concernant les soignants, leur première plainte est l'épuisement professionnel. Le propre de la vulnérabilité du soignant est en effet d'être *exposé à la souffrance de l'autre*². Pour François Birault, certains auteurs affirment que trois soignants sur quatre ont été, sont ou seront épuisés professionnellement. Le premier colloque de décembre 2015 « *Soigner les professionnels de santé vulnérables* » avait pour objet de parler de ce sujet qui reste tabou et caché : la vulnérabilité des soignants. Aujourd'hui, cette question est mieux connue, mieux partagée. Son impact a été positif puisqu'il a permis d'attirer l'attention sur cette souffrance et a amené vers une prise de conscience du problème et une ouverture vers des mesures de prévention.

L'étude des risques psychosociaux et notamment des effets négatifs de la relation d'aide et de soins des professionnels de santé a été réalisée par plusieurs auteurs durant ces vingt dernières années. Nous allons voir que chaque professionnel de santé peut ressentir une fatigue compassionnelle et que cette forme d'épuisement est liée à la relation établie avec les patients en souffrance. Les soignants sont donc reconnus comme une population vulnérable pour l'épuisement psychique et émotionnel, en raison de demandes de performance, de l'image du soignant infailible, des valeurs d'engagement et d'abnégation, des injonctions contradictoires,...

Nous nous intéresserons principalement au concept de fatigue de compassion pour mieux

comprendre ce risque dont souffrent les soignants, son fonctionnement, ses causes, tout en la différenciant du burn-out, et enfin de déterminer sa prévalence au sein de deux unités de soins: une clinique psychiatrique et un centre de rééducation en essayant de mettre en perspective des variables liées à cet épuisement.

Selon Morasz, psychiatre et psychanalyste, la relation soignante est un élément fondamental du soin psychique, dans le domaine de la psychiatrie notamment. Il explique, « *Pour rencontrer le malade, le soignant doit se mettre dans une place relationnelle qui exclut l'extériorité pure et qui inclut une véritable ouverture sur ce qui est. La pratique du soin relationnelle nous entraînerait par sa nature même au plus près des souffrances de patients³* ».

Cette réflexion nous emmènera à des questionnements divers: *Qu'est ce que la fatigue de compassion et dans quelle mesure les professionnels soignants y sont-ils exposés? Quelles variables individuelles y sont liées, et y a-t-il des différences selon les lieux d'exercice? Comment mettre en place des actions de prévention?* Et enfin, en nous questionnant sur nos propres pratiques: *Doit-on éviter l'implication affective dans le soin psychique? Ou comment accueillir avec bienveillance la souffrance des patients? Et comment prendre la bonne distance avec ces vécus traumatiques que nous amènent les patients?*

I. Définition des concepts:

a) La compassion

La compassion (du latin *cum patior*; littéralement « *je souffre avec* ») est un sentiment par lequel un individu est porté à percevoir ou ressentir la souffrance d'autrui, de manière engagée. « *Il ne s'agit pas simplement de ressentir quelque chose de la peine de l'autre, mais bien de mettre en œuvre ce qui peut soulager la souffrance* »⁴. Cette capacité à s'émouvoir de la souffrance de l'autre nous oblige à nous mettre dans la peau de l'autre, nous émerger dans son point de vue et ressentir l'émotion comme si on ressentait la même. Ainsi, la compassion implique une volonté de vouloir soulager la souffrance d'autrui en faisant preuve de bienveillance.

Selon M. Ricard, « *La contemplation altruiste de la souffrance des autres décuple notre vaillance, notre disponibilité et notre détermination à remédier à ces tourments* »⁵.

En ce sens, les soignants ne sont plus « intouchables » face au patient. Être affecté par la souffrance d'autrui implique au préalable une certaine forme d'attachement, d'estime et d'affection de la part du *compassant* envers cette personne en souffrance. Les affects du soignants peuvent ainsi déborder de

façon imprévue, et ces affects ne sont ni *contrôlables*, ni *décidables* (Van Lysebeth-Ledent, 2004).

Pour Pask (2003), « *la compassion conduit à la préoccupation pour le bien d'autrui, à la prise de la conscience de la souffrance de l'autre et le désir d'agir pour la soulager* » .

La compassion dans les soins a été définie comme étant composée de cinq caractéristiques : « reconnaissance, connexion, désir altruiste, réponse humaniste et action » (Taylor et al, 2017).

L'émergence du concept de fatigue de compassion nous indique que l'action de compassion ne peut être réalisée que dans une juste proportion, entre le défaut et l'envahissement.

b) Liens entre compassion et empathie⁶

Selon Legenne (2013), l'empathie se définit comme « *la capacité d'un individu à interpréter et à comprendre les pensées et les émotions des personnes qu'il rencontre* ». Autrement dit, « *L'empathie repose, d'une part, sur un partage affectif non conscient et automatique avec autrui, la capacité d'imaginer le monde subjectif de l'autre en utilisant ses propres ressources psychologiques, et, d'autre part, sur la nécessité de supprimer (ou réguler) temporairement et consciemment sa propre perspective subjective pour se mettre à la place de l'autre sans perdre de son identité* ». (Jean Decety, 2005).

Ainsi, l'empathie serait la capacité de comprendre la souffrance d'une personne, alors que la compassion serait la capacité de ressentir la souffrance d'une personne, et d'aider à apaiser et soulager cette souffrance. On peut considérer de ce fait la compassion comme la traduction de l'empathie en action.

L'empathie est proposée comme facteur clé dans le développement de la fatigue de compassion (Figley, 2002). Le fait d'être trop empathique vis-à-vis d'autrui peut conduire à une fatigue empathique, lorsque « la bonne distance » a disparue⁷.

Dans la relation thérapeutique, le discours du patient peut provoquer chez le soignant une charge émotionnelle pouvant induire une structure de peur⁸, c'est à dire créer un réseau d'associations conditionnées entre certains mots, images, lieux avec une signification de danger, d'impuissance ou d'horreur, en provoquant par conséquent des émotions intenses et très éprouvantes.

La découverte des neurones miroirs met en avant le fait que la même région neuronale est activée lorsque nous sommes en contact avec l'émotion d'autrui. L'émotion est donc reproduite, presque « ressentie » de la même façon dans le cerveau de l'observateur et dans celui du souffrant. Cette activation neuronale commune est considérée par beaucoup comme la base cérébrale de l'empathie⁹.

Les conséquences de cette activation répétée à long terme et le rôle précis des neurones miroir reste intéressante dans l'éclaircissement qu'ils pourraient mettre à jour quant à leur implication dans le développement de la fatigue de compassion ou du traumatisme vicariant¹⁰.

c. La fatigue de compassion

La notion de fatigue de compassion (FC), nommée également usure de compassion ou fatigue compassionnelle est un phénomène bien étudié au sein des professions d'aidants. La littérature scientifique anglophone attribue à Carl Gustav Jung, d'avoir le premier, en 1907, attiré l'attention sur le coût psychologique de certaines interventions pour le professionnel de la santé.

En 1992, le terme anglais « compassion fatigue » apparaît pour la première fois et désigne le travail des infirmières aux urgences¹¹. Charles R. Figley, professeur d'université et docteur en psychologie, a été un des pionniers dans l'étude sur la FC. Il la décrit comme « *une combinaison d'épuisement physique, émotionnel et spirituel associé aux soins prodigués aux patients en proie à une douleur émotionnelle et à une détresse physique importantes* » (Figley, 95). L'auteur qualifie cette situation de « conséquence naturelle » des expériences traumatisantes du patient et elle est accompagnée de symptômes apparents. Ainsi, la FC peut toucher les soignants exposés de façon répétée à des degrés de souffrance intense. Il s'agit d'une « *usure profonde, douloureuse, à la détresse d'autrui* »¹² et elle est considérée comme un « *prix à payer du prendre soin* »¹³. Par conséquent, on observe une diminution de la capacité des soignants à faire preuve d'intérêt pour le bien être du patient en souffrance, amenant à une réduction de l'empathie¹⁴.

d) Le traumatisme vicariant

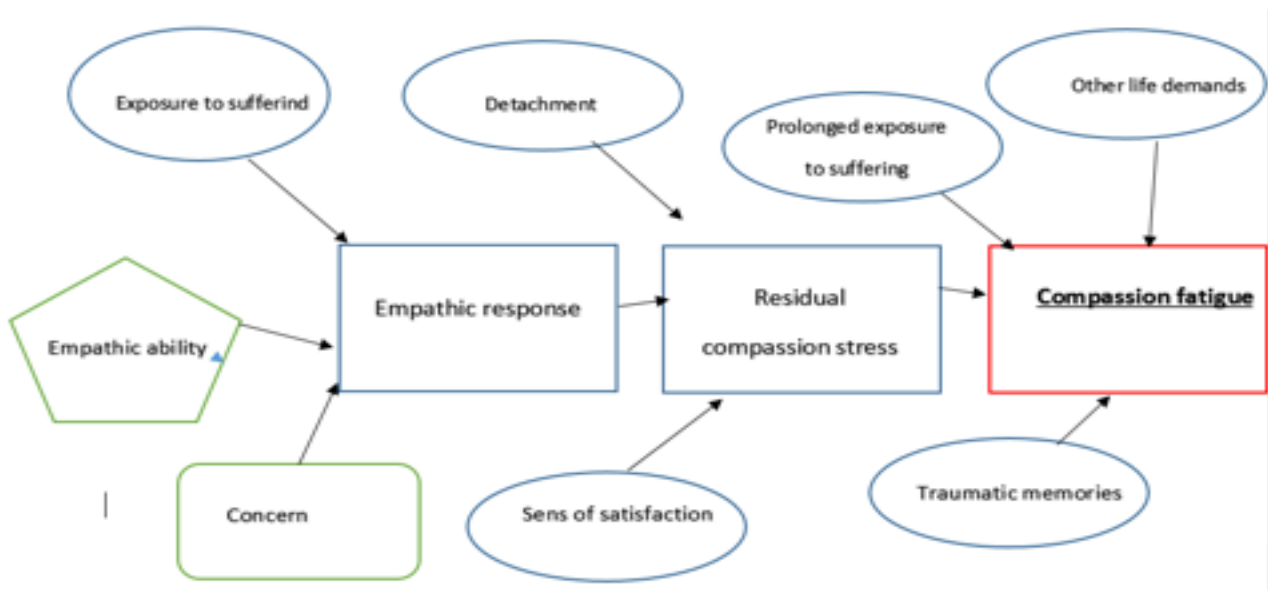
C. Figley, a aussi été reconnu pour ses travaux concernant le traumatisme. Il a tout d'abord étudié les soldats américains qui ont été déployés au Vietnam, et s'est intéressé aux états psychologiques consécutifs. A la fin des années 90, Stamm et Figley abordent le stress traumatique secondaire, décrit comme proche de l'état de stress post traumatique (ESPT) mais s'en diffère par le fait que c'est la connaissance d'un évènement traumatisant vécu par une personne qui entraîne l'installation des symptômes, alors que l'ESPT atteint la victime primaire du traumatisme.

Il précisera qu'une exposition prolongée à des récits d'évènements traumatisants ou encore le fait que l'intervenant ait par le passé vécu un évènement traumatisant est une condition favorisant le

développement d'une traumatisation secondaire (TS). Ce phénomène est aussi décrit par Herman, psychiatre, comme le contre transfert traumatique ou la traumatisation vicariante: Les vécus et traumatismes que le soignant accueille s'intègrent dans son univers cognitif¹⁵, et il peut expérimenter à un degré moindre, des émotions identiques de rage, de terreur et de désespoir de son patient.

