

Sur le front d'une guerre biologique.

La santé mentale du personnel hospitalier face au coronavirus

Evelyne Josse¹, avril 2020

Chargée de cours à l'Université de Lorraine (Metz)
Psychologue, psychothérapeute (EMDR, hypnose, thérapie brève), psychotraumatologue
www.resilience-psy.com

Table des matières

Introduction.....	3
Les facteurs de stress	3
Les exigences physiques.....	3
La tenue de protection	3
La charge de travail	4
L'état de santé.....	5
Les exigences émotionnelles.....	5
La peur de la contamination.....	5
L'adaptation à la situation.....	7
L'attitude de la population	8
Les pressions morales de l'entourage.....	9
La confrontation aux personnes en détresse.....	10
La confrontation à la mort.....	12
Les choix à poser	14
Les situations impliquant des enfants et des adolescents.....	15
Le stress.....	15
Les facteurs de stress et la personne stressée.....	15
Stress adaptatif et stress dépassé.....	15
La courbe de stress.....	16
Les différentes formes de stress	17
Le stress de base.....	17

¹ Evelyne Josse a travaillé pour Médecins Sans Frontières au Vietnam dans la lutte contre l'épidémie de SRAS (maladie provoquée par un coronavirus, le SRAS Cov) ainsi qu'en République Démocratique du Congo et en Guinée pour des épidémies Ébola.

Le flame-out	17
Le burn-in et le burn-out	17
Le burn-in	18
Le burn-out.....	18
Le stress post-traumatique	20
Le stress traumatique secondaire	21
Le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion	22
Le stress chronique.....	23
Le stress cumulatif.....	23
Les conséquences du stress	24
Les possibilités de récupération	24
Les signes d’alerte de stress dépassé	24
Les conséquences du stress chronique	25
L’état de stress post-traumatique	26
Les tests de stress professionnel.....	27
Le test de burnout et d’épuisement professionnel.....	27
Le Maslach Burnout Inventory	28
Le test d'usure de compassion (Tuc)	30
Articles de la série	33
Bibliographie.....	34

Introduction

Le stress est un phénomène naturel, normal et utile à la survie. Il libère l'énergie et procure la motivation nécessaire pour faire face aux situations difficiles et pour relever des défis. Les stress cumulatif et traumatique sont par contre potentiellement destructeurs.

Jour après jour, le personnel hospitalier² au contact des malades atteints par la COVID-19 est exposé à des situations stressantes, voire traumatiques. Il est confronté à un risque de contamination qui met possiblement sa vie en péril. Il vient en aide à des patients en détresse et éprouve souvent des émotions intenses en raison même du contexte de son travail. La surcharge de travail, la nécessité d'une adaptation rapide à de nouvelles tâches et procédures ainsi que le manque de matériel entraînent une souffrance plus fréquente et plus difficile encore à juguler. De plus, des difficultés personnelles peuvent se surajouter aux causes de stress professionnel, fragilisant l'équilibre émotionnel du soignant (conflits conjugaux, difficultés avec les enfants en confinement, préoccupation concernant la famille ou les amis, etc.).

Lorsque le stress négatif des équipes soignantes n'est pas reconnu, les risques sont multiples tant au niveau individuel que collectif. Une personne en stress dépassé peut souffrir de symptômes somatiques ainsi que d'une détresse psychique importante. Elle peut manifester des troubles du comportement suscitant ou exacerbant des conflits au sein de l'équipe, du couple ou de la famille. Son efficacité professionnelle se détériore progressivement hypothéquant potentiellement la qualité des soins apportés aux patients.

Cet article a pour but de faire prendre conscience des différents facteurs et formes de stress auxquels sont soumis les soignants ainsi que des répercussions possibles sur leur santé physique et mentale.

Les facteurs de stress

Les exigences physiques

La tenue de protection

Pour se prémunir d'une contamination par les fluides biologiques et les surfaces infectés, le personnel soignant en contact avec les malades et les dépouilles mortelles doivent porter une tenue couvrant complètement la peau et les muqueuses buccales et oculaires. Cet équipement personnel de protection est généralement composé d'une tenue chirurgicale, d'une combinaison intégrale, de deux paires de gants, d'une charlotte chirurgicale, de deux masques (un masque respiratoire du type FFP2³ et un masque chirurgical) et de lunettes-masque.

² Nous avons fait le choix de limiter cet article au personnel hospitalier en contact direct avec les malades atteints de la COVID-19. Nous sommes consciente que dans le cadre de leurs activités à domicile, de nombreux soignants risquent eux aussi d'entrer en contact avec des personnes infectées par le coronavirus. Sont également exposés à ce risque ceux qui travaillent en maison de repos ainsi que le personnel hospitalier hors du périmètre réservé aux malades suspects et confirmés SARS Cov2.

³ Les masques FFP2 aident à bloquer les gouttelettes, éclaboussures, vaporisations ou éclaboussures des particules susceptibles de contenir des germes, les empêchant d'atteindre la bouche et le nez. Les masques contribuent également à réduire l'exposition de la salive et des sécrétions respiratoires de celui qui le porte à d'autres personnes.

Physiquement, il peut être inconfortable de rester en tenue complète plus de quelques heures lorsque la température ambiante est élevée. Le corps transpire sous la combinaison, la respiration à travers le masque est inconfortable et fatigante et la vue est gênée par la condensation formée sur les lunettes. « *Les surblouses me grattent. Les lunettes me brûlent la peau à cause du produit qu'on utilise pour les désinfecter. La peau de mes mains desquame, sans parler des gerçures. Nous, on n'a pas encore de problème d'approvisionnement. On a droit à deux masques FFP2 par jour mais quand on le porte, on ne peut pas le toucher. Ça veut dire que pendant toute une demi-journée, on n'a pas le droit de manger ni de boire* » explique une infirmière ; « *Quand tu enlèves ton masque FFP2 le soir, ça fait mal, tu as le nez tout sec* » complète un autre ; « *On a reçu de nouveaux masques FFP2. Ils ont une odeur horrible. C'est vraiment dur* » ajoute un troisième ; « *Je ne supporte plus ces masques ! Ça me protège mais ça me déshydrate complètement* » renchérit une quatrième ; « *Au bout d'un certain temps, il y a de la buée sur les lunettes, ce n'est pas très agréable* » dit une autre ; « *Ces habillements et déshabillages, c'est très contraignant. Et le soir, quand je quitte l'hôpital, j'ai mal aux jambes, j'ai mal aux pieds, je suis exténuée, j'ai les marques du masque imprimées sur le visage* » conclut une cinquième.

Les procédures d'habillement et de déshabillage sont rigoureuses. Les soignants doivent mettre et retirer les différentes protections en exécutant des gestes précis suivant un ordre déterminé. Ôter la tenue souillée est une phase délicate. Commettre une erreur à ce stade peut conduire à l'exposition à des liquides biologiques ou à du matériel infecté et entraîner un risque de contamination.

La charge de travail

En début d'épidémie, selon les structures, la charge de travail peut constituer un facteur de stress mineur à modéré. L'épidémie surgit dans un contexte de manque chronique d'effectifs et de moyens, criant dans certains hôpitaux. De plus, certains agents hospitaliers craignant d'être contaminés, en raison de leur âge et/ou de facteurs de morbidité propres à leur état de santé, ont quitté leur poste et sont sous certificat médical. Dans certains hôpitaux, ce déficit en personnel est comblé par la mise à disposition des médecins et infirmiers travaillant avant la crise dans les départements aujourd'hui fermés.

Avec l'amplification de l'épidémie et l'afflux massif de patients, les soignants œuvrent de longues heures par jour et de nombreux jours d'affilée, souvent sans période de relâche. Lorsque des pics épidémiques sont atteints, la demande est tellement pressante que les équipes peinent à respecter des horaires de travail raisonnables et à prendre des jours de repos. « *On fait 12 heures par jour mais en réalité, on en reste 13. Au bout de la journée, je suis ne sais plus comment je m'appelle tellement je suis exténuée. Parfois, je n'ai même pas le temps de manger, ni même de m'asseoir cinq minutes. Il y a même des jours où je n'ai pas eu le temps de boire et d'aller aux toilettes.* » rapporte une infirmière.

La surcharge de travail altère la qualité des soins délivrés aux malades et la fatigue accroît le risque d'erreurs dans l'application des mesures de protection. « *Hier, j'étais tellement fatiguée que j'ai dû vérifier deux fois les médicaments. Je n'étais plus très sûre de ce que j'avais fait* » confirme une infirmière.

Au fil du temps, certains soignants s'effondrent d'épuisement, d'autres tombent malades de la COVID-19, ou sont écartés par précaution et d'autres encore, anxieux ou harassés, demandent leur transfert vers un autre service de l'hôpital. L'effectif des hôpitaux s'en trouve réduit et les agents actifs aux urgences et en réanimation souffrent d'une charge de travail accrue.

Lorsque le nombre d'admissions s'intensifient sur une longue période, le personnel se démoralise. Sans perspective d'un ralentissement de l'épidémie et de l'amélioration de leur charge de travail, après quelques semaines, ils se découragent progressivement. Dans une situation adverse, pouvoir anticiper un avenir meilleur est indispensable à tout être humain. « *On ne sait pas où on en est, on ne sait pas si le pire*

est à venir, on ne sait pas s'il est derrière, on ne sait pas combien de temps ça va durer. On n'a aucune idée du nombre de personnes contaminées. On ne sait rien. On est tout à fait perdu » s'exclame un médecin espagnol ; « On ne sait pas où on va. C'est ce côté inconnu qui stresse » confirme son homologue française. Si elle est espérée avec force, la fin de l'épidémie ne sonne pas pour autant un allègement de la charge de travail. « Personnellement, je ne vis pas très bien tout ça. Hâte que ça se termine ! Mais on en est très loin !!! Parce que pour nous, l'épidémie va durer longtemps. Même quand le pic épidémique sera passé, on va avoir longtemps des patients COVID à l'hôpital. Et ensuite, il faudra rattraper tout le retard des hospitalisations annulées... » déplore une infirmière.

L'état de santé

En raison du manque de personnel, les soignants se rendent au travail même lorsque leur état de santé devrait les en tenir écartés. C'est donc malade que certains assument leurs responsabilités. Par exemple, aides-soignants, infirmiers et médecins atteints par le coronavirus ne sont pas écartés s'ils ne souffrent que de symptômes mineurs sans température. En cas de fièvre, ils sont mis en arrêt de travail le temps que la température se normalise et sont invités à reprendre leur poste avant leur rétablissement complet. « Normalement, quand on a la COVID, on a quinze jours d'éviction mais à l'hôpital, on ne peut pas se le permettre. Donc, on doit revenir dès qu'on tient sur ses deux pieds » témoigne une infirmière.

Les exigences émotionnelles

La peur de la contamination

La peur pour soi

Lorsqu'on évoque le coronavirus, le premier facteur de stress qui vient à l'esprit est sans nul doute la crainte de contracter le virus.

Les agents hospitaliers sont confrontés aux malades et aux dépouilles de patients décédés des suites du SARS Cov2. Ils sont donc indubitablement exposés au risque de contagion. Actuellement, ce risque est difficilement évaluable. Le 14 février 2020, l'OMS a annoncé que la Covid-19 a affecté 1716 professionnels de santé en Chine. D'après cette source, la majorité d'entre eux se seraient infectés en dehors de la sphère du travail (Pandelé, 2020). Le 24 mars 2020, alors que l'épidémie n'en est qu'à ses débuts, 628 agents des hôpitaux de l'Île de France⁴ (BFM.TV, 2020) étaient atteints par le virus. Selon le directeur général de l'AP-HP, une proportion importante d'entre eux l'aurait contracté en dehors de l'hôpital. Le lendemain, le 25 mars, un médecin responsable de l'hôpital de Jolimont en Belgique déclarait que 10% du personnel soignant du service des urgences étaient contaminés par le coronavirus (RTBF, 2020).

