

## GUIDE DE RÉPONSE POUR ÉCOUTANT



### A. Guidance générale

Que vous soyez de permanence pour recevoir les appels provenant de soignants ou de famille et patient atteints de COVI-19 les préconisations suivantes sont à respecter :

- Vous présenter
- Prendre le numéro de celui qui appelle pour pouvoir le rappeler si la communication coupe.
- Remplir la fiche de suivi pour pouvoir la renvoyer ensuite à la CUMP ou à l'organisme avec lequel vous êtes volontaire.
- Si vous êtes face à une situation particulièrement complexe, vous devez contacter le référent CUMP de permanence.

### B. Appels provenant de soignants

Nos soignants sont soumis à une charge de travail intense ainsi qu'à des situations où ils peuvent ressentir de nombreuses émotions impactantes : impuissance, injustice, sentiment de frustration voire de colère, tristesse, voir des situations où ils doivent faire des choix difficiles. Pour vous aider à les soutenir nous allons brièvement décrire les problèmes dont nos soignants peuvent souffrir.

#### **L'épuisement professionnel.**

L'épuisement professionnel, ou « Burnout », est un stress psychologique qui provient de la charge et de la complexité du travail. Il amène un sentiment personnel d'être surchargé, mal compris dans sa charge de travail et évolue habituellement graduellement vers un épuisement émotionnel. L'épuisement professionnel s'évalue souvent selon 3 critères<sup>1</sup> :

- (1) L'épuisement émotionnel
  - (2) La dépersonnalisation
  - (3) Le manque d'accomplissement personnel
- (1) Au fur et à mesure que le soignant s'épuise il ressent une fatigue non récupérable, il est donc en « dette » de sommeil et a l'impression que dormir ne suffit plus pour récupérer. Il se sent fatigué lorsqu'il se lève le matin et qu'il a à affronter une nouvelle journée de travail. Les solutions régénérantes de satisfaction habituelles ne sont plus efficaces. Le soignant se sent émotionnellement vidé, « à bout », frustré.
- (2) Ensuite le soignant sent qu'il s'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets. Il est devenue insensible aux patients, il peut se décrire comme « endurci émotionnellement ». Il commence à ne plus vraiment se soucier de

---

<sup>1</sup> MBI : Maslach Burnout Inventory

ce qui arrive à certains patients voire a l'impression que ses patients le rendent responsable de leurs problèmes.

- (3) Enfin le soignant n'arrive plus à comprendre ce que les patients ressentent. Il n'a plus l'impression d'avoir une influence positive sur les gens et pense qu'il ne s'occupe pas efficacement des problèmes des patients. Il ne se sent plus ressourcé à être proche de ses patients et sent que cela ne lui procure plus l'énergie qu'il en retirait auparavant. Le soignant ne pense plus que ce qu'il accomplit en vaut la peine.

L'usure de compassion étant relativement proche du Burnout, nous ne la décrivons pas en détail ici mais les critères sont (1) l'usure de compassion elle-même et (2) l'épuisement professionnel.

### **Le TSA (Trouble de Stress Aigu) et le TSPT (Trouble de Stress Post Traumatique)**

Le trouble de stress aigu du fait de la situation interférant avec l'épuisement est la deuxième chose dont peuvent souffrir les soignants. Le TSPT (Trouble de Stress Post-Traumatique) ne peut se diagnostiquer qu'après un délai d'un mois. Connaître les critères diagnostiques du TSPT peut vous aider pour savoir si le soignant qui vous appelle souffre plus d'un épuisement professionnel ou de troubles pouvant évoluer vers un stress post traumatique

- (1) Symptômes intrusifs : Flashback, cauchemars, idéations obsédantes
- (2) Symptômes d'évitement
- (3) Symptômes de modification de cognitions et d'humeur : croyances négatives sur soi, les autres, le monde, humeur pseudo dépressif, irritable, etc.
- (4) Symptômes de modification dans l'éveil et la réactivité : hyper-activation avec hypervigilance et état de « qui-vive » ou à l'inverse hypo-activation avec état de torpeur et de ralentissement psycho-moteur.

### **Le traumatisme vicariant**

Le traumatisme vicariant est défini comme la transformation dans l'expérience interne du thérapeute résultant de l'engagement empathique au patient<sup>2</sup>. Il amènera à mettre en résonance le vécu du patient avec le vécu du soignant. Le processus de traumatisation vicariante fonctionne donc par imprégnation et vient remplacer la vision du monde du thérapeute par celle du patient. En fait le soignant ressent l'intensité de la relation mais ne conserve plus sa capacité à penser dans le soin. Enfin, le traumatisme vicariant est souvent confondu avec le burnout. Le traumatisme vicariant se manifeste en réaction à l'engagement empathique vis-à-vis du patient, tandis que le Burnout est une réaction provenant de notre manière de vivre notre travail et à notre sentiment personnel vis-à-vis de ce dernier. L'autre grande différence est la survenue du trouble : le traumatisme vicariant débute habituellement subitement alors que le burnout se développe progressivement au fur et à mesure que le sujet s'épuise progressivement.

---

<sup>2</sup> Pearlman et Saakvitne (1995).

Traumatisme vicariant	Traumatisme secondaire	Burnout
Provient de l'engagement empathique au patient	Réaction traumatique face à une information spécifique donnée par le patient	Sentiment de surcharge venant du travail
Le thérapeute subit un changement négatif dans sa vision du monde et des autres, ainsi qu'un changement identitaire profond	Le thérapeute développe des symptômes de trouble de stress post-traumatique	Le thérapeute subit un épuisement professionnel, une dépersonnalisation et un accomplissement personnel amoindri
Début habituellement subitement	Début habituellement subitement	Évolue graduellement vers un épuisement émotionnel

### Que peut faire l'écouter ?

Face à des symptômes de Burnout, le premier enjeu est de rétablir le mécanisme de récupération. Cette fatigue non récupérable ne peut commencer à se récupérer qu'en activant des sentiments de satisfaction. Ainsi aider le soignant à se reconnecter à ses ressources pourra aider à ressentir un sentiment de satisfaction. Selon vos connaissances et vos formations, tout ce qui peut aider un collègue à se reconnecter à ses ressources sera une grande aide pour l'aider à commencer à récupérer petit à petit.