Le traumatisme vicariant qui est souvent utilisé comme étant en lien avec la FC, mais n'est pas son synonyme, est décrit comme étant le phénomène de transformation résultant d'un travail avec les patients traumatisés. À la différence du traumatisme vicariant, les soignants atteints de FC n'ont pas de symptômes de reviviscence, mais présentent un état d'épuisement et une saturation de la relation thérapeutique. Des auteurs vont définir la FC comme étant composée à la fois de la traumatisation secondaire et de l'épuisement professionnel¹⁶.

En 1993, Figley et Stamm insistent sur le caractère péjoratif et stigmatisant de la traumatisation vicariante pour la population soignante, et vont préférer utiliser le terme de fatigue de compassion dans laquelle ils englobent les manifestations de stress traumatique secondaire.



Modélisation du stress et de la fatigue de compassion de Charles Figley (Figley, 2002)

II. Le stress des soignants

Comme le formule Max Pagès (1989), le stress apparaît « *comme une maladie de l'idéal professionnel, qui pousse les gens à ressentir massivement leur travail au delà quelque fois de leur possibilités. Aussi, à certains moments, cela les amène à des situations dépressives, lorsque justement ils ne peuvent plus investir la relation d'aide* ». De nombreux facteurs affectent la santé au travail,

notamment le stress, considéré comme le premier risque psychosocial, qui survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre: la perception qu'une personne a des contraintes que lui imposent son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Il est important de rappeler que tout le monde n'a pas le même niveau de résistance émotionnelle, mentale, psychologique liées aux difficultés diverses inhérentes au métier de soignant.

La notion de stress est très importante dans le diagnostic de la FC. Selye (1984) a défini le phénomène de réponse au stress. Il s'agit d'une réponse biologique en trois phases qui ne seront pas forcément vécues en totalité par les individus: la réaction d'alarme, l'étape de résistance, le stade d'épuisement. Les travaux de Kahn¹⁷ ont démontré que le personnel soignant peut développer un stress inhérent à la fatigue de compassion.

Collins et Long (2003) ont répertorié les différentes définitions du stress vicariant et de la FC. Le stress vicariant est défini de manière générale comme étant « *la transformation personnelle subie par le thérapeute après avoir ressenti de l'empathie envers un patient et son expérience traumatisante* ».

La différence majeure entre le stress vicariant et la traumatisation secondaire réside dans le fait que la dernière est accompagnée de symptômes observables. La transformation subie par le thérapeute ne serait donc pas reliée aux sentiments éprouvés, mais bien à la nature même de l'expérience du patient et à la flexibilité d'esprit dont l'intervenant fait preuve dans son travail.

Figley va aussi définir le « stress de compassion » comme « *une érosion graduelle de notre empathie, de notre espoir et de notre compassion pour les autres et pour nous-mêmes* ». C'est dans une volonté de standardiser la nomenclature que Stamm et Figley, en 1993, discutent de la nécessité d'employer le terme de FC à la place de stress de compassion. En 1998, ils révisent sa définition de la FC comme « *un état de dysfonctionnement et d'épuisement biologique, psychologique et social résultant de l'exposition prolongée au stress de compassion et ce qu'il implique, c'est une forme de burn-out* ».

Ceci rejoint la définition de la FC selon Zawieja (2014), qui aurait pour origine l'exposition répétée du professionnel au stress compassionnel.

III. Manifestations et conséquences de la fatigue de compassion

Figley va dresser un tableau clinique de la FC, qui comprend:

1/ des symptômes physiques, (épuisement physique, plaintes somatiques diverses comme des troubles gastro-intestinaux, des troubles du sommeil, des maux de tête).

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

2/ des symptômes émotionnels comme l'irritabilité, l'anxiété, la dépression, la culpabilité et le sentiment d'impuissance.

3/ des symptômes comportementaux comme l'absentéisme, les troubles d'usage de toxiques, la négligence, l'agressivité.

4/ des symptômes interpersonnels comme le retrait, l'isolement.

5/ les symptômes « d'attitudes » comme le cynisme, l'insensibilité, le pessimisme, la déshumanisation des patients, la perte de plaisir au travail.

A l'échelle individuelle, la FC peut entraîner de réels troubles tels qu'un repli social, des épisodes dépressifs majeurs, des troubles de l'usage des toxiques, des troubles des fonctions instinctuelles ou encore des émotions inadaptées telles que la méfiance, le cynisme et la colère¹⁸.

Figley précise que la FC est souvent associée à la dépression, toutefois la dépression est une maladie alors que la FC est un état, c'est-à-dire qu'un individu qui développe de la FC peut présenter des symptômes associés à la dépression, sans être cliniquement diagnostiqué «dépressif».

Carla Joinson (1992) affirme que le parcours de vie des soignants peut être un facteur de risque pour la FC, pouvant être émotionnellement dévastatrice. En effet, l'auteur affirme que la FC entraîne des changements profonds et durables dans les attentes et les « *croyances, valeurs et visons du monde* » du soignant. Cette remise en question des croyances fondamentales peut questionner le pouvoir du soignant à apaiser la souffrance.

Les répercussions de la FC à l'échelle d'une structure de soin sont majeures: elle altérerait l'efficacité du soignant et donc la qualité de soins. La diminution de l'empathie et l'épuisement émotionnel du soignant, ayant une difficulté à maintenir une position thérapeutique, peut aussi conduire à des erreurs thérapeutiques ou encore des attitudes de maltraitance. La FC peut être également une source d'arrêt de travail, d'absentéisme et de motif de départ du personnel, pouvant ainsi impacter économiquement la structure de soins. De plus, ces professionnels peuvent devenir eux-mêmes des patients qui consultent, entraînant des dépenses en terme de Santé Publique.

Afin d'améliorer la qualité des soins, il est donc essentiel de reconnaître la FC et de trouver des moyens de la prévenir, et en conséquence d'amoindrir les coûts liés à ce phénomène.

IV. Différences entre Fatigue de compassion et burn out

En juin 1959, le psychiatre français Claude Veil a introduit le concept d'épuisement professionnel dans l'histoire médicale: « *l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation* »¹⁹. Le burn-out se traduit par un « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* »²⁰. Ce concept a été introduit en 1974 par Freudenberger qui incluait notamment les professions de la relation d'aide, puis repris par Maslach en 1976 qui détermina une définition plus large en y incluant tous les professionnels. Dans ce concept, il est inclut « l'épuisement émotionnel » qui représente les dimensions de stress individuel, de frustration, de manque de motivation, renvoyant aux sentiments d'aller au-delà de ce que l'on peut, et de se retrouver « vidé » de ses ressources émotionnelles et physiques.

Le burn out n'est pas répertorié dans la classification des troubles psychiques.

Dans la classification du DSM-V ou de la CIM-10 figure par ailleurs une catégorie, dite des « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ». Au sein de celle-ci, les troubles de l'adaptation sont définis par des critères qui pourraient en partie s'appliquer au burn-out : ceci est particulièrement vrai pour le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (TAHD). Ce dernier est décrit comme survenant en réponse à des facteurs de stress identifiables, les symptômes ne persistant pas au-delà de six mois après que les facteurs de stress aient disparu.

On retrouve de nombreuses similitudes entre le burn out et la FC, en termes de symptômes.

Cependant, nous allons en dégager les principales différences:

Carla Joinson différencie la FC qui affecte selon elle toute profession de la relation d'aide alors que le burn-out peut toucher toutes les professions.

Selon Zawieja (2012), le burn-out ne serait d'origine qu' « organisationnelle » (conflits au travail, charge de travail, manque de soutien social, etc.) et n'altérerait pas forcément la vision du monde et les croyances de celui qui en souffre, à la différence de la FC.

La FC peut être également en lien avec un environnement de travail non favorable, mais pas seulement: elle est davantage liée à l'affection qui se créent dans la relation de soin ; et résulte de la conséquence « naturelle » de prendre soin des personnes qui souffrent.

Le burn-out correspondrait plutôt à un épuisement dû à une exposition prolongée au stress dans le milieu du travail, et cela, à long terme. La fatigue de compassion, par contre, apparaît plutôt de manière aiguë et s'agirait plutôt d'une réponse liée au contenu traumatique du milieu de travail²¹.

Figley et Stamm précisent que, la FC peut évoluer vers l'épuisement professionnel et concernerait des conséquences telles que « l'épuisement, la frustration, la colère et la dépression » spécifiques du Burn-out.



Secondary traumatic stress, compassion fatigue and burn out in the healthcare professions. 28 November 2018, by Sylvia Napolitano

V. Facteurs organisationnels et individuels à risque dans le burn-out et la fatigue de compassion

Cf ANNEXE 3

Selon Birault, deux facteurs sont nécessaires au développement du burn-out: les conditions de travail, qui représentent 60 % et les conditions liées à l'individu lui-même, qui représentent 40%.

Parmi les facteurs liés au travail, il peut s'agir de la population accueillie, des conditions de travail, une surcharge, un isolement professionnel, un manque d'autonomie ou de formation, et un climat de travail conflictuel par exemple.

Concernant les éléments individuels, on peut prendre en compte le manque de valorisation, la quête de reconnaissance, le manque de soutien ou de transparence de la direction, des conflits de valeurs entre les exigences professionnelles et les attentes personnelles, l'attachement à l'emploi et la personnalité et les événements de vie personnels par exemple.

Dans le contexte de l'épuisement au travail au sens large, ce n'est pas les éléments de vie en tant que tels qui sont les plus importants, mais la manière dont ils ont été vécus et notamment la perception que les sujets ont eu d'avoir été empêchés de réaliser correctement leur travail.

VI. Etudes des facteurs de risque dans le développement de la FC ou du traumatisme vicariant:

La profession.

Selon la thèse de Julien Derdour-Campos²², de nombreuses professions sont à haut risque de FC et de traumatisme vicariant: les travailleurs sociaux et les intervenants en santé mentale (psychologues²³, psychiatres, thérapeutes, infirmiers en psychiatrie) de par la nature même de leur profession et leur exposition particulière aux patients victimes d'évènement traumatique. Un risque élevé a pu être constaté chez des infirmiers psychiatriques²⁴. De plus, les professionnels de santé des services d'urgence, le personnel de services de soins intensifs, oncologie ou soins palliatifs, confrontés à la souffrance et parfois au décès des patients font l'objet de nombreuses études concernant la traumatisation indirecte. Une autre étude a investigué la prévalence de la FC chez des infirmiers palliatifs et a mis en évidence que 78% présentent un risque de FC moyennement haut et 26% représentant un risque élevé²⁵.

Fatigue de compassion et satisfaction de compassion

La satisfaction de la compassion porte sur le plaisir que l'on éprouve lorsque l'on réalise bien son travail. De manière plus large, la satisfaction au travail est définie par Locke comme « *un état émotionnel positif ou plaisant résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences de travail* »²⁶.

De nombreuses études ont pu mettre en évidence une corrélation négative entre la satisfaction de compassion (SC) et la FC²⁷ (plus les valeurs de SC sont élevées, plus les valeurs de FC sont basses).

Fatigue de compassion et traumatisme personnel

Des facteurs de risque tel qu'un trauma précédent dans l'histoire de l'aidant montrant une vulnérabilité accrue à une traumatisation secondaire ou une FC ont été illustré, par des effets de réactivation des mémoires traumatiques et d'une réponse empathique plus intense envers les patients²⁸. Cette idée rejoint le propos de Balint selon laquelle « *Le patient nous fait mal quand nous sommes blessés* »²⁹.

Fatigue de compassion et âge

Les résultats sont assez hétérogènes, et pour de nombreuses études, l'âge du thérapeute ne semble pas influencer sur la FC. Deux études montrent cependant que la FC diminue avec l'âge³⁰. Concernant la

satisfaction de compassion, il semblerait que la maturité de l'intervenant en santé mentale soit un facteur potentialisant³¹.