La crainte d'être infecté qu'éprouvent les soignants face à une maladie contagieuse et mortelle est vitale car elle leur permet de rester vigilants et de continuer à respecter les protocoles de protection. Cette peur est minime si les barrières de protection sont efficaces. Dans ce cas, ils connaissent les zones et les situations de danger et exercent un contrôle garantissant, du moins en grande partie, leur propre sécurité. En raison du manque de matériel, les soignants ne peuvent respecter les recommandations prescrites pour se prémunir d'un contact direct avec les fluides infectés. Par exemple, dans certains hôpitaux, la pénurie masques faciaux filtrant de type FFP2 oblige les infirmiers à les utiliser plusieurs jours d'affilée. Or, leur durée de protection n'excède pas trois à huit heures et une fois enlevé, ils ne doivent pas être réutilisés.

⁴ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris L'AP-HP est le CHU d'Île-de-France. Ses 39 hôpitaux accueillent chaque année 8,3 millions de patients.

Des aides-soignants sont forcés de débarrasser les plateaux des repas des malades sans masque ni gants. Sans mesures de protection fiables, le danger est imprévisible et incontrôlable et les soignants sentent leur vie menacée. « *Si je dois porter un masque trois jours, je ne vais plus au boulot* » dit une infirmière.

Si la procédure de déshabillage de la tenue personnelle de protection n'est pas suivie scrupuleusement, les soignants peuvent s'autocontaminer. Ils peuvent craindre de commettre une erreur dans un moment d'inattention. En effet, la fatigue altère les capacités de concentration et dans ce contexte, toute distraction peut entraîner des conséquences néfastes. « *Une fois, j'ai failli oublier de mettre mes lunettes de protection en entrant dans la chambre. C'est flippant de se dire qu'on n'est pas à l'abri de faire une erreur qui pourrait faire que je sois la prochaine dans un lit aux soins intensif* » témoigne une infirmière.

La fatigue aidant, les soignants peuvent éprouver de légers malaises, souffrir d'une migraine ou avoir l'impression d'être fiévreux. Ces symptômes anodins, banals dans un autre contexte, peuvent évoquer les premiers signes de la maladie COVID-19. Les soignants risquent alors d'être victimes de leur imagination et de se raconter des films-catastrophe. D'autres peuvent souffrir d'une simple fièvre ou d'une toux bénigne et interpréter à tort ces symptômes comme une infection par le virus SARS-Cov2. L'inquiétude pousse nombre d'entre eux à vérifier quotidiennement leur température, parfois à de multiples reprises, et quelques-uns s'auto-administrent des médicaments à titre préventif⁵. « *Le médecin, chez nous, il a la trouille. D'ailleurs, je sais qu'il prend du Plaquénil⁶ en prophylaxie* » rapporte une infirmière.

Dans certains cas, la suspicion de contamination est malheureusement fondée. S'ils toussent et présentent de la fièvre, les soignants sont soumis au test de dépistage. Actuellement, pour lutter contre l'engorgement des laboratoires d'analyses, ils ne sont pas testés systématiquement s'ils ne souffrent que de symptômes mineurs⁷. Lorsqu'ils présentent de la température et de la toux, qu'ils soient confirmés ou suspects, ils sont dans l'expectative anxieuse de l'évolution de leur état clinique dont ils redoutent une dégradation brusque. « *Ce qui est flippant, c'est la vitesse à laquelle tu peux te dégrader. Un de mes collègues travaillait le matin, il n'était pas très bien mais ça allait et l'après-midi, il était sous respirateur* » témoigne une infirmière ; « *C'est hyper sournois ce corona. Un monsieur, on était prêt à le faire sortir et une heure après, il était sous oxygène* » s'exclame une autre ; « *C'est impressionnant, un patient est arrivé seul à l'hôpital à pied et quelques heures après, on a dû le mettre sous respirateur* » livre une troisième. Une psychologue hospitalière non testée ne dit pas autre chose : « *On ne m'a pas testée. J'ai les signes du coronavirus mais je ne sais pas si c'est ça ou autre chose. Alors, je ne peux rien faire d'autre que d'attendre de voir comment ça évolue. Hier soir, j'ai senti une oppression dans la poitrine que je n'ai jamais éprouvée auparavant dans ma vie. Je vis seule et j'ai peur que mon état se dégrade subitement. C'est vraiment angoissant la vitesse à laquelle ça peut se dégrader... J'ai mis un plan en place avec le voisin au cas où je me sentirais mal tout d'un coup.* ». Malgré leur état de santé, les personnes écartées s'inquiètent de leurs collègues. « *Je me sens coupable. Je sais que je suis malade et que ça n'a pas de sens mais c'est comme si je les abandonnais* » dit l'une d'elles.

La santé de tous dépend de la vigilance de chacun à respecter les protocoles de protection au sein de l'hôpital. Il est nécessaire de faire totalement confiance aux autres membres de l'équipe par rapport au sérieux que chacun accorde à sa propre protection (procédure d'habillage et de déshabillage, ne rien

⁵ Notons qu'à ce jour, aucun médicament n'a apporté la preuve formelle de son efficacité dans le traitement ou la prévention de la maladie COVID-19.

⁶ Plaquénil est le nom commercial de l'hydroxychloroquine indiquée dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et du lupus érythémateux. L'Union européenne a lancé un essai clinique à grande échelle dans plusieurs pays européens. L'hydroxychloroquine est l'un des traitements testés actuellement dans le cadre de cet essai baptisé « Discovery ».

⁷ Et nous, l'avons vu, afin d'éviter le sous-effectif des équipes, ils ne sont pas automatiquement écartés de leur travail.

toucher, se rincer les mains à l'alcool, respect des procédures de passages entre les différentes zones-propres et contaminées de l'unité, etc.). « Une de mes collègues est sortie d'une chambre avec ses gants et elle est arrivée comme ça au bureau. Et après, tu t'étonnes qu'il y a des membres du personnel qui sont infectés ! » s'indigne une infirmière ; « Une infirmière est arrivée à la réunion. En enlevant son masque, elle l'a touché un peu sur le devant. Une autre a bondi de sa chaise en lui disant de se désinfecter tout de suite les mains. Ça a donné lieu à une petite altercation entre elles » rapporte une autre.

La peur pour les collègues

La santé de tous dépend de la santé de chacun. Aussi, les membres du personnel s'inquiètent-ils pour eux-mêmes mais également pour leurs collègues. « Quand tu éternues, tu sens tout de suite le stress de tes collègues » témoigne une infirmière ; « J'avais mangé n'importe quoi la veille et j'avais une indigestion. Je me connais, je savais bien que c'était à cause de ce que j'avais mangé le dimanche mais tout de suite mes collègues m'ont dit : « Rentre chez toi » » raconte une autre.

La peur pour les proches

La crainte d'infecter ses proches au retour au domicile est prégnante pour de nombreux soignants vivant en famille. « On peut être porteurs sains et transmettre le virus sans le savoir. Comme on travaille avec les malades, on a plus de risque que les autres d'être contaminés. Alors, je prends beaucoup de précautions. Je n'embrasse plus mes enfants. Je ne voudrais pas qu'il leur arrive quelque chose » déclare une infirmière ; « Je fais chambre à part avec mon mari » confie une autre ; « Oui, j'ai peur. Je me douche avant de quitter l'hôpital et quand j'arrive chez moi, je me déshabille complètement et je mets d'autres vêtements et je laisse mes chaussures dehors » dit une troisième ; « Mon conjoint a ses enfants en garde alternée mais depuis que je travaille avec les patients COVID, il ne les prend plus. Si ça dure, ça va être compliqué » rapporte une quatrième.

La peur pour les patients

Lorsqu'une unité hospitalière accueille des malades de la COVID-19 et des patients souffrant de pathologies autres, les soignants craignent d'infecter les malades séronégatifs pour le coronavirus. « Ce monsieur était hospitalisé depuis plusieurs semaines. Les visites sont interdites depuis deux semaines. Ça fait deux semaines qu'il n'a pas eu de visite. Donc, s'il est malade, c'est à cause de nous. C'est nous, nous les soignants qui sommes responsables » se culpabilise une infirmière au nom de tous ses collègues.

L'adaptation à la situation

Pour répondre à l'urgence, des agents hospitaliers en vacances ont été rappelés et les demandes de congés, suspendues. « On doit faire le deuil de nos vacances. Ça parle beaucoup de ça entre collègues parce qu'on attendait le printemps pour pouvoir prendre nos vacances. C'est un contexte difficile. C'était déjà difficile avant. Il y avait « le mardi des blouses blanches »⁸ pour dénoncer nos conditions de travail. On courait déjà tout le temps. Et puis, maintenant, il y a cette épidémie. Tout le monde court tout le temps mais il ne faut pas qu'on lâche » explique une infirmière.

Des consultations et des salles d'opération ont fermé ou ont restreint leurs activités et des lits ont été libérés, le plus souvent en service de maladies infectieuses ou en médecine interne. Le personnel ainsi

⁸ Actions menées tous les mardis par le personnel d'hôpitaux bruxellois et wallons pour dénoncer leurs conditions de travail (port d'un brassard noir ou de slogans barrés dans le dos, arrêts de travail, banderoles dans les halls d'entrée des structures hospitalières, etc.).

dégagé a été mis à disposition des services accueillant les malades COVID-19 suspects et confirmés. Les soignants doivent apprendre à travailler ensemble. « *Je venais d'un autre service où on s'entendait tous très bien. J'avais des craintes d'arriver dans ce service. Deux équipes qui ne se connaissent pas et qui doivent travailler ensemble, ça prend un temps d'adaptation. Mais finalement, il y a beaucoup de solidarité* » témoigne un soignant. Certains agents déplacés doivent s'acquitter de tâches qui ne leurs sont pas familières. « *On doit s'adapter à des situations qui ne nous sont pas habituelles. On fait des tâches qui ne sont pas nos tâches habituelles. Tu as des pneumologues qui ne font que de la consultation et qui se retrouvent à gérer une salle. Heureusement, personne ne dit : « Ça, je ne fais pas, ce n'est pas mon boulot ». Tout le monde s'entraide* » dit une infirmière ; « *On a des infirmiers qui viennent de pneumologie et qui n'ont jamais travaillé en réanimation. On doit leur expliquer comment fonctionne le service, on doit les former mais c'est une charge supplémentaire importante pour nous, dans ce contexte où on est déjà surchargé* » continue une deuxième ; « *On a une infirmière dans le service, elle ne faisait que des consultations pour la douleur. Elle est très stressée parce que maintenant, elle doit faire des soins techniques complexes. Il y a des infirmiers qui viennent des blocs opératoires et qui n'ont plus fait de soins depuis des années. Les médecins qui gèrent la salle, ce sont des médecins généralistes qui travaillaient en libéral. On doit tous s'adapter à des choses qui n'étaient pas notre quotidien* » confirme une autre. D'autres endossent des responsabilités pour lesquelles ils ne sont pas formés. « *Ici, en Espagne, on en est arrivé à une telle pénurie de personnel que des auxiliaires posent des actes infirmiers. Pour te donner un exemple, des étudiants infirmiers en dernière année font des actes infirmiers. Tu imagines leur stress ? Ce sont des responsabilités qui ne sont pas les siennes. Ça soulève des tas de questions éthiques, juridiques, etc.* » illustre un médecin hispanique.

Confrontés à une situation sans précédent, les hôpitaux ajustent sans cesse leurs dispositifs et protocoles en fonction de l'évolution épidémiologique et du matériel disponible. « *Les règles changent tout le temps. Les règles d'hygiène, par exemple. Tous les jours, tu as un nouveau papier avec les nouvelles règles. Pour les masques, par exemple, qui doit porter quel type de masque, ça change tout le temps en fonction du stock disponible. Chaque jour, on doit s'adapter* ».

L'attitude de la population

La négligence à se conformer aux règles de confinement

La négligence de la population à se conformer aux prescriptions préventives génère chez les soignants de la colère, des sentiments d'impuissance, de la frustration, l'impression de fournir des efforts inutiles, de mener des actions vaines et d'accomplir un travail inefficace à endiguer l'épidémie. Certes, les mesures préventives de santé publique se heurtent aux habitudes mais les respecter est indispensable à la sécurité collective. « *Tu sors de l'hôpital, tu es crevé de ta journée et tu vois un groupe de jeunes qui se marrent, qui s'embrassent. Alors, je ne sais pas, soit ils sont vraiment cons, soit ils ne réalisent pas très bien. Mais en tout cas, tu te demandes vraiment si tout le boulot que tu fais sert vraiment à quelque chose. Ici, dans le service, on en parle souvent entre nous. Ça nous fait râler de voir ça* » relate une infirmière.

