



D^{re} Marie-Hélène St-Hilaire
Psychologue

D^{re} Marie-Hélène St-Hilaire, est psychologue, spécialisée en thérapie cognitivo-comportementale et en médecine comportementale dans le traitement des invalidités chroniques, de la douleur ainsi que des réactions post-traumatiques complexes. Elle dirige le Laboratoire du Trauma du CHUM et le Centre d'Éducation en Psychologie (CEP). D^{re} St-Hilaire a également une formation clinique et en recherche en physiologie de l'exercice.



Mylène Robert
B. Psy

Mylène Robert, B. Psy, est finissante au baccalauréat en psychologie à l'UQAM et assistante de recherche au Laboratoire du Trauma du CHUM. Elle conduit présentement une thèse d'honneur dans le domaine de la traumatologie.



Charles Deschênes
M. Sc. Psy

Charles Deschênes, M. Sc. Psy, est coordonnateur des projets de recherche sur la relaxation au Laboratoire du Trauma du CHUM.

Le stress de compassion menace les psychologues travaillant avec les personnes en fin de vie

Les professionnels de la santé, et particulièrement les psychologues du fait de l'intimité de leur contact, peuvent être affectés par leurs propres interventions auprès de personnes en fin de vie ou ayant subi des changements de vie majeurs. Même si le quotidien d'un psychologue travaillant avec cette clientèle est souvent source de satisfaction¹, on sous-estime souvent la part de risque implicite de la tâche. En effet, être en relation avec une personne qui souffre et qui vit plusieurs angoisses peut graduellement miner le moral de l'aidant². Plus qu'une simple fatigue, ces conséquences peuvent être importantes. Alors que faire lorsque la relation des patients/clients a des effets dévastateurs sur notre moral, que l'on se sent piégé par le quotidien? Étant humain, le psychologue flanche, lui aussi, mais il s'agit encore d'un sujet que l'on n'aborde que du bout des lèvres. La récente effervescence en psychotraumatologie combinée aux problèmes de santé psychologique au travail grandissant a poussé les chercheurs à s'intéresser davantage à cette problématique en vue de mieux la comprendre, la prévenir et la traiter. En effet, quoique valorisée et valorisante, la compassion - au cœur des professions d'intervention - peut être à la source d'un désordre émotionnel : le Stress de compassion. Encore méconnu, il résulte d'un engagement émotionnel surinvesti envers des personnes souffrantes physiquement ou psychologiquement. Le développement du Stress de compassion s'apparente à celui rapporté par les proches de victimes de trauma (agressions physiques, sexuelles, etc.). Le Stress de compassion guette non seulement les psychologues, mais aussi les autres membres d'équipes de soins dont les médecins, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les toxicologues, les aidants naturels (proches) et autres intervenants³.

Dans les paragraphes qui suivent, le Stress de compassion est expliqué et comparé avec d'autres affections similaires, souvent mieux connues, soit le Trouble de dépression majeure et de stress post-traumatique ainsi que l'Épuisement professionnel - *le burn-out*. Ceci aide à distinguer, reconnaître et surtout prévenir ce problème. Des pistes de traitements préventifs sont apportées en conclusion.

SYMPTOMATOLOGIE DU STRESS DE COMPASSION

Le concept de Stress de compassion (SC) n'est pas nouveau; il a été nommé comme tel pour la première fois en 1995 par Charles Figley⁴, psychologue et professeur renommé dans le domaine. Le SC étant de plus en plus documenté, peut-être figurera-t-il dans la prochaine parution du DSM? Avant cette période, cette affection était désignée par les termes : Traumatisme vicariant; Stress traumatique secondaire; ou encore Victimization par contact. Le SC demeure à ce jour parfois confondu avec ces termes dans les publications. On peut remonter jusqu'au début du siècle dernier avec les écrits de Carl G. Jung, 1907, dans *The Psychology of Dementia Praecox*⁵, où est abordé le « coût » associé aux interventions pour les professionnels de la santé, pour la première fois dans la littérature.