Fatigue de compassion et ancienneté

Des études montrent que la FC augmente avec les années de travail avec des victimes traumatisées³². Ceci va dans le même sens que les études de Rossi et al, au sein de la structure de soins en santé mentale où l'étude est menée. D'autre part, Sprang et al. vont montrer que les thérapeutes les moins expérimentés présentent les plus hauts risques de FC.

Fatigue de compassion et genre

On retrouve deux études où le sexe féminin est significativement associé à un niveau de FC élevée³³.

Autres études sur une corrélation entre la personnalité et burn-out

Selon le Dr Patrick Bendimerad, les traits de personnalité et les parcours de vie sont des éléments anamnestiques importants à explorer en ce qui concerne le dépistage des patients en épuisement professionnels. L'affectivité négative ou la disposition aux émotions négatives (neuroticisme) et le surinvestissement sont des éléments retrouvés de manière récurrente.

Ceci rejoint les observations de Truchot (2004) qui indique que le névrosisme est le facteur du « big five » qui partage la plus grande variance avec le burnout et va en être un des prédictors. Les personnes ayant ce trait de personnalité auront plus tendance à ressentir des situations ordinaires comme menaçantes, et des frustrations mineures comme plus difficiles à surmonter. Leurs réactions négatives durent plus longtemps, et leurs émotions peuvent entraver leur capacité à raisonner, à prendre des décisions, à faire face aux situations stressantes.

De plus, les personnes qui ont de fortes exigences envers elle-mêmes (idéal de perfection), avec l'image de soi comme une personne forte sont plus sujets au burn-out que les autres: des études ont montré le liens entre certains schémas précoces inadaptés (définis par Young) comme les schémas « Abnégation, Exigences élevée, et Perfectionnisme » et les personnes souffrant de burn out³⁴.

D'autres facteurs personnels sont en cause comme de faibles capacités de gestion du stress, des tendances à l'évitement, et une résistance à aller chercher de l'aide.

Fatigue de compassion et stratégies de coping

Concernant ces stratégies de *coping* déployées face au stress professionnel, des auteurs comme Lazarus et Folkman décrivent le *coping* vigilant (ou centré sur le problème, ou direct), et le *coping*

évitant (ou centré sur l'émotion, ou sa suppression).

L'utilisation de stratégies de coping centrées sur les émotions prédisent plus de risque de FC alors que l'utilisation de stratégies de coping centrées sur le problème prédisent moins de risque³⁵.

D'après le modèle transactionnel du stress de Lazarus, dans des situations où le sujet a la possibilité de modifier et de contrôler l'interaction personne-environnement, les stratégies de coping centrées sur le problème sont considérées comme des stratégies adaptatives alors que les stratégies de coping centrées sur les émotions seront considérées comme maladaptatives.

VII Contexte de la recherche

Au travers de mes expériences professionnelles en tant que psychologue clinicienne, dans le domaine de la rééducation et à présent dans celui de la santé mentale, j'ai pu observer de nombreuses difficultés pour les soignants inhérentes à leurs missions diverses et complexes. Le positionnement du psychologue se décline à la fois sur le plan institutionnel, dans une dimension d'immersion au sein de l'équipe soignante et dans la rencontre singulière de sujets.

Des espaces de parole sont sollicités par de nombreux soignants, dans des temps formels ou implicites, dans lesquels ils amènent des questionnements nombreux sur leurs rôles d'aidants, afin d'adopter le bon positionnement, acquérir des conseils leur permettant de ne pas se laisser envahir par des vécus trop douloureux. Cette demande rend compte d'une nécessité pour eux de déposer des difficultés et en tant que psychologue, nous sommes dépositaires de leurs paroles.

Au travers de cette recherche, nous tenterons de déterminer s'il existe un risque de FC chez les intervenants en santé mentale et en rééducation, avec pour point commun une relation de soin avec des patients victimes de stress post-traumatique.

Lieux de la recherche

Les cliniques de Saujon en Charente Maritime est un établissement privé psychiatrique, accueillant des patients souffrant de troubles psychiatriques en hospitalisation libre.

Les cliniques ont été fondées en 1860 et présentent comme spécificité le thermalisme des affections psychiatriques. Les principales indications sont les suivantes: les patients souffrant de troubles anxieux, en particulier l'anxiété généralisée, les troubles de stress post-traumatique, les troubles du sommeil, le sevrage de psychotropes, les troubles de l'humeur. Aussi, les psychoses chroniques stabilisées, voire certaines psychoses aiguës d'intensité modérée s'insèrent dans ce tableau clinique

pathologique étendu. Les patients peuvent bénéficier outre l'approche institutionnelle, de techniques psychocorporelles. Il convient de rappeler que les patients sont à la clinique pour une période relativement courte, environ deux mois. Il s'agit d'une étape dont l'objectif est de gérer un moment de crise et de relancer une dynamique.

Les cliniques de rééducation du Dr Ster dans l'Hérault (34)

Les cliniques disposent de 170 lits d'hospitalisation complète autorisés en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle, dont 50 lits dédiés à la prise en charge des grands brûlés et des pathologies cutanées graves. Elle a développé des services spécialisés: un centre Européen de Rééducation des Grands Brûlés (*European Rehabilitation Center Burns, wounds and Scar*), accueillant les patients victimes de brûlures graves après leur séjour en service aigu. On y retrouve un pôle de prise en charge des plaies et des pathologies cutanées graves, un pôle de rééducation et d'appareillage des amputés des membres inférieurs et un pôle orthopédie et traumatologie membres supérieurs et rachis, prenant ainsi majoritairement en charge des victimes de traumatismes graves.

VIII. METHODE

J'ai choisi de m'intéresser au recueil d'informations par le biais de questionnaires d'autoévaluation en estimant d'une part le degré d'épuisement professionnel, de stress traumatique secondaire puis le score de fatigue de compassion et d'autre part en proposant aux soignants de décrire des situations de stress vécues, ce qui pourra permettre de mettre en exergue les principales difficultés rencontrées et leurs stratégies pour y faire face. Nous allons ainsi essayer de mettre en perspective différentes variables pouvant être corrélées à une fatigue de compassion.

Les questionnaires suivants ont été remplis par une population de soignants, 20 professionnels travaillant en psychiatrie et 20 autres en rééducation:

Le test d'usure de compassion (TUC)

Historiquement, la première échelle mise en place par Figley en 1995, qui permet d'évaluer et de dépister la fatigue de compassion est la CFST (Compassion Fatigue Self Test for Practitioners). C'est en partie parce qu'il s'agissait de l'une des premières mesures développées spécifiquement à cet effet que cet outil a été remis en question. Ce test d'usure de compassion comporte 40 items répartis entre deux sous-échelles : la fatigue de compassion (23 items) et l'épuisement professionnel (17 items).

Les instructions demandent aux répondants d'indiquer à quelle fréquence³⁶ un critère correspond à leur situation actuelle.

Les études touchant au concept de FC utilisent aujourd'hui principalement la ProQOL:

L'échelle ProQOL Version 5 (2009) (de Stamm)³⁷, avec 30 items répartis en trois sous-échelles (épuisement professionnel, stress traumatique secondaire, satisfaction de compassion).

Dans cette échelle, l'épuisement professionnel est un des éléments de la FC. Il est associé à des sentiments de désespoir et à des difficultés à gérer le travail ou à effectuer des tâches efficacement.

Le deuxième élément de la FC est le stress traumatique secondaire, associé à une exposition secondaire à des événements causant un stress extrême qui ont été vécus au travail.

La WCC-R³⁸ est le **questionnaire des stratégies de coping**, (version française à 29 items). On parle de stratégies d'adaptation ou d'ajustement au stress; le terme consacré est « coping », de l'anglais « to cope » = faire face.

Face à une situation une expérience de stress psychologique, les soignants pourront décrire les conduites de coping adoptées, c'est-à-dire les « *efforts cognitifs et comportementaux visant à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes et les conflits* »³⁹.

Une analyse factorielle a permis d'isoler 3 facteurs:

Le coping centré sur le problème: (efforts, plans d'action, se battre,...), permettant de modifier le problème qui est à l'origine du stress à l'aide de stratégies pour modifier la situation.

Le coping centré sur l'émotion (évitement, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation,...), permettant de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème et donc de se modifier soi-même: évitement émotionnel, expression ou contrôle des émotions.

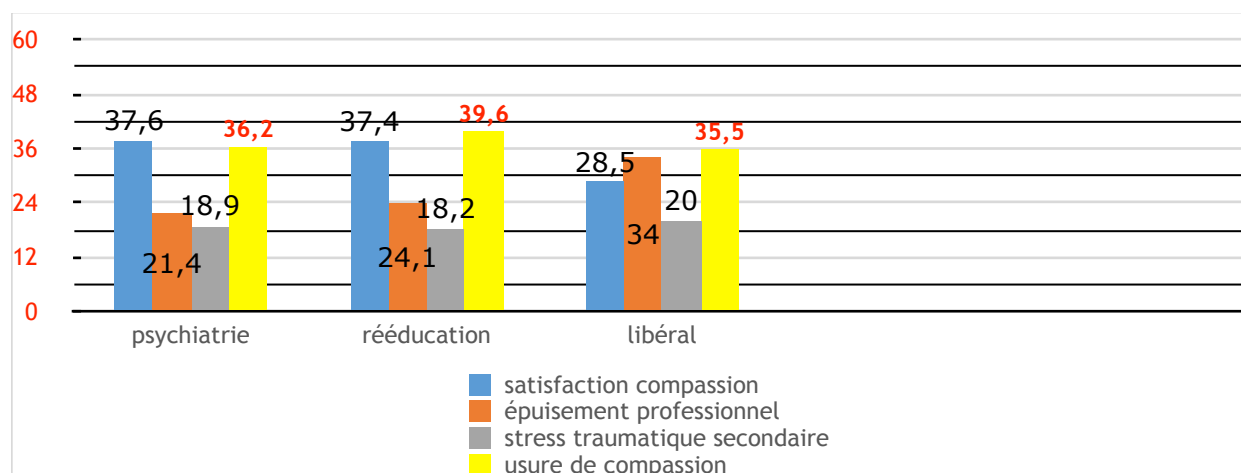
Le coping centré sur le soutien: il s'agit d'une recherche de soutien social (soutien informatif, matériel, émotionnel).

J'ai choisi d'intégrer dans ma recherche une comparaison entre les 20 soignants de chaque établissements de soin avec en plus les résultats des questionnaires de deux médecins exerçant en activité libérale, ce qui fait 42 soignants. Bien que les résultats ne soient pas significatifs, cela peut nous éclairer sur une prévalence de la FC selon le lieux d'exercice.

RESULTATS

Une grille des résultats , avec la base de données est mise en annexes.

Usure de compassion, selon le lieu d'exercice



Résultats selon le T.U.C:

	Entre 0 et 26	Entre 27 et 30	Entre 31 et 35	Entre 36 et 40	41 et plus
Niveau d'usure de compassion	Très faible	Faible	Moyen	Elevé	Très élevé

Résultats selon la ProQOL:

	22 ou moins	Entre 23 et 41	42 ou plus
Niveau de satisfaction de compassion	Faible	Moyen	Elevé
Niveau d'épuisement	Faible	Moyen	Elevé
Niveau de stress traumatique secondaire	Faible	Moyen	Elevé

Concernant les résultats du TUC, nous remarquons que le score le plus élevé se révèle être chez les soignants en rééducation, avec un score de 39 correspondant à une usure de compassion élevée.