L'appel à la grève dans différents secteurs

Dans la fonction publique et la grande distribution, les syndicats appellent à la grève pour dénoncer le manque de protections sanitaires. Ces appels scandalisent les soignants et heurtent leur sens du devoir. « *Quand tu entends que les caissiers⁹ veulent faire grève alors qu'ils reçoivent déjà une prime, des tickets repas supplémentaires car ils n'ont pas de masques ni de gants... Tu te dis que nous sommes vraiment*

⁹ Suite au décès d'une caissière de la grande distribution, les syndicats menacent d'appeler à la grève.

« gentils »... Nous, on bosse sans compter nos heures, sans matériel fiable, ah si ! on aura bientôt des masques Decathlon qu'on a trouvé nous-mêmes et on a reçu les invendus de la cafétéria... Bref, j'espère qu'après cette crise qui a déjà contaminé de nombreux collègues, on réévaluera nos conditions de travail car nous, on ne peut même pas faire grève car on a une conscience et on soigne les gens... » s'irritent une infirmière.

La stigmatisation

Du fait de leurs contacts directs avec les malades de la COVID-19, des soignants sont parfois victimes de stigmatisation et de rejet de la part de leurs concitoyens. Des lettres anonymes déposées dans la boîte aux lettres, des billets déposés sur les parebrises, des interjections lancées depuis un balcon, des portes qui claquent brusquement à leur passage dans les couloirs des immeubles à appartements, les attitudes malveillantes à l'égard des agents hospitaliers se multiplient au fur et à mesure que l'épidémie prend de l'ampleur. « Bonjour madame, en sachant votre profession, est-il possible de ne pas toucher les portes des parties communes ? Et peut-être pour ces prochains jours, d'essayer de loger ailleurs ? » voilà le message anonyme qu'a reçu l'un d'entre eux (franceinfo, 2020). « C'est complètement schizophrène, d'un côté, il y a les gens qui nous applaudissent une minute tous les soirs et à côté de ça, ils te considèrent comme une pestiférée. Et ça ne m'étonnerait pas que ce soit les mêmes... On est soi-disant des héros mais ils ne veulent pas de nous chez eux » s'irrite une infirmière ; « Ici, en Espagne, tu sens la tension. Ce n'est pas seulement qu'ils gardent la distance quand tu les croises dans le couloir, non, ils ferment les portes, ils ne sortent pas quand tu es là. Hier, on a été sur notre balcon, et tout de suite le voisin nous a interpellé » renchérit un médecin espagnol.

Les marques de soutien

A contrario de ces attitudes adverses, les citoyens redoublent d'attentions solidaires, pratiques et symboliques : applaudissements quotidiens depuis les fenêtres et les balcons à 20 heures tapantes, repas livrés gratuitement par les restaurants, matériel informatique fourni gracieusement par des firmes de télécommunication pour permettre aux patients de rester en contact avec leurs familles, friandises offertes par les collègues d'autres départements de l'hôpital, messages de soutien des amis et connaissances, etc. « Ces applaudissements, ça fait vraiment du bien. Ça nous fait vraiment plaisir » reconnaît une infirmière ; « C'est très touchant. Chaque fois que je reçois un message, j'ai ma petite larme à l'œil » s'émeut une autre ; « On a vu ces trois grandes boîtes. On se demandait ce que c'était. C'était des pizzas ! Et il y avait un petit mot écrit dessus : « Merci pour ce que vous faites ». On était vraiment super contentes ! Ça nous a fait vraiment plaisir » renchérit une troisième.

Malgré les risques encourus et la pénibilité du travail, le sentiment positif de contribuer à lutter contre l'épidémie, et surtout, d'apporter une aide précieuse aux malades motivent également les soignants à continuer à poursuivre leur action.

Les pressions morales de l'entourage

Le partenaire, la famille et les amis proches peuvent craindre la contamination par le SARS Cov2 pour l'agent hospitalier et s'ils vivent sous le même toit, pour eux-mêmes. Certains exercent une pression, volontaire ou non, pour que le soignant cesse de travailler auprès des malades COVID-19. « Je ne mange plus et je ne dors plus depuis que tu travailles avec les malades du coronavirus. Si tu continues, je vais mourir » se plaint une mère âgée à sa fille infirmière ; « Maman, ne vas pas à l'hôpital. Tu vas attraper le coronavirus et tu vas le donner à papa. Vous allez mourir tous les deux et nous, on n'aura plus de parents » s'inquiète la fillette d'une infirmière ; « Ma famille s'inquiète évidemment. Ils me disent : « Tu es sûre que

tu veux aller travailler ? Tu ne te mettrais pas sous certificat médical ? » *mais en même temps, ils me connaissent, ils savent bien que je veux aller travailler* » livre une troisième ; « *Un de mes amis m'a même proposé un salaire pour que j'arrête de travailler* » s'amuse une quatrième.

Nombre de soignants éprouvent des sentiments de culpabilité d'ainsi plonger leurs proches dans l'angoisse.

La confrontation aux personnes en détresse

La maladie à virus SARS Cov2 expose les soignants à des personnes en grande détresse : des malades terrifiés à l'idée de mourir, en souffrance d'être coupés de leur famille, attristés de laisser leurs enfants et leur conjoint derrière eux après leur mort, des familles inquiètes pour leur proche hospitalisé et d'autres plongées dans les affres du deuil. Ces situations leur font éprouver des émotions intenses.

Les patients en détresse

Vêtus étrangement d'une combinaison de protection, le visage masqué par une cagoule de protection, il n'est pas aisé pour les intervenants d'établir un contact rassurant avec des malades qui ne peuvent les identifier. « *Avec le masque, les lunettes, la charlotte, c'est angoissant pour les gens de nous voir entrer comme ça* » confirme une infirmière.

Le port du masque peut entraver considérablement la communication avec les personnes qui souffrent d'un problème d'audition. « *Avec notre masque, les personnes âgées ont parfois du mal à nous comprendre parce que ça assourdit notre voix* » dit une infirmière ; « *On a eu une malade sourde et muette. D'habitude, elle lit sur les lèvres mais avec nos masques, elle ne peut pas. Ce sont des situations vraiment très difficile* » rapporte une autre.

Lorsque leur état de santé se dégrade, les patients éprouvent des difficultés à parler mais, dit une infirmière « *Ils n'ont plus la force de parler mais tu vois la peur dans leurs yeux* ».

En raison de leurs craintes du virus, les soignants peuvent éprouver des difficultés à établir une relation chaleureuse. « *Les infirmières, quand elles rentrent dans la chambre des patients, la première chose qu'elles disent, c'est : « Mettez votre masque », sans même leur dire bonjour ni dire leur nom. Un patient s'est d'ailleurs plaint. Il a dit à une infirmière qu'il se sentait infantilisé. « Vous me l'avez déjà dit je ne sais combien de fois, je ne suis pas idiot, je sais bien que je dois mettre mon masque quand vous entrez ». C'est vraiment important à chaque fois qu'on rentre qu'on leur dise qui on est* » rapporte une psychologue.

Les conditions de travail ne permettent pas aux soignants de manifester leur soutien aux malades comme ils le souhaiteraient. Une infirmière nous livre un témoignage poignant : « *On n'a pas le temps. Ils sont tout seuls. Quand on rentre dans une chambre, comme on doit mettre la protection complète, pour éviter de gaspiller du matériel et pour éviter de perdre du temps, on fait tout ce qu'on doit pour ne pas devoir y retourner. Quand ils sont un peu valides, on leur demande même de faire leur lit tout seul et de débarrasser leur plateau repas. Je n'avais jamais demandé avant à un patient de faire son lit ou de débarrasser son plateau... On voudrait pouvoir rester plus auprès d'eux, parfois ne serait-ce que prendre le temps de leur donner un verre d'eau. Une dame avait des problèmes avec son téléphone et avec sa télévision et c'était vraiment important pour elle mais on n'avait pas le temps de l'aider. Heureusement, comme elle n'allait pas bien, la psy a été la voir et elle a pu tout arranger. Une dame âgée voulait faire son testament mais c'est compliqué. Les notaires ne veulent pas venir. Et je comprends bien que quand tu sais que tu vas mourir, tu as envie de régler tes papiers... J'ai horreur de partir le soir et de me dire que je n'ai pas pu faire tout ce j'avais à faire d'un point de vue humain. Dans la journée, on est tellement dans le feu de l'action qu'on ne se*

pose pas trop de questions mais le soir, j'ai le contrecoup. Hier, je suis arrivée à la maison. Mon mari m'attendait avec impatience. Il est tout seul toute la journée en télétravail. Je n'avais pas envie de lui parler. Ça a mis de la tension parce qu'il me disait : « Je vois bien que tu vas mal et tu ne veux pas me parler ». Je voulais rester dans ma bulle, j'ai passé toute la soirée à pleurer mais à ne pas pouvoir lui parler ».

Les soignants peuvent être mis en difficulté face aux patients en détresse psychologique, ne sachant que dire ou que faire lorsqu'ils expriment leurs angoisses. « *C'est difficile. Les gens sont tous seuls. Ils n'ont pas le droit à des visites. Ils n'ont que nous... et nous, on n'a pas le temps. Une dame me disait : « J'ai 80 ans, je sais que je vais mourir parce que les vieux meurent ». Les gens ont peur et tu ne peux pas leur dire : « Mais non, ça va aller ! ». Ils regardent la télévision toute la journée, et à la télé, on ne parle que de ça, que les personnes âgées meurent. Ils sont bien au courant... On ne peut pas leur dire qu'ils ne vont pas mourir. Qu'est-ce tu veux qu'on leur dise ? On a des patients qui s'en sortent mais ils ne vont pas bien quand ils sortent des soins intensifs. Par exemple, il y avait un monsieur de 63 ans, très sportif, en bonne santé, il s'en est sorti, on a pu le désintuber mais il ne va vraiment pas bien psychologiquement. Il a frôlé la mort et nous, on n'a que trois minutes à leur consacrer »* raconte une infirmière ; « *Un homme de 43 ans m'a dit : « J'ai un mauvais pressentiment, je sens que je vais mourir ». Je n'ai pas l'habitude de ce genre de situation. Je ne savais pas trop quoi répondre »* avoue un autre soignant. « *Une maman m'a dit : « Je ne veux pas mourir. Qu'est-ce que mes enfants feraient sans moi ? ». Je me mets à sa place... »* livre sa collègue ; « *Les patients demandent parfois : « Est-ce que je vais mourir ? ». J'ai juste envie de fuir mais je ne peux pas, alors j'essaie de les rassurer. Mais c'est vraiment une des questions qui me met le plus mal à l'aise. »* avoue une troisième ; « *C'est difficile quand les patients pleurent parce qu'ils ont peur de mourir. Je pense à leur trouille et je pense à leur famille, à leurs enfants, à leur femme, à leur mari, à leurs parents. On a eu dans le service, un jeune monsieur de 30 ans dont la femme était enceinte, un autre qui venait de se marier...»* témoigne une quatrième ; « *J'ai choisi le métier d'infirmière pour soigner des malades, pas pour leur annoncer qu'ils vont mourir, enfin, je ne leur dis pas évidemment mais quand ils me demandent s'ils vont mourir, je ne peux pas leur dire que non, et pourtant, c'est la chose que je voudrais le plus, c'est pouvoir leur dire : « Mais non, évidemment que non, vous allez vous en sortir ! »* » explique une cinquième.

La situation peut revêtir une signification particulière pour une personne à un moment de son histoire. On nomme vulnérabilité de résonance cette résonance empathique aux patients. « *Certains ont à peu près le même âge que moi. Ça pourrait être moi... Parfois, tu te retrouves en face de patients qui ont l'âge d'un de tes parents ou de tes grands-parents... Je ne peux pas m'empêcher de penser à ça. »* dit une infirmière ; « *Cette petite dame, elle me faisait penser à ma grand-mère. Elle était toute perdue. Ça m'a émue. Et puis, j'ai pris une grande respiration et je me suis concentrée sur ce que j'avais à faire pour ne pas penser à ça. »* raconte une autre.