Figley⁶ (1995) définit le SC comme étant « l'ensemble des émotions et comportements normaux résultant de la connaissance d'un événement traumatisant éprouvé par autrui, de l'aide apportée ou du désir d'aider une personne traumatisée ou souffrante ». Alors, comment peut-on reconnaître et détecter ces émotions et comportements qui peuvent altérer le fonctionnement global de l'intervenant? Même si la littérature dans ce domaine n'en est qu'à ses débuts, plusieurs chercheurs et cliniciens s'entendent pour définir les symptômes du SC comme étant apparentés à ceux de l'Épuisement professionnel (EP), du Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de dépression majeure (TDM). Le tableau I résume les caractéristiques les plus pertinentes associées à chacune de ces affections.

_COMPARAISON DU STRESS DE COMPASSION AUX AFFECTIONS CONNEXES (DSM VI)

CARACTÉRISTIQUES	STRESS DE COMPASSION	TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	TROUBLE DE DÉPRESSION MAJEURE	ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL
Acronymes	SC	TSPT	TDM	EP
Étiologie	Exposition répétée à la souffrance : douleur physique ou détresse émotionnelle d'un autre	Exposition à un événement traumatique provoquant une émotion intense de peur, d'horreur ou d'impuissance	Variable	Difficultés cumulatives à traiter avec efficacité les demandes du travail
Développement	Lent ou rapide	Un mois après le trauma ou à survenue différée	Lent ou rapide (au moins deux semaines)	Lent

SYMPTÔMES – TABLEAU CLINIQUE

Émotions générales	Tristesse	État d'alerte	Impuissance	Diminution du sentiment d'accomplissement Épuisement émotif Dépersonnalisation
	Anxiété	Anxiété	Perte d'estime de soi	
	Détresse émotionnelle			
Reviviscences	Intrusions cognitives	Intrusions cognitives		
	Cauchemars/Rêves	Cauchemars		
	Souvenirs	<i>Flash-backs</i>		
	<i>Flash-backs</i>			
Rumination			Vision négative de soi, du présent, du passé et du futur	Souvent en lien avec les échanges intercollègues
Émoussement émotif	Humeur dépressive	Humeur dépressive dans la moitié des cas	Humeur dépressive	Humeur dépressive
	Évitement	Évitement		
		Dissociation		
		Détachement émotif (<i>de soi et des autres</i>)		
Activation physiologique	Hypervigilance/Alerte	Hypervigilance/Irritabilité	Ralentissement ou agitation psychomotrice	
	Irritabilité	Difficultés sommeil	Fatigue, perte d'énergie	
	Difficultés sommeil			

Tel que l'illustre le tableau, plusieurs symptômes sont communs alors que la différence la plus notable entre le SC et les autres difficultés se situe au niveau étiologique.

De manière plus détaillée, le TSPT est associé à l'exposition, à un événement traumatique provoquant une émotion intense de peur, d'horreur ou d'impuissance alors que le SC apparaît plutôt par « contagion » ou de manière vicariante – soit au contact de la victime. Il n'affecte pourtant pas seulement les professionnels dans le domaine de la traumatologie; on le retrouve chez une variété de personnel soignant et d'aidants naturels. Comme avec le TSPT, la différence majeure entre l'EP et le SC se situe au niveau étiologique : l'EP est relié aux difficultés cumulatives à traiter avec efficacité les demandes (réalistes ou non!) du travail tandis que le SC est plutôt associé à l'exposition répétée à la souffrance d'autrui : douleur physique ou détresse émotionnelle. Cette *surexposition* n'est pas néfaste en soi... Il s'agit plutôt d'être en mesure de gérer ses vulnérabilités face à cette détresse pour continuer d'accéder à sa capacité de résilience. Par exemple, travailler avec des personnes en fin de vie nous met en contact régulier avec notre propre angoisse face à la mort, et aux peurs qui y sont reliées. Les stratégies d'adaptation présentées plus loin permettront le maintien de l'équilibre entre le don de soi et la souffrance de l'autre (une empathie saine avec distance thérapeutique).