En psychiatrie, le score de 36 atteint la limite de l'usure de compassion élevée.

Concernant l'épuisement professionnel, on trouve le score le plus élevé dans les résultats des deux médecins en activité libérale par rapport aux établissements de soins, avec un score d'épuisement de 34 (moyen). Viennent ensuite les soignants en rééducation avec un score d'épuisement de 24 (moyen) et ceux exerçant en psychiatrie avec un score de 21, correspondant à un épuisement faible.

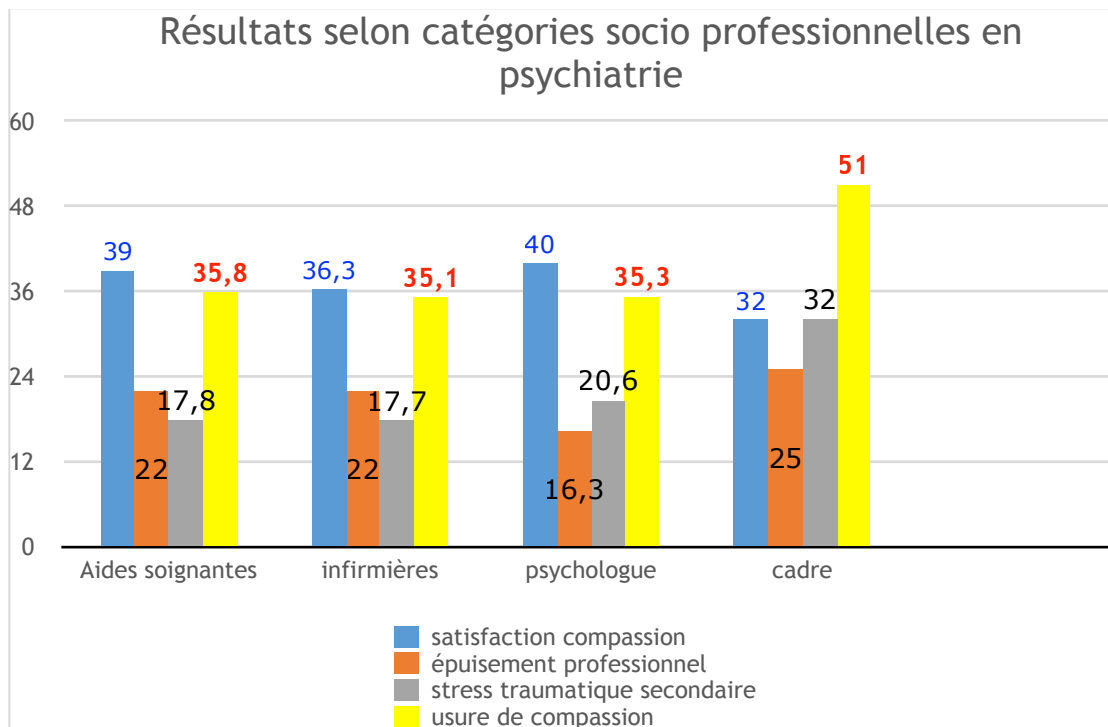
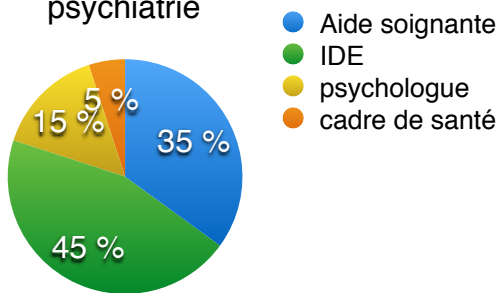
DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Le niveau de stress traumatique secondaire est faible dans les trois domaines (en dessous de 22) , cependant, il est légèrement plus élevé pour les deux médecins en libéral.

La satisfaction de compassion révèle un score moyen dans les trois domaines, la plus basse en activité libérale et la plus élevée en psychiatrie.

Différences entre les catégories socio professionnelles:

Répartition des professionnels interrogés en psychiatrie



Nous remarquons que la catégorie « cadres », (représentant une faible proportion) obtient un score très élevé d'usure de compassion (51) et un niveau moyen de stress traumatique secondaire (32) et d'épuisement (25), et ces scores sont les plus élevés par rapport aux autres professions.

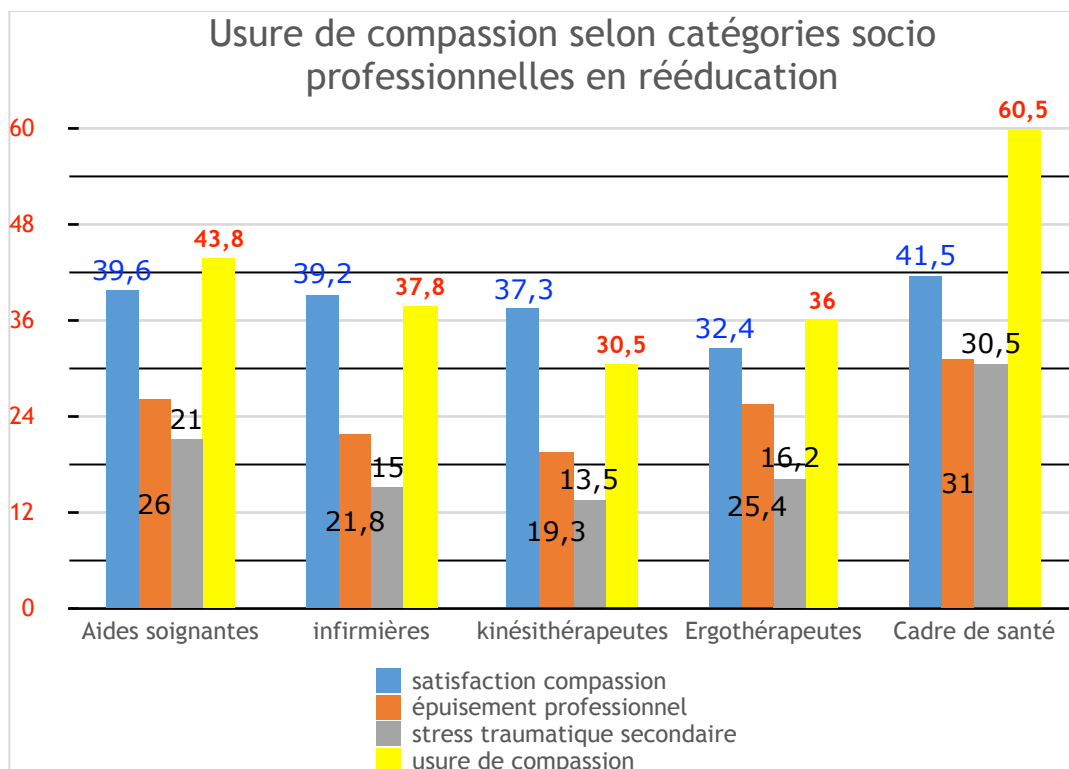
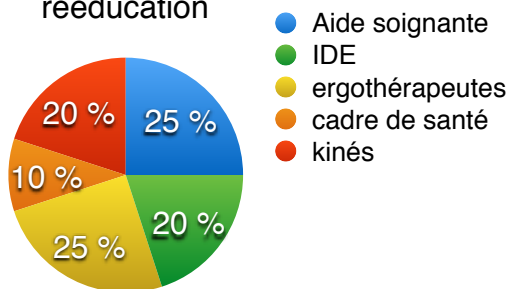
DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Le score d'usure de compassion est relativement le même pour les autres professions exerçant en psychiatrie, avec un score moyen (de 35), et un niveau faible de stress traumatique secondaire (en dessous de 22).

Concernant le niveau d'épuisement, il est le même chez les infirmières et les aides soignantes (22), considéré comme moyen, et il est à un niveau faible chez les psychologues (16).

La satisfaction de compassion est moyenne pour les différentes professions, on remarque cependant qu'elle est la plus élevée chez les psychologues (40), puis aides soignantes (39), viennent ensuite les infirmières (36) et les cadres (32).

Répartition des professionnels interrogés en rééducation



DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Nous observons que, en rééducation, toutes les catégories socio professionnelles ont une usure de compassion élevée (au dessus de 36), sauf les kinésithérapeutes.

Le score le plus élevé d'usure de compassion qui se détache est dans la catégorie « cadres de santé » (60, correspondant à une usure très élevée), et qui obtiennent également le score le plus élevé d'épuisement (31, épuisement moyen) et de stress traumatique secondaire (30,5, score moyen également). De plus, on remarque que la satisfaction est également la plus importante (41,5) par rapport aux autres professions.

Concernant l'épuisement, il est moyen chez les aides soignantes (26) et les ergothérapeutes (25), puis faible dans les autres catégories (en dessous de 22).

Le score de stress traumatique secondaire reste faible dans les différentes professions (avec un score plus élevé chez les aides soignantes, à 21), cependant il est moyen chez les cadres (30,5).

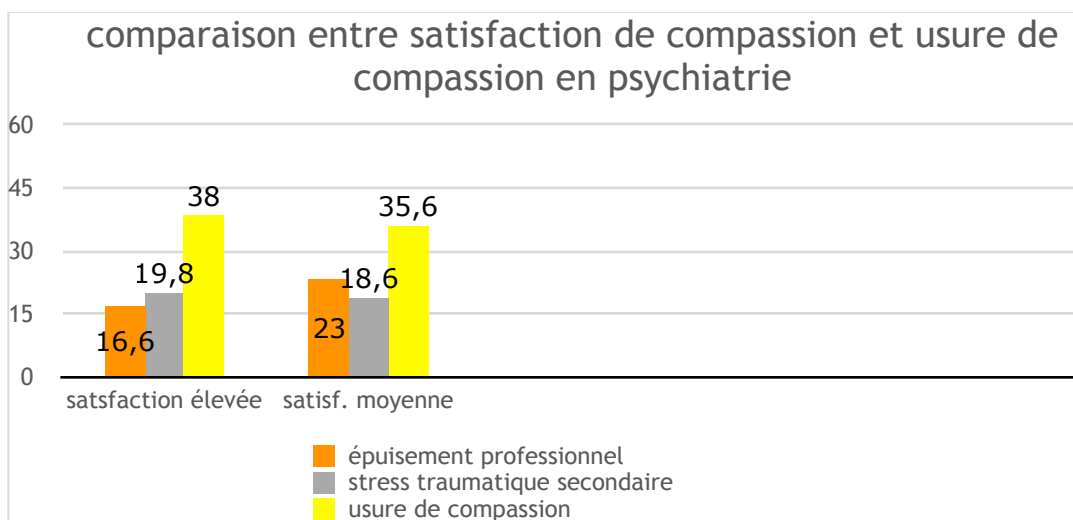
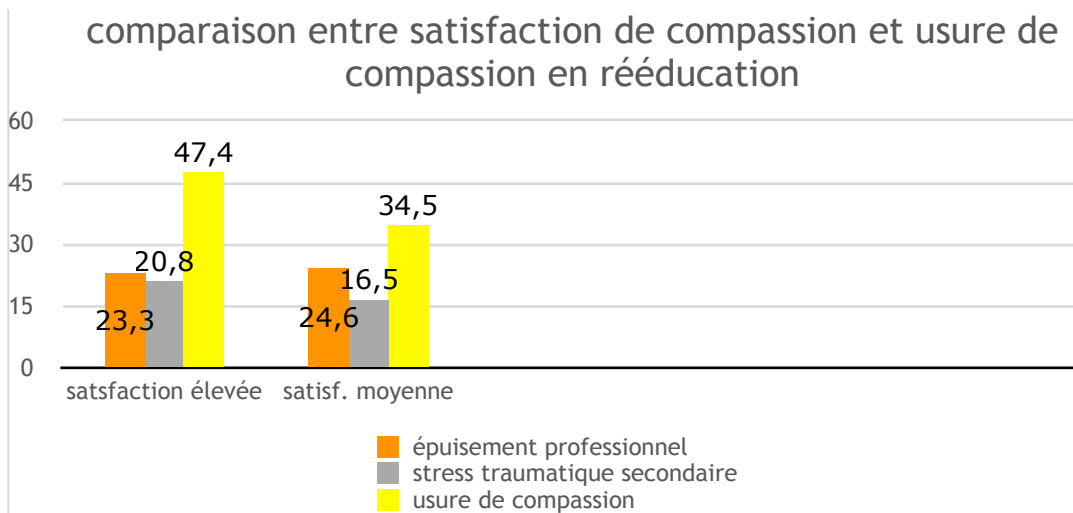
On remarque qu'en psychiatrie et en rééducation, les cadres sont le plus à risque de fatigue de compassion et de stress traumatique secondaire. Viennent ensuite les aides soignantes puis les infirmières, avec des scores d'usure, d'épuisement et de stress traumatiques secondaires plus élevés en rééducation.

