

PNRS

Portail National des Ressources et des Savoirs

SANTE



ENSOSP
Ecole Nationale Supérieure des Officiers de Sapeurs-Pompiers

Publié sur : Plateforme Santé

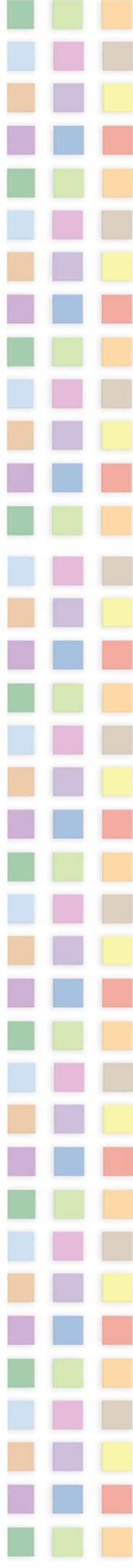
Ressource : Article d'expert

Auteur : Cynthia MAURO
Psychologue, Docteur en psychologie
Officier Expert psychologue sapeur-pompier volontaire
USP, SDIS 59

Co-auteur : Unité de Secours Psychologique (USP)
Colonel Patrick HERTGEN
Médecin-chef du SSSM
✉ patrick.hertgen@sdis59.fr

Date : 29/01/2019

Titre : Sauver l'autre sans périr psychiquement : de la dynamique compassionnelle des sapeurs-pompiers au traumatisme vicariant



Résumé : Les confrontations à la violence, à la souffrance et à la mort s'inscrivent dans la réalité professionnelle quotidienne des sapeurs-pompiers. Chaque intervention est une expérience singulière tant dans la rencontre avec l'évènement, dans le déploiement d'un savoir-faire, que dans la mise à l'épreuve des capacités adaptatives individuelles et collectives.

Dans l'engagement direct de porter secours à autrui, le sapeur-pompier prend l'engagement indirect d'assurer sa propre survie physique et psychique : « sauver ou périr ». Préserver son équilibre psychique relève en amont d'une élaboration préventive relative aux risques d'expositions prolongées à ces situations au potentiel traumatogène certain et à l'intrusion douloureuse et bouleversante des scènes dont ils sont les témoins. Ce sont les concepts de fatigue de compassion et de traumatisme vicariant que nous proposons de présenter synthétiquement ici.

Mots-clés : traumatisme vicariant, fatigue compassionnelle, sapeur-pompier

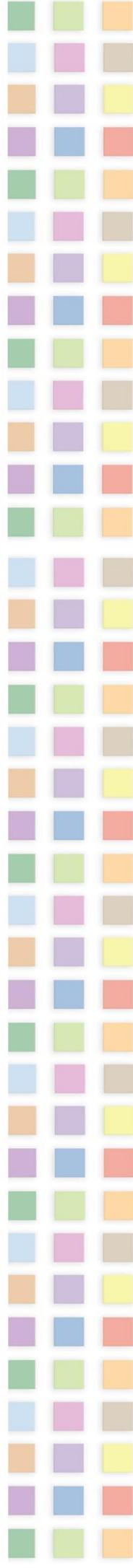
Etre sapeur-pompier aujourd'hui : une cartographie émotionnelle singulière

Le sapeur-pompier dans notre imaginaire collectif est un soldat du feu. Or, la réalité de terrain contraste fondamentalement avec nos représentations. Avec près d'une intervention toutes les 7 secondes en France, les incendies représentent moins de 10% du nombre total de déclenchements alors que plus de 70% d'entre eux se concentrent autour du secours à personne (SAP).

Cette évolution contemporaine du métier et de l'engagement volontaire n'est pas sans conséquences dans l'approche cindynique institutionnelle, l'organisation opérationnelle, les supports d'expositions, la mobilisation de nouvelles compétences, l'ajustement des processus adaptatifs, la définition identitaire, le sentiment d'appartenance et d'accomplissement individuel. Véritables techniciens du risque au premier rang de la protection des personnes, des biens et de l'environnement, les sapeurs-pompiers sont, aujourd'hui, d'autant plus happés dans l'intimité la plus profonde de notre société. Le soldat du feu se mue alors progressivement en un « médiateur-sauveteur », en charge de répondre à de multiples situations de détresses psycho-socio-affectives. Cette surexposition aux violences, aux souffrances, aux pauvretés, aux solitudes, à la mort, aux morts l'engage dans une implication émotionnelle et compassionnelle indubitablement mobilisantes émotionnellement et ce, quel que soit ses modalités de défenses psychiques, son expérience ou sa formation initiale.

