

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES  
UE 5.6 S6 – ANALYSE DE LA QUALITÉ ET TRAITEMENT DES  
DONNÉES SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES

**LA RELATION DE SOIN AVEC LE PATIENT EN  
ÉTAT DE PSYCHOTRAUMATISME**

BRYAN BEHR  
IFSI HENRI MONDOR  
PROMOTION 2014-2017

## NOTE AUX LECTEURS

---

Ce mémoire de fin d'études a été réalisé au cours de la 3<sup>ème</sup> année de scolarité à l'Institut de Formations en Soins Infirmiers Henri Mondor.

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur.

## REMERCIEMENTS

---

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire pour tout le soutien, l'aide, et les conseils qu'elle m'a apportés tout au long de la rédaction de ce mémoire ainsi que l'intérêt porté à mon sujet d'étude depuis la première guidance.

Je tiens ensuite à remercier chaleureusement les quatre professionnels de santé avec qui je me suis entretenu lors de l'enquête exploratoire. Merci à vous pour votre disponibilité, votre accueil, et pour la qualité de nos échanges.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de l'unité médico-judiciaire au sein de laquelle j'ai passé cinq semaines de stage incroyables et qui n'ont fait que confirmer ma volonté de rejoindre leurs rangs.

Je souhaite adresser un merci tout particulier à mon meilleur ami et sa compagne. Merci de m'avoir suivi et encouragé dans ma reprise de scolarité. Merci pour les nombreux conseils, pour les relectures, mais aussi pour les moments de recadrage nécessaires et les moments de rires qui m'ont permis de décompresser.

Enfin, je tiens à remercier mes parents pour le soutien inconditionnel dont ils ont fait preuve depuis que mon projet professionnel est défini. Ces cinq années furent longues, mais nous arrivons aux portes du diplôme. Merci pour le soutien moral, psychologique, financier et matériel. Merci pour tout.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>1</b>
<b>INTÉRÊT PROFESSIONNEL</b> .....	<b>2</b>
<b>I. Motivations pour le choix de la situation d'appel</b> .....	<b>2</b>
<b>II. Question de départ</b> .....	<b>2</b>
<b>CADRE DE RÉFÉRENCE</b> .....	<b>4</b>
<b>I. Le psychotraumatisme : Des névroses de guerre au stress post-traumatique</b> .....	<b>4</b>
a. Le psychotraumatisme à travers l'histoire .....	4
b. Qu'est-ce que le psychotraumatisme ? .....	6
c. Quels sont les symptômes du psychotraumatisme ? .....	7
<b>II. L'infirmier et le patient : Vers l'établissement d'une relation de confiance</b> .....	<b>9</b>
a. La relation d'aide d'après la théorie rogéienne.....	9
b. La compassion et l'empathie : deux approches différentes de la détresse .....	11
c. Qu'en est-il de la distance thérapeutique ?.....	12
<b>ENQUÊTE EXPLORATOIRE</b> .....	<b>14</b>
<b>I. Méthode exploratoire</b> .....	<b>14</b>
a. Moyen d'enquête.....	14
b. Population ciblée et lieux de l'enquête .....	14
c. Limites et biais de l'enquête.....	15
d. Objectifs de l'enquête.....	16
<b>II. Analyse de l'enquête</b> .....	<b>17</b>
<b>III. Synthèse de l'enquête</b> .....	<b>26</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>29</b>
<b>ANNEXES</b>	

## PRÉAMBULE

---

« *Le malade, c'est l'art de l'infirmière, la maladie, c'est la science du médecin.* » —

*L.Chaptal.*

Voilà, nous y sommes. J'entame la dernière ligne droite d'un long parcours et ainsi débute la rédaction du mémoire de fin d'études en soins infirmiers. Ce-dernier a pour ambition d'effectuer des recherches approfondies dont les fruits permettront de faire évoluer ma pratique professionnelle mais également celle de mes futurs collègues du milieu dans lequel j'évoluerai.

En tant qu'individu, j'ai toujours voué un intérêt tout particulier pour le contact humain : l'importance de l'écoute, d'un « bonjour », d'un regard, d'un sourire, d'aider... Ainsi, il était évident pour moi de consacrer ma vie à donner de mon temps aux personnes qui en ont besoin et, les années passant, mon attrait pour le domaine de la santé n'a cessé de s'intensifier. La profession d'infirmier m'a toujours plu de par la richesse de ses champs disciplinaires, mais je m'épanouis tout particulièrement dans le domaine du soin relationnel. Selon moi, il s'agit d'un soin crucial dans l'établissement de la relation de confiance construite avec toute personne soignée.

Mon parcours en institut de formation en soins infirmiers a été quelque peu atypique. Après avoir dû mettre en suspens mes études, j'ai travaillé en tant qu'aide-soignant au sein de diverses institutions et donc différents services. Fort de cette expérience professionnelle et cinq années passées depuis mes premiers pas à l'IFSI, me voilà en troisième et dernière année d'études avant l'obtention du diplôme d'état.

Cette parenthèse professionnelle, ainsi que mon projet d'intégrer une unité médico-judiciaire suite à l'obtention du diplôme d'état d'infirmier, n'ont fait que renforcer ce sentiment de prédominance du soin relationnel dans le domaine paramédical, notamment auprès des patients victimes d'un traumatisme psychique. En outre, les différents attentats ayant fait l'actualité l'année passée m'ont rappelé l'importance des compétences de communication nécessaires pour rentrer en contact avec ces patients choqués et ainsi établir une relation soignant-soigné optimale.

C'est pourquoi il me paraît aujourd'hui naturel et primordial d'effectuer mon travail de recherche autour de la relation de soin avec le patient en état de psychotraumatisme.

## INTÉRÊT PROFESSIONNEL

---

### I. Motivations pour le choix de la situation d'appel

Le choix de la situation qui servit de point de départ à ce mémoire de fin d'études<sup>1</sup> s'est imposé à moi, premièrement parce que la communication s'insère d'un point de vue central dans la prise en charge des patients et deuxièmement, car le genre de situation choisit est transposable à tout type de service, dès lors que le patient est victime d'un traumatisme quel qu'il soit.

Ainsi, l'intérêt que je porte à la spécificité de la mise en place d'un échange, voire d'une relation de confiance avec un patient traumatisé, m'a conforté dans la décision de traiter de ce thème pour l'élaboration de mon travail de fin d'études. Mon projet professionnel de rejoindre une unité médico-judiciaire m'a aussi fortement influencé dans mon choix : puisque la situation me permet éventuellement de traiter de la communication avec les personnes traumatisées, je peux alors la transposer à l'activité de ce type de service.

Aujourd'hui, avec l'augmentation des violences, qu'elles soient physiques ou verbales, qu'elles entraînent des dommages corporels ou psychologiques, la prise en charge de cette catégorie de patients devient de plus en plus fréquente. Il me paraît alors pertinent de cibler mon analyse sur cette thématique.

La situation d'appel m'a poussé à me questionner. D'une part, sur les outils permettant une prise en charge holistique des patients victimes de traumatisme psychique, d'autre part, sur les ressources personnelles nécessaires, voire indispensables, pour l'élaboration d'une relation soignant-soigné de qualité, et ce malgré les circonstances imposées par le traumatisme.

### II. Question de départ

***La limite entre empathie et compassion est-elle particulièrement précaire dans la relation de soin avec le patient en état de psychotraumatisme ?***

Pour répondre à cette question, j'élaborerai dans un premier temps un cadre de référence axé sur deux concepts que sont le psychotraumatisme et la relation soignant-soigné entre l'infirmier et le patient.

---

<sup>1</sup> Situation d'appel disponible en annexe.

Après un bref historique du concept de psychotraumatisme, je définirai ce concept, et exposerai les différents symptômes en lien avec ce type de traumatisme. Ensuite, concernant la relation entre l'infirmier et le patient, je définirai ce qu'est la relation d'aide, présenterai deux approches de la détresse que sont la compassion et l'empathie, ce qui me permettra ensuite d'aborder le concept de distance thérapeutique.

Dans un second temps, je présenterai l'analyse d'une enquête exploratoire conduite auprès de quatre professionnels de santé prenant régulièrement en charge des patients en état de psychotraumatisme. Je dégagerai à travers la synthèse de cette analyse une question de recherche pour ensuite dresser la conclusion de ce mémoire de fin d'études en soins infirmiers.

## CADRE DE RÉFÉRENCE

---

« *Le traumatisé psychique n'a pas les mots – parce qu'il n'y en a pas – pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive.* » — F. Lebigot.

### I. Le psychotraumatisme : Des névroses de guerre au stress post-traumatique

#### a. Le psychotraumatisme à travers l'histoire

Avant de définir ce qu'est le psychotraumatisme, il m'a paru important de réaliser un court historique du terme. En effet, le concept de psychotraumatisme, ou traumatisme psychique, a connu de multiples appellations au fil du temps, tout autant de manières d'aborder cette détresse ayant amené à sa prise en charge contemporaine.

Le terme psychotraumatisme vient de la juxtaposition de deux mots grecs : *psyché* (ψυχή), que l'on peut traduire par « âme » et *traumatismos* (τραυματισμός), que l'on peut traduire par « action, fait de blesser ». Cette blessure de l'âme a toujours été constatée par l'homme, si bien qu'en -400 av. J.-C., Hippocrate de Cos l'abordait au dernier chapitre de son *Traité des Songes*<sup>2</sup> en référence au vécu des soldats, tout autant que celui des civils : « *Des songes où l'on rêve des massacres, des combats, des escalades. Quand on voit des choses horribles qui jettent dans l'effroi, c'est un signe de quelques embarras dans le cours du sang qui se dessèche.* »

Ce n'est que bien plus tard, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, que le concept de traumatisme psychique est créé. Le neurologue allemand H. Oppenheim entreprend des recherches suite à plusieurs accidents de chemins de fer. À l'issue de ses recherches, il publie en 1888 son traité *Die Traumatischen Neurosen (La Névrose Traumatique)*. Selon lui, cette névrose se caractérise notamment par la survenue de cauchemars après un accident. J.-M. Charcot, psychiatre français, préférera le terme d'« hystérie traumatique », forme d'hystérie dont uniquement les hommes peuvent souffrir selon lui.

Pendant la Première Guerre Mondiale (1914-1918), les thérapeutes, dont S. Freud, rapporteront l'hantise, l'effroi, ressentis par leurs patients militaires. Ces-derniers souffraient par exemple

---

<sup>2</sup> GARDEIL J.-B., *Œuvres d'Hippocrate, Tome Deuxième, Traduction française depuis l'édition latine d'Anuce Foès, 1838, page 77.*

du « syndrome du vent du boulet », où le sifflement des obus perturbait le sommeil des soldats jusqu'à provoquer des cauchemars. C'est ainsi qu'on commença à parler de névrose de guerre.

Dans les années 1980, quelque temps après la fin de la guerre du Viêt Nam, les psychiatres américains ont constatés de nombreux symptômes du traumatisme psychique chez les soldats vétérans, tels que des troubles de la personnalité, des cauchemars, ainsi qu'une tendance aux conduites à risque. C'est pendant cette même période que le traumatisme psychique entra dans la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* américain (DSM-IV) sous l'appellation « *Post-Traumatic Stress Disorder* » (PTSD) traduit en français dans la 10<sup>ème</sup> édition de la *Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10, 1992) « *État de Stress Post-Traumatique* » (ESPT).