La satisfaction de compassion est assez identique selon les CSP. Ceux qui ont le plus bas score d'épuisement sont les kinésithérapeutes en rééducation et les psychologues en psychiatrie.

Comparaison entre le degré de satisfaction de compassion des soignants et l'usure de compassion:

Cinq soignants ont une satisfaction élevée en psychiatrie, et 8 en rééducation. Ceux-ci sont donc représentés dans la catégorie « satisfaction élevée ».

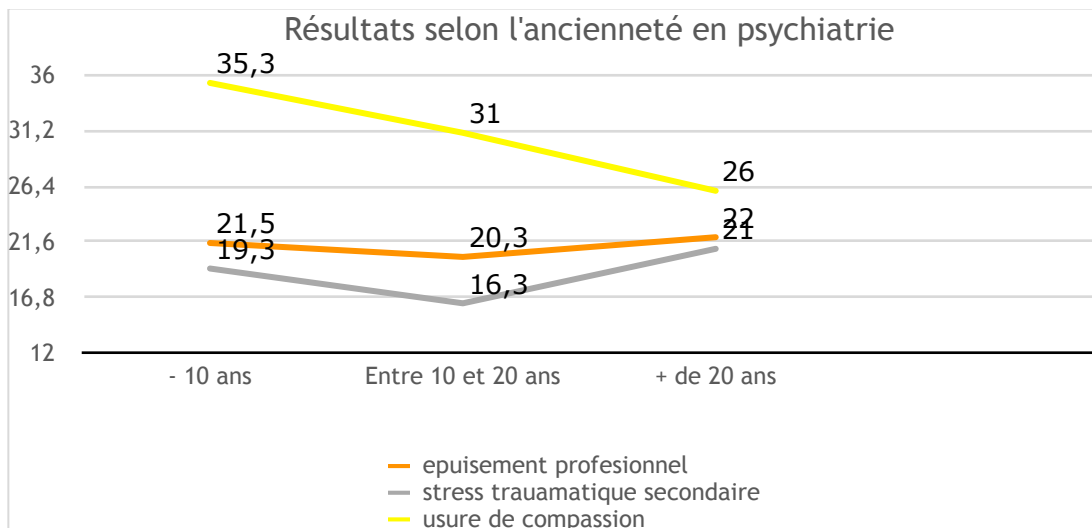
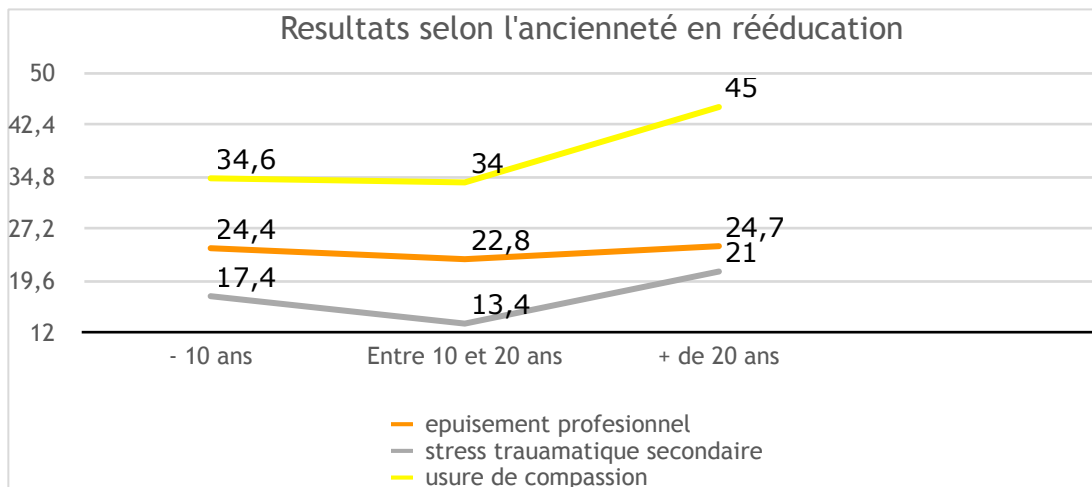
DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



On remarque en premier lieu que ceux qui ont une satisfaction élevée ont aussi une usure élevée (38) en psychiatrie et très élevée (47,5) en rééducation, plus que les soignants ayant une satisfaction moyenne. Le score de stress traumatique secondaire est également plus élevée pour ceux ayant une satisfaction élevée. En revanche, l'épuisement est plus faible dans cette même catégorie, chez les soignants ayant une satisfaction élevée, et ce dans les deux domaines d'activité.

Ceci laisse à penser que la satisfaction de compassion élevée pourrait diminuer l'épuisement. Cependant, ces résultats ne vont pas dans le sens d'une corrélation négative entre satisfaction et FC retrouvée dans les études. Au contraire, dans notre recherche, nous remarquons que plus la satisfaction est élevée, plus les soignants ont une usure de compassion et un stress traumatique secondaire élevé. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que plus la satisfaction liée à la compassion est élevée, et plus l'implication personnelle peut être forte, et ainsi plus la relation avec le patient en souffrance est proche. Il en découlerait ainsi un risque plus élevé d'usure de compassion.

Comparaison des résultats selon l'ancienneté



En rééducation, nous remarquons que l'usure de compassion augmente pour ceux qui travaillent depuis plus de 20 ans dans l'établissement et est très élevée (45), alors qu'elle est moyenne pour ceux ayant moins de 10 ans d'ancienneté. On peut ainsi penser que le soin apporté aux patients victimes d'accident graves peut amener une usure de compassion qui s'accroît avec les années d'exercice auprès de cette population.

Or, ce résultat est différent en psychiatrie: plus les soignants gagnent en ancienneté, plus la fatigue de compassion baisse, et est faible pour les plus de 20 ans d'ancienneté (26). Ceux qui ont moins de 10 ans d'ancienneté ont une usure moyenne (35).

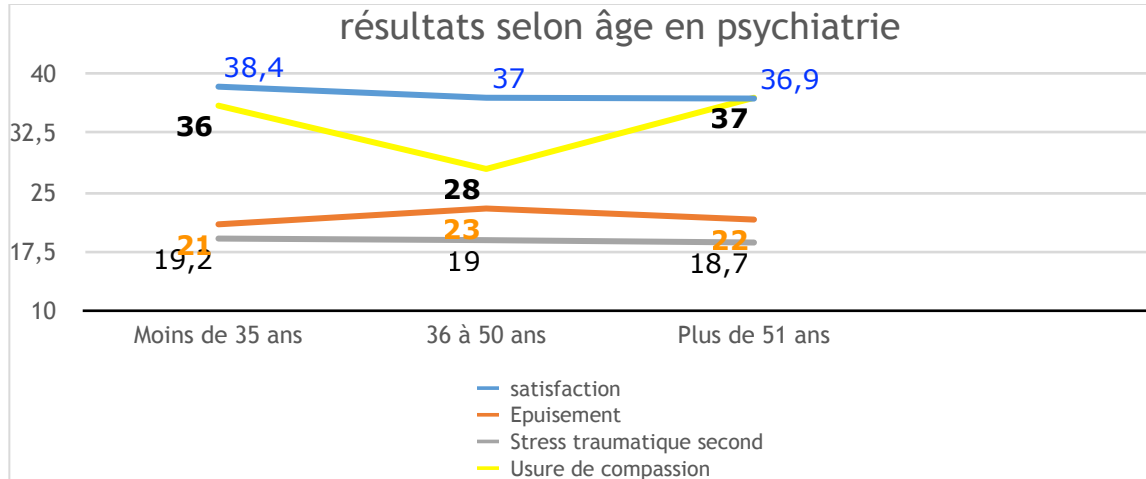
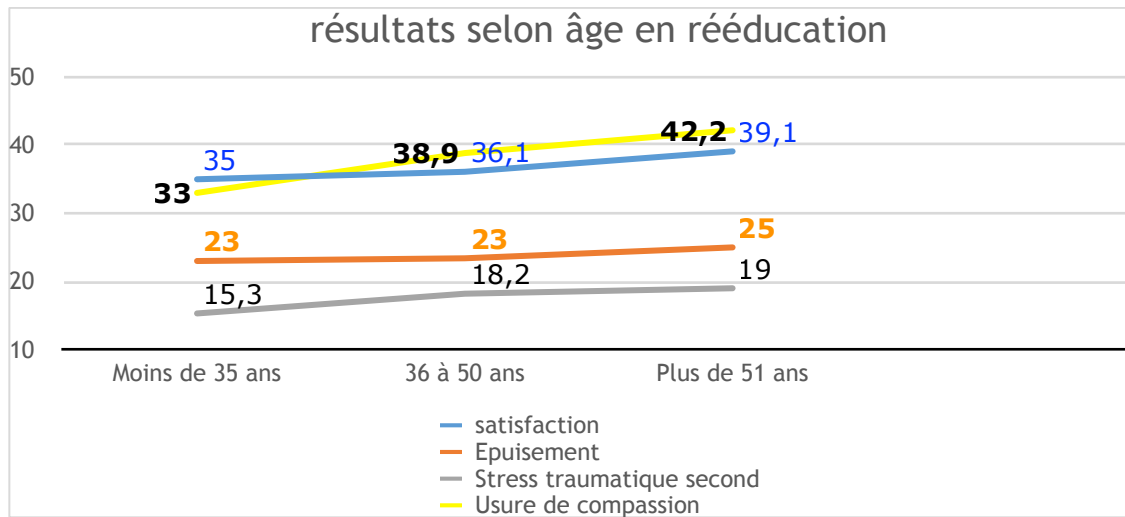
Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait qu'en psychiatrie, on peut penser que ceux qui sont peu expérimentés ont plus de difficultés à prendre « la bonne distance » avec le récit traumatique des

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

patients. Ceci se remarque également avec le taux de stress traumatique secondaire qui est plus élevé chez les moins expérimentés, score qui reste cependant faible. Dans ce domaine, l'expérience acquise sur le terrain permettrait de trouver le juste positionnement.