Lorsque l'oxygénation par un masque ou une sonde ne suffit plus à pallier la détresse respiratoire, le patient est mis en coma artificiel, intubé et relié à un respirateur artificiel dont le rôle est de l'oxygéner et de rouvrir les poumons. Les soignants doivent annoncer au malade qu'il va être endormi, qu'un tuyau va être placé dans sa bouche et qu'une machine va respirer pour lui. « *Quand on annonce ça, les patients sont très angoissés. On voit la peur dans leurs yeux. Ils demandent s'ils vont mourir. On essaie de rassurer comme on peut alors qu'on sait bien que la plupart d'entre eux ne reviendront pas. Ce sont des moments difficiles »* confie une infirmière.

L'impossibilité d'administrer des médications curatives peut engendrer chez les soignants des sentiments d'impuissance et d'échec, de la frustration et de la colère. L'ampleur de l'épidémie et la lenteur de la réponse des autorités à fournir des réponses efficaces, notamment en termes d'approvisionnement de matériel, contribuent à renforcer ces sentiments.

Les familles des patients

Outre la souffrance des patients, les soignants doivent également répondre aux besoins des familles des malades qui les contactent par téléphone. Ils peuvent être embarrassés quant au choix des informations pertinentes à leur délivrer. « *Normalement, les infirmières ne doivent pas trop donner d'informations aux familles mais les médecins sont souvent trop occupés et donc, on en donne quand même mais c'est compliqué parce qu'on ne sait pas toujours ce que la famille sait et ce qu'elle ne sait pas* » témoigne une infirmière.

Accueillir les angoisses et la douleur des familles représente un poids émotionnel pour les médecins et les infirmiers. « *Les familles demandent parfois : « Il va mourir ? » Qu'est-ce qu'on peut répondre ? On ne sait pas mais on fait tout pour qu'il s'en sorte, madame, monsieur, c'est ça que je dis mais je me sens super mal quand on me pose cette question. Je sais qu'il a peu de chance de s'en sortir mais je ne peux pas dire ça comme ça... »* raconte une infirmière. « *Ils (les proches) sont parfois énervés parce qu'ils essaient parfois longtemps de nous téléphoner avant de pouvoir nous toucher. Je comprends qu'ils soient énervés. Je me mets à leur place mais on est tellement occupées... Alors, quand ils s'énervent, on reste calmes et on leur explique. Souvent, ils comprennent, et c'est eux qui s'excusent. Et c'est pas ça non plus que je veux, ils n'ont pas à s'excuser, c'est terrible ce qu'ils vivent... »* dit une autre.

Le contact avec les familles implique également un surcroît de travail. « *Beaucoup de familles appellent deux-trois fois par jour. Certains malades sont trop faibles pour répondre au téléphone. Alors, la famille nous appelle. Mais parfois, même quand ils peuvent parler au malade, ils nous téléphonent pour avoir des nouvelles. Une dame m'a téléphoné, c'était la troisième fois de la journée, or son père peut répondre, alors je lui ai demandé : « Vous n'avez pas eu votre père au téléphone ? »*, elle m'a répondu : « Si, si, mais je n'ai pas confiance dans ce qu'il dit, il raconte n'importe quoi ». *C'est légitime, ils s'inquiètent mais pour nous, c'est chronophage* » témoigne une infirmière.

L'incompréhension des proches des patients peut compliquer la relation avec le personnel de santé. « *Il y a des proches qui ne comprennent pas certaines choses et ça peut provoquer des tensions, par exemple, lorsqu'un frotti est négatif mais que les images de scanner sont hautement suspectes de coronavirus¹⁰. Ça leur semble contradictoire et la famille a l'impression qu'on leur raconte n'importe quoi et tu sens qu'elles n'ont pas confiance* » dit une psychologue ; « *Le monsieur n'allait pas si mal le soir mais il s'est dégradé extrêmement vite pendant la nuit. C'est un truc qui m'a vraiment surpris, c'est la vitesse à laquelle les gens peuvent se dégrader et partir. En une heure, ils peuvent partir, c'est vraiment impressionnant. La famille ne comprenait pas, la fille disait : « Mais pourtant, vous nous avez dit hier soir qu'il allait bien ! ». Elle ne comprenait pas... »*

La confrontation à la mort

Le décès des patients

C'est aux médecins qu'échoit la pénible tâche d'aviser l'entourage du décès d'un patient. Ils peuvent se sentir démunis pour accomplir la mission d'annoncer des mauvaises nouvelles, surtout lorsqu'ils sont fatigués et qu'ils manquent de temps ou s'ils ont peu d'expérience des épidémies mortelles. Pour nombre

¹⁰ Il n'est pas rare qu'un scanner révèle des signes de la COVID-19 alors que le test nasal s'est révélé négatif. Le prélèvement nasal est effectué à l'aide d'un écouvillon, une sorte de long coton-tige, dans le fond du nez. Les prélèvements dans la trachée et dans les bronches sont plus fiables que le frotti nasal mais la tomographie thoracique est sans conteste le meilleur outil de dépistage du COVID-19.

d'entre eux, accueillir les émotions de la famille est source d'anxiété, de tension, de nervosité et de tristesse.

Bien malgré eux, l'annonce des décès concerne également les infirmiers. « *La femme du patient a téléphoné et c'est moi qui l'ai eu au téléphone. Elle m'a demandé comment il allait. Son mari était mort deux heures avant et je pensais que le médecin lui avait téléphoné. En fait, le médecin avait répondu aux urgences et il n'avait pas encore eu le temps de le faire. Je ne savais pas ce que je devais dire. Il y avait une réanimation à côté et le médecin n'était pas disponible. Alors, il a bien fallu que je lui dise. Il y a d'abord eu un silence, un silence de mort comme on dit. Je lui ai laissé le temps d'encaisser la nouvelle. Ce silence, ça n'a pas duré longtemps mais ça m'a paru une éternité. Je me sentais super mal. Et puis, je l'ai entendu fondre en larmes* » raconte une infirmière.

Lorsqu'un patient vit ses dernières heures, la famille en est avertie pour qu'elle puisse être présente au moment du décès mais la rapidité de la dégradation de l'état clinique n'en offre pas systématiquement l'opportunité. « *Le médecin devait prévenir la famille mais le patient s'est dégradé tellement rapidement qu'il n'a pas eu le temps de le faire. En plus, il y avait des urgences et il courait partout. Et le médecin maintenant se culpabilise. Il est mal avec ça* » rapporte une infirmière.

Plus l'épidémie s'intensifie et plus le nombre de décès augmente. Cette confrontation répétée à la mort des patients a un impact important sur la santé mentale des soignants.

Les conditions entourant la fin de vie contribuent à alourdir le poids émotionnel porté par les médecins et les infirmiers. « *Ce qui m'a le plus choqué, c'est le protocole pour les décès. Les patients meurent seuls. La famille ne peut même pas voir le corps du défunt. Quand c'est vraiment la fin, un membre de la famille peut venir, quinze minutes, pas plus. Un seul membre de la famille, pas deux. Et seulement quinze minutes. Un patient était en train de mourir et sa fille et sa femme sont arrivées. Le médecin ne voulait laisser entrer qu'une des deux. L'infirmière a tenu tête. C'est inadmissible. Ce n'était pas un voisin ! C'était sa fille et sa femme quand même !* » s'offusque une infirmière. « *C'est difficile... Parfois, on est seule pour faire la toilette mortuaire. Tu mets le corps dans une housse blanche, tu fermes... C'était une mère de famille, c'était un mari, c'était un ami quelques semaines avant et maintenant, c'est fini et même ses proches ne pourront pas voir son corps...* » s'attriste une autre ; « *On n'a parfois pas le temps pour faire la toilette mortuaire. On met le corps directement dans la housse. Tu te dis : « Elle est partie seule, sans personne à côté d'elle, son mari n'a pas pu lui dire au-revoir, ses enfants n'ont pas pu lui dire au-revoir »... Ça me rend triste... Je pensais qu'avec mes années de métier, j'étais rôdée mais en fait, non, ce sont des situations qu'on n'a jamais connues* » ajoute une troisième.

Lorsque les besoins excèdent la capacité en lits des unités de soins et/ou en matériel médical, la charge émotionnelle s'accroît considérablement pour les agents hospitaliers. Par exemple, quand le nombre de respirateurs artificiels est insuffisant, la priorité est donnée aux malades qui ont statistiquement le plus de chance de s'en sortir, livrant les autres à une mort certaine. Le personnel médical est alors réduit à l'impuissance la plus complète : il ne peut ni sauver la vie des patients ni même soulager leur fin de vie. « *On n'aurait sans doute pas pu le sauver mais on n'a pas essayé. En temps normal, on aurait quand même essayé avec ce patient-là...* » témoigne une infirmière ; « *Les malades des maisons de repos, on ne les prend pas à l'hôpital. Même si tu sais que les gens vont mourir, tu as quand même envie de les soulager, de les mettre sous oxygène. Une pneumonie, c'est douloureux* » dit un médecin.

La confrontation à sa propre mort et à celles des êtres aimés

Confrontés de manière répétée aux risques de contamination au virus mortel, au décès des malades, à la fragilité de la vie, au basculement tragique et brutal dans l'horreur, les soignants éprouvent avec acuité leur propre vulnérabilité et de celles des personnes qui leurs sont chères. « *Je me dis parfois : « Ça pourrait être moi dans ce lit ». Je n'ai jamais pensé ça avant, en tout cas pas avec autant d'intensité* » dit une infirmière.

Certaines situations peuvent également raviver des expériences douloureuses vécues antérieurement. Ainsi, la vue de patients sous respirateur peut ranimer le souvenir d'un proche en fin de vie atteint d'une maladie pulmonaire.

Les choix à poser

La profession de soignant a pour vocation de soulager et de soigner. Dans notre société occidentale, le personnel hospitalier se bat pour prolonger la vie de patients et leur offrir la meilleure qualité de vie possible. La conjoncture actuelle alliant afflux de patients et pénurie de ressources oblige à poser des choix inhabituels. « *On parle toujours du fait qu'avec le coronavirus, des patients sont refusés aux soins intensifs mais même en temps normal, les patients ne sont pas non plus tous éligibles pour la réanimation. Une personne de 90 ans, on ne va pas l'intuber, on ne va pas la réanimer. Donc, ça, ce n'est pas nouveau mais il y a des choix à faire qu'on ne devrait pas faire. Par exemple, on se dit qu'on ne va pas donner tel médicament à un patient qui en aurait pourtant besoin mais on ne le donne pas parce qu'on n'en a pas assez. C'est de la médecine de guerre mais on n'a pas l'habitude* » raconte une infirmière.

Plus le nombre de malades s'accroît sur une courte période et plus le déficit en matériel est criant, plus les critères d'admission aux soins intensifs sont restrictifs. La priorité absolue est accordée aux patients dont le pronostic de sortie de l'hôpital est favorable avec une thérapie de soins intensifs mais défavorable sans. La recevabilité des autres est évaluée en fonction de leur risque de mortalité dont l'âge et la comorbidité¹¹. « *D'habitude, on se bat pour que les patients vivent le plus longtemps possible. Par exemple, on va traiter un patient malade du cancer même si on sait que sa survie à deux ans est quasi nulle. Avec le coronavirus, on ne va pas admettre aux urgences un patient dont l'espérance de vie est inférieure à deux ans. Un malade avec un cancer métastatique, on ne les prend pas. Dans les zones surchargées, on ne prend pas un patient de 75 ans. Un gars de 57 ans, obèse et qui a une comorbidité comme, par exemple, une maladie coronarienne, il ne passe pas s'il y a un jeune de 30 ans qui a besoin d'une place. Comme personnel soignant, on a vraiment la culpabilité de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout. On se sent impuissants* » témoigne un médecin espagnol.