Enfin, suite à l'attentat du 25 Juillet 1995 de la station RER Saint-Michel à Paris, ont été créés les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)<sup>3</sup>. Ces unités étaient sous la direction du D<sup>r</sup> Général L. Crocq, médecin psychiatre. Comme cela est stipulé sur le site internet du Ministère des Affaires sociales et de la Santé<sup>4</sup>, les CUMP ont été mises en place afin « *d'assurer la prise en charge des victimes confrontées à un événement psycho-traumatisant. En effet, les catastrophes occasionnent non seulement des blessures physiques, mais aussi des blessures psychiques individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques. Ces victimes nécessitent des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques.* » Les CUMP ont malheureusement été récemment mobilisées consécutivement aux attentats du Bataclan (13 Novembre 2015) et de Nice (14 Juillet 2016).

Cet historique a permis de constater que le traumatisme psychique est une détresse dont peut être victime l'homme depuis toujours et c'est au fil du temps qu'une réelle prise en charge – d'abord réservée aux militaires – s'est développée et étendue à tout type de patients. Il est maintenant temps de définir le concept de psychotraumatisme.

---

<sup>3</sup> Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique, disponible à l'adresse : [circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/01/cir\\_41730.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/01/cir_41730.pdf).

<sup>4</sup> Site internet du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : <http://social-sante.gouv.fr/>.

*b. Qu'est-ce que le psychotraumatisme ?*

La CIM-10<sup>5</sup> intègre le concept de traumatisme psychique en 1992 sous le vocable « *état de stress post-traumatique* » et le définit comme « *une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.* »

Suite à mes différentes lectures, j'ai également retenu les définitions de deux psychiatres ayant axé leurs travaux sur la prise en charge du patient en état de traumatisme psychique, Louis Crocq et François Lebigot. Ces deux définitions m'ont servi de référence tout au long de mes recherches.

L. Crocq décrit le traumatisme psychique – qu'il appelle aussi « *trauma* » – comme étant « *un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.* »<sup>6</sup>

Par ailleurs, le psychiatre-psychothérapeute F. Lebigot définit le psychotraumatisme comme le résultat « *d'une rencontre avec le 'réel' de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort.* »<sup>7</sup>

À travers ces deux définitions, nous comprenons bien que le psychotraumatisme résulte d'un réel choc auquel le patient a fait face. Choc pendant lequel le patient réalise ce qu'est la Mort, et le caractère fatal qui lui est inhérent. Ce choc, en plus de provoquer de l'effroi, implique la survenue de symptômes – psychiques et somatiques – chez la victime que je vais de ce pas aborder.

---

<sup>5</sup> CIM-10 FR Volume 1, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Mai 2016, page 212.

<sup>6</sup> CROCQ L., CHIDIAC N. et al., *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes*, Elsevier Masson, Juillet 2014, page 7.

<sup>7</sup> LEBIGOT F. *Le Traumatisme Psychique* – page 7, collection temps d'Arrêt Lecture, 2003.

*c. Quels sont les symptômes du psychotraumatisme ?*

Le traumatisme psychique se manifeste différemment auprès de chaque patient en fonction du choc qu'il a subi et de la façon dont il a vécu la situation traumatique. Par ailleurs, les stigmates du psychotraumatisme évoluent dans le temps et s'illustrent à travers les symptômes immédiats et post-immédiats ainsi que les symptômes chroniques.

Je vais commencer par traiter les symptômes immédiats et post-immédiats du psychotraumatisme. Ceux-ci sont caractéristiques de l'état de stress aigu, état apparaissant dans les premières heures consécutives à la situation traumatique et durant généralement un mois. Le DSM-5 le définit comme « *un ensemble de symptômes caractéristiques qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s)* ». Ces symptômes sont principalement des troubles dissociatifs, c'est-à-dire des troubles « *caractérisés par la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement* »<sup>8</sup>. La psychologue R. Bourgault explique donc que l'on peut retrouver chez les patients en état de stress aigu « *un sentiment subjectif de torpeur, de détachement, voire une absence de réactivité émotionnelle ; une réduction de la conscience de l'environnement ; une impression de déréalisation ; une impression de dépersonnalisation ; une amnésie dissociative.* »<sup>9</sup>

Le psychotraumatisme est donc caractérisé par des troubles principalement dissociatifs lorsque le patient se trouve en état de stress aigu, mais également par des symptômes chroniques.

En effet, lorsque les symptômes perdurent au-delà d'un mois après la situation traumatique, il est considéré que le patient se trouve en état de stress post-traumatique chronique. Le DSM-5 classifie les symptômes de l'ESPT chronique en trois types : la reviviscence, l'évitement, et l'hyperréactivité neurovégétative.

La reviviscence se caractérise par des flashbacks et des souvenirs où le patient revit l'événement traumatique pouvant être provoqués par l'environnement de la victime (des bruits, des odeurs,

---

<sup>8</sup> Définition du DSM-5.

<sup>9</sup> KÉDIA M., SABOURAUD-SEGUIN A. et al., L'Aide-mémoire de psychotraumatologie, Dunod, Avril 2013, page 60.

et également des stimuli visuels) et qui vont lui provoquer une angoisse intense accompagnée de ruminations.

Le deuxième type de symptôme est l'évitement de toutes situations pouvant raviver l'angoisse que le patient a ressentie à l'instant des faits. Cela peut concerner aussi bien un lieu, qu'un moyen de transport, un trajet, mais également le fait de parler de l'événement traumatisant.

Le troisième symptôme caractéristique de l'ESPT chronique se trouve être l'hyperréactivité neurovégétative. Elle se traduit par des troubles du sommeil, une irritabilité et une hypervigilance, symboles du qui-vive sur lequel se trouve perpétuellement la victime.

Enfin, sur le long terme, le patient en état de traumatisme psychique peut présenter de nombreux autres symptômes, toutefois moins caractéristiques, tels qu'une inclinaison aux conduites à risques, un syndrome dépressif ou bien encore des troubles alimentaires.

Je termine ainsi le premier grand axe de mon cadre de référence. Après avoir exploré les origines du concept de traumatisme psychique, m'être renseigné sur comment les professionnels le définissent, et expliqué de quelles façons le psychotraumatisme se manifestait chez la victime, je vais pouvoir m'atteler à l'étude du deuxième concept que j'ai décidé d'aborder pour ce mémoire de fin de formation : la relation établie entre l'infirmier et le patient.

## II. L'infirmier et le patient : Vers l'établissement d'une relation de confiance

### a. La relation d'aide d'après la théorie rogérianne

Comme il est stipulé dans les articles R.4311-1 à R4311-5 du Code de la santé publique relatifs aux actes professionnels de l'exercice de la fonction d'infirmier, « *Les soins infirmiers, [...], intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* »<sup>10</sup>. De plus, il est indiqué dans l'article R.4311-5 que « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : [...] 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ; 41° Aide et soutien psychologique* ».

Dans ce sens, tout au long de la formation théorique en soins infirmiers, l'unité d'enseignement 4.2 **Soins relationnels** en rapport avec la compétence 6 **Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins** du Référentiel de la Profession d'Infirmier<sup>11</sup>, nous a permis d'étudier ce qu'est la relation d'aide et les moyens que l'infirmier doit mettre en place pour parvenir à l'établir.

Selon le psychologue humaniste américain Carl Rogers, la relation d'aide est « *la capacité que peut avoir un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation, c'est un soin relationnel* ». Il la décrit comme une relation « *permissive, structurée de manière précise qui permet à la personne d'acquérir une compréhension d'elle-même, à un degré qui la rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation* »<sup>12</sup> et établit le postulat selon lequel chaque individu possède les capacités nécessaires pour trouver sa propre solution à ses difficultés. Ainsi, toujours selon C. Rogers, la relation d'aide serait favorisée par quatre qualités ou habiletés du soignant : la congruence, l'écoute active, l'empathie et le non-jugement.

La congruence – ou authenticité – est la capacité qu'a le soignant d'être en parfait accord avec lui-même par le biais d'une adéquation entre ses ressentis, ses dires, ses actions et entre son

---

<sup>10</sup> Code de la santé publique, Partie réglementaire – Professions de santé – Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers – Titre I<sup>er</sup> : Profession d'infirmier ou d'infirmière, Article R4311-2.

<sup>11</sup> Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.

<sup>12</sup> DAYDÉ M.-C., LACROIX M.-L. et al., *Relation d'aide en soins infirmiers*, Éditions ELSEVIER MASSON, Juin 2008, page 37.

comportement verbal et non-verbal. De cette manière, le soignant se montre transparent et sincère, ce qui va permettre au soigné de se sentir en confiance.

L'écoute active – ou écoute bienveillante – « *implique un silence intérieur, ce qui exclut un questionnement immédiat, le fait d'émettre ses propres idées, d'interpréter, suivant ses propres valeurs et enfin, de ne pas interrompre le flot de paroles de la personne présente* »<sup>13</sup>. Cela signifie qu'en étant dans l'écoute active, le soignant reste en « retrait » face au soigné, laissant ce-dernier s'exprimer librement.

L'empathie est la clef de voûte de la relation d'aide selon C. Rogers. Pour lui, « *percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, comme si* »<sup>14</sup>. C'est en étant empathique que le soignant entre dans l'univers de l'autre, comprenant sa situation et ses émotions, sans pour autant les partager.

Enfin, le non-jugement est fondamental pour que la relation d'aide soit optimale et qu'elle conduise à l'établissement d'une relation de confiance entre l'infirmier et le patient. Il est important que ce-dernier ne se sente pas jugé par le soignant qui représente en quelque sorte une figure d'autorité ; il doit donc être accueilli tel qu'il est, sans jugement de valeur. En effet, accueillir ainsi une personne revient à « *adopter une attitude chaleureuse ancrée dans le présent, où le soignant authentique encouragera la personne écoutée à identifier ses propres ressources* »<sup>15</sup>.

Les quatre concepts rogoriens de la relation d'aide se trouvent donc être indissociables pour que la relation construite avec le patient soit de qualité et devienne une véritable relation de confiance, symbole d'une prise en charge accomplie. Relation de personne à personne, on peut la définir comme la « *croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* »<sup>16</sup>. Dans le cadre thérapeutique, cette confiance est

---

<sup>13</sup> PAILLARD C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers 3<sup>ème</sup> Édition*, Éditions Setes, Juillet 2016, page 367.

<sup>14</sup> PAILLARD C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers 3<sup>ème</sup> Édition*, Éditions Setes, Juillet 2016, page 367.

<sup>15</sup> PAILLARD C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers 3<sup>ème</sup> Édition*, Éditions Setes, Juillet 2016, page 368.

<sup>16</sup> Définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.

mutuelle et respectueuse. Cependant, face aux récits des patients rencontrés, l'infirmier peut être amené à ressentir différentes émotions et, en se souciant de réaliser une prise en charge efficace, approcher la détresse de l'individu de différentes manières.

C'est pourquoi j'ai décidé de me concentrer par la suite sur la compassion et l'empathie.

*b. La compassion et l'empathie : deux approches différentes de la détresse*

Tout d'abord, il me paraît important d'indiquer que le terme « compassion », du latin *cum patior* (signifiant « *je souffre avec* ») est synonyme de « sympathie ». Ainsi, nous pouvons voir que ces deux approches de la détresse du patient, bien que partageant une similitude étymologique, sont aux antipodes.