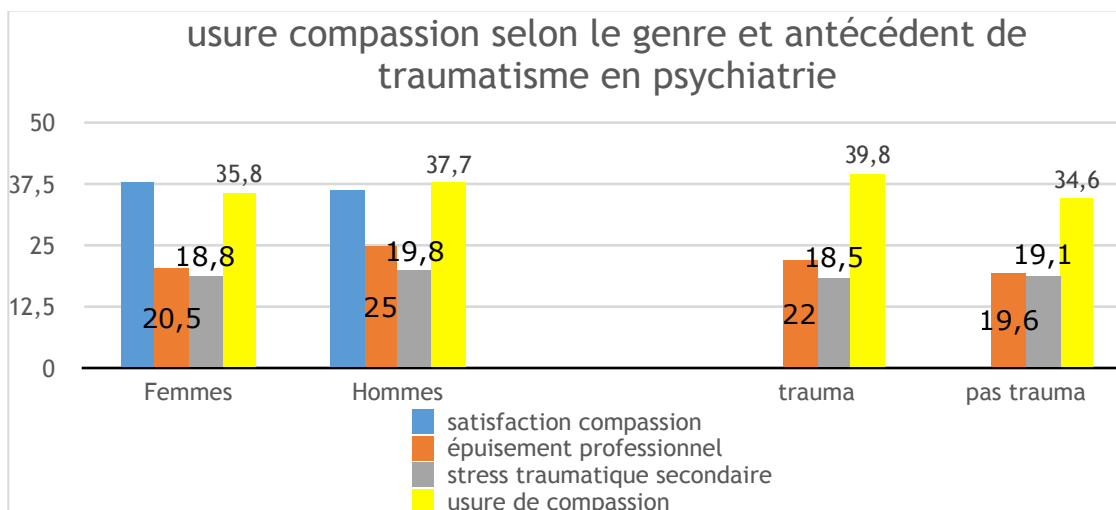
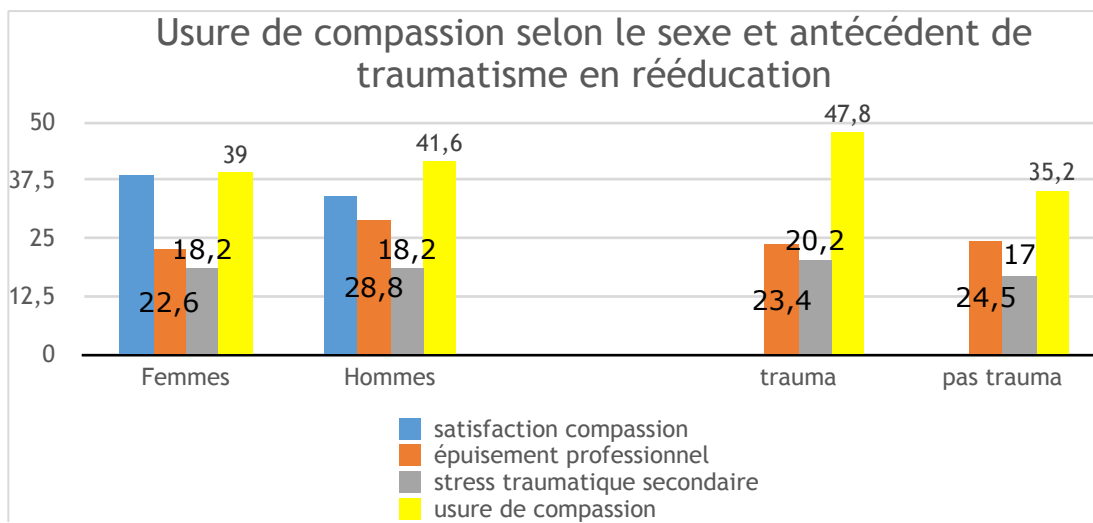
Le niveau d'épuisement et de stress traumatique secondaire est légèrement plus faible dans la tranche entre 10 et 20 ans d'expérience pour les deux établissements

Comparaison des résultats selon l'âge



Nous remarquons qu'en rééducation l'usure de compassion augmente avec l'âge, tout comme avec l'ancienneté. Les soignants interrogés âgés de plus de 51 ans ont un score très élevé (42), et un score élevé (39) pour ceux âgés de 36 à 50 ans. En revanche, en psychiatrie l'usure de compassion est moyenne chez les moins de 35 ans et chez les plus de 51 ans, la tranche 36 à 50 ans étant la moins touchée par l'usure de compassion, le score (28) étant faible. La satisfaction, l'épuisement et le stress traumatique sont relativement les mêmes selon l'âge.

Comparaison entre le sexe et les antécédents de traumatisme et l'usure de compassion



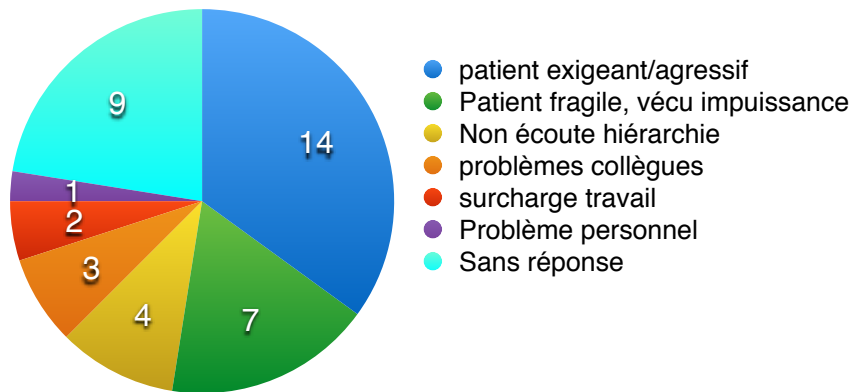
Dans les deux cliniques , les hommes sont légèrement plus touchés par l'usure de compassion que les femmes mais sont cependant moins représentés (5%).

Nous remarquons que ceux qui ont vécu (ou pensent devoir régler) un traumatisme dans leur histoire personnelle, (correspondant à 6 soignants interrogés en psychiatrie et 7 soignants en rééducation) sont plus touchés par l'usure de compassion, et obtiennent un score élevé en psychiatrie (39) et très élevé en rééducation (47,5).

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

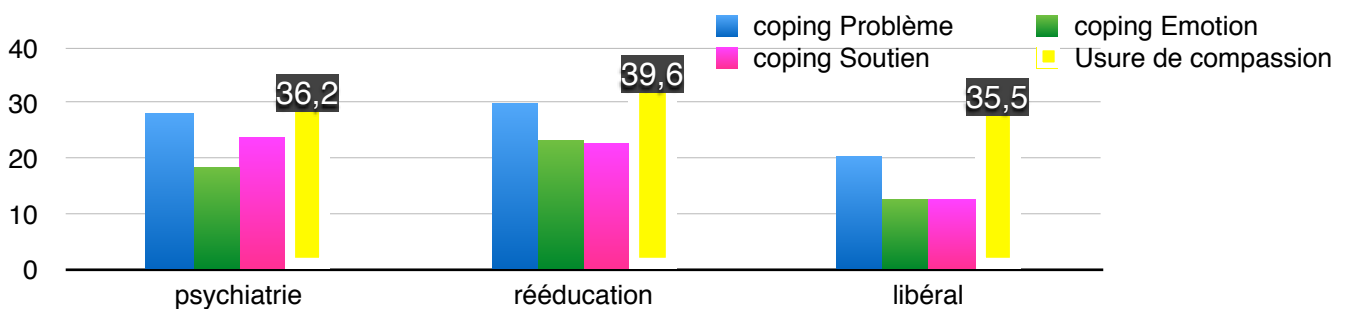
En analysant le contenu des situations stressantes rapportées par les soignants des deux établissements, j'ai répertorié par thématiques les difficultés rencontrées:

Situations de stress rapportées par les 40 soignants:



Une majorité de soignants rapportent des situations de stress liées à la relation de soin et à la difficulté face au patient: liée à une agressivité (pour 14 soignants), ou liée à la fragilité de l'état du patient avec en conséquent un vécu d'impuissance (pour 7 soignants). Neuf soignants rapportent des problématiques liées aux facteurs organisationnels, ou en lien avec le travail en dehors de la relation au patient.

Stratégies de coping selon le domaine d'exercice



Dans les trois domaines, nous remarquons que les stratégies de coping centrées sur le problème sont les plus utilisées par rapport aux autres. Les soignants cherchent donc des solutions, de type résolution de problème qui seraient dans la littérature lors d'une situation de stress protectrices face à l'usure de compassion.

On remarque qu'en rééducation, les stratégies de coping centrées sur les émotions sont plus élevées par rapport aux autres domaines, et légèrement plus élevée que celles centrées sur le soutien.

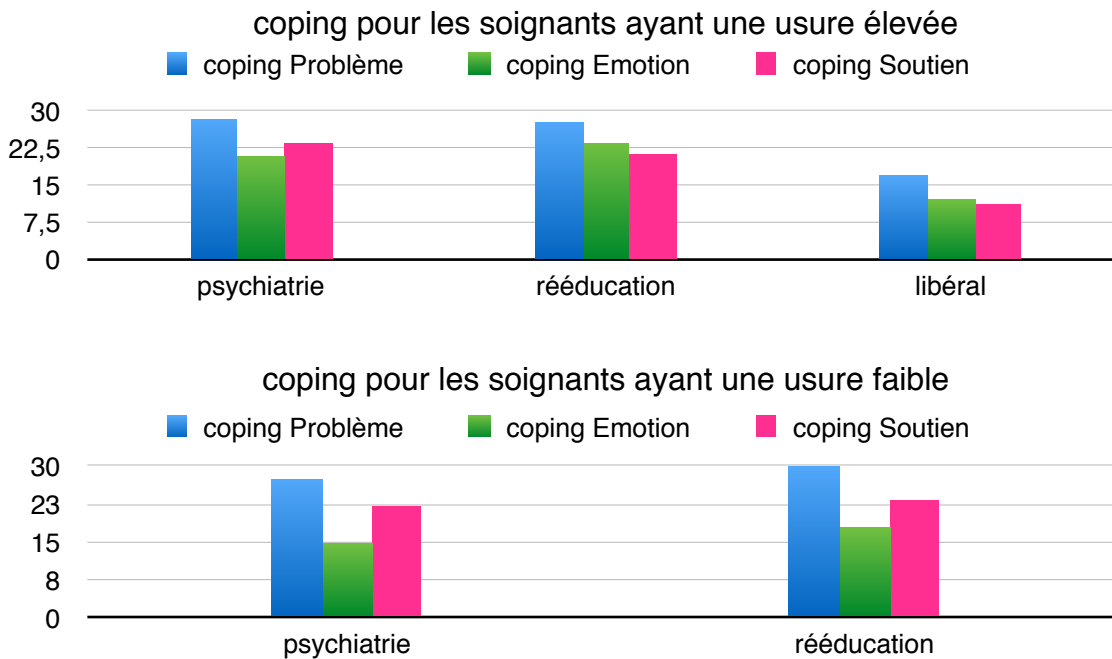
En psychiatrie au contraire, la recherche de soutien va être plus importante que les stratégies centrées

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

sur les émotions, avec comme nous l'avons vu une usure plus faible.

Pour les deux médecins interrogés en activité libérale, la recherche de soutien est plus faible, et équivalente aux stratégies centrées sur les émotions. Celles centrées sur le problème sont plus faibles également par rapport aux autres domaines.

Comparaison stratégies de coping selon le score d'usure de compassion



Nous remarquons que pour les soignants ayant une usure de compassion élevée, le coping émotion est également plus élevé. Celui-ci en rééducation devient plus important que le coping soutien, comme pour les deux médecins interrogés en libéral.

En revanche, pour les soignants ayant une usure de compassion faible, le coping émotion est plus faible également dans les deux domaines et le coping soutien devient plus élevé en rééducation.

Ces résultats semblent confirmer le fait que les coping centrés sur le soutien seraient protecteurs face à une usure de compassion, et qu'au contraire, les coping centrés sur l'émotion peuvent être corrélés à une usure de compassion plus importante.