Ces choix dramatiques sont pénibles pour les médecins qui les posent et pour l'équipe infirmière. « *Le médecin n'a pas pu prendre un patient de 73 ans parce qu'il y avait une autre urgence avec un jeune de 35 ans. Et le lendemain, on a appris que le monsieur était mort. Le médecin était mal. Je ne sais pas si on aurait pu sauver ce monsieur et on ne le saura jamais mais on ne lui a pas donné sa chance. On n'a pas le choix sans ce genre de situation mais on se culpabilise. On est mal avec ça...* » explique une infirmière ; « *On n'a pas encore eu à faire des choix comme ça. J'espère qu'on ne sera jamais confronté à des situations où on doit choisir, par exemple, entre un homme de 45 ans célibataire et un homme de 45 ans avec des petits enfants* » dit une autre ; « *C'est très dur ces choix. Ici, dans le service, on a plusieurs infirmières qui ont déjà pleuré à cause de ça. Par exemple, on n'a pas pu admettre une dame de 72 ans. Une de mes collègues pleurait. Elle disait : « Mais 72 ans, ce n'est pas vieux, 72 ans, c'est l'âge de ma grand-mère »* » ajoute une troisième.

¹¹ Nombre de pathologies dont ils souffraient avant de contracter la COVID-19.

Les situations impliquant des enfants et des adolescents

Seuls 2% des moins de 18 ans présentent une forme sévère de la COVID-19, la majorité étant paucisymptomatiques¹² ou porteurs sains. Bien que rares, les situations impliquant des enfants et des adolescents comptent parmi les plus pénibles pour le personnel hospitalier. La résonance empathique est particulièrement forte chez les soignants parents eux-mêmes d'enfants ou d'adolescents (vulnérabilité de résonance).

Le stress

Les facteurs de stress et la personne stressée

Le stress est une notion subjective puisqu'une même stimulation extérieure peut affecter différemment chaque individu.

Les réactions au stress peuvent être comparées à ce qui se passe à bord d'un bateau lors d'une traversée sur une mer houleuse. Tous les passagers n'ont pas les mêmes réactions. Certains souffrent du mal de mer et sont très malades, d'autres le sont moins, d'autres encore pas du tout. Par ailleurs, certaines vagues, quoique moins hautes que d'autres, peuvent provoquer davantage de nausées. De même, les facteurs de stress les plus bouleversants ne sont pas nécessairement les plus durablement néfastes.

Par ailleurs, un sujet peut réagir différemment à une même situation stressante en fonction du moment où celle-ci survient dans sa vie. Ainsi, certaines personnes sont indisposées par les remous de la mer déchaînée alors qu'elles ne l'ont pas été antérieurement dans des circonstances analogues. Inversement, d'autres se sentent confortables alors qu'elles ont souffert sur d'autres océans agités. La signification attribuée aux facteurs de stress va également influencer sur le vécu de la situation. Ainsi, le navigateur passionné appréhendera les éléments déchaînés autrement que le passager contraint d'utiliser la voie maritime.

Retenons que le stress est un processus dans lequel interviennent des facteurs de stress et une personne. Il dépend tout à la fois de la situation et de la manière dont elle est appréhendée.

Stress adaptatif et stress dépassé

Lorsqu'un individu est soumis à une agression ou une menace quelle qu'elle soit, il y répond immédiatement par une réaction nommée « stress ». Le stress produit des réponses en chaîne. Il élève la vigilance et focalise l'attention sur la menace évacuant temporairement de la conscience toute autre pensée. Il mobilise les capacités cognitives et l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et à la prise de décision (augmentation des facultés de perception, d'évaluation, d'analyse et rapidité de leur intégration). Enfin, il prépare et incite à l'action adaptée au contexte (combattre, fuir, se cacher, s'immobiliser, appeler à l'aide, adopter des attitudes et des comportements altruistes et empathiques d'entraide envers les personnes en difficulté, etc.) et maintient un état d'alerte. Cette réponse de l'organisme constitue donc un phénomène protecteur, utile à la survie, visant à faire face efficacement aux

¹² Qui présente très peu de symptômes

situations difficiles. Cet ensemble de réactions d'adaptation est appelé « stress protecteur » ou bien encore « stress adaptatif ».

Des situations ressenties comme menaçantes, contraignantes ou déplaisantes, l'impression de ne pas disposer des ressources nécessaires pour y répondre, de nombreuses demandes émanant simultanément de l'environnement ou durant une trop longue période conduisent au « stress dépassé ». Ce stress négatif induit une diminution des performances et mène à l'épuisement.

La courbe de stress

Le rapport entre le stress et la réaction des personnes qui le subissent n'est pas linéaire. Dans un premier temps, la performance s'accroît, puis, au-delà d'un seuil propre à chacun, les facteurs de stress perdurant et/ou continuant d'augmenter, elle chute et des symptômes apparaissent.

La réaction de stress se déroule en 4 phases :

- Une phase d'alarme. Des moyens de défense sont mobilisés pour réagir rapidement aux agents stressants.
- Une phase de résistance. Lorsque les facteurs de stress persistent, la défense est maintenue et les réserves d'énergie nécessaires sont reconstituées. Le corps s'adapte et la résistance s'élève au-dessus de la normale.
- Une phase d'épuisement. Lorsque l'exposition au stress se poursuit trop longtemps, les défenses s'effondrent. La personne n'est plus capable de répondre adéquatement à la situation stressante et des symptômes apparaissent.

Pour des raisons qui peuvent relever aussi bien de la situation (exposition permanente à des stress de forte et/ou de faible intensité, facteurs de stress multiples, etc.) que de la vulnérabilité de la personne (personne anxieuse, jeune ou inexpérimentée¹³, ayant vécu récemment des événements perturbants, etc.), le stress peut être si important qu'il conduit à des réactions inadéquates, voire pathologiques. Le stress n'est plus alors un processus adaptatif mais un état permanent. On parle alors de stress dépassé.

L'accumulation des facteurs de stress risque de faire passer les soignants au-delà de leur seuil de tolérance. En fonction du type de facteurs conduisant au stress, on parle de stress de base, de flame-out, de burn-in, de burn-out (épuisement professionnel), de stress post-traumatique, de stress traumatique secondaire, de traumatisation vicariante et fatigue de compassion, de stress chronique ou de stress cumulatif.

¹³ Les personnes jeunes ou inexpérimentées sont plus susceptibles de développer des réponses inadaptées au stress. Pour reprendre la métaphore du bateau, le jeune moussaillon risque davantage de souffrir du mal de mer que le vieux loup de mer au pied marin.

Les différentes formes de stress

Le stress de base

Le stress de base est le prix de l'effort consenti pour intégrer et s'adapter à une nouvelle situation. C'est une réponse normale et adaptative, libérant l'énergie et procurant la motivation nécessaire pour faire face aux situations inconnues et pour relever des défis. Ce type de stress est provoqué par tout changement survenant dans l'environnement quotidien, le mode de vie et/ou les habitudes.

Les soignants doivent s'adapter rapidement à des situations dont ils ne sont pas coutumiers. Ils peuvent éprouver des difficultés parce qu'ils ont été détachés d'un département de l'hôpital vers l'unité de prise en charge des patients atteints par la COVID-19, parce qu'ils doivent frayer avec de nouveaux collègues, parce que leur routine professionnelle est modifiée, parce qu'ils doivent mettre en œuvre de nouvelles procédures et parce qu'ils doivent assimiler rapidement de nombreuses informations, etc.

Durant cette période d'adaptation, ils peuvent éprouver alternativement des moments de motivation intense et de découragement, manifester un sentiment de détachement et un retrait émotionnel, ressentir de la tristesse, des inquiétudes, des contrariétés et des frustrations diverses.

Le flame-out

Le terme générique de stress recouvre deux catégories de réaction : d'une part les réactions normales, adaptatives et d'autre part les réactions de stress dépassé inadéquates ou inadaptées.

Contraint par les circonstances et mus par leur conscience professionnelle, les soignants dévient ou méprisent leur fatigue et s'obstinent. Un piège réside pour eux dans le dépassement de leurs limites. Ils risquent d'entrer dans une phase de stress dépassé sans en avoir perçu les signaux précurseurs. L'épuisement peut alors apparaître brusquement : c'est le flame-out. On peut comparer cette extinction inopinée des mécanismes d'adaptation au stress à ce qui se produit lorsqu'un automobiliste poursuit sa route sans tenir compte ou sans percevoir le signal lumineux indiquant qu'il roule sur la réserve de carburant : le véhicule stoppe inopinément une fois le réservoir vidé. A l'inverse du burn-out¹⁴, le flame-out s'amende rapidement à la faveur d'une courte période de repos (vacances, week-end prolongé).

Le burn-in et le burn-out

Depuis longtemps, les effets néfastes du travail sur la santé sont l'objet de réflexion¹⁵ mais il faudra attendre la deuxième moitié du 20^{ème} siècle pour qu'ils deviennent une réelle préoccupation. Le phénomène connaîtra son véritable essor dans les années 1970. Cliniciens et chercheurs se penchent alors sur le syndrome d'épuisement professionnel et l'érigent en entité clinique. Aux Etats-Unis, Freudenberger,

¹⁴ Voir infra

¹⁵ Au 18^{ème} siècle, le Docteur Tissot a consacré une partie de ses recherches à l'étude de la pathologie mentale d'origine professionnelle des intellectuels et des dirigeants. Au 19^{ème} siècle, Villerme s'est intéressé aux répercussions du travail sur les ouvriers.

le premier à le décrire, le nomme « burn-out ». Ce terme se répand et devient rapidement populaire. Depuis peu, on distingue une phase préliminaire au syndrome de burn-out : le burn-in.

Le burn-in et le burn-out découlent de l'épuisement des mécanismes d'adaptation au stress subi dans le cadre du travail. Cet épuisement affecte généralement les professionnels impliqués dans des relations interpersonnelles, les cadres qui assument la responsabilité de ressources humaines et les personnes qui poursuivent des objectifs difficiles à atteindre¹⁶.

Le burn-in

En langue anglaise, dans le domaine de l'art, « burn-in » signifie surexposer des parties de clichés photographiques. En informatique, ce terme désigne le processus visant à tester, avant leur mise en service, la résistance des éléments informatiques sous une tension et une température supérieures à la normale.

Le burn-in constitue la première phase de l'épuisement professionnel et précède l'étape ultime, le burn-out. Il se manifeste principalement par du « présentéisme » (en anglais, presenteeism). Ce terme est apparu en 1994 et est attribué au psychologue Cary Cooper, alors professeur du département « organizational management » de la Manchester University. « Présentéisme » s'oppose à « absentéisme » et désigne une présence abusive sur le lieu de travail menant à un état pathologique de surmenage. Le travailleur en burn-in est à son poste malgré des problèmes de santé physique ou mentale qui devraient l'en tenir à l'écart (rhume, grippe, allergies, dépression, asthénie, dorsalgies, céphalées, troubles gastro-intestinaux, hypertension, difficultés majeures dans la vie privée, etc.). Il est physiquement présent mais démotivé, fatigué, peu productif et souffre de somatisations diverses.

La surcharge de travail imposée par le contexte épidémique peut induire ce phénomène. Le fait d'occuper son poste alors qu'on est malade accroît ce risque.

Le burn-out

Le mot « burn-out » vient de l'anglais « to burn out » qui signifie « se consumer » (par exemple, à la forme passive, to be burnt out, être détruit par le feu), brûler jusqu'au bout (pour une bougie), s'éteindre, claquer, griller (pour une lampe). Ce terme est également utilisé en aéronautique pour décrire la situation d'une fusée dont l'épuisement du carburant entraîne la surchauffe et le risque de destruction de l'engin.

C'est en 1969 que Loretta Bradley, professeur et coordonnatrice des conseillers d'éducation de l'Université Technique du Texas, désigne pour la première fois le stress professionnel par le terme de burn-out.

En 1974, Herbert J. Freudenberger, un psychothérapeute et psychiatre américain, fait une description détaillée de ce phénomène. Il est alors directeur d'une Free Clinic à New York fréquentée par des patients toxicomanes. Il observe de manière récurrente qu'après environ un an d'activité, nombre de ses collaborateurs sont démotivés, se plaignent de somatisations (fatigue, dorsalgies, céphalées, troubles gastro-intestinaux, rhume, etc.), manifestent des troubles de l'humeur (irritation, colère, repli sur soi, etc.), deviennent intolérants au stress et sont incapables de gérer de nouvelles situations. Il attribue ces symptômes au fait que les soignants fortement impliqués s'épuisent à force de voir leur aide invalidée par des patients difficiles, l'énergie qu'ils déploient ne donnant pas les effets thérapeutiques souhaités. Les travailleurs finissent par être insatisfaits ou douter de la valeur de leur travail parce qu'ils mesurent les résultats obtenus en fonction d'une norme idéale ou avec ceux qu'ils désirent réellement obtenir. Ils se plaignent d'une fatigue continue et d'épuisement mental, se sentent démotivés et incompetents, aspirent

¹⁶ On parle aussi de « maladie du battant » ou « winner disease ».