Le terme sympathie vient du grec ancien *sún* (σύν), se traduisant par « *avec, ensemble* » et *pathos* (πάθος), signifiant « *passion, émotion* ». La sympathie est définie comme la participation à la joie, à la peine d'autrui. Dans le cadre thérapeutique, il s'agit donc de partager la détresse du patient. Le soignant – ici l'infirmier – va être à l'écoute de la détresse du patient, la comprendre, mais le fait de la partager implique donc qu'il ne sera d'aucune aide. En effet, l'attitude compassionnelle (ou sympathique) peut être interprétée par le patient comme de la pitié, ce qui va par conséquent l'amener à se renfermer sur lui-même et la relation de confiance se retrouvera alors altérée.

L'empathie, du latin *in* (« *dans, à l'intérieur* ») et du grec *pathos*, est la « *faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* »<sup>17</sup>. En étant empathique, le soignant comprend la détresse du soigné sans la partager. Alors, il apportera son aide au patient car il ne prendra pas position par rapport à la détresse de celui-ci. Ainsi, nous pouvons dire que l'empathie permet toute absence de confusion entre soi et l'autre, ce qui contribue au fondement d'une relation de confiance entre les deux partis. De plus, comme nous avons pu le voir dans la sous-partie précédente, c'est en faisant preuve d'une attitude empathique envers le patient que l'on parvient à établir une relation d'aide adéquate et de qualité.

Le philosophe G. Mury expliqua par ailleurs que d'après lui, « *l'empathie est la démarche par laquelle le clinicien s'efforce d'utiliser tout le matériel apporté par son client, qu'il soit verbal*

---

<sup>17</sup> Les définitions de sympathie et d'empathie sont tirées du Dictionnaire *Larousse* en ligne.

ou non, pour entrer dans l'univers de celui-ci, pour voir le monde comme lui »<sup>18</sup>. Un des rôles de l'infirmier étant d'apporter une aide psychologique au patient qu'il reçoit, on peut donc appliquer cette définition de G. Mury à l'exercice paramédical.

Dans cette section, j'ai mis en opposition deux abords de la détresse que peut présenter le patient. Dans une volonté d'être aidant, il est important de comprendre la peine de l'autre sans toutefois la partager. Cependant, comment, en tant que soignant, pouvons-nous être sûr d'être dans la bonne position face au patient afin de conserver une attitude empathique ? C'est pour répondre à cette question que je vais désormais traiter de la distance thérapeutique.

### c. *Qu'en est-il de la distance thérapeutique ?*

En son sens commun, la distance est un intervalle, un espace qui sépare deux ou plusieurs personnes<sup>19</sup>. Cependant, la distance thérapeutique – ou juste distance – est une distance « *professionnelle, interpersonnelle visant à réajuster un équilibre relationnel visant l'accompagnement d'une personne soignée vers un projet donné* »<sup>20</sup>. Pour respecter cet espace avec le patient, l'infirmier se doit de respecter différents critères.

Tout d'abord, il est primordial que le soignant reste poli et courtois avec son interlocuteur. En effet, toute familiarité ou comportement trop amical est à proscrire car cela pourrait être attentatoire à l'élaboration de la relation d'aide.

Faire preuve de politesse implique donc d'employer le vouvoiement en s'adressant au patient. Cela permet justement de poser une distance entre les deux interlocuteurs et éviter toute confusion. Toutefois, il existe quelques exceptions quant à l'usage du vouvoiement telles que la prise en charge d'un enfant ou d'un bébé dans un service de pédiatrie, ou lorsqu'un patient demande qu'on le tutoie ou qu'on l'appelle par son prénom. Dans ce cas précis, il faut s'assurer que toute l'équipe aborde le patient de la même manière afin que le corps soignant maintienne une cohérence dans le rapport au patient.

La posture professionnelle va de pair avec la juste distance. Effectivement, un soignant calme, sérieux, aimable, attentif, disponible et chaleureux va aider le patient à se sentir à l'aise,

---

<sup>18</sup> PAILLARD C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers 3<sup>ème</sup> Édition*, Éditions Setes, Juillet 2016, page 367.

<sup>19</sup> Définition tirée du Dictionnaire Larousse en ligne.

<sup>20</sup> PAILLARD C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers 3<sup>ème</sup> Édition*, Éditions Setes, Juillet 2016, page 155.

en confiance. Dans le cas contraire, le patient se sentirait en position de faiblesse au soignant. Il est à noter que la tenue de travail joue également un rôle dans la distance thérapeutique, un rôle qui peut être à double tranchant : la blouse blanche caractéristique peut être perçue comme un symbole d'autorité par le patient, ce qui l'amènera à être sur la défensive ; mais elle peut tout autant être perçue comme quelque chose de rassurant, symbole du corps soignant.

Enfin, il est également important de rappeler que chaque patient est unique, si bien que dans chaque prise en charge holistique, il ne peut y avoir une distance thérapeutique « type ». C'est au soignant d'adapter sa posture et son attitude à l'autre. De plus, comme j'ai pu le développer dans les sous-parties relatives à la relation d'aide ainsi qu'à la différence entre la compassion et l'empathie, il est important que le professionnel de santé ne bascule pas dans un trop-plein d'émotion face à l'histoire et aux dires du patient et qu'il conserve donc une attitude empathique.

À travers ce chapitre, j'ai pu présenter ce que sont les fondements de la relation d'aide entre l'infirmier et le patient. Relation qui, si de qualité et adéquate, devient un véritable rapport de confiance entre les deux partis. C'est ainsi que l'infirmier garantit une prise en charge optimale et holistique du patient.

En effet, en étant authentique, compréhensif, à l'écoute, doué d'empathie et sans poser de jugement de valeur, le soignant met le patient à l'aise et instaure ainsi la relation de confiance. Mon cadre de référence s'achevant sur ces mots, il m'a paru important de partir à la rencontre de soignants de professions différentes prenant régulièrement en charge des patients victimes de traumatisme psychique afin de trouver une réponse à ma question de départ.

## ENQUÊTE EXPLORATOIRE

---

### I. Méthode exploratoire

#### *a. Moyen d'enquête*

Pour étayer mes recherches, j'ai procédé à la réalisation d'entretiens semi-directifs basés sur une grille d'entretien façonnée au préalable<sup>21</sup>. Cette grille est constituée de questions ouvertes où apparaissent les thèmes de mon étude : le psychotraumatisme et la relation entre l'infirmier et le patient. Le thème que j'ai choisi d'étudier à travers cette initiation à la démarche de recherche étant axé sur le ressenti et l'expérience des professionnels de santé interrogés, j'ai donc entrepris une enquête qualitative, et l'entretien semi-directif me semblait être l'outil le plus adéquat pour mener à bien cette enquête. L'aspect semi-directif avait pour but de permettre aux personnes interrogées de s'exprimer librement. Par ailleurs, cela permettait hypothétiquement de réorienter les professionnels de santé sur le sujet si nécessaire, ce qui s'est avéré ne pas être le cas.

Les quatre entretiens réalisés contiennent cinq questions et ont été enregistrés au dictaphone avec l'accord des personnes interviewées afin de permettre une retranscription dans leur intégralité<sup>22</sup>. La durée initialement prévue pour chaque entretien était d'un quart d'heure : l'un des entretiens a duré quinze minutes, un autre vingt cinq minutes, et deux autres ont duré une demi-heure chacun.

#### *b. Population ciblée et lieux de l'enquête*

Dans le cadre de mon enquête, j'ai choisi d'aller à la rencontre de quatre professionnels de santé ayant pris en charge des patients victimes de traumatisme psychique. Je suis d'abord allé à la rencontre de trois soignants rencontrés lors de mon stage en unité médico-judiciaire (U.M.J.) à Paris. Le quatrième entretien fut téléphonique, le soignant ne vivant pas en région parisienne.

Premièrement, je me suis entretenu avec un psychiatre urgentiste qui n'a pas étudié le psychotraumatisme lors de ses études mais a appris à le prendre en charge sur le terrain,

---

<sup>21</sup> Grille d'entretien disponible en annexe.

<sup>22</sup> Entretiens retranscrits disponibles en annexe.

notamment lors de ses consultations en U.M.J. et également lors des attentats du Bataclan et de Nice.

Dans un second temps, j'ai interrogé l'infirmière référente d'une U.M.J., puéricultrice de formation, qui s'occupe principalement de l'accueil des victimes d'agressions sexuelles, et qui a également été amenée à prendre en charge des victimes des récents attentats.

Ensuite, je suis allé à la rencontre d'une psychologue s'étant spécialisée au cours de ses études en victimologie ainsi qu'en traumatisme psychique, et qui travaille également en U.M.J.

Enfin, j'ai effectué un entretien téléphonique auprès d'un infirmier réanimateur travaillant dans un hôpital du nord de la France. Cet infirmier est également réserviste à l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (É.P.R.U.S.). Il s'est occupé, au sein de la Cellule Interministérielle d'Aide aux Victimes (C.I.A.V.), de la prise en charge par téléphone des victimes des attentats de Nice et du Bataclan.

### *c. Limites et biais de l'enquête*

Après avoir réalisé cette enquête, j'ai pris conscience de ses limites et biais, que je vais exposer ci-après.

Ce travail de fin d'études fait partie de l'Unité d'Enseignement 5.6 du 6<sup>ème</sup> semestre de formation en soins infirmiers ***Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles*** et constitue une initiation à la démarche de recherche. De part sa dimension initiatique, il nous était demandé de réaliser un nombre restreint d'entretiens dans le cadre de l'enquête exploratoire. Cela a été une difficulté et une limite pour moi en premier lieu, car malgré que mon sujet soit assez spécifique, j'étais parvenu à trouver de nombreux interlocuteurs en région parisienne, dans le nord et le sud de la France, ainsi qu'en Belgique. Il a donc fallu que je me réfrène et rester dans la dimension initiatique de la démarche de recherche.

La deuxième limite réside dans le fait que le thème que j'ai désiré aborder – la précarité de la limite entre empathie et compassion dans la relation de soin avec le patient en état de psychotraumatisme – est un thème qui interroge des valeurs et pratiques personnelles, ce qui, par conséquent, apporte une subjectivité dans les réponses apportées par les professionnels de santé. Effectivement, chacune des quatre personnes interviewées a fourni des réponses qui lui étaient propres, reflets de son ressenti, de son vécu, de son expérience professionnelle, de son jugement personnel et de son libre-arbitre. Cette subjectivité peut constituer une difficulté lors de l'analyse des données de l'enquête.

Le premier biais s'avère être le fait d'avoir pris la décision d'aller interroger quatre professionnels pour qui le psychotraumatisme n'est pas inconnu. Mon but n'était pas de m'entretenir avec des professionnels formés théoriquement à la prise en charge du traumatisme psychique, mais je me suis rendu compte après retranscription des entretiens que j'aurais pu également partir à la rencontre de personnes non habituées à la prise en charge du psychotraumatisme.

Enfin, le second biais est entremêlé au premier de par le fait que je n'ai pas cherché à interviewer des personnes diplômées depuis un nombre d'années précis. Cependant, il s'est avéré que les quatre professionnels interviewés prennent en charge des patients en état de psychotraumatisme depuis cinq à vingt ans. C'est alors que je réalise que j'aurais pu également interroger des personnes tout récemment diplômées.