Sauver et périr ? De la fatigue compassionnelle au traumatisme vicariant

Au déclenchement de l'alerte, l'intervenant passe à travers une phase d'alarme, d'activation qui mobilisera ses ressources internes afin de répondre efficacement. Il s'agit du syndrome général d'adaptation ou « stress » initialement développé par SEYLE puis repris par CROCC (1999) qui le définit comme « *la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou une menace. C'est une réaction éphémère ; elle est a priori utile et salvatrice, et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative. Elle se déroule dans un climat de tension psychique exceptionnel et s'achève par le relâchement de cette tension, avec une sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental. Elle n'est pas pathologique, mais peut provoquer des symptômes gênants.*



Lorsqu'elle est trop intense, répétée à de courts intervalles ou prolongée à l'excès, elle se mue en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé ».

Un état de tension transitoire en phase interventionnelle consiste donc en une réaction normale à une situation qui ne l'est pas. On parlera alors de stress adaptatif quel que soit la nature du déclenchement.

Dans le cadre précis de la relation d'aide et de secours, les Anglo-saxons emploient le concept de « *cost of caring* » pour définir le coût du prendre soin de celui qui souffre, soit la charge physique et mentale que représentent cet engagement pour l'Autre, victime. Ce coût se traduit par le développement de symptômes paralysant le professionnel dans la réalisation de sa mission et altérant significativement sa qualité de vie.

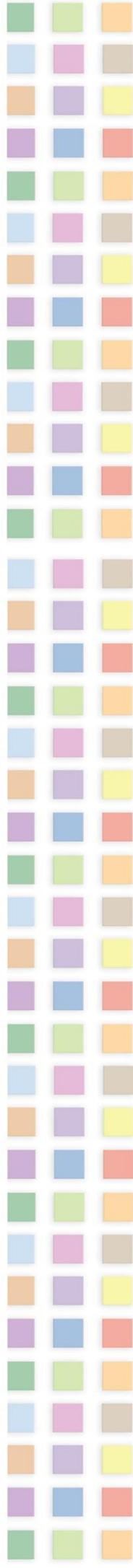
Les descriptions concernant les effets négatifs que peut entraîner ce type de travail se multiplient et ce principalement dans la littérature anglo-saxonne. Les concepts de burnout (FREUDENBERGER, 1975 ; MASLACH, 1976) et de syndrome d'épuisement professionnel (*burn-out*) du soignant (MASLACH et JACKSON, 1986) y font figure de fondements.

MASLACH (1982), professeur enseignant la psychologie en Californie est considérée comme la chercheuse pionnière dans le burnout. Elle conceptualise le burnout de la façon suivante : « *Le burnout est l'indice du bouleversement/de la dislocation entre ce que les personnes sont et ce qu'ils doivent faire. Cela représente une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté – une érosion de l'âme humaine* » (MASLACH & LEITER, 1997 as cited in SKOVHOLT et TROTTER- MATHISON, 2016). Ils ajoutent également que le burnout n'est pas un problème personnel mais plutôt un problème dans l'environnement relatif au travail. Ils évoquent que sur le lieu de travail, la surcharge de travail, le manque de contrôle, une récompense insuffisante, l'injustice, la perte communautaire et enfin les conflits de valeurs sont des facteurs de risque de l'apparition du burnout. Le burn-out peut conduire à une déshumanisation de la relation à l'autre, un effondrement de l'estime de soi et un cynisme mais n'altère pas dans un premier temps la vision du monde de l'intervenant.

En revanche, il est une porte d'entrée à l'installation d'autres troubles tels que le traumatisme vicariant (MCCANN et PEARLMAN, 1990), ou encore la fatigue de compassion (FIGLEY, 1995). Ces concepts font référence à une modification des pensées et émotions du professionnel en raison d'une exposition répétée à des scènes ou récits de violences et de leurs conséquences (NADEAU, 2010).