DISCUSSION

Au travers de cette recherche, et de l'analyse du concept de fatigue de compassion, nous avons pu nous rendre compte du risque élevé dans les différents lieux d'exercice, risque pouvant différer selon plusieurs variables que nous avons voulu comparer.

Nous avons mis en avant une vulnérabilité chez les professionnels de santé, inhérente à la fonction de soignant. Pitaud en 2018 exprime que « c'est celui qui souffre qui doit supporter cette souffrance, mais c'est peut-être aussi un appel à un partage de cette souffrance, à une aide compatissante, celle de l'aidant qui s'efforce de « trouver les mots justes, écouter, ressentir pour apaiser et soulager cette souffrance » ce qui va induire un effort coûteux et un risque élevé d'épuisement.

D'une part, on a pu remarquer un risque relativement élevé d'usure de compassion chez les soignants, dans les deux domaines, bien que les soignants du centre de rééducation témoignent d'un risque plus élevé. On peut aussi observer un niveau de satisfaction de compassion globalement moyen dans les divers lieux, avec une implication relativement importante pouvant être liée à l'usure de compassion.

Certaines variables sont corrélées positivement avec l'usure de compassion, comme la profession de cadre, le sexe masculin, l'âge jeune, ou au dessus de 51 ans en rééducation. Un risque de FC est également plus élevé chez les soignants ayant vécu un traumatisme personnel, ou souhaitant régler une problématique personnelle, ceci s'expliquant par le fait que le discours du patient peut réveiller une vulnérabilité personnelle.

On a vu que l'ancienneté pourrait être un facteur de risque en rééducation, et non pas en psychiatrie, du fait que l'expérience peut nous permettre d'adopter un juste positionnement et ainsi de diminuer le risque de FC.

Les situations de stress rapportées concernent davantage la relation de soin elle-même, (des difficultés ressenties face à l'agressivité des patients ou face à leurs fragilités), que concernant des facteurs organisationnels.

Concernant les stratégies de coping, celles centrées sur les émotions semblent être corrélées à des risques plus importants d'usure de compassion élevée, alors que celles basées sur le problème ou le soutien semblent être corrélée à des scores d'usure plus faibles.

Cependant, le nombre insuffisant de soignants recrutés pour les questionnaires ne permet pas de faire des résultats significatifs. D'autres biais peuvent aussi interférer avec cette recherche: les soignants peuvent minimiser leurs difficultés sachant que ce questionnaire se rapporte à une étude, au regard de

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

la hiérarchie pouvant se sentir peu à l'aise dans l'expression de leurs difficultés. De plus, les soignants les plus « fatigués » ont pu se montrer davantage volontaires pour exprimer leurs difficultés et donc plus participatives.

La faible représentation de certaines catégories étudiées, comme les hommes, ou l'activité libérale, peut être également un biais dans la signification des résultats que l'on ne peut par conséquent pas généraliser.

Cependant, ces résultats non exhaustifs ne sont qu'une approche de nos hypothèses, permettant d'amorcer une réflexion, qui pourrait se poursuivre dans des recherches avec des échantillonnages plus élevés.

Des pistes de réflexion autour d'une prévention de cette forme d'épuisement des soignants peuvent se penser comme des temps d'écoute, de supervision et de formation.

La question de la bonne distance est souvent posée, et pourrait se discuter au travers d'échanges entre soignants. Une bonne connaissance de ses difficultés pourrait permettre aux soignants de ne pas se laisser envahir par des situations épuisantes sur le plan émotionnel.

En ce sens, Carl Rogers nous éclaire aussi sur la définition de l'empathie: *« Plus je suis prêt à reconnaître ce qu'il y a de réel en moi et chez l'autre, moins j'ai le désir d'essayer à tout prix d'arranger les choses. Plus j'essaie de m'écouter et d'être attentif à mon expérience interne et plus j'essaie d'étendre cette attitude d'écoute à un autre. Je suis beaucoup plus satisfait d'être simplement moi-même et de laisser l'autre être lui-même »*⁴⁰.

Concernant ces échanges, on peut distinguer trois niveaux fonctionnels dans les réunions d'équipe existantes dans mon domaine d'activité en psychiatrie: Un premier qui concerne l'échange d'informations, un deuxième qui permet l'échange de décisions (inclusion dans des groupes, orientation thérapeutiques, mise en avant de problématiques à mettre au travail...) et un troisième permettant les échanges affectifs, dans lesquels les soignants peuvent témoigner, « évacuer » leurs difficultés et leurs propres angoisses, afin de se « soigner », de se préserver tout en soignant et en préservant les patients. Ce troisième niveau pourrait se développer pour métaboliser toutes les situations où la vie émotionnelle des soignants est mise à l'épreuve.

Selon Hobfoll (1989), ce qui est protecteur face à l'épuisement, c'est le fait que certaines relations sociales soient suffisamment intimes pour permettre compréhension, empathie et confidences dans les moments les plus difficiles, afin que les choses soient mises en perspective, afin que de la

distance puisse être prise et qu'un désengagement puisse avoir lieu, par évitement cognitif et comportemental.

Ceci rejoint l'idée plus générale qu'un groupe puisse être en soi thérapeutique, et lorsque tous les membres du groupe sont dans une attitude empathique les uns par rapport aux autres, nous pouvons parler d'empathie groupale. C'est cette philosophie qui continue d'exister aujourd'hui au sein des groupes Balint, permettant de soutenir la subjectivité des professionnels, en essayant de prendre en compte la complexité de la relation avec leurs patients, et à encourager à exprimer les affects qu'ils ne parviennent pas à contrôler plutôt que de les évacuer dans l'agir.

L'objectif serait aussi d'essayer de comprendre dans le groupe, ce qui rend difficile la relation avec le patient, et ainsi ce groupe prend une dimension « plus efficace »: « *plusieurs yeux voient mieux* »⁴¹. Ce développement d'un groupe de parole ou groupe Balint est à favoriser pour aider les soignants à trouver ou retrouver des échanges de « sujets à sujets » qui donnent sens au « prendre soin » de tout acte médical.

L'intérêt pour le prendre soin tout en se préservant est une question prégnante et récurrente dans notre activité de psychologue. Durant notre formation, nous sommes formés à maintenir cette bonne distance afin de ne pas soi-même être impacté des difficultés que nous recueillons au fil de nos journées. Mais cette formation « théorique » a aussi des limites, et il convient de maintenir ce partage entre professionnels pour se préserver du risque d'épuisement.

Pour conclure, nous allons relever des facteurs de protection de la fatigue de compassion, qui ont été mis en exergue dans la littérature puis complétés avec cette étude:

Concernant l'aspect individuel, les éléments suivants peuvent être des facteurs de protection de la fatigue de compassion:

Une bonne connaissance du phénomène de l'usure de compassion pour essayer de ne pas dépasser les limites de l'empathie.

Un travail psychothérapeutique pour mettre au travail et « régler » des conflits ou problématiques personnels antérieurs ou actuels pour qu'ils ne se répercutent pas sur le domaine professionnel.

Nous soulignerons aussi l'importance d'un équilibre de vie sain, et nous rappellerons l'importance d'établir des limites personnelles, une bonne assertivité d'une part et le fait de bien

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

« compartimenter » le temps passé au travail de celui passé pour des activités personnelles, sociales et familiales.

Il est également important de détecter nos propres émotions négatives, être « observateur de soi-même » et attentif au contre transfert positif ou négatif avec un patient pris en charge.

Une bonne gestion du stress et de l'anxiété, comme des émotions négatives est également protectrice et peut se travailler en psychothérapie ou au travers d'activités psycho-corporelles.

L'établissement d'objectifs de travail réalistes paraît être une réflexion importante pour le soignant, et de se satisfaire des tâches déjà accomplies, pour rehausser une estime de soi, venant alimenter une perception positive de soi et de notre rôle d'aidant et également pour augmenter la satisfaction au travail,

Le soutien des proches et des collègues est également indispensable ainsi que la possibilité de faire appel à eux dans des situations vécues comme stressantes.

La satisfaction de compassion dans la littérature est un axe qui pose question, car, dans la littérature elle est mise en avant comme facteur de protection de l'usure de compassion, ce que je n'ai pas retrouvé dans mon étude.

Concernant l'axe organisationnel, ces éléments semblent être à favoriser pour réduire le risque d'épuisement des professionnels de santé:

Une latitude décisionnelle et une autonomie dans le travail,

l'existence de supervision clinique, de formations adéquates

Des espaces de travail confortables et sécurisants,

Un soutien de la hiérarchie

Et une cohérence du fonctionnement organisationnel.

ANNEXES

Annexe 1: Grilles de résultats (profession masquée afin de garder l'anonymat)

Annexe 2: Risques psychosociaux (rapport Gollac)

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

ANNEXE 1

Profession	AGE	SEXE	année exercice	satisf compassion	epuement pro	stress traumatique 2aire	usure compassion	epuement pro (tuc)	coping problème	coping émotion	coping soutien
	53	F	18	42 (élevé)	13 (faible)	17 (faible)	31 (moyen)	21 (tres faible)	32	15	26
	54	F	8	36 (moyen)	19 (faible)	12(faible)	29 (faible)	22 (tres faible)	27	14	26
	51	F	14	34 (moyen)	28 (moyen)	11(faible)	28(faible)	24 (tres faible)	32	14	26
	55	F	7	42(elevé)	20 (faible)	23(moyen)	38 (élevé)	32 (tres faible)	30	19	22
	31	F	1	42(elevé)	17 (faible)	19(faible)	37 (élevé)	19 (tres faible)	26	12	26
	57	F	11	37 (moyen)	20 (faible)	21(faible)	34(moyen)	26 (tres faible)	28	22	28
	57	F	2	46(elevé)	16 (faible)	19(faible)	52 (très élevé)	27 (tres faible)	35	13	29
	32	F	4 mois	40 (moyen)	15 (faible)	17(faible)	35(moyen)	20 (tres faible)	25	23	25
	24	F	1 an	38 (moyen)	17 (faible)	24 (moyen)	39 (élevé)	33 (tres faible)	23	17	26
	55	F	18 mois	33 (moyen)	28(moyen)	21(faible)	56(tres élevé)	38(moyen)	30	22	22
	51	F	1 an	25 (moyen)	22 (moyen)	17 (faible)	25 (tres faible)	20(tre faible)	18	13	21
	23	M	1mois	34 (moyen)	29 (moyen)	14 (faible)	46(tres élevé)	29 (tres faible)	34	30	25
	29	F	1	38 (moyen)	23	13 (faible)	31 (moyen)	20 (tres faible)			
	33	M	1	39 (moyen)	24 (moyen)	19 (faible)	31 (moyen)	28 (tres faible)	30	19	21
	33	F	1 an	42 (élevé)	17 (faible)	21(faible)	32 (moyen)	25 (tres faible)	29	16	26
	58	F	27	36 (moyen)	22 (moyen)	21(faible)	26 (faible)	24 (tres faible)			
	25	M	1 mois	41 (moyen)	22 (moyen)	14 (faible)	23 (tres faible)	17 (tres faible)	32	20	24
	43	F	2 ans	37 (moyen)	23	19 (faible)	28(faible)	28 (tres faible)	29	12	13
	55	F	1,5 an	38 (moyen)	28(moyen)	25 (moyen)	52 (très élevé)	37(moyen)	24	32	22
	33	M	3 ans	32 (moyen)	25 (moyen)	32 (moyen)	51 (très élevé)	57 (élevé)	26	19	18
	43	M	5	28 (moyen)	38	18 (faible)	37 (élevé)	45 (moyen)	17	12	11
	33	M	1 an	29 (moyen)	30	22(faible)	34(moyen)	54 (élevé)	24	13	14
	28	F	1	39 (moyen)	20 (faible)	16 (faible)	30 (faible)	26 (tres faible)	30	15	28
	57	F	33	45 (élevé)	33	26 (moyen)	72 (très élevé)	61 (élevé)			
	44	F	22	39 (moyen)	30	33 (moyen)	61 (très élevé)	41 (moyen)	30	24	24
	42	F	9	43 (élevé)	23	24 (moyen)	47 (très élevé)	24 (tres faible)	30	29	21
	54	F	28	30 (moyen)	26	18 (faible)	36 (élevé)	28 (tres faible)	29	23	19
	59	M	8	27 (moyen)	40	19 (faible)	41 (très élevé)	55 (élevé)	24	55	13
	59	F	37	37 (moyen)	16 (faible)	9 (faible)	24 (tres faible)	19 (tres faible)			
	41	F	10	45 (élevé)	13 (faible)	13 (faible)	31 (moyen)	20 (tres faible)			
	57	F	6	41 (moyen)	17 (faible)	12 (faible)	25 (tres faible)	19 (tres faible)			
	47	F	18	26 (moyen)	24 (moyen)	12(faible)	23 (tres faible)	21 (tres faible)	27	18	16
	56	F	32	39 (moyen)	19 (faible)	16 (faible)	33 (moyen)	18 (tres faible)	28	11	18
	51	F	30	44 (élevé)	25 (moyen)	19 (faible)	37 (élevé)	28 (tres faible)	33	24	26
	55	F	27	42 (élevé)	24 (moyen)	26 (moyen)	53 (tres élevé)	43 (moyen)	27	16	22
	60	F	39	42 (elevé)	18 (faible)	17 (faible)	41 (très élevé)	23(tres faible)	33	24	31
	46	F	21	31 (moyen)	24 (moyen)	18 (faible)	33(moyen)	31(tres faible)	28	23	23
	59	M	31	44 (élevé)	32 (moyen)	28 (moyen)	60 (tres élevé)	42(moyen)	33	20	18
	38	M	11	42 (élevé)	19 (faible)	13 (faible)	38 (élevé)	22 (tres faible)	34	24	21
	34	F	11	35 (moyen)	27 (moyen)	14 (faible)	39 (élevé)	37(moyen)	31	18	28
	32	M	2	31 (moyen)	22 (moyen)	16 (faible)	30 (faible)	28 (tres faible)	34	21	26
	46	M	15	27 (moyen)	31 (moyen)	15 (faible)	39 (élevé)	38(moyen)	29	23	29