#### *d. Objectifs de l'enquête*

Cette enquête exploratoire a pour but de compléter les recherches conceptuelles que j'ai mené afin de répondre à ma question de départ, voici les objectifs de l'enquête :

- Comprendre de quelle manière chaque soignant identifie que le patient qu'il reçoit est en état de psychotraumatisme ;
- Connaître les qualités qui permettent au soignant de prendre en charge le patient psychotraumatisé de manière optimale ;
- Découvrir, à travers l'expérience du professionnel interrogé, s'il s'est déjà retrouvé en difficulté dans la prise en charge de ce type de patient et s'il s'est déjà laissé « emporter » par ses émotions en partageant la détresse du patient psychotraumatisé ;
- Obtenir le point de vue de la personne interrogée sur ce qui, selon elle, permet d'établir une relation de confiance avec ce type de patient ;
- Connaître les outils que l'interviewé met en place pour être dans une juste distance thérapeutique avec le patient en état de traumatisme psychique ;
- Déterminer ce qui permet au professionnel de santé de savoir comment rester dans une juste distance thérapeutique.

## II. Analyse de l'enquête

Le travail d'analyse qui va suivre marque l'aboutissement du mémoire de fin d'études. Effectivement, il nous est demandé d'effectuer une analyse des entretiens menés auprès de professionnels de santé afin d'apporter de nouveaux éléments de réponse à notre problématique initiale et d'en dégager des axes d'ouvertures qui mèneraient à une problématique de recherche. Pour mener à bien cette analyse, j'ai décidé de suivre le déroulement des entretiens que j'ai réalisés auprès des professionnels, en analysant les données question par question. À chacune de celles-ci, j'effectuerai un rappel du(des) objectif(s) et concept(s) en rapport avec la question, puis mettrai en lien les réponses avec les éléments de mon cadre de référence.

### *Question 1 : De quelle(s) façon(s) identifiez-vous que le patient que vous recevez est en état de psychotraumatisme ?*

Cette question est en lien avec le concept de psychotraumatisme, que j'ai principalement défini au travers de mon cadre de référence comme un phénomène se déroulant au sein du psychisme d'un individu suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatisant soudain et violent, ainsi qu'une confrontation au réel de la mort. L'objectif de cette question était de comprendre de quelle manière chaque soignant identifie que le patient qu'il reçoit est en état de psychotraumatisme.

Le psychiatre urgentiste, l'infirmière U.M.J. ainsi que la psychologue U.M.J. ont tous les trois répondu qu'ils identifiaient le psychotraumatisme à travers des signes verbaux et non-verbaux tels que l'attitude de la personne (prostrée ou non, la position du corps, si la personne est inquiète, si elle pleure) ou bien des signes de blessure psychologique (tristesse, anxiété, colère, honte, culpabilité, troubles de la concentration, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil avec cauchemars). Le signe revenant principalement dans la réponse de ces trois professionnels est l'état d'hypervigilance dans lequel se trouve le patient. Comme j'ai pu le voir au travers de mes recherches, l'hypervigilance est une des manifestations de l'hyperréactivité neurovégétative qui est elle-même un symptôme caractéristique de l'état de stress post-traumatique chronique. Par ailleurs, ces trois professionnels travaillant en U.M.J. mentionnent également que selon eux, une caractéristique du psychotraumatisme est la conduite d'évitement. Elle peut tout aussi bien concerner un lieu, qu'un moyen de transport, un trajet, ou le fait de parler de l'événement traumatisant.

Trois des professionnels interrogés – cette fois-ci le psychiatre urgentiste, l’infirmière U.M.J. et l’infirmier É.P.R.U.S. – ont évoqué la sensation de mort imminente présente dans le récit des patients psychotraumatisés. L’infirmier É.P.R.U.S. indique que lors de son expérience en tant que volontaire à la C.I.A.V. les victimes se retrouvaient « *être confrontées au réel de la mort, pas forcément envers soi-même, mais envers ses proches, d’avoir eu à côtoyer une ou des personnes qui vont décéder où on peut se dire que c’était soi à la place quoi* ». Il a également ajouté que la personne impliquée se retrouvait dans une situation inattendue, la laissant impuissante. Cette notion de confrontation au réel de la mort correspond à la définition du psychotraumatisme selon F. Lebigot comme je l’ai mentionné auparavant dans le premier chapitre de mon cadre conceptuel. D’ailleurs, le psychiatre urgentiste a dit lors de l’entretien « *Dans les bouquins, classiquement on nous dit qu’il faut qu’il y ait un risque de mort pour soi ou pour autrui, un risque de mort imminent, en tout cas une peur de risque de confrontation au réel de la mort* ».

Le psychiatre urgentiste et l’infirmière U.M.J. ont mentionné également qu’ils cherchent à savoir si le patient a des flashbacks ou des reviviscences de l’événement traumatique, autre symptôme caractéristique de l’E.S.P.T. chronique.

Enfin, l’infirmière U.M.J. a également abordé le fait qu’elle cherchait à savoir si le patient présentait des troubles dissociatifs, troubles faisant partie des symptômes immédiats du psychotraumatisme comme j’ai pu le mentionner pendant mes recherches. Je pense que c’est la raison pour laquelle l’infirmière U.M.J. a également indiqué qu’il est par conséquent important de déterminer la durée des symptômes que présente le patient par rapport à l’agression.

À travers cette première question, j’ai pu répondre à mes interrogations face à la manière dont chaque soignant identifie que le patient reçu est en état de psychotraumatisme. En effet, les réponses apportées par les professionnels de santé ont correspondu aux éléments présents dans mon cadre de référence. Cependant, je ne peux alors m’empêcher de me demander s’il aurait été de même si j’avais interrogé des soignants moins confrontés au traumatisme psychique dans leur pratique professionnelle.

**Question II : Comment abordez-vous/procédez-vous à la prise en charge de ce type de patient ?**

Cette deuxième question partage les mêmes concept et objectif que la question précédente, à savoir le concept de psychotraumatisme avec pour objectif de comprendre de quelle manière chaque soignant identifie que le patient qu'il reçoit est en état de psychotraumatisme.

Pour répondre à cette question, le psychiatre urgentiste et l'infirmière U.M.J. sont tous les deux revenus sur l'hypervigilance dont peut faire preuve le patient. Le psychiatre explique que « *c'est l'emballement de la structure cognitive de la vigilance qui crée la symptomatologie déconnante* » et illustre son propos en prenant en exemple les victimes du Bataclan qu'il a pu être amené à prendre en charge et relatant qu'après un tel événement, la victime se retrouve en permanence en alerte et que « *c'est là où t'es à un niveau de vigilance qui est déconnant et que la machine s'est emballée* ». Par ailleurs, il existe selon lui « *une dimension technique d'entretien qui est d'aller chercher la personne le plus finement là où elle est* », ce que j'ai compris comme une marque de l'écoute dont fait preuve le psychiatre lorsqu'il prend en charge les victimes de psychotraumatisme. Il a terminé sa réponse en précisant qu'il faut que la victime se force à sortir et à s'exposer afin de ne pas être enfermée dans l'hypervigilance.

Selon l'infirmière U.M.J., l'hypervigilance du patient victime de traumatisme psychique le rend hypersensible et plus fragile qu'un autre patient ne présentant pas ces symptômes. Ainsi, elle considère que le soignant se doit d'être encore plus dans l'écoute et plus vigilant sur son propre langage verbal et non-verbal. Elle illustre son propos en expliquant qu'il faut d'autant plus expliquer chaque question posée au patient psychotraumatisé (pourquoi cette question est-elle posée, quelle en est la raison, ce que va apporter la réponse à la question) afin que le patient n'interprète pas mal la question. Je pense également que cela permet d'éviter que le patient ne se renferme sur lui-même.

La psychologue U.M.J. m'a expliqué que sa prise en charge des patients en état de psychotraumatisme s'articule autour de plusieurs axes. Tout d'abord, elle doit effectuer un important travail d'orientation et d'évaluation (s'agit-il en premier lieu d'un psychotraumatisme ? Y-a-t-il d'autres psychopathologies ou non ? La personne a-t-elle besoin d'un suivi et si oui auprès de qui ?). Elle m'a également expliqué qu'elle travaillait beaucoup avec les thérapies comportementales et cognitives avec lesquelles elle va par exemple donner des marges de manœuvre au patient, échanger avec lui autour des conduites d'évitement,

expliquer ce qu'est l'évitement ; ainsi qu'avec l'E.M.D.R. (*Eye-Movement Desensitization and Reprocessing* ou Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires), où il s'agit d'aller désensibiliser le souvenir traumatique.

Lorsqu'elle a affaire à un patient en état de stress aigu (état apparaissant dans les premières heures consécutives à la situation traumatique et durant généralement un mois, comme j'ai pu le mentionner lors de mes recherches) il est fondamental pour elle que la prise en charge repose sur une bonne évaluation, la création d'une alliance thérapeutique, et l'évaluation d'indication ou non d'un traitement médicamenteux (dans l'hypothèse où ce-dernier cas s'affirme, la psychologue reconduit alors le patient auprès d'un psychiatre). Ces trois éléments de la prise en charge du patient en état de stress aigu permettent de commencer la narration du contexte traumatique et de normaliser les réactions émotionnelles, c'est-à-dire expliquer au patient qu'il est normal qu'il présente les symptômes du psychotraumatisme et qu'il s'agit d'une réaction normale à un événement anormal.

Enfin, l'infirmier É.P.R.U.S. a tout d'abord expliqué qu'il faut communiquer avec le patient en état de psychotraumatisme et ses proches en étant le plus transparent possible tout en étant rassurant et optimiste dans la prise en charge. Pour cela, il devait, lors des cellules d'aide téléphonique, essayer d'instaurer très rapidement une relation de confiance<sup>23</sup> tout en gardant en tête qu'il faisait tout pour venir en aide à la victime qu'il avait de l'autre côté de la ligne. Si la situation se trouvait trop difficile à gérer, il fallait alors ne surtout pas hésiter à transmettre l'appel à un autre réserviste plus formé ou documenté sur le psychotraumatisme.

Pour l'infirmier É.P.R.U.S., « *un mauvais suivi pourrait engendrer plus de stress et plus de souci pour le patient plutôt que de le rassurer* », opinion que je rejoins totalement. En effet, dans un souci de venir en aide à une victime d'un événement traumatique, éprouver des difficultés lors de la prise en charge rendrait celle-ci inefficace et la victime se renfermerait sur elle probablement et risquerait de se sentir incomprise.

Cette deuxième question impliquait des réponses subjectives et propres à chacune des quatre personnes interrogées. Cependant, leurs différentes réponses ont complété celles de la première question de la grille d'entretien et m'ont ainsi permis de commencer à repérer d'un

---

<sup>23</sup> Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence, définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales.

point de vue pratique et non théorique les éléments primordiaux d'une prise en charge qualitative du patient psychotraumatisé, ce qui amène à la troisième question de l'enquête.

***Question III : Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?***

Lors de l'élaboration de cette question, je me suis concentré sur les concepts d'empathie, qui est la capacité de comprendre la détresse du patient sans pour autant la partager, et de relation de confiance : relation entre le soignant et le soigné où chacun a gagné la confiance de l'autre, la relation de confiance rend optimale la relation d'aide. Les objectifs de cette question étaient de connaître les qualités qui permettent au soignant de prendre en charge le patient psychotraumatisé de manière optimale et d'obtenir le point de vue de la personne interrogée sur ce qui, selon elle, permet d'établir une relation de confiance avec ce type de patient.