Les systèmes mémoriels et sensoriels de l'intervenant s'en trouvent modifiés par projections et identifications à la victime (MCCANN et PEARLMAN, 1990 ; PEARLMAN and SAAKVITNE, 1995), sa capacité à être empathique s'épuise et ses pensées fondamentales sur la vie sont attaquées (sécurité, humanité, confiance...) (NADEAU, 2010).

La Fatigue de Compassion (FC), est mieux définie comme la réduction de la capacité ou de l'intérêt de l'aidant à être empathique ou à supporter la souffrance des victimes. Selon FIGLEY, « il s'agit d'un état de tension et de préoccupation à l'égard des patients ou individus traumatisés qui se manifeste par la reviviscence des événements traumatiques (de la victime), un évitement/engourdissement des affects et des souvenirs, une vigilance permanente associée à la victime. C'est une façon de témoigner de la souffrance des autres ». Elle se manifeste par un état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique, psychologique et social caractérisé par des



symptômes proches de ceux de l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) associés à un cortège d'affects dépressifs ou de troubles anxieux.

La rançon de l'empathie est la *contagion émotionnelle* qui amène l'intervenant à éprouver les mêmes sentiments et émotions que la victime, voire à être submergé par eux essentiellement via des mécanismes de mimétisme et contre-transférentiels. L'empathie inclue également la *sollicitude (empathic concern)*, représentant la capacité à se soucier de la souffrance d'autrui et donc à motiver l'action. La *sollicitude* et la *contagion émotionnelle* conditionnent la *réponse empathique*, c'est-à-dire l'effort de l'intervenant afin de réduire la souffrance d'autrui, effort dont la nature et l'intensité dépendent de la subjectivité de l'aidant.

Cette *réponse* empathique est modulée par :

- la *satisfaction* ou le sentiment d'accomplissement que le professionnel tire de son effort,
- et l'aptitude de *distançiation* vis-à-vis de la détresse du patient.

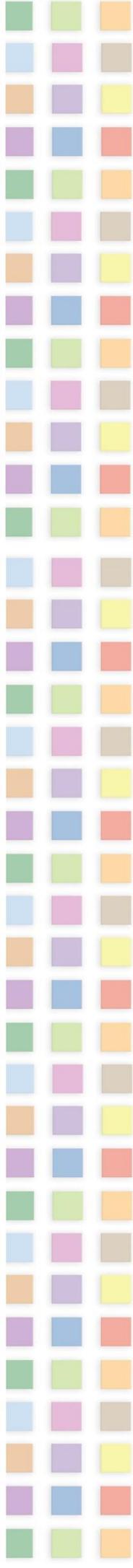
Il peut en résulter un *stress de compassion*, défini par FIGLEY comme l'énergie émotionnelle résiduelle résultant de la réponse empathique et la demande énergétique de l'action en cours pour soulager la souffrance du patient. Ce *stress de compassion* augmente les chances de développement de la FC.

Trois autres facteurs de risque interviennent dans le développement de la FC :

- *l'exposition prolongée* à la souffrance, douleur et/ou au traumatisme d'une personne
- les *souvenirs traumatiques* qui sont selon FIGLEY les souvenirs qui déclenchent les symptômes de l'ESPT (reviviscences, ruminations mortifères) et les réactions émotionnelles associées comme l'anxiété et la dépression
- et les *perturbations de la vie personnelle* du professionnel décrites comme des changements inattendus dans le quotidien, la routine et les responsabilités personnelles qui nécessitent une adaptation de l'intervenant.

Les signes avant-coureurs ou les symptômes sont extrêmement variables d'une personne à l'autre. Sur le plan physique, il peut s'agir d'une impression d'épuisement persistant, que ne soulage pas le repos (sommeil, week-end). Les troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), les migraines, le mal de dos, les tensions musculaires, les troubles gastro-intestinaux, les nausées constituent autant de symptômes qui, pris séparément, sont d'une gravité limitée, mais qui doivent alerter.