Outre les symptômes communs à l'épuisement professionnel, des pensées intrusives, de l'évitement et de l'hypervigilance peuvent, entre autres, se manifester à l'émergence du SC. Il est possible par exemple de voir surgir, dans un contexte non relié, des pensées associées à la condition d'un patient et que ces pensées nous bouleversent ou nous « hantent ». Il est aussi possible de vouloir éviter certaines situations qui nous feraient revivre la souffrance ressentie par nos patients. Cet évitement peut graduellement se généraliser et créer un désir d'isolement social. L'hypervigilance associée au SC, quant à elle, peut se manifester par une préoccupation exagérée en lien avec la santé de ses proches, des sursauts au moindre petit bruit ou à différentes manifestations environnementales rappelant le contexte de travail normalement perçues avec moins de réactivité (ex. : sirène).

Il est important de comprendre que ces manifestations cliniques ne sont pas nécessairement apparentées et passent souvent inaperçues chez nos collègues. C'est l'aspect « pervers » du SC. Il peut sournoisement se manifester avec une irritabilité de plus en plus présente, *avoir la mèche courte*, un humour plus cynique, une tristesse grandissante, un plus grand désir d'être seul, la perte de plaisir – sans que l'on puisse nécessairement voir un lien avec le travail.

Être à l'affût de ces signes et agir de façon à optimiser notre attitude face à la souffrance de l'autre nous permet de continuer d'aider, tout en préservant notre bien-être et équilibre!... De pair avec la prévention, le dépistage peut nous mettre à l'abri du SC.

_OPTIMISER SA RÉSILIENCE!

L'adoption de plusieurs stratégies, soit au niveau personnel, professionnel ou organisationnel, semble prévenir le SC.

Au niveau personnel, les interventions ressemblent aux suggestions proposées aux clients post-traumatisés, soit :

- 1) Le maintien d'une hygiène de vie personnelle saine, une alimentation équilibrée, une hygiène de sommeil et l'exercice physique régulier est à la base de la conservation d'une santé physique et mentale⁹;
- 2) Le maintien des activités sociales parfois en péril dû à la nature du travail de psychologue : capacité d'écoute saturée! Garder contact avec ses parents et amis et se permettre des activités plaisantes en leur compagnie est une excellente stratégie simple et efficace pour se préserver;
- 3) Prendre des vraies vacances pour se ressourcer permet de relaxer et de laisser descendre la pression psychologique liée à notre tâche⁷.

Enfin, les recherches mentionnent aussi qu'en plus de reconnaître et d'accepter le SC comme une partie potentiellement associée au travail de soins, chacun bénéficie grandement d'être conscient de ses limites et de les respecter^{7,8}. Il est conseillé d'utiliser des moyens tels que la spiritualité, la méditation, la relaxation, l'expression créative et l'humour qui sont efficaces pour maintenir un bon équilibre mental⁷. La facilité à reconnaître les moments où un surplus de tension se fait sentir ainsi que la capacité à aller chercher le soutien nécessaire semblent des aptitudes clés pour maintenir un équilibre psychologique⁷.

Au niveau professionnel, prendre des pauses au travail permettra de relaxer et de laisser descendre la pression psychologique liée à l'exposition répétée à la souffrance. Ce repos sera d'ailleurs favorable à l'aide apportée par la suite. Avoir accès à des réunions cliniques permettant de ventiler ou d'exposer des impasses thérapeutiques dans un climat d'acceptation et de solidarité, est un moyen que les milieux de travail auraient avantage à mettre en place. Finalement, au niveau de la formation des étudiants en psychologie, il semble que l'éducation et la prévention soient actuellement déficientes dans le curriculum académique; il serait profitable d'outiller les futurs psychologues afin qu'ils préservent leur bien-être au sein de leur travail... Il est surprenant de noter que plusieurs d'entre nous prônons la psychoéducation des professions à risques telles que policiers, pompiers, personnels de soins, et que les difficultés associées à notre propre profession soient si méconnues.