à s'échapper de cette situation professionnelle insatisfaisante, se montrent irritables et souffrent de troubles psychosomatiques. Freudenberger définit le burn-out comme « *un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés* ». Les individus animés par un idéal élevé (« vocation », désir de réussite, etc.), dynamiques, dotés d'une compétence de haut niveau, corrélant l'estime de soi à leurs performances professionnelles et dont les centres d'intérêt se limitent au travail sont davantage à risque de développer un tel syndrome.

Au début des années 1980, Christina Maslach, une chercheuse en psychologie sociale, apporte sa contribution à la formalisation du concept de burn-out. Elle entame une recherche sur les professionnels du monde médical et de la santé mentale et l'élargit ensuite aux avocats et à d'autres professions. Elle constate que le phénomène est répandu chez les individus investis dans des relations interpersonnelles, toutes catégories professionnelles confondues. Elle définit le burn-out comme « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* ». Maslach attribue l'apparition d'un burn-out principalement à l'environnement professionnel et aux conditions de travail (charge de travail, absence de contrôle, insuffisance de reconnaissance, difficulté relationnelle, traitement inéquitable des travailleurs, inadéquation entre les valeurs personnelles et l'employeur).

Selon le modèle tridimensionnel de Christina Maslach et de Susan Jackson, les dimensions du burn-out sont :

- L'épuisement professionnel. Il se manifeste par une perte d'énergie, de l'asthénie¹⁷, un épuisement mental, de la démotivation, de la frustration, etc.
- La dépersonnalisation¹⁸. C'est la dimension interpersonnelle du burn-out. Elle se marque par une perte d'empathie à l'égard d'autrui : attitude négative vis-à-vis des patients et/ou des collègues (impatience, irritabilité, culpabilisation, pathologisation¹⁹, moralisation, cynisme, réification²⁰, minimisation des difficultés vécues par les patients, etc.), détachement, froideur et sécheresse émotionnelle, syndrome de John Wayne²¹ (professionnel capable d'affronter toutes les difficultés, gérant seul ses problèmes, impassible, ne manifestant pas ses émotions et invulnérable à celles des autres), etc. La dépersonnalisation se traduit également par de la méfiance et du pessimisme. Dans les cas les plus sévères, elle peut mener à la déshumanisation de la relation à l'autre (agression contre la dignité et l'intégrité physique, psychologique et sociale des individus, rejet, maltraitance, cruauté, etc.).
- La diminution de l'accomplissement personnel, modifiée ultérieurement en « efficacité professionnelle » par Michael Leiter et Christina Maslach. C'est la dimension d'auto-évaluation du syndrome. Elle se traduit par la dévalorisation du travail lui-même (le travail est inintéressant, inutile, inefficace à changer le problème de fond, etc.), par un doute quant à sa valeur

¹⁷ Fatigue morbide résistant au repos.

¹⁸ Nous avons retenu le terme de l'auteur, « dépersonnalisation », mais il est mal choisi et prête à confusion. La dépersonnalisation ne désigne pas ici un trouble dissociatif dans lequel la personne se sent étrangère à elle-même mais une perturbation de la relation humaine. Le terme « déshumanisation » lui est parfois substitué mais il est excessif pour être adéquat à la majorité des réactions manifestées par les professionnels.

¹⁹ On entend ici par pathologisation la dépréciation de l'autre par le biais d'un étiquetage diagnostique injustifié (fou, débile, idiot, etc.).

²⁰ Le patient n'est plus vu comme un sujet mais comme un objet (par exemple, « le 23 » pour désigner le patient de la chambre 23).

²¹ Il existe des acceptions différentes de ce terme. Ainsi, lorsque Richard Slotkin, professeur d'anglais et directeur de « American studies » à Wesleyan University l'applique aux vétérans du Vietnam, il désigne les sentiments des soldats (mélange de peur et de bravoure, sentiments excessifs de culpabilité et de honte, sentiments liés aux deuils, etc.). (Slotkin, 1992).

professionnelle, un sentiment d'incompétence, de l'auto-dévalorisation, une déflation de l'estime de soi, des sentiments de culpabilité, etc.

Dans un premier temps, le stress provoque soit une diminution de l'accomplissement personnel soit un épuisement émotionnel, qui à son tour entraîne la dépersonnalisation pour aboutir à la réduction de l'accomplissement personnel. La souffrance est durable et le processus de récupération d'un burn-out est lent.

Les situations favorisant le burn-out sont notamment celles où le professionnel :

- est fortement sollicité mentalement, émotionnellement et affectivement.
- assume des responsabilités liées à la gestion d'équipe.
- est confronté à des objectifs irréalistes et à un déséquilibre entre les besoins de ses tâches professionnelles et les moyens dont il dispose pour les réaliser tant d'un point de vue personnel (manque de ressources personnelles telle qu'une bonne estime de soi, un sentiment d'efficacité et de maîtrise, résistance au stress, etc.) qu'organisationnel (surcharge de travail, latitude décisionnelle insuffisante, absence d'encadrement, formation insuffisante, budget insuffisant, etc.).
- rencontre une difficulté à communiquer avec ses collègues ou ses supérieurs hiérarchiques (par exemple, dans des équipes fortement hiérarchisées).
- éprouve le sentiment de manque de contrôle sur son environnement de travail.
- perçoit le travail qu'il accomplit comme incohérent, inefficace ou inutile.
- constate un décalage entre ses aspirations, ses attentes, ses intentions, ses efforts, ses idéaux et les résultats réellement obtenus.
- reçoit peu de soutien et/ou d'encadrement de la part de sa hiérarchie.
- est surchargé de travail.
- perçoit une rémunération insuffisante (réelle ou symbolique).
- baigne dans une culture d'entreprise valorisant à outrance la performance, la résistance au stress, l'endurance et le courage.

La surcharge de travail, la manque chronique de personnel et de matériel, la lenteur des autorités ou des directions hospitalières à fournir des réponses efficaces aux difficultés du personnel dans un climat social très tendu avant la crise, la durée de l'épidémie, l'accumulation du nombre de décès, l'absence de médicaments thérapeutiques efficaces, les difficultés personnelles (pressions de la famille, difficultés à assurer la garde des enfants, difficultés à gérer les enfants et les adolescents confinés et conflits autour du travail scolaire, etc.), la stigmatisation et le rejet de la population, sont quelques-uns des facteurs menant au burnout du personnel hospitalier

Le stress post-traumatique

Le stress post-traumatique survient lorsqu'une personne a été confrontée au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. Elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin de la menace ayant mis en danger sa vie ou son intégrité physique ou celles d'autrui. Son expérience des événements déléteurs est sensorielle (elle a vu, entendu, senti, etc.) et émotionnelle (elle a ressenti de la peur, de l'angoisse, de l'effroi, de l'horreur, du désarroi, de l'impuissance, de la honte, de la culpabilité, etc.). Cette dimension émotionnelle peut toutefois être absente. Dans certains cas, la victime n'a pas éprouvé d'émotions fortes

car elle s'est dissociée²². Il n'en reste pas moins que les événements peuvent ultérieurement se révéler traumatiques, la personne voyant apparaître plusieurs semaines ou mois plus tard, souvent avec étonnement, des symptômes invalidant son bien-être.

En travaillant auprès des patients atteints de la COVID-19, les soignants sont à risque d'être contaminés par une maladie potentiellement mortelle (exposés à la menace de mort comme sujet) et ils assistent à la mort de nombreux malades (exposés à la mort comme témoins). Lorsque les circonstances les contraignent à refuser des personnes aux soins intensifs, ils peuvent se sentir responsables d'avoir précipité leur décès (exposé comme acteur). Avoir accéléré involontairement la mort d'autrui cause fréquemment une profonde souffrance. Dans le feu de l'action, les soignants peuvent n'éprouver que des émotions passagères et de légers symptômes mais souffrir plus tard de manifestations invalidantes.

Le stress traumatique secondaire

Au contact des malades de la COVID-19, les soignants peuvent présenter un trouble psychotraumatique appelé syndrome de stress traumatique secondaire. Dans ce cas, la rencontre avec les patients en souffrance constitue en elle-même l'événement traumatique.

A ce jour, et bien que de nombreux auteurs s'y réfèrent, il n'existe pas de définition consensuelle du syndrome de stress traumatique secondaire ni de reconnaissance par les nosographies officielles. Figley et coll. le définissent comme le résultat du stress provoqué par le fait d'aider une personne en souffrance.

Chez les soignants, les facteurs favorisant la traumatisation secondaire sont :

- le contact répété avec des personnes en situation de crise et avec leur entourage.
- le fait de devoir aider plusieurs patients en détresse simultanément.
- l'impuissance à satisfaire la demande et les besoins des patients (« trauma du témoin impuissant ») ou à les reconforter (par exemple, les rassurer quant à leur pronostic vital, pouvoir prendre le temps de les écouter, etc.).
- le fait d'être fréquemment amené à annoncer de mauvaises nouvelles (annonce du diagnostic, annonce de la mise en coma artificiel et de l'intubation, annonce d'une dégradation brutale ou du décès du patient à la famille, etc.).
- les situations impliquant des enfants et des jeunes.

Confrontés de manière répétée à la mort, à la fragilité de la vie, au basculement tragique et brutal dans l'horreur, les soignants prennent conscience de leur propre vulnérabilité et de celles des personnes qui leur sont chères. De plus, au contact de patients sévèrement atteints, s'exprimant avec difficulté, désorientés, paniqués, désespérés, pleurant, etc., ils éprouvent des émotions fortes par contagion (l'angoisse, la tension psychologique, etc. sont communicatives) et par identification empathique (« *Cela aurait pu arriver à moi-même ou à un membre de mon entourage* »). Le stress traumatique secondaire peut aussi découler de la signification particulière que revêt une situation pour un sujet particulier à un moment de son histoire (par exemple, décès d'une personne âgée alors que le soignant vient de perdre récemment un parent du même âge).

²² La dissociation émotionnelle touche principalement l'univers émotionnel interne. Les personnes dissociées de leurs émotions agissent et réagissent rationnellement, leurs capacités réactives par rapport au monde extérieur restant intactes.

Chez les soignants, ce trouble se manifeste essentiellement par un tableau clinique de type post-traumatique : souvenirs répétitifs et envahissants des patients en détresse, reviviscences du drame vécu par ceux-ci (leur peur de mourir, leur dégradation rapide, leur décès survenant alors qu'ils sont seuls, etc.) et hyperactivité neurovégétative (trouble du sommeil, irritabilité, etc.). Il est également marqué par des sentiments d'impuissance et par un effondrement des croyances de base concernant les valeurs essentielles de l'existence (la sécurité, la solidarité, la vie, l'accessibilité au sens des choses, etc.).

Les symptômes de stress traumatique secondaire peuvent apparaître à tout moment, tantôt rapidement, possiblement dès les premiers contacts avec les patients atteints par la forme sévère de la COVID-19, tantôt tardivement.

Le stress traumatique secondaire peut s'accompagner d'un sentiment d'isolement psychoaffectif. En effet, les soignants ne peuvent pas tout dire à leur entourage car ils sont tenus au secret professionnel. De plus, ils peuvent éprouver de la difficulté à communiquer leur expérience hors de l'ordinaire avec leurs proches qui ne se réfèrent bien souvent qu'à des images, parfois des clichés, « vues à la TV » ou lues dans les journaux. Les mots paraissent alors bien pauvres pour transmettre leur vécu.

Le traumatisme vicariant et la fatigue de compassion

Le terme « vicariant », issu du latin « vicarius », qui prend la place d'un autre, désigne un organe ou une fonction qui joue le rôle d'un autre organe ou d'une autre fonction déficients. Par extension, il désigne ce qui est acquis ou appris par observation.