Les quatre professionnels interviewés ont répondu à l'unanimité que la qualité fondamentale était l'empathie. Comme j'ai pu le détailler au cours du deuxième axe de mon cadre de référence, l'empathie est la clef de voûte de la relation d'aide selon C. Rogers et c'est en étant empathique que le soignant entre dans l'univers du patient, comprenant sa situation et ses émotions, sans pour autant les partager – comme l'a d'ailleurs exprimé la psychologue U.M.J. : il s'agit de « *pouvoir communiquer qu'on comprend les émotions de l'autre* ». Toutefois, l'infirmière U.M.J. explique qu'« *en tant qu'être humain on a quand même une part de compassion ou ce genre de sentiments qui surgissent et c'est là qu'en tant que professionnel on ne peut plus rester dans ce sentiment-là car là c'est plus de l'empathie* ». Bien que la compassion soit un concept que j'aborde au cours d'une prochaine question, il s'agit d'une émotion ressentie par tout un chacun, où l'on partage la détresse de son interlocuteur<sup>24</sup>. Elle constitue donc selon moi un frein majeur à la relation d'aide dans la prise en charge du patient victime de traumatisme psychique. Mais alors, comment ne pas basculer dans la compassion ? Sans que je n'ai eu à lui poser la question, l'infirmière U.M.J. m'a expliqué que c'est avec le temps et l'expérience que l'on apprend à travailler ce ressenti qui est humain afin que le patient ne le perçoive pas et elle ajoute que selon elle, « *être professionnel c'est garder la vraie définition de l'empathie* ».

---

<sup>24</sup> Confère la sous-partie *La compassion et l'empathie : deux approches différentes de la détresse* du cadre de référence.

Point intéressant à cette troisième question, le psychiatre urgentiste et l'infirmière U.M.J. ont tous les deux mentionné qu'il faut être au clair avec sa propre histoire de vie, le psychiatre urgentiste disant qu'« *il faut soi-même avoir vécu plein de trucs* » et l'infirmière U.M.J. précisant que ce que confie le patient psychotraumatisé ne doit pas renvoyer le soignant à sa propre histoire et que pour être dans une relation empathique, il faut être totalement disponible pour ce que dit la victime. À la rédaction de ces lignes, je ne peux que me demander si le fait d'avoir une histoire de vie particulière – j'entends par là ponctuée d'événements difficiles voire traumatiques – constitue un critère à la capacité de pouvoir prendre en charge un patient psychotraumatisé ?

Bien évidemment, je pense que cela peut apporter une plus value, une appréhension différente du mal-être de son interlocuteur. Toutefois, je pense que dans ce cas le soignant doit être très vigilant, et je rejoins donc l'avis de l'infirmière U.M.J. : il se doit d'être au clair avec sa propre histoire de vie.

La psychologue U.M.J. et l'infirmier É.P.R.U.S. ont quant à eux énoncé différentes postures et attitudes comme étant d'autres qualités à l'établissement d'une relation de confiance avec le patient psychotraumatisé. Ils ont notamment mentionné les quatre concepts rogériens de la relation d'aide : l'authenticité, l'écoute active, le non-jugement, et l'empathie qui fut comme dit plus haut leur premier élément de réponse à la question.

La psychologue U.M.J. a également ajouté qu'il était important d'être dans l'acceptation du vécu de l'autre, d'être concerné et de reconnaître la situation que vit la victime et donc ne surtout pas être neutre face à son vécu. Elle explique également qu'il faut savoir accepter les ambivalences (un patient peut être volontaire à aller de l'avant un jour puis l'inverse le lendemain), parfois accepter des verbalisations très crues des événements traumatiques et accepter de s'ennuyer, en faisant ici référence au fait que dans la prise en charge du syndrome de répétition, une victime peut rester focalisée en boucle sur les événements traumatiques.

L'infirmier É.P.R.U.S. a ajouté qu'il était important de pouvoir essayer de dédramatiser la situation car il pense que ressasser les événements et être dans le *pathos* avec les patients n'apporte rien de constructif. Il m'a d'ailleurs expliqué que lors de son expérience au sein de la cellule d'aide téléphonique, il rigolait avec les victimes qu'il avait au téléphone, quand il ressentait bien sûr que cela était faisable.

Cette troisième question était très enrichissante. Non seulement elle m'a permis de répondre à mes objectifs mais elle m'a aussi amené à m'interroger sur la capacité à prendre en charge un patient en état de psychotraumatisme et la confrontation à nos propres émotions. J'ai pu voir par ailleurs que les concepts de C. Rogers relatifs à la relation d'aide étaient appliqués naturellement par les quatre professionnels interrogés.

***Question IV : Face aux récits des sujets rencontrés, certain(e)s de vos sentiments/émotions vous ont-ils(elles) déjà mis en difficultés ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?***

À travers cette question, je voulais explorer le concept de compassion, le fait de partager la détresse du patient, sans toutefois le verbaliser et mes objectifs étaient donc de découvrir, à travers l'expérience du professionnel interrogé, s'il s'était déjà retrouvé en difficulté dans la prise en charge du patient psychotraumatisé et s'il s'était déjà laissé « emporter » par ses émotions en partageant donc la détresse de ce type de patient.

Les quatre soignants interrogés ont tous relaté avoir déjà été touchés et émus par les propos de leurs patients. Le psychiatre urgentiste et l'infirmier É.P.R.U.S. ont été marqués par le sentiment d'impuissance que peut procurer l'état de détresse dans lequel se trouve le patient psychotraumatisé. Le psychiatre urgentiste explique avoir déjà été « brassé » par les dires de ses patients, notamment en début de carrière, mais qu'avec le temps il a pu créer des outils pour appréhender ce type de patient sans être « brassé ». Ici, on retrouve donc la notion abordée par l'infirmière U.M.J. dans la question précédente expliquant que le temps et l'expérience professionnelle permettent de prendre en charge le patient en état de psychotraumatisme sans être envahi par ses émotions.

Lors de sa mission en tant que réserviste, l'infirmier É.P.R.U.S. s'est retrouvé confronté à des récits glaçants, ne sachant que dire et faire pour venir en aide aux victimes qu'il avait au téléphone. Il m'a donc relaté avoir plusieurs fois eu les larmes aux yeux, mais dans ces cas-là il prenait une pause ou bien confiait l'appel à un autre de ses collègues. Il m'a toutefois raconté qu'après la mission, certains de ses collègues ont eu besoin d'un suivi psychologique.

L'infirmière U.M.J. et la psychologue U.M.J. ont toutes deux illustré leur propos par des exemples tirés de leur vécu. La psychologue U.M.J. a raconté s'être déjà retrouvée face à une patiente pour laquelle son envie d'aider était trop forte, où elle s'était trouvée dans un schéma de pensée dans lequel elle voulait prendre la patiente sous son aile. Cependant, elle a réussi à gérer cette forte volonté d'aide et demeurer dans l'empathie. Elle m'a raconté également s'être déjà retrouvée dans une situation inverse, où un patient particulièrement agressif verbalement

avec elle l'énervait au plus haut point. Pour gérer ces émotions, que ce soit la colère ou la compassion, la psychologue a expliqué que « *ça se gère, soit en restant bien dans le cadre quand ça va trop loin, soit en verbalisant les émotions négatives* ».

La réponse de l'infirmière U.M.J. à cette question a particulièrement suscité mon intérêt. En effet, elle m'a demandé si à travers ma question je faisais référence au traumatisme vicariant, ce qui n'était pas le cas. Le traumatisme vicariant se caractérise par la propension qu'a le soignant à souffrir du matériel traumatique apporté par le patient. Dans le cas de l'infirmière U.M.J., celle-ci s'est une fois retrouvée dans une hypervigilance irrationnelle pendant quelques semaines suite à la prise en charge d'une patiente victime d'agression sexuelle.

Cette question, de par son thème, demandait aux professionnels d'exprimer leur vécu, leur ressenti, leur propre vision des choses. Ainsi, je ne pouvais réellement confronter leurs réponses aux données de mon cadre de référence, car je me rends compte qu'à travers ma question de départ, je n'avais pas songé à effectuer des recherches sur le ressenti même des soignants lors de la prise en charge du patient en état de traumatisme psychique. C'est pourquoi l'intervention de l'infirmière U.M.J. relative au traumatisme vicariant m'a particulièrement interpellé.

#### *Question V : Que mettez-vous en place pour garder une juste distance thérapeutique avec le patient psychotraumatisé ?*

Pour cette dernière question, il était important pour moi d'aborder le concept de distance thérapeutique, espace séparant le professionnel de santé et le soigné pour que le soignant ne soit ni dans une rigidité ou froideur, ni dans une proximité excessive et délétère à la prise en charge. Les objectifs de cette question étaient de connaître les outils que l'interviewé met en place pour être dans une juste distance thérapeutique avec le patient en état de traumatisme psychique ainsi que de déterminer ce qui permet au professionnel de santé de savoir comment rester dans une juste distance thérapeutique.

Pour le psychiatre urgentiste, la juste distance est permise par le fait d'offrir au patient une écoute sans remise en question. Ainsi, il a rappelé qu'il est important de garder en tête que ce que l'on fait, on le fait pour le patient, et non pour nous. Cela permet de rester empathique et pour se faire, le psychiatre m'a expliqué qu'il reste très naturel avec ses patients, qu'il met en place « *une relation horizontale entre lui en tant qu'humain et l'autre en tant qu'humain* ».

Pour l'infirmière U.M.J., la juste distance se crée en étant conscient des émotions que l'on peut ressentir face aux récits des patients mais que l'on arrive à différer lesdites émotions. Elle m'a de nouveau expliqué que c'était moins évident à son début de carrière en U.M.J. mais qu'avec l'expérience, elle y parvenait aisément.

En ce qui concerne la psychologue U.M.J., il est primordial de rester en bonne santé en premier lieu. À ce moment-là, elle a fait mention d'une conférence au sujet du traumatisme vicariant à laquelle elle avait assisté, où le conférencier expliquait qu'il était très important pour les soignants et donc les écoutants, de ne surtout pas sacrifier ses modérateurs de stress. Ainsi, la psychologue U.M.J. s'efforce d'avoir une hygiène de vie correcte, en maintenant un bon rythme de sommeil, en mangeant sainement, et en faisant de l'exercice physique. De cette manière, elle se rend totalement disponible pour les patients psychotraumatisés pendant sa journée de travail, et celle-ci terminée, elle se coupe totalement de tous les éléments négatifs auxquels elle a pu être confrontée lors de sa journée. Elle m'a aussi expliqué qu'il était important de garder en tête qu'elle n'était pas responsable de la détresse des victimes et qu'il fallait rester authentique et dans une alliance thérapeutique avec celles-ci.

Enfin, pour ce qui est de l'infirmier É.P.R.U.S., il m'a raconté que le fait d'être en entretien téléphonique avec les victimes des attentats l'a grandement aidé à garder une juste distance thérapeutique. En effet, la dimension physique étant *de facto* absente, cela lui permettait d'une certaine manière de masquer toute réaction non-verbale face aux dires des patients, ce qui l'a par ailleurs protégé. De plus, il pense que bien connaître ses propres limites permet de conserver cette juste distance thérapeutique. Cela fait d'ailleurs écho à ce qu'ont dit le psychiatre urgentiste et l'infirmière U.M.J. au sujet d'être au clair avec sa propre histoire de vie. Il a cependant rajouté que selon lui, que ce soit dans son service originel de réanimation, ou bien en mission en tant que réserviste, la distance thérapeutique à adopter est la même car dans les deux cas il se rend pleinement disponible pour son interlocuteur, notamment par le biais des concepts rogériens mentionnés à plusieurs reprises à travers ce mémoire. Une fois le travail fini, il se coupe complètement de celui-ci pour se replonger dedans à sa prochaine prise de poste. On peut donc faire le parallèle avec le procédé de la psychologue U.M.J. et donc dire qu'ainsi l'infirmier É.P.R.U.S. ne sacrifie pas ses modérateurs de stress.