Les valeurs véhiculées par l'organisation ont également un impact potentiel sur le développement du SC. Ainsi, amener l'équipe à reconnaître les causes de stress et à les rendre légitimes peut contribuer à diminuer la pression sur les employés. Dans le même

ordre d'idée, l'ensemble du personnel aurait avantage à considérer le problème comme étant institutionnel et non personnel. Une seconde solution réside dans le renforcement de la communication et de l'ouverture aux autres plutôt qu'au recours aux sanctions. Bien que la structure hiérarchique soit souvent nécessaire pour optimiser le modèle médical, elle peut contribuer au sentiment d'impuissance des membres des équipes de soins et les rendre plus vulnérables au SC. En effet, ces méthodes permettent d'éviter l'ostracisme et d'accroître le mieux-être de l'équipe.

Dans les faits, les employés ont avantage à favoriser un haut degré de cohésion au sein de l'équipe et à faire preuve de flexibilité dans leur rôle. De plus, il serait favorable de promouvoir les activités sociales et d'encourager l'expression des émotions au sein de l'équipe de soins afin d'améliorer le sentiment d'appartenance et la compréhension entre les employés⁸. Ainsi, le soutien de l'équipe de travail est crucial; un support actif de la part des collègues permet le partage des émotions entre chacun et laisse la porte entrouverte pour une aide plus ponctuelle si le besoin se fait sentir.

_EN CONCLUSION...

Il est important de rappeler que la compassion est nécessaire pour optimiser le traitement des patients⁹. De plus, le travail avec des personnes en douleur et en détresse émotionnelle s'avère enrichissant tant au niveau professionnel que personnel. Cet enrichissement est directement lié au sentiment de valorisation et d'utilité associé à l'empathie.

Par ailleurs, le contact quotidien avec la souffrance et la détresse peut rendre vulnérable le professionnel au développement du SC. Plusieurs symptômes du Stress de compassion sont communs à ceux de l'Épuisement professionnel, de la Dépression et du TSPT. Il n'en demeure pas moins important de pouvoir les distinguer, puisqu'un diagnostic différentiel permet une prise en charge adéquate et un rétablissement optimal. La prévention s'avère donc possible, facile même, mais s'applique au jour le jour, et ce, tant au niveau personnel, professionnel qu'organisationnel. Ainsi, la prévention d'une qualité de vie aussi bien physique, affective que spirituelle (au sens large) constitue la meilleure mesure préventive de l'aidant pour se protéger de l'effet potentiellement pervers de la compassion.



RÉFÉRENCES

1. Linley, A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(3), 385-403.
2. La fatigue d'être intervenant. *Équilibre, 1*(2), 1.
3. SCSLA. (2006). Fatigue compassionnelle : fiche d'information. 1-2.
4. Killian, K. (2008). Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. *Traumatology, 14*(2), 32-44.
5. Figley, C. R. & Nelson, T. (1989). Basic family therapy skills, I: *Conceptualization and initial findings. Journal of family therapy, 15*(4), 211-230.
6. Figley, C. R. (2002). Diagnosis and Treatment of Helper Stresses, Trauma, and Illnesses. Dans : Figley CR. *Treating compassion fatigue. Psychosocial stress series, 24*(1), p. 19. New-York: Brunner-Routledge.
7. Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (Eds.) (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton. Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss & Trauma, 12*(3), 259-80.
8. Munroe, J. F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rappoport, K., & Zimmering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model. In C. R. Figley (Ed.) *Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized, 209-231*. New York: Brunner/ Mazel.
9. Agence de santé publique du Canada. (2005). *Faire face aux événements stressants : comment prendre soin de soi comme intervenant*. Ottawa, 6 p.