Le traumatisme vicariant résulte d'une surcharge émotionnelle éprouvée dans le cadre du travail. Ceux qui choisissent de s'engager auprès de personnes en détresse et qui recueillent leur témoignage poignant (leur peur de mourir, leur tristesse à laisser derrière eux des enfants en bas-âge ou d'infliger à leurs parents âgés la douleur de leur départ, leur désarroi d'être privé de l'accompagnement de leur partenaire, etc.) se confrontent à des situations qui leur font éprouver des émotions intenses de façon répétée. Ces confrontations réitérées engendrent une forme d'épuisement professionnel d'intensité variable et d'apparition plus ou moins tardive appelée traumatisme vicariant. Les effets de la traumatisation vicariante se cumulent avec le temps. Dans sa forme ultime, elle conduit à ce que l'on nomme la fatigue de compassion²³.

Les confidences des malades sont porteuses de paroles « actives » et « agissantes » possédant un potentiel traumatogène. Ces témoignages ont la capacité de transmettre à leurs auditeurs des émotions fortes telles que la peur, l'angoisse, l'impuissance, la colère, etc. Le soignant mémorise ces paroles avec leur charge émotionnelle et en constitue des « souvenirs » (il se fait un film intérieur de ce qu'il entend). Il entre en résonance avec le vécu du patient et, par identification et contagion empathique, il finit par partager son insécurité et sa détresse.

Une personnalité investie dans la relation (dévouement), une conscience professionnelle poussée (abnégation, altruisme, surmoi fort conduisant à se dépasser et à s'effacer), la surestimation de sa responsabilité à soulager les malades (sentiment d'impuissance à leur fournir un soutien efficace,

²³ La compassion est un sentiment qui porte à percevoir ou ressentir la souffrance d'autrui et pousse à y remédier.

sentiment d'inefficacité des efforts fournis et des actions menées pour réduire leur souffrance) et les traumatismes personnels non résolus prédisposent à la traumatisation vicariante

La traumatisation vicariante et la fatigue de compassion ont pour effet majeur une modification de la vision de soi et du monde : perte du sentiment de sécurité et de confiance, perte de la capacité à être en connexion avec les autres, désespoir, cynisme, désillusion, perte de l'estime de soi, négativité au travail, tendance au blâme, identification aux patients.

Le stress chronique

Le stress chronique résulte de l'exposition prolongée au stress, parfois mineur, prévisible et répétitif. A l'image d'une goutte d'eau qui, peu à peu, entame et creuse la pierre sur laquelle elle vient inexorablement tomber, l'état d'alerte permanent peut venir à bout des individus les plus résistants.

La tension psychologique constante, la vigilance permanente pour éviter de contracter le virus et de le disséminer dans le service, la crainte de tomber malade, la contrainte à revêtir la tenue protectrice et à l'ôter plusieurs fois par jour, l'inconfort à respirer à travers le masque, la peur de commettre une erreur dans les traitements administrés aux malades, les difficultés à assurer la garde des enfants, les conflits avec les enfants et les adolescents confinés comptent parmi les facteurs de stress répétés usant au fil des jours les capacités de coping des sujets les plus résistants²⁴.

Cette forme de stress se développe lentement mais s'accélère si les possibilités de récupération sont insuffisantes.

Le stress cumulatif

A l'instar d'une calculatrice, le stress additionne tout : les pressions professionnelles, les situations de danger, les événements de vie, les tracas du quotidien, etc.

Le stress cumulatif résulte d'une exposition prolongée aux facteurs de stress chronique et/ou à la confrontation à des événements pénibles ou traumatisants.

En fonction du type de facteurs de stress cumulés, le stress cumulatif peut mener au burn-out, au stress traumatique, au stress traumatique secondaire, au traumatisme vicariant ou à la fatigue de compassion.

²⁴ « Coping » est un terme anglais issu du verbe « to cope with » signifiant « faire face ». Richard Lazarus et Susan Folkman définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (Lazarus et Folkman, 1984).

Les conséquences du stress

Les possibilités de récupération

Les conséquences du stress sont d'autant plus importantes que les possibilités de liquider les tensions sont restreintes. « *Je n'arrive pas à me détendre quand je rentre chez moi. Ça continue à tourner tout le temps dans mon cerveau* » témoigne une infirmière.

A cause de la charge de travail, les soignants peuvent éprouver des difficultés à se ménager des périodes de repos, à s'octroyer des moments de récupération et à prendre leurs congés. De plus, le confinement les prive de la plupart de leurs exutoires habituels. Dîner au restaurant, boire un verre avec des copains, sortir en boîte de nuit, aller au cinéma, au théâtre, au concert ou au spectacle, assister à un match de football, faire les boutiques, prendre un rendez-vous chez le coiffeur ou chez l'esthéticienne, se rendre à la salle de sport, inviter ou recevoir la famille et les amis est aujourd'hui interdit.

La recherche de soutien émotionnel reste un moyen auxquels recourent de nombreux soignants. Les ressources sociales augmentent la contrôlabilité perçue et émousse les effets du stress. « *Le soir, je me fais des FaceTime²⁵ avec mes amis. C'est bien, avec internet, on peut être en contact avec ses amis* » explique une infirmière ; « *Après le boulot, je passe du temps avec mes amis sur internet. Je suis fatiguée, le mieux ce serait que j'aie dormi tout de suite mais j'ai besoin de ça* » confirme une autre ; « *Mon mari m'attend. Il est là quand je rentre. Ça me fait du bien* » dit une troisième.

Certains trouvent des activités de substitution à leurs processus habituels de détente. « *Je rentre du boulot à pied. Ça me détend* » raconte une infirmière. « *Je fais de la pleine conscience* » dit une psychologue.

En raison de la restriction des moyens de gestion du stress, le risque est grand de voir les soignants se tourner vers des stratégies inadaptées pour liquider la tension émotionnelle et les aider à se sentir mieux : grignoter, consommer abusivement de l'alcool, fumer, prendre des médicaments psychotropes. Ce type de coping ne provoque qu'un répit temporaire et s'avère peu efficace lorsque les facteurs de stress persistent. Il est alors associé à des symptômes d'anxiété et de dépression couplés à des troubles psychosomatiques.

Les signes d'alerte de stress dépassé

Les agents stressants auxquels sont soumis les soignants sont multiples. Des réactions de stress intenses, fréquentes, prolongées et mal gérées peuvent produire des effets négatifs dans la sphère relationnelle, professionnelle, comportementale, somatique et affective.

Le stress dépassé est comme une tâche d'huile : il s'étend dans tous les domaines de la vie. Il se manifeste par des difficultés relationnelles, une contre-productivité professionnelle, une modification de l'humeur, des troubles du comportement et des plaintes somatiques.

²⁵ FaceTime est une application de visioconférence.

Ces réactions ont des répercussions sur l'entourage familial et professionnel. En effet, comme le bâillement, le stress est contagieux. Il se communique entraînant conflits, dépression, rupture et démissions difficiles à maîtriser.

A quoi remarque-t-on qu'une personne est en stress dépassé ?

- **Au niveau relationnel**, retenons l'apparition d'attitudes inhabituelles pour la personne (irritabilité, propension aux larmes, méfiance injustifiée, attitude négative ou pessimiste, etc.), la déshumanisation de la relation à l'autre (froideur, cynisme, humour déplacé, sexisme, racisme, intolérance, jugement critique, agressivité), l'amplification des demandes émotionnelles auprès de la famille, des amis et des collègues (le besoin de parler sans discontinuer et d'être écouté, d'être pris en charge, etc.), l'apathie, l'évitement des relations familiales et/ou amicales²⁶ et/ou professionnelles et le repli sur soi.
- **Au niveau professionnel**, on peut observer une détérioration progressive de l'efficacité professionnelle (difficulté de concentration, fuite ou hyperactivité stérile, rigidité dans le mode de pensée, résistance excessive au changement, etc.) ainsi qu'une perte d'objectivité quant à ses propres performances, capacités ou compétences et celles des autres (surévaluation ou dévalorisation).
- **Au niveau comportemental**, il est fréquent de présenter des troubles du sommeil (insomnies, sommeil agité, réveils nocturnes ou précoces), des troubles de l'appétit (boulimie ou anorexie), une tendance à recourir à des substances psychoactives (alcool, médicaments psychotropes, drogues), une irritabilité et des comportements à risque pour la personne elle-même et/ou pour autrui (conduite automobile dangereuse, comportement provocateur, etc.).
- **Au niveau somatique**, les signes peuvent être une fatigue excessive, l'apparition de problèmes mineurs de santé (maux de tête et de dos, troubles gastro-intestinaux, rhumes répétés ou prolongés, problèmes dermatologiques, palpitations, vertiges, perturbation du sommeil, etc.), l'aggravation d'un problème de santé existant et les plaintes excessives concernant des problèmes mineurs de santé.
- **Au niveau émotionnel**, les répercussions principales sont la modification de la vision de soi, du monde et des autres (attitude négative envers soi-même, son conjoint, le travail, la vie, les collègues, etc.), les troubles de l'humeur (variation importante de l'humeur, exacerbation de la sensibilité, crises de larmes et de colère, état dépressif, angoisses, etc.)

Les conséquences du stress chronique

Si le stress perdure, il peut provoquer ou aggraver une maladie physique ou mentale.

Le stress a sur l'organisme un effet reconnu. Il peut se retrouver à l'origine ou aggraver le développement d'une maladie somatique telle que l'hypertension, l'infarctus du myocarde, l'asthme, les ulcères, les colites, l'eczéma, le psoriasis, le diabète, les problèmes thyroïdiens, etc.

²⁶ Le confinement empêche, certes, de voir ses amis et les membres de la famille ne vivant pas sous le même toit mais n'interdit pas les communications téléphoniques et par visioconférence.

Au niveau psychologique, le stress déclenche principalement trois types d'émotion : l'anxiété (la perception d'un danger met l'individu en état d'alerte), l'agressivité (elle donne la force et la motivation pour attaquer ou détruire le danger) et la dépression (l'individu ne peut pas ou ne peut plus contrer les sources de stress, il endure sans agir). Une personne soumise à une activation permanente de l'une de ces émotions risque de développer un trouble anxieux, comportemental ou dépressif.

L'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique se caractérise par le fait que l'événement s'impose sans arrêt à l'esprit du soignant de façon involontaire et envahissante. Des images intrusives font sans cesse irruption dans son esprit (par exemple, images de patient en souffrance, suppliant de ne pas les laisser mourir) ; ses nuits sont agitées de cauchemars (il se voit atteint par une forme grave de la maladie, il voit des personnes mourir autour de lui, etc.).

Les pensées négatives persistantes et exagérées que la personne entretient par rapport à elle-même, aux autres ou au monde est une autre particularité de l'état de stress post-traumatique. Ainsi, le soignant peut se convaincre : « *On ne peut faire confiance à personne* », « *Le monde est complètement dangereux* », « *Je suis brisé à jamais* », « *Je ne suis plus le même* » ou encore « *J'aurais dû mourir moi aussi comme est mort mon collègue* ».

Ces croyances négatives s'accompagnent d'un état émotionnel négatif persistant : il éprouve de la peur, de la colère ou de la culpabilité et ne parvient plus à ressentir d'émotions positives. Certaines personnes se sentent anesthésiées affectivement : elles ne sont plus capables d'empathie vis-à-vis de leur entourage, elles sont froides et se montrent indifférentes à ce qui les entoure. D'autres sollicitent, voire revendiquent, constamment l'amour, l'affection et l'attention de leurs proches mais se sentent souvent insuffisamment aimées, mal comprises ou trop peu soutenues. En réaction, elles deviennent susceptibles, se montrent irritables, font des crises de colère sans raison valable ou se tiennent en retrait.

L'état de stress post-traumatique se manifeste encore par de l'hypervigilance. La personne ne parvient plus à discriminer ce qui est dangereux de ce qui ne l'est pas. Tout lui paraît menaçant, elle est perpétuellement en alerte, elle surveille l'environnement avec suspicion et elle résiste à s'abandonner au sommeil. Enfin, l'état de stress post-traumatique se caractérise par le fait que le soignant éprouve généralement une perte d'intérêt pour ses activités professionnelles et/ou de loisirs qu'il néglige ou délaisse fréquemment, il manque d'énergie et d'initiative, il est démotivé, le monde lui semble lointain et artificiel, l'avenir lui paraît dénué d'espoir et de promesse.