Cette question faisait écho à la sous-partie *Qu'en est-il de la distance thérapeutique ?* du deuxième chapitre de mon cadre de référence. En effet, les réponses apportées par les

professionnels de santé correspondent aux éléments que j'ai mentionné à travers cette rubrique de mon travail de recherche. Cependant, le fait que la psychologue U.M.J. mentionne qu'elle ait assisté à une conférence sur le traumatisme vicariant me montre qu'une nouvelle fois, j'aurais pu consacré une partie de mes recherches sur le ressenti des soignants lors de la prise en charge du patient en état de traumatisme psychique.

### III. Synthèse de l'enquête

Ainsi s'achève le travail d'initiation à la démarche de recherche. Mener cette enquête auprès de quatre professionnels de santé expérimentés à propos de la prise en charge du patient en état de traumatisme psychique était très enrichissante. Cependant, la recherche de connaissances et l'enquête exploratoire étant terminés, il est désormais temps de dresser un bilan.

Cette enquête a permis de répondre à ma question initiale qui était : ***La limite entre empathie et compassion est-elle particulièrement précaire dans la relation de soin avec le patient en état de psychotraumatisme ?***

Lorsque j'ai débuté les recherches pour répondre à cette question, je m'étais focalisé d'une part sur le concept de psychotraumatisme et ses symptômes et d'autre part sur le concept de relation soignant/soigné entre l'infirmier et le patient, en étudiant notamment les concepts de relation d'aide et de relation de confiance, la compassion et l'empathie face à la détresse du patient et enfin la distance thérapeutique.

Parmi les quatre professionnels que j'ai interrogé, l'un d'entre eux a développé une expertise du psychotraumatisme de part ses études et son expérience professionnelle (la psychologue en unité médico-judiciaire), et les quatre enquêtés sont confrontés régulièrement au psychotraumatisme de part la spécificité de leur profession (le psychiatre urgentiste, l'infirmière et la psychologue en unité médico-judiciaire et l'infirmier réanimateur réserviste à l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires).

Bien que les données de cette enquête soient en corrélation avec les éléments de mon cadre de référence, c'est après m'être entretenu individuellement avec les quatre soignants que j'ai réalisé que je n'avais pas nécessairement pris la bonne direction pour mener à bien cette initiation à la démarche de recherche.

En effet, bien que le sujet me tienne à cœur, je me suis inconsciemment enfermé dans un carcan caractérisé par ma volonté d'apprendre comment le soignant appréhende la prise en charge du

patient psychotraumatisé et quels outils il met en place pour rendre la prise en charge optimale. Ainsi, je me suis naturellement orienté vers quatre professionnels expérimentés. Mais alors, qu'en est-il des soignants non confrontés et non formés au psychotraumatisme ?

À travers mon expérience professionnelle et mes recherches, j'ai pu constater que le traumatisme psychique s'avère encore être une notion abstraite. Il aurait donc été intéressant de partir à la rencontre d'infirmiers jeunes diplômés, ou bien de soignants d'une spécialité toute autre, où l'on ne se trouve habituellement pas face à des patients psychotraumatisés.

Par ailleurs, ce carcan dans lequel je me suis enfermé m'a fait passer à côté de quelque chose de fondamental : la psyché du soignant. Ce soignant qui est là, face à une personne choquée par un événement traumatique – qui d'ailleurs peut être racontée de manière aussi violente qu'il a été vécu – se doit de mettre tout en place pour soulager la détresse du patient. Mais ce soignant, aussi empathique, authentique et attentif puisse-t-il être, il n'en est pas moins un être humain avant tout.

C'est ainsi que j'en suis venu à formuler la question de recherche suivante :

***Par quels moyens l'écouter peut-il se protéger du traumatisme vicariant induit par le matériel traumatique apporté par le patient ?***

## CONCLUSION

---

Le traumatisme psychique est une affliction à laquelle l'homme est confronté depuis des temps immémoriaux. Toutefois, la psychanalyse a permis le développement d'outils de prise en charge au fil du temps.

Avec les attentats ayant frappés la France depuis quelques années et étant professionnel évoluant dans le domaine paramédical, je suis plus à même de me retrouver confronté à un patient en état de psychotraumatisme, ce pourquoi j'ai décidé de consacrer ce mémoire de fin d'études en soins infirmiers à la relation de soin avec ce type de patient.

Cette initiation à la démarche de recherche très instructive m'a beaucoup appris sur les outils que le soignant peut utiliser et les qualités dont il doit faire preuve afin d'effectuer une prise en charge de qualité, avec pour but de contribuer au soulagement de la détresse du patient. Cependant, il me reste désormais une autre thématique à explorer, celle de l'impact de la prise en charge du psychotraumatisé sur le soignant.

C'est ainsi que le traumatisme vicariant sera assurément au centre d'une prochaine démarche de recherche.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### REVUES & OUVRAGES

- PAILLARD C., *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers 3<sup>ème</sup> Édition*, Éditions Setes, Juillet 2016 ;
- CIM-10 FR Volume 1, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Mai 2016 ;
- DAMIANI C., LEBIGOT F. et al., *Les mots du trauma, Vocabulaire de psychotraumatologie*, Éditions Philippe Duval, Octobre 2015 ;
- CROCQ L., CHIDIAC N. et al., *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes*, Elsevier Masson, Juillet 2014 ;
- VASSEUR P., *Prise en charge des victimes d'infractions pénales dans une unité médico-judiciaire*, SOiNS n°783, Mars 2014 ;
- KÉDIA M., SABOURAUD-SEGUIN A. et al., *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie*, Dunod, Avril 2013 ;
- MORGAN S. *L'état de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs*, Mon Petit Éditeur, Septembre 2012 ;
- DIEBOLT E. *Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière*, Recherche en Soins Infirmiers n°109, Juin 2012 ;
- VIGIL-RIPOCHE M-A. *Prendre soin entre sollicitude et nécessité*, Recherche en Soins Infirmiers n°107, Décembre 2011 ;
- LEBIGOT F., *Le Traumatisme psychique*, Stress et Trauma, Novembre 2009 ;
- DAYDÉ M.-C., LACROIX M.-L. et al., *Relation d'aide en soins infirmiers*, Éditions ELSEVIER MASSON, Juin 2008 ;
- CHABROL H., *Les mécanismes de défense*, Recherche en Soins Infirmiers n° 82, Septembre 2005 ;
- AMIEC Recherche, *Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la Profession Infirmière*, Masson Éditions, 2005 ;
- LEBIGOT F. *Le Traumatisme Psychique*, collection temps d'Arrêt Lecture, 2003 ;
- GARDEIL J.-B., *Œuvres d'Hippocrate, Tome Deuxième, Traduction française depuis l'édition latine d'Anuce Foès*, 1838.

### TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Articles R4311-1 à R4311-5 relatifs aux règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière, du Code de la Santé Publique ;
- Articles R4312-1 à R4312-32 relatifs aux devoirs de l'infirmier ou de l'infirmière, du Code de la Santé Publique ;
- Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique ;
- Code de la santé publique, article L.4311-1 modifié par LOI n°2016-41 du 26 Janvier 2016, article 134.

### SITES INTERNET

- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, <http://www.cnrtl.fr> ;
- Légifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr> ;
- Banque de Données en Santé Publique, <http://www.bdsp.ehesp.fr> ;
- Revues de sciences humaines et sociales du CAIRN, <https://www.cairn.info> ;
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, <http://social-sante.gouv.fr> ;
- Plateforme Google Play Livres, <https://play.google.com/store/books> ;
- Dictionnaire *Larousse* en ligne, [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr).

### AUTRES DOCUMENTATIONS

- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Portfolio de l'étudiant en soins infirmiers* ;
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Profession Infirmier, Recueil des principaux textes*, Berger-Levrault.

## ANNEXES

---

### ANNEXE I : SITUATION D'APPEL

À l'occasion du dernier stage de deuxième année d'études, j'ai été affecté dans le service de neurochirurgie d'un centre hospitalier universitaire. J'y ai vu une opportunité d'observer la réalisation du soin relationnel lors de la prise en charge de patients présentant des troubles de la communication. Dans ce service, j'ai été amené à m'occuper de plusieurs patients présentant ces troubles, mais l'un d'entre eux m'a particulièrement marqué : M<sup>f</sup> D.

M<sup>f</sup> D. est âgé de 22 ans et en est à son soixantième jour d'hospitalisation dans le service de neurochirurgie pour prise en charge d'un polytraumatisme suite à une tentative d'autolyse en sautant du haut d'un pont de dix mètres. Il fut amené aux urgences du centre hospitalier puis admis dans le service de neurochirurgie des suites de ses nombreux traumatismes dont un important traumatisme crânien. D'abord immobilisé en décubitus dorsal strict pendant 45 jours, il put ensuite bénéficier d'une installation au fauteuil régulière. Avant de le prendre en charge, les infirmières m'ont prévenu que cela serait délicat car le jeune homme avait ses favoris dans l'équipe et était dans le refus de communiquer avec la majorité des soignants. Demandant à ma tutrice quelle en était la raison, elle m'expliqua que lorsque le patient effectua sa tentative d'autolyse, il provoqua un accident de voiture coûtant la vie à plusieurs personnes. Quand le patient l'a su, il a immédiatement culpabilisé et s'est renfermé sur lui-même.

Je suis allé pour la première fois dans la chambre de l'adolescent accompagné de l'infirmière tutrice de mon stage, qui était par ailleurs son infirmière favorite. Grâce à elle, le contact est relativement bien passé. J'ai pu me présenter au patient, lui expliquer pourquoi j'étais là et que je le prendrais en charge durant les cinq semaines de stage s'il m'y autorisait, ce qu'il fit. Dès le lendemain et les jours qui ont suivi, M<sup>f</sup> D. ne me répondait jamais quand je venais, seul, lui prodiguer les soins prescrits. Il n'était pas opposant aux soins, mais ne communiquait pas du tout.

Le matin de son soixante septième jour d'hospitalisation, j'installe avec les aides-soignantes le patient sur une chaise percée et nous l'emmenons prendre une douche. Le soin se passe bien, M<sup>f</sup> D. est content de pouvoir prendre une douche et de participer au soin. À notre grande surprise, il commence même à nous raconter des blagues et à nous taquiner, créant une atmosphère très détendue tout le long du soin. La toilette terminée, nous proposons au jeune homme de l'installer au fauteuil, ce qu'il accepte avec joie. Je retourne ensuite auprès de l'infirmière tutrice pour lui transmettre la manière dont s'est déroulé le soin. Celle-ci m'explique qu'elle est contente de voir M<sup>f</sup> D. aussi souriant et même blagueur, que « c'est le jour et la nuit » comparé à son arrivée dans le service un peu plus de deux mois plus tôt.

À force d'essais quotidiens, M<sup>f</sup> D. s'est chaque jour un peu plus ouvert à moi, ce qui facilita grandement sa prise en charge. J'eus également l'impression d'avoir réussi à poser les bases d'une relation de confiance, lorsqu'un matin, le jeune patient me parla de sa tentative d'autolyse. L'adolescent ne s'attarda pas sur les raisons qui l'avaient poussé à faire ce choix, mais il exprima très brièvement son traumatisme lorsqu'il a appris que le carambolage avait fait plusieurs victimes en employant les termes de honte, faiblesse, et un sentiment d'impuissance. Cependant, M<sup>f</sup> D. changea subitement de sujet et nous n'avons jamais eu d'autres occasions d'échanger à ce propos.