ANNEXE 2

Familles de facteurs de RPS <small>(classification INRS – ED6140 - 2013)</small>	Dimensions des familles de facteurs RPS
Intensité et complexité du travail	Contraintes de rythme de travail
	Niveau de précision des objectifs de travail
	Adéquation des objectifs avec les moyens et les responsabilités
	Compatibilités des instructions de travail entre elles
	Gestion de la polyvalence
	Interruption dans le travail
Horaires de travail difficiles	Attention et vigilance dans le travail
	Durée hebdomadaire de travail
	Travail en horaires atypiques
	Extension de la disponibilité en dehors des horaires de travail
	Prévisibilité des horaires de travail et anticipation de leur changement
Exigences émotionnelles	Conciliation entre vie professionnelle et personnelle
	Tensions avec le public
	Confrontation à la souffrance d'autrui
Faible autonomie au travail	Maîtrise des émotions
	Autonomie dans la tâche
	Autonomie temporelle
Rapports sociaux au travail dégradés	Utilisation et développement des compétences
	Soutien de la part des collègues
	Soutien de la part des supérieurs hiérarchiques
	Violence interne au travail
Conflits de valeurs	Reconnaissance dans le travail
	Qualité empêchée
Insécurité de l'emploi et du travail	Travail inutile
	Insécurité socio-économique (emploi, salaire, carrière...)
	Conduite du changement dans l'entreprise

Ils peuvent être regroupés en 6 axes principaux
C'est le cumul de plusieurs causes qui aboutit à la souffrance au travail



RESUME

Le travail de soignant n'est pas sans effet pour le soignant lui-même. En effet, la relation de soin se tisse dans un espace où a lieu une rencontre entre deux sujets ayant chacun sa propre histoire, son caractère, son vécu. Cette rencontre peut s'avérer complexe, dans la mesure où elle est caractérisée par une asymétrie fondamentale, avec le patient « souffrant » et le soignant ayant pour rôle d'accueillir avec bienveillance et empathie cette souffrance, mission éprouvante qui peut se retourner contre lui-même.

Des études ont montré que les soignants qui sont en contact avec des patients en détresse, ont un risque de développer *une fatigue de compassion*, définie comme une nouvelle forme d'épuisement et une profonde douleur morale résultant d'une préoccupation excessive et de stress en écho à la souffrance de la personne prise en charge.

Nous allons nous intéresser aux soignants concernés par une exposition régulière au matériel traumatique des patients dans deux unités de soins: 20 soignants travaillant dans une clinique psychiatrique de Saujon (17) et 20 soignants travaillant au sein d'un centre de rééducation (34) afin de mettre en lumière la prévalence de l'usure de compassion.

OBJECTIFS :

Les objectifs seront de définir la notion de fatigue de compassion, et de prendre conscience de sa proportion au travers de différentes variables, nous permettant de mettre en avant des facteurs de risque pour l'épuisement des soignants. Un autre objectif sera de faire une analyse plus « qualitative » des situations de stress au travail, vécues par les soignants et leurs moyens d'y faire face.

METHODE

Trois questionnaires ont été remplis par 40 soignants: L'échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL 5) avec 30 items répartis en trois sous-échelles (épuisement professionnel, stress traumatique secondaire, satisfaction de compassion) de 10 items chacun, le test d'usure de compassion (TUC) avec 40 items répartis entre deux sous-échelles : la fatigue de compassion (23 items) et l'épuisement professionnel (17 items), et le questionnaire des stratégies de coping: La WCC-R, comportant 27 items. Suite au recueil de données, nous allons pouvoir faire ressortir le liens entre plusieurs variables (la profession, l'âge, le sexe, l'ancienneté dans l'établissement, la présence de traumatisme personnel et la satisfaction de compassion) et le risque d'usure de compassion chez les soignants.

RESULTAT

Une première analyse permettra de faire un état des lieux de l'usure de compassion dans les deux domaines d'activité et de mettre en avant les liens observés en fonction des différentes variables. La deuxième partie, consacrée à l'analyse des stratégies de coping utilisées par les soignants face à des situations décrites nous permettra de nous questionner sur notre propre pratique, et de prendre conscience qu'une faible recherche de soutien social peut être liée à une usure de compassion. Des pistes de réflexion pour prévenir l'épuisement du soignant seront envisagées afin de favoriser un partage social des émotions, lutter contre l'isolement et la souffrance au travail, et ainsi favoriser l'entraide.

DISCUSSION et CONCLUSION

Cette étude permet de prendre conscience de la prévalence de l'usure de compassion dans différents secteurs d'activité. Une discussion se portera sur les limites de cette étude, et sur une prévention de ce risque comme proposer une mise en place de temps de supervision pour les soignants ayant pour objectif d'améliorer le prendre soin.

MOTS CLES : Fatigue de compassion, traumatisme vicariant, épuisement professionnel, stratégies de coping.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-
1. (*Deux fois plus chez les femmes. ce taux augmente avec l'âge jusqu'à 45-54 ans puis stagne ensuite*), selon une citation de Patrick Légeron, lors d'une communication au congrès psychiatrie de Saujon, Septembre 2019.
LEGERON, Patrick. *Le stress au travail, un enjeu de santé*. Odile Jacob, 2015
 2. PRESTON Stephanie, FRANS B. M. de WAAL. *L'empathie, des réponses aux questions majeures*. Dans *Le Journal des psychologues*. 2011/3 (n° 286), 2002
 3. MORASZ, Laurent. *Le soignant face à la souffrance*. Broché, 1999
 - 4 ZIELINSKI, Agatha. « *la compassion, de l'affection à l'action* ». *Etudes*, 2009/1 Tome 410. p.55-65
 5. RICARD, Mathieu, *Plaidoyer pour l'altruisme*. Broché: 2013
 6. GOUMDISS, Meriem, dans son mémoire: « *Le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des argentistes* » Faculté de psychologie, université de Liège Année académique 2016-2017
 7. NASIELSKI, Salomon. *Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance*, Dans *Actualités en analyse transactionnelle*, 2012.
 8. NARME Pauline, MOURAS Harold, LOAS Gwenolé, KRYSKOWIAK Pierre, BOUCART Martine et GODEFROY Olivier. *Vers une approche neuropsychologique de l'empathie*.
 9. GALLESE; GALLAGHER, 2001
 10. RAMACHAANDRAN, 2011, BRILLON, 2013
 11. d'après JOINSON Carla dans son article « *coping with compassion fatigue* ». *Nursing*, 1992
 12. ARCAND Michelle, *Accompagner sans s'épuiser*. France. Editions ASH, 2012
 13. FIGLEY, traduction libre, 2002
 14. DUHOUX, S. *Traumatisme vicariant : la souffrance des soignants*. 20 mai 2014
 15. HERMAN, J.D. *Trauma and Recovery*. 1997
 16. PEARLMAN et SAAKVITNE, BRILLON, P. « *Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse* ». *Psychologie Québec*, vol. 30, n° 3, mai 2013
 - 17: KAHN, LORIOU, M. *Donner un sens à la plainte de fatigue au travail*. 2003
 18. DEVILLY. GJ, WRIGHT R, VARKER t., *Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals*. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009.
 - 19 VEIL Cl. *Les états d'épuisement*. Le Concours médical, Paris, 1959.
 20. MASLACH. 2001
 21. CIOGNANI et al, 2009

-
22. DERDOUR-CAMPOS, Julien. *La fatigue de compassion : état des lieux des connaissances, aspects cliniques: enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral.*
- 23 AUKSTINAITYTE & ZAJANCK, AUSKAUSKAITE-STASKEVICIENE. 2010
- 24 MONROE, 2008; LAUVURD et al., 2009 ; NEWELL & MACNEI 2011 ; MANGOULIA et al. 2010.
- 25 ABENDROTH & FLANNERY, 2006
- 26 LOCKE, 1976, p. 1300, cité par ROUSSEL, 1996
- 27 COLLINS & LONG, 2003 ; ROBINS et al. 2009 ; ROSSI et al. 2012 ; SIMON et al. 2005 ; THOMPSON et al. 2014.
- 28 FIGLEY, 1995; McCANN & PEARLMAN, 1990; PEARLMAN & SAAKVITNE, 1995 ; MACRITCHIE & LEIBOWITZ'S, 2010.
- 29 BALINT, *Le Médecin, son malade et la maladie.* Payot, 2003
30. COHEN et al., 2006; THOMAS & OTIS, 2010.
31. DERDOUR-CAMPOS, Julien.
- 32 BRICK et al. 2002
33. THOMSON et al., 2014. SPRANG et al, 2007
34. GREBOT e, BERIOT s, LESAGE fx,DOVERO m. *Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine.* 2011
35. ZEIDNER et al., 2013
36. (1 = rarement / jamais, 2 = parfois, 3 = pas sûr, 4 = souvent, 5 = très souvent)
37. HUDNALL, STAMM, *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5*, 2009
38. FOLKMAN et LAZARUS, 1988b, adaptée en français par COUSSON et al, 1996
- 39 LAZARUS & FOLKMAN 1984b ; LAZARUS & LAUNIER, 1978
40. ROGERS, Carl, *Le développement de la personne.* Paris: Dunod; 1988.
41. MOREAU RICAUD, michelle, membre de la société médicale Balint