Face à des symptômes d'anxiété de stress voire de stress post-traumatique, la première intention sera de stabiliser l'état de stress du patient. Certains outils sont efficaces et selon vos compétences et formations vous pourrez utiliser ce que vous connaissez (cohérence cardiaque, respiration carrée, lieu sûr, auto-hypnose, etc.)

Par la suite des séances en visioconférences seront sûrement proposées, ce dispositif est en cours de mise en place.

### **C. Appel prévenant de familles et de patients extérieurs à l'hôpital**

Les familles et les patients qui vont appeler sont soumis à des situations stressantes et douloureuses : confinement, isolement, deuils, sentiment d'impuissance. Pour vous aider à les soutenir nous allons brièvement décrire les problèmes dont les familles et les patients peuvent souffrir.

## **Le TSA (Trouble de Stress Aigu) et le TSPT (Trouble de Stress Post Traumatique)**

Le trouble de stress aigu du fait de la situation interférant avec des fragilités préexistantes est la première chose dont peuvent souffrir les familles et les patients. Le TSPT (Trouble de Stress Post-Traumatique) ne peut se diagnostiquer qu'après un délai d'un mois. Connaître les critères diagnostiques du TSPT peut vous aider pour savoir si les personnes qui vous appellent souffrent plus de troubles pouvant évoluer vers un stress post traumatique ou de troubles relatifs au deuil.

- (1) Symptômes intrusifs : Flashback, cauchemars, idéations obsédantes
- (2) Symptômes d'évitement
- (3) Symptômes de modification de cognitions et d'humeur : croyances négatives sur soi, les autres, le monde, humeur pseudo dépressif, irritable, etc.
- (4) Symptômes de modification dans l'éveil et la réactivité : hyper-activation avec hypervigilance et état de « qui-vive » ou à l'inverse hypo-activation avec état de torpeur et de ralentissement psycho-moteur.

## Le Deuil

Le deuil est une réaction et un sentiment de tristesse éprouvée à la suite de la mort d'un proche et non une réaction pathologique. Souvent associé à la souffrance, le deuil est aussi considéré comme un processus nécessaire de délivrance. Dans les circonstances actuelles, certains deuils seront traumatiques, c'est-à-dire que ce sont les circonstances de la perte qui sont traumatiques. Les deuils traumatiques s'abordent de la même manière qu'un TSPT à exposition prolongé avec une approche centrée sur les circonstances particulières et exceptionnelles de cette perte. Une fois le deuil traumatique résolu c'est le véritable deuil qui prend place. Ainsi, une fois les émotions de stress post-traumatiques soulagées ce seront les émotions de profonde tristesse qui pourront émerger. Le deuil est un processus actif. L'individu en deuil peut sembler souffrir d'un état dépressif plus ou moins intense, mais un cheminement intérieur se fait. Dans un premier temps, il n'est donc pas simple de distinguer ce qui en est positif pour la personne.

Le cycle théorique du deuil est composé de cinq étapes :

- (1) Choc, déni: cette courte phase du deuil survient lorsqu'on apprend la perte. La personne refuse d'y croire. C'est une période plus ou moins intense où les émotions *semblent* pratiquement absentes.
- (2) Colère : phase caractérisée par un sentiment de colère face à la perte. La culpabilité peut s'installer dans certains cas. Période de questionnements.
- (3) Marchandage : phase faite de *négociations*, chantages...
- (4) Dépression : phase plus ou moins longue du processus de deuil qui est caractérisée par une grande tristesse, des remises en question, de la détresse. Les endeuillés dans cette phase ont parfois l'impression qu'ils ne termineront jamais leur deuil car ils ont vécu une grande gamme d'émotions et la tristesse est grande.
- (5) Acceptation : Dernière étape du deuil où l'endeuillé reprend du mieux. La réalité de la perte est beaucoup plus comprise et acceptée. L'endeuillé peut encore ressentir de la tristesse, mais il a retrouvé son plein fonctionnement. Il a aussi réorganisé sa vie en fonction de la perte.

Ces cinq phases peuvent être linéaires, mais il arrive souvent qu'un endeuillé puisse faire des retours en arrière avant de recommencer à avancer. Une bonne façon de traverser un deuil est de comprendre ce que l'on vit et de partager ses sentiments et émotions. Ces étapes ne se succèdent pas forcément.

## Que peut faire l'écouter ?

Face à des symptômes d'anxiété de stress voire de stress post-traumatique, la première intention sera de stabiliser l'état de stress du patient. Certains outils sont efficaces et selon vos compétences et formations vous pourrez utiliser ce que vous connaissez (cohérence cardiaque, respiration carrée, lieu sûr, auto-hypnose, etc.)

Un rappel valorisant à la position d'aide qu'il assume en acceptant les gestes « barrières » et les contraintes de vie qui le met en position de coopération à la prévention sanitaire pour lui, sa famille et les autres. Souligner la valeur de l'action de l'individu dans une cause à l'échelle d'un pays.

Face à des symptômes dépressifs, l'accueil inconditionnel et l'écoute sont les premières choses à faire. Le traitement chimique est codifié mais n'est pas une solution initiale.

Par la suite des séances en visuo-conférences seront sûrement proposées, ce dispositif est en cours de mise en place.