## Motivations pour ce choix de situation

Tout d'abord, le choix de cette situation s'est imposé à moi, premièrement parce que la communication s'insère d'un point de vue central dans la prise en charge des patients et deuxièmement, car le genre de situation décrit dans ce travail est transposable à tout type de service, dès lors que le patient est victime d'un traumatisme quel qu'il soit.

Ainsi, l'intérêt que je porte à la spécificité de la mise en place d'un échange, voire d'une relation de confiance avec un patient traumatisé, m'a conforté dans la décision de traiter de ce thème pour l'élaboration de mon travail de fin d'études. Mon projet professionnel étant par ailleurs de rejoindre une unité médico-judiciaire m'a aussi fortement influencé dans mon choix. Puisque la situation me permet éventuellement de traiter de la communication avec les personnes traumatisées, je peux alors la transposer à l'activité de ce type de service.

Aujourd'hui, avec l'augmentation des violences, qu'elles soient physiques ou verbales, qu'elles entraînent des dommages corporels ou psychologiques, la prise en charge de cette catégorie de patients devient de plus en plus fréquente. Il me paraît, alors, pertinent de cibler mon analyse sur cette thématique.

Cette situation m'a poussé à me questionner. D'une part, sur les outils permettant une prise en charge holistique des patients victimes de traumatisme psychique, d'autre part, sur les ressources personnelles nécessaires, voire indispensables, pour l'élaboration d'une relation soignant-soigné de qualité, et ce malgré les circonstances imposées par le traumatisme.

## Analyse & Questionnement

N'étant que de passage dans le service où était hospitalisé M<sup>r</sup> D., je n'ai pas eu autant de temps que j'aurais aimé en avoir pour renforcer cette relation de confiance naissante. Cependant, malgré la courte durée de la prise en charge, le patient ayant quitté le service une quinzaine de jours après mon arrivée, j'ai été frappé par le traumatisme psychique que présentait le jeune homme, traumatisme trouvant ses racines dans les conséquences de sa tentative d'autolyse.

Dans son essai portant sur le stress post-traumatique, la psychiatre S. Morgan<sup>1</sup> définit le traumatisme psychique comme « *un phénomène qui se déroule au sein du psychisme d'un individu lorsque ce-dernier est exposé à un événement potentiellement traumatisant, soudain et violent, qui agresse ou menace brutalement l'intégrité physique ou mentale de l'individu. L'événement est dit 'traumatisant' car les défenses psychiques de l'individu sont débordées et l'organisation de son psychisme se trouve bouleversée.* »

Le psychiatre-psychothérapeute F. Lebigot<sup>2</sup> explique également que « *vécu dans la frayeur, l'horreur et le sentiment d'impuissance, le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le 'réel' de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort.* »

Il m'est alors possible de faire le parallèle avec la position de M<sup>r</sup> D. Ici, l'événement soudain et violent est représenté par l'acte suicidaire, mais surtout par les conséquences que l'adolescent n'envisageait pas. Créant ainsi un sentiment de culpabilité beaucoup trop important pour ne pas avoir d'impact d'un point de vue psychique. C'est alors que le mutisme dont il faisait preuve au cours de son hospitalisation devint un mécanisme de défense indispensable au maintien de son équilibre psychologique.

---

<sup>1</sup> MORGAN S. *L'état de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs* – page 57, Mon Petit Éditeur, Septembre 2012.

<sup>2</sup> LEBIGOT F. *Le Traumatisme Psychique* – page 7, collection temps d'Arrêt Lecture, 2003.

Le mutisme peut être observé dans de nombreuses situations de stress post-traumatique, que celui-ci découle d'un événement personnel (agression sexuelle, accident...) ou d'une situation professionnelle (syndrome post-traumatique de guerre). Il peut se manifester de manière volontaire, où le patient ne souhaite pas communiquer, mais peut aussi être un symptôme somatique engendré par un phénomène psychopathologique. Dans le cas du patient que je prenais en charge, le mutisme n'était pas somatique, mais volontaire, nous ramenant alors à la notion de mécanisme de défense. Selon H. Chabrol<sup>3</sup>, professeur de psychopathologie, les mécanismes de défense se définissent comme « *des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes* ». La prise en charge de M<sup>r</sup> D. m'a permis de constater que ces dits mécanismes de défense étaient des facteurs importants à prendre en compte dans l'élaboration d'une relation de confiance avec un patient. En effet, ceux-ci doivent être considérés à part entière et non comme caprices de la part du patient car ils reflètent un réel problème. Mon but en tant que futur infirmier sera alors de démêler leurs causes.

C'est ainsi que je me pose la question de savoir si au delà des outils évoqués lors des différents enseignements de la formation d'infirmier, les stratégies envisagées sont-elles propres à chaque soignant et quelle place occupe l'implication personnelle dans l'élaboration d'une communication avec un patient traumatisé ?

Pour cette situation, la communication avec M<sup>r</sup> D. a réussi à s'instaurer à force de persévérance, et justement par la prise en compte du mutisme du patient comme véritable mécanisme de défense face à une situation qui, d'un point de vue psychologique, venait mettre à mal son équilibre psychique. Pour faire le parallèle avec le patient traumatisé en service médico-judiciaire par exemple, le même type de mécanisme de défense y est souvent observé. C'est pour cette raison que je me demande quelles démarches relationnelles doivent-être mises en place par l'infirmier afin d'instaurer une relation soignant-soigné optimale pour les patients victimes de traumatisme psychique ?

Au cours du cursus en institut de formation en soins infirmiers, j'ai pu découvrir les attitudes de Porter, six attitudes qui permettent selon le psychologue américain Elias Hull Porter<sup>4</sup> d'établir un profil de la personne dite « empathique », celle qui a une écoute bienveillante.

Dans un souci de prise en charge holistique de tous types de patients, mais selon moi d'autant plus dans la prise en charge des patients traumatisés, ce sont les attitudes de soutien-encouragement et de compréhension qui sont les plus importantes.

Comme j'ai pu le constater au fil de mon parcours, l'expérience pratique apporte plus de confort et d'assurance lors des échanges avec les patients. Mais la spécificité du vécu des patients victimes de traumatisme psychique ainsi que l'aspect émotionnel omniprésent dans leur prise en charge n'ont-ils pas un impact sur la distance professionnelle que nous nous devons d'instaurer ?

Les différentes notions abordées lors de cette analyse m'amènent alors à me poser la question suivante :

***La limite entre empathie et compassion est-elle particulièrement précaire dans la relation de soin avec le patient en état de psychotraumatisme ?***

---

<sup>3</sup> CHABROL H., *Les mécanismes de défense*, Recherche en Soins Infirmiers n° 82 pages 31-42, Septembre 2005.

<sup>4</sup> Unité d'enseignement 4.2 Semestre V : « *Soins Relationnels* ».

**ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN**

- I. De quelle(s) façon(s) identifiez-vous que le patient que vous recevez est en état de psychotraumatisme ?
- II. Comment abordez-vous/procédez-vous à la prise en charge de ce type de patient ?
- III. Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?
- IV. Face aux récits des sujets rencontrés, certain(e)s de vos sentiments/émotions vous ont-ils déjà mis en difficulté ?
  - a. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
- V. Que mettez-vous en place pour garder une juste distance thérapeutique avec le patient psychotraumatisé ?

	<b>CONCEPTS</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>QUESTIONS</b>
<p><i>Le psychotraumatisme</i> Phénomène se déroulant au sein du psychisme d'un individu suite à l'exposition à un événement potentiellement traumatisant soudain et violent Confrontation au réel de la mort</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprendre de quelle manière chaque soignant identifié que le patient qu'il reçoit est en état de psychotraumatisme.</li> <li>• Connaître les qualités qui permettent au soignant de prendre en charge le patient psychotraumatisé de manière optimale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De quelle(s) façon(s) identifiez-vous que le patient que vous recevez est en état de psychotraumatisme ?</li> <li>• Comment abordez-vous/procédez-vous à la prise en charge de ce type de patient ?</li> <li>• Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?</li> </ul>	
<p><i>Empathie</i> Comprendre la détresse sans la partager</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Découvrir, à travers l'expérience du professionnel interrogé, s'il s'est déjà retrouvé en difficulté dans la prise en charge de ce type de patient ;</li> <li>• L'interviewé s'est-il déjà laissé « emporter » par ses émotions en partageant la détresse du patient psychotraumatisé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Face aux récits des sujets rencontrés, certain(e)s de vos sentiments/émotions vous ont-ils déjà mis en difficulté ?</li> </ul>	
<p><i>Compassion</i> Partager la détresse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir le point de vue de la personne interrogée sur ce qui, selon elle, permet d'établir une relation de confiance avec ce type de patient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?</li> </ul>	
<p><i>Relation de confiance</i> Relation entre le soignant et le soigné où chacun a gagné la confiance de l'autre, la relation de confiance rend optimale la relation d'aide</p> <p><i>Distance thérapeutique</i> Espace séparant le professionnel de santé et le soigné pour que le soignant ne soit ni dans une rigidité/une froideur, ni dans une proximité excessive</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les outils que l'interviewé met en place pour être dans une juste distance thérapeutique avec le patient en état de traumatisme psychique ;</li> <li>• Déterminer ce qui permet au professionnel de santé de savoir comment rester dans une juste distance thérapeutique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que mettez-vous en place pour garder une juste distance thérapeutique avec le patient psychotraumatisé ?</li> </ul>	

### ANNEXE III : ENTRETIEN N°1 – PSYCHIATRE URGENTISTE

*De quelle(s) façon(s) identifiez-vous que le patient que vous recevez est en état de psychotraumatisme ?*

Euh... (*s'éclaircit la voix*). Euh... alors, comme pour tout entretien de psychiatrie, y a la dimension non-verbale et la dimension verbale. La dimension non-verbale comportementale en dit déjà beaucoup sur le positionnement de la personne. Euh... s'il est, s'il est... ouais s'il est prostré, si...

*(On frappe à la porte. Un médecin vient poser différentes questions au psychiatre puis s'en va. L'entretien reprend.)*

Euuuuuuuuuh..... Donc ouais la dimension comportementale : si la personne est prostrée, si elle a l'air inquiète, si elle sursaute, si elle pleure, si euh... ou bien si des fois à l'inverse on sent que la personne en rajoute un peu et que c'est un petit peu instrumentalisé, que la personne nous montre Ô combien elle est mal, là déjà c'est un petit peu louche et ça peut souvent... enfin on essaye d'imaginer qu'il y a un intérêt à ce que l'ITT soit importante et souvent c'est pris dans les situations conflictuelles notamment conjugales ou de plaintes professionnelles, de choses comme ça... Quand bien même la plainte soit légitime.

Et après au niveau verbal, là l'interrogatoire permet de savoir si la personne a des signes de... en fait vraiment des signes de blessures psychologiques quoi. C'est-à-dire pas des trucs où la personne se dit d'elle-même qu'elle est « ça », pas des choses qui sont en lien avec la représentation qu'a la personne d'elle-même, mais des choses qui sont en lien avec de la douleur ou du réflexe, des trucs vraiment du réflexe d'animal blessé et c'est la vigilance euh... accrue. Alors que la personne sent très bien que c'est ridicule ou bien alors que c'est pas rationnel et que c'est pas adapté à la situation et qu'il y a une angoisse qui est vraiment irrationnelle. Euh... les conduites d'évitement, les troubles de la concentration, les flashbacks... Les patients identifient parfois assez mal entre les ruminations, quand on pose nos questions ils peuvent dire « oui » rapidement alors qu'il y a une différence profonde entre les ruminations, quand on rumine sur quelque chose pour essayer de comprendre ou essayer d'élaborer, de trouver des solutions, hum... qui est à différencier du flashback qui lui vient tout seul et s'impose à la conscience, qui est un vécu mémoriel du traumatisme qui fait irruption dans la conscience et qui fait vraiment ressentir ce qui s'est passé. Donc ça c'est pour la personne.