Lorsqu'il n'est pas pris en compte, le traumatisme psychique finit par altérer la personnalité. Il s'agit généralement d'un changement de la personnalité caractérisé par une altération de l'intérêt porté aux autres (attitude de dépendance dans les relations affectives ou au contraire, indépendance exacerbée, refus d'établir des relations affectives durables, rudesse dans les échanges avec autrui, impression d'anesthésie émotionnelle) et au monde extérieur (perte de curiosité pour les activités, réduction des activités, perte de motivation, monde extérieur perçu comme artificiel ou déréel, avenir appréhendé comme dépourvu de promesse) ainsi que par une attitude d'hypervigilance et d'alerte.

Les tests de stress professionnel

Voici trois tests susceptibles d'aider les soignants à faire le point sur leur niveau de stress professionnel.

Le test de burnout et d'épuisement professionnel

Examinez avec soin les 10 derniers mois de votre vie. Avez-vous noté des changements en vous ou dans votre entourage ? Réfléchissez quelques minutes avant de répondre aux questions suivantes.

Répondez en indiquant un chiffre de 1 (pas ou peu de changements) à 5 (beaucoup de changements), selon le degré de changement que vous avez remarqué. Puis faites le total et consultez les résultats qui vous vous donneront une bonne idée d'où vous en êtes par rapport au burnout, à l'épuisement...

1. Vous fatiguez-vous plus facilement? Êtes-vous exténué, sans énergie?
2. Les gens vous exaspèrent-ils lorsqu'ils vous disent : "Tu n'as pas l'air très en forme depuis quelque temps"?
3. Travaillez-vous de plus en plus alors que votre rendement diminue constamment?
4. Avez-vous une attitude plus cynique et désabusée?
5. Ressentez-vous souvent une mélancolie que vous ne pouvez expliquer?
6. Oubliez-vous parfois vos rendez-vous, les échéances, vos effets personnels?
7. Êtes-vous plus irritable, plus colérique ou plus déçu face à votre entourage?
8. Voyez-vous de moins en moins votre famille et vos amis intimes?
9. Êtes-vous trop occupé pour vaquer à des occupations régulières telles que lire des rapports, faire des appels téléphoniques ou envoyer des cartes de souhaits?
10. Souffrez-vous de malaises physiques (douleur, mal de tête, rhume persistant)?
11. Vous sentez-vous perdu lorsque la journée de travail prend fin?
12. La gaieté semble-t-elle vous fuir?
13. Êtes-vous incapable d'accepter les blagues qu'on peut faire à votre sujet?
14. L'activité sexuelle vous paraît-elle une nuisance plus qu'une source de plaisir?
15. Découvrez-vous que vous n'avez rien à dire aux autres?

BAREME D'INTERPRÉTATION :

de 0 à 25: Tout va bien chez vous.

de 26 à 35: Vous devriez faire attention à certains aspects de votre vie.

de 36 à 50: Vous êtes candidat au burnout.

de 51 à 65: Vous êtes en train de vous brûler.

66 et plus: Vous avez atteint un point critique; votre santé physique et psychologique est menacée.

Adapté de Freudenberger, H.J.; « La Brûlure interne », Inédit, 1980, pp. 33-34. Traduction par ÉdiCompo Inc., 1982

Ce test est disponible sur <http://bcandide.tripod.com/desactivation/testburnout.html>

Le Maslach Burnout Inventory

Le MBI est constitué de 22 items : 9 pour l'épuisement émotionnel, 5 pour la dépersonnalisation et 8 pour l'accomplissement personnel. Ces 3 dimensions sont mesurées séparément.

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Je sens que je craque à cause de mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Je me sens plein(e) d'énergie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Je me sens frustré(e) par mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Je me sens ragillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Je me sens au bout du rouleau	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22-J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total épuisement professionnel	<input type="text" value="0"/>						
Total dépersonnalisation	<input type="text" value="0"/>						

Total accomplissement personnel	0
<p>RESULTATS:</p> <p>Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel</p> <p>Epuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20</p> <ul style="list-style-type: none"> -total inférieur à 17: burn out bas -total compris entre 18 et 29: burn out modéré -total supérieur à 30: burn out élevé <p>Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22</p> <ul style="list-style-type: none"> -total inférieur à 5: burn out bas -total compris entre 6 et 11: burn out modéré -total supérieur à 12: burn out élevé <p>Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21</p> <ul style="list-style-type: none"> -total supérieur à 40: burn out bas -total compris entre 34 et 39: burn out modéré -total inférieur à 33: burn out élevé <p>Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signe un épuisement professionnel</p>	

Ce test est disponible en ligne sur <http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeechellembi.htm>

Le test d'usure de compassion (Tuc)

Ce questionnaire d'auto-évaluation à l'intention des intervenants vous permettra d'évaluer dans quelle mesure vous risquez actuellement de souffrir d'épuisement professionnel (burnout) ou d'usure de compassion (stress vicariant). Vous pourrez faire vous-même la correction et évaluer votre degré de risque des deux points de vue. Si vous constatez que votre niveau de risque est élevé, il serait bon de vous informer sur les implications pratiques de vos résultats et les façons d'en tenir compte.

Par Charles R. Figley, Ph.D., Florida State University, Florida, USA Traduction
Michelle Larivey, psychologue, Ressources en développement, Montréal, Canada

Comment passer le Tuc ? Premièrement, imprimez le présent document. Lisez chaque énoncé en pensant à votre situation actuelle. Pour chacun, inscrivez à côté du numéro, le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. L'échelle ci-dessous est celle que vous devez utiliser pour répondre au test.

1 jamais/rarement	2 parfois	3 indécis	4 souvent	5 très souvent
----------------------	--------------	--------------	--------------	-------------------

Il est important de répondre à toutes les questions, même à celles qui, selon vous, s'appliquent mal. Passez maintenant le test et vous trouverez, à sa suite, les instructions pour calculer et interpréter votre score.

Le Tuc

1. _____ Je m'efforce d'éviter certaines pensées ou certains sentiments qui me rappellent une expérience effrayante.
2. _____ Je constate que j'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante.
3. _____ J'ai des trous de mémoire aux sujets d'événements effrayants.
4. _____ Je me sens étranger aux autres.
5. _____ Je m'endors difficilement ou je me réveille durant la nuit.
6. _____ Je suis facilement irritable, je me mets en colère pour un rien.
7. _____ Un rien me fait sursauter.
8. _____ En travaillant avec une victime, il m'est arrivé d'avoir des fantasmes violents envers son agresseur.
9. _____ Je suis une personne vulnérable.
10. _____ J'ai déjà eu des flash-back à propos de mes clients.
11. _____ J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante à l'âge adulte.
12. _____ J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante dans mon enfance.
13. _____ J'ai déjà pensé que je devrais régler un traumatisme personnel.
14. _____ J'ai déjà pensé qu'il me faudrait plus d'amis intimes.
15. _____ Il m'est arrivé de penser que je n'avais personne avec qui parler des choses qui me stressent beaucoup.
16. _____ J'en suis venu à la conclusion qu'il n'est pas sain pour moi de travailler autant.
17. _____ Je suis effrayé par certains propos ou gestes d'un client à mon égard.
18. _____ Je fais des rêves troublants, semblables à ceux d'un client.

19. _____ Il m'est arrivé d'être dérangé par le souvenir d'entretiens avec des clients particulièrement difficiles.
20. _____ Un souvenir effrayant s'est déjà imposé à moi pendant un entretien avec un client.
21. _____ J'ai plus d'un client pour lequel je me fais du souci.
22. _____ Les expériences traumatiques d'un client m'empêchent de dormir.
23. _____ Il m'arrive de penser que je suis "contaminé" par le stress post-traumatique de mes clients.
24. _____ Je me répète de moins m'en faire avec le bien-être de mes clients.
25. _____ Il m'est arrivé de me sentir "siphonné" par mon travail d'intervenant.
26. _____ Avec certains clients, j'ai eu l'impression que c'était sans espoir.
27. _____ Il m'est arrivé d'avoir les nerfs à vif dans diverses situations et je pense que c'est à cause de mon travail auprès de certains clients.
28. _____ Il m'est arrivé de souhaiter pouvoir éviter de travailler avec certains clients.
29. _____ Il m'est arrivé d'être en danger avec certains clients.
30. _____ J'ai déjà eu l'impression que mes clients ne m'aimaient pas comme personne.
31. _____ Il m'est arrivé de me sentir fragile, fatigué ou exténué à cause de mon travail auprès de clients.
32. _____ Il m'est arrivé d'être déprimé à cause de mon travail avec des clients.
33. _____ Je ne réussis pas à séparer travail et vie personnelle.
34. _____ Je n'ai aucune compassion pour ce que vivent la plupart de mes collègues.
35. _____ J'ai l'impression de travailler pour le salaire plus que pour ma satisfaction.
36. _____ Je trouve difficile de séparer ma vie personnelle de ma vie professionnelle.
37. _____ J'ai l'impression que mon travail est inutile; ça me laisse amer et désillusionné.
38. _____ Il m'arrive de penser que j'ai raté ma vie professionnelle.
39. _____ Il m'arrive de penser que je ne réussis pas à atteindre mes objectifs de vie.
40. _____ Mon travail m'oblige à effectuer des tâches bureaucratiques qui sont sans importance à mes yeux.

Comment corriger le Tuc ?

Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

Encercler vos réponses aux questions suivantes : 1 à 8, 10 à 13, 17 à 26 et 29.

Additionnez vos réponses à chacune de ces questions et inscrivez le total ci-dessous sur la ligne usure de compassion du tableau d'interprétation de vos résultats.

Identifiez votre niveau de risque d'usure de compassion.

Additionnez vos réponses qui ne sont pas encadrées et inscrivez le total sur la ligne Épuisement professionnel du tableau d'interprétation de vos résultats.

Identifiez votre niveau de risque d'épuisement professionnel.

Envisagez la possibilité de demander une aide professionnelle si votre niveau de risque est élevé pour l'un ou l'autre.

Tableau d'interprétation de vos résultats

		Niveaux de risque				
Type de risque	Score total	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
Usure de compassion	_____	0 à 26	27 à 30	31 à 35	36 à 40	41 et +
Épuisement professionnel	_____	0 à 36		37 à 50	51 à 75	76 et +

Ce test est disponible sur <http://www.redpsy.com/pro/tuc.html>

Articles de la série

Josse E. (2020). Sur le front d'une guerre biologique. La santé mentale du personnel hospitalier face au coronavirus. <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article422>

Josse E. (2020). Enfants et adolescents confinés, mode d'emploi. <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article417>

Josse E. (2020). Le coronavirus pour les nuls. <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article415>

Josse E. (2020). Les enfants face au coronavirus. <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article411>

Josse E. (2020). Infodémie : le coronavirus à l'épreuve des fake news et des théories complotistes. <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article414>

Josse E. (2020). L'épidémie de peur du coronavirus. <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article408>

Bibliographie

BFM.TV (2020). Coronavirus: 628 soignants de l'AP-HP infectés, 4 en réanimation », 24/03/2020. <https://www.bfmtv.com/sante/coronavirus-628-soignants-de-l-ap-hp-infectes-4-en-reanimation-1881626.html>

Franceinfo (2020). VIDEO. « Sachant votre profession, est-il possible de ne pas toucher les portes des parties communes ? » : quand les voisins s'en prennent au personnel soignant au contact du coronavirus, 27/03/2020, https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/coronavirus-le-personnel-soignant-stigmatise_3886423.html

Freudenberger H.J. (1980). *La Brûlure interne*. Inédit.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984), *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, New York.

Pandelé Y. (2020). « 1716 médecins et soignants chinois ont été infectés par le nouveau coronavirus », 20 février 2020, HEIDI.NEW., <https://www.heidi.news/sante/1716-medecins-et-soignants-chinois-ont-ete-affectes-par-le-nouveau-coronavirus>

RTBF (2020). Questions en prime. Retour sur le documentaire « Dans l'ombre du virus », 25.03.20, RTBF, La Une.

Slotkin R. (1992), *Gunfighter Nation : The Myth of the Frontier in Twentieth-Century America*, University of Oklahoma Press, Norman