Sur le plan psycho-comportemental, l'épuisement émotionnel est l'un des signes les plus caractéristiques de la FC. D'autres indices peuvent être évocateurs : apparition ou renforcement de certaines addictions (alcool, tabac, fuite dans le travail, shopping, accès boulimique...), absentéisme, irritabilité, mise à distance (physique et symbolique) des patients ou de leur famille, indécision, difficultés relationnelles, mésestime de soi, détérioration des capacités de sympathie et d'empathie, amertume, ressentiment, irruption d'images mentales perturbatrices, pessimisme, difficulté à scinder vie professionnelle et vie privée, renoncement aux activités extraprofessionnelles...



Le traumatisme vicariant (TV) comme défini par PEARLMAN et SAAKVITNE est la transformation durable de l'expérience intérieure personnelle de l'intervenant résultant de l'engagement empathique avec des patients ayant vécu un traumatisme.

Il s'agit d'un processus cumulatif par lequel l'expérience personnelle et intérieure du sauveteur se trouve négativement transformée. Le phénomène de traumatisme vicariant peut être compris comme étant en lien à la fois avec le contenu détaillé et douloureux du matériel traumatique apporté par les victimes et les schémas cognitifs, croyances, attentes et hypothèses que l'intervenant a sur lui et sur autrui. Le TV se présente comme une modification progressive des cognitions, schémas de base sur soi, autrui, et sur le monde résultant du contact avec du matériel traumatique.

Le TV peut entraîner des changements profonds dans l'identité personnelle, la vision du monde, la spiritualité, les compétences, les croyances.

Des perturbations sont significatives concernant les besoins psychologiques en particulier :

- la *sécurité* (sens accru de sa propre vulnérabilité, prise de conscience de la fragilité de la vie)
- la *confiance* (suspicion, cynisme, méfiance vis à vis d'autrui)
- l'*estime* (amertume, colère, pessimisme)
- le *contrôle* (réaction d'omnipotence, ou sentiment d'impuissance, désespoir, affects dépressifs)
- et l'*intimité* (vécu de stigmatisation, d'isolement, de marginalisation).

Des perturbations du système sensoriel peuvent également être rencontrées et responsables de flash-back intrusifs, de symptômes physiques et d'autres réactions sensorielles diverses.

Ces perturbations peuvent être subtiles ou plus brutales, en fonction du degré de divergence entre les événements traumatiques relatés par les victimes et les schémas existants du sapeur-pompier. Le TV est un trouble envahissant engendrant des transformations intérieures permanentes.

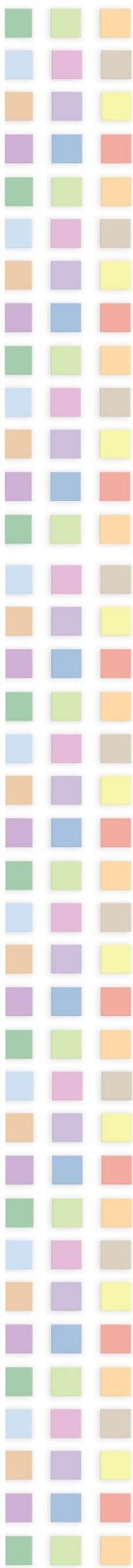
Sauver sans périr psychologiquement : un self-care possible ?

Chaque intervention est une expérience singulière tant dans la rencontre avec l'évènement, dans le déploiement d'un savoir-faire, que dans la mise à l'épreuve des ressources adaptatives individuelles et collectives.

La pluralité des situations d'interventions et le degré de partage d'intimité avec une victime sont des facteurs parmi d'autres qui étayent l'idée que certaines situations de secours ne peuvent pas être anonymes affectivement pour le sapeur-pompier.

Or ces affects ne trouvent pas toujours la légitimité d'exister dans l'enceinte d'une caserne.

Dans un environnement rude, exigeant, prônant l'excellence : l'extinction, la répression ou la compensation des émotions (par des exutoires comme l'humour, le sport, etc...) sont encore ancrées et perçues comme un gage de résistance, de compétence et d'aptitude. Et, certaines formes d'affectivité renvoient encore à des notions de fragilité et de vulnérabilité.