Mais il y a évidemment le contexte. Hum... On a beaucoup plus intuitivement la sensation qu'une personne à un psychotraumatisme quand elle a toute la symptomatologie et que le traumatisme en rapport peut nous laisser imaginer qu'il y a un PTSD. On va avoir plus de mal à imaginer quand il y a une symptomatologie carabinée alors que les faits semblent à peu près anodins, enfin, en tout cas nous semblent pas assez violents pour créer un PTSD. Et à l'inverse, quand il y a aucune symptomatologie et que les faits ont été violents, on va se dire qu'il faut reposer nos questions différemment pour affiner ça. Dans les bouquins, classiquement on nous dit qu'il faut qu'il y ait un risque de mort pour soi ou pour autrui, un risque de mort imminent, en tout cas une peur de risque de confrontation au réel de la mort alors qu'en fait des fois c'est moins évident que ça, moins caricatural. Y a des PTSD dans tous les gens qu'on voit nous ici, pour les attentats et les viols par exemple, ou les tentatives d'homicide volontaire en particulier.

*Comment abordez-vous/procédez-vous à la prise en charge de ce type de patient ?*

Je pourrais t'en parler autant d'heures que j'ai eu de patients parce que c'est différent à chaque fois. Il y a une dimension technique d'entretien qui est relative à l'entretien en psychiatrie en général, en tout cas psychologique en général, qui est d'aller chercher la personne le plus finement là où elle est. Euh... D'essayer de deviner là où elle en est même quand elle ne nous

donne pas forcément les moyens de savoir où elle en est et d'ailleurs des fois d'aller savoir où elle en est quand la personne ne sait elle-même pas où elle en est. Tu as même vraiment des gens qui minimisent leur symptomatologie et à l'inverse d'autres qui regardent des cailloux, des graviers qu'ils ont sous les chaussures, avec une loupe parce qu'ils ont l'impression d'avoir des rochers dans les genoux et à l'inverse t'en as qui ont des rochers dans les genoux et qui ne les regardent pas et qui pensent qu'on peut marcher sans regarder sa jambe et que si on regarde pas la douleur bah elle existe pas.

Donc ça c'est vraiment comme avec tout patient psy, euh... la différence c'est que y a une dimension du traitement dans le stress post-traumatique qui est euh... La base du traitement est psychothérapeutique. La base du traitement est en rapport avec une lésion, enfin avec une irritation, une irritation cognitive qui n'est pas en rapport avec euh... un problème biologique à la base. C'est l'emballement de la structure cognitive de la vigilance qui est normalement fagotée, c'est l'emballement de cette structure-là qui crée la symptomatologie déconnante. C'est pas parce que le cerveau est mal fait que la personne euh... est mal fait organiquement, biologiquement... que la personne ait un stress post-traumatique. À la différence d'une pathologie euh... où on est tous plus ou moins fragiles par contre, on est pas tous pareils mais la schizophrénie, l'autisme, ou le trouble bipolaire, y a une problématique biologique organique euh... Je connais pas bien la génétique dans le PTSD tiens... Tu vois, on sent bien que les gens qu'on voit aux urgences, les gens qu'on voit aux victimes, sont des gens comme toi et moi qui ont, comme toi et moi, une vulnérabilité qui est pas sensible là quand on en parle, quand on se parle, mais particulièrement importante au stress. Ils ont une vulnérabilité qui est standard et euh... Évidemment que si on a un tempérament génétique plus anxieux, on a plus de risques de s'emballer dans la machine de « plus j'y pense, plus je suis angoissé, plus je suis angoissé, plus j'y pense » et euh c'est pour ça que le PTSD c'est classé dans les troubles anxieux.

Par contre, tu sens qu'il y a une problématique euh... vraiment lésionnelle. Tu sens que c'est l'accident de bagnole qui a pété la jambe et que quand... enfin que c'est l'intensité de l'accident avec la bagnole qui fait qu'assez logiquement il y a une jambe qui est pétée et que quand on a la jambe qui est pétée c'est assez logique qu'on ait mal et qu'on arrive pas à marcher dessus. T'as une sensation que c'est la même chose dans le PTSD. C'est à peu près logique vu l'intensité de la violence psychologique que se prend la personne qui est un ébranlement de la gestion émotionnelle et de l'angoisse et que cette modification-là crée euh... enfin que cette blessure psychologique-là s'exprime d'une manière euh... Comme si y avait une blessure quoi. Au niveau physique quand on a une blessure on a des signaux dans les nerfs thermoalgésiques qui nous envoient un signal comme quoi y a une merde sinon on marcherait sur notre jambe qui est cassée et on mourrait, et c'est exactement la même chose au niveau psychologique : l'angoisse c'est juste fait... notre cerveau il est fait pour nous alerter, pour alerter notre tête qui réfléchit, notre tête de singe bavard au-dessus là, notre tête consciente elle est faite pour alerter cette tour de contrôle pour dire « pose-toi les questions, là y a un truc qui merde » et sauf que quand cette alerte est trop importante, c'est-à-dire que on... Quand après avoir vécu un Bataclan t'as l'alerte en permanence dès que tu as une sirène, dès que tu vois un arabe parce que les mecs qui avaient les kalachnikovs étaient arabes, dès que t'entends une sirène de police parce qu'il y a des sirènes de police partout, dès que tu vas dans une salle de concert, dès que t'es en public, etc... Ton cerveau t'alerte. C'est là où t'es à un niveau de vigilance qui est déconnant et que la machine s'est emballée.

Et donc la prise en charge pour y revenir, elle est avant tout psychologique. La prise en charge elle peut être biologique pour si jamais euh... l'angoisse est tellement forte que la personne n'arrive pas à penser à autre chose qu'à cette angoisse, bah tu peux, pour sortir de ce cercle vicieux, donner des anxiolytiques pour que, l'angoisse étant moins forte, la personne puisse

retrouver de l'espace psychique pour travailler sur autre chose et notamment pour travailler sur ce qui aide à aller mieux dans le PTSD : c'est-à-dire se réexposer justement, réapprendre à son cerveau que ça n'est pas parce que c'est arrivé une fois que ça va arriver à chaque fois. Ton cerveau s'est fait blesser et il te hurle « fais gaffe c'est arrivé une fois, ça peut arriver à chaque fois », toi tu dois réapprendre à ton cerveau et dire « attends, deux secondes, ta gueule, j'ai bien entendu y a un problème je vais faire gaffe, je vais prendre soin de moi. Mais c'est pas parce que c'est arrivé une fois que ça arrivera à chaque fois donc laisse-moi vivre car je peux pas vivre ». Donc en fait il faut se forcer à sortir, se forcer à s'exposer.

Donc il y a la prise en charge que moi je fais ici, et après j'adresse pour une psychothérapie soit au centre du psychotrauma, soit un psychologue qui fait de l'EMDR ou de la prise en charge sur le PTSD et si y a une complication avec une dépression par exemple, bah un psychiatre peut compléter la prise en charge. Parfois aussi il faut des antidépresseurs dans le PTSD. Sans parler de dépression, pour aider au traitement de l'anxiété, il faut parfois un traitement antidépresseur donc là il faut dans ces cas-là l'intervention d'un psychiatre pour pouvoir prescrire les médicaments.

*Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?*

Alors le premier truc euh... Alors le truc de base c'est d'être un bon psy, c'est-à-dire d'avoir une bonne relation empathique, c'est-à-dire d'arriver à avoir une bonne intuition de là où en est la personne et pour avoir une bonne intuition de là où en est la personne, il faut soi-même avoir vécu plein de trucs. Soit soi-même parce qu'on est quelqu'un qui a plein d'activités différentes ou qu'a vécu plein de trucs différents, soit parce que justement on est, par ce métier-là, dans la phase d'apprentissage et on apprend toute la vie parce que clairement dans les études l'exercice de ce métier-là, t'es suffisamment ouvert au récit de la personne en face et suffisamment ouvert aux sensations que ça te fait que d'entendre le récit de l'autre que du coup t'as un vécu immense du nombre de... T'as un petit bout de vécu de tous les vécus de ces gens-là. Et donc au final tu as un petit bout de vécu de la paranoïa, l'hystérie, l'obsessionnalité, tous ces types de tempéraments que toi t'as pas forcément beaucoup. Euh... T'affines dans l'interaction avec eux, toi-même en toi tes défenses narcissiques, paranoïaques, obsessionnelles, hystériques, borderline... Et d'être en contact avec des patients schizophrènes ou déprimés, ça interpelle chez soi euh... Justement ce qui fonctionne bien ou justement aussi ce qui peut potentiellement déconner et d'être très à l'écoute de ça et d'affiner en soi, ça permet d'affiner son intuition, sa sensibilité et ses capteurs intuitifs à là où en est l'autre.

Au début moi j'étais très mauvais avec les paranos par exemple, parce que je suis pas parano, j'avais plutôt un fonctionnement hystérique ou un peu narcissique ou quoi, et en fait ça m'a vachement interpellé les patients paranoïaques. Je savais pas faire avec eux au début. Et en fait au fur et à mesure de te planter tu trouves le mécanisme qui en face répond bien aux mécanismes que tu as en face et donc tu t'affines toi-même en fait en faisant ça et t'affines ta grossièreté à toi. Parce que quand tu commences ce métier-là t'es jeune et t'es encore grossier, t'es encore à vouloir montrer que t'es si, penser que t'es ça, alors qu'au final t'affines pour être plus tranquillement. Donc ça c'est le premier truc de base.

Après en particulier avec les PTSD c'est que t'es bon si t'as une représentation juste de ce qui se passe dans la tronche de la personne en face. Si tu penses que c'est comme dans la théorie analytique un refoulement de je ne sais quel désir sexuel de l'enfance, tu peux qu'être mauvais sur l'aspect thérapeutique du PTSD. Tu peux être bon avec la personne ok, mais ça c'est une histoire d'humain, pas une question de théorie, c'est une question d'être quelqu'un de suffisamment équilibré pour pouvoir rencontrer des gens très différents et être bon avec des

gens très différents. Mais le fait d'être bon avec le PTSD c'est le fait d'avoir une représentation des choses qui est au plus près de ce qui se passe dans la tête, et de fait du coup, d'adapter son traitement à la bonne cause et si t'adaptes ton bon traitement à la bonne cause, t'es plus efficace que si tu vas faire une psychanalyse de l'enfance à quelqu'un qui vient de vivre le Bataclan quoi.

Donc c'est ça les deux trucs.

*Face aux récits des sujets rencontrés, certain(e)s de vos sentiments/émotions vous ont-ils déjà mis en difficulté ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?*

Euh... Clairement, oui. En difficulté, non parce que... Si, ça m'est arrivé une fois ou deux d'être très agacé par la personne en face et ça, ça met en difficulté parce que ça permet pas de rester bien adapté à la personne ; ou bien un manque de concentration ou une phrase maladroite, mais ça ça se rattrape derrière. Hum... Mais sinon non. C'est pas être mis en difficulté, mais être ému par des récits vraiment impactants parce que euh... parce que t'es plus fatigué, ou bien simplement parce que le récit il te parle plus à toi personnellement. Notamment