Même si l'accès aux vécus réactionnels post-interventionnels, individuels et collectifs, se simplifie depuis plusieurs années et que le soutien psychologique se légitime comme une ressource constructive à la réparation et la préservation d'une certaine forme d'opérationnalité, la démarche reste cependant pudique. La parole est codifiée, normée, balisée.

Or, la préservation d'une habileté émotionnelle est rassurante.

L'émotion ou la non indifférence ressentie face à la souffrance et la détresse d'autrui renforce positivement la persistance d'une attention portée à l'autre, et la préservation d'une humanité dans la relation d'aide et de secours.

Chaque interpellation émotionnelle saisit l'intervenant dans sa capacité à être à l'écoute et à répondre aux besoins d'une victime sans nécessairement l'envahir péjorativement.

Rechercher l'immunité psychologique par le blindage, l'expérience, l'ancienneté, ou autres mécanismes de défense, est illusoire et dangereux. Non seulement elle n'existe pas, mais elle accroît par ailleurs le risque d'effraction traumatique par un sentiment de toute puissance et un abaissement de la vigilance.

Etre éprouvé est surtout un témoin rassurant de la préservation des valeurs d'humanité et de la considération à la détresse de l'autre. Etre éprouvé relève d'un mécanisme adaptatif opérant face à un environnement hostile, menaçant, anxiogène en ne cédant pas à la tentation de l'autruidisme, de la banalisation et de la froideur affective.

Le sapeur-pompier se découvre, se construit, se structure professionnellement et personnellement au fil des années selon un processus unique, dynamique et systémique.

Dans l'engagement direct de porter secours à autrui, le sapeur-pompier prend l'engagement indirect, plus ou moins consciemment, d'assurer sa propre survie physique et psychique.

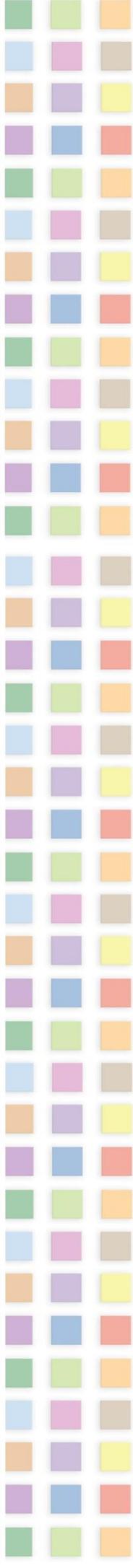
C'est pourquoi, il est indispensable de renforcer positivement les facteurs de protection en :

- valorisant le « *self-care* » (préserver ou investir des sources de bien-être qui font sens pour chacun. Il se traduit par une conscience de soi, une capacité à être à l'écoute de ses besoins, une régulation de la tension intérieure sur un plan personnel et professionnel)
- préservant la composante motivationnelle et le sentiment d'accomplissement et de réalisation de soi (se préserver de la désillusion, et de la perte de sens qui contraint à subir plutôt qu'à agir)
- développant les formations et les préparations mentales pour une élaboration préventive des risques d'expositions prolongées à ces situations au potentiel traumatogène certain et à l'intrusion douloureuse et bouleversante des scènes dont ils sont les témoins.
- encourageant la parole, le partage d'expériences, et la supervision psychologique

L'équilibre et le bien-être psychologique des sapeurs-pompiers constituent aujourd'hui des paramètres fondamentaux dans le fonctionnement institutionnel et opérationnel.

BIBLIOGRAPHIE :

CROCQ, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerres*. Paris : Odile Jacob.



DeSOIR, E. (2000). *Les intervenants des secours lors de situations d'exception : les bases de la traumatisation indirecte.*

FIGLEY, CR. (2002) *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care.* J Clin Psychol. 58 (11):1433-41.

MCCANN, IL., PEARLMAN, LA. (1990). *Vicarious traumatization : a framework for understanding the psychological effects of working wtih victims.* J Trauma Stress. 131-139.

MAURO, C. (2009). *Clinique d'un métier à risques : dans le quotidien d'un sapeur-pompier.* Revue Etudes sur la mort. N°136. Collection Esprit du temps.

ZAWIEJA, P, GUARNIERI, F. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux.* Editions Le Seuil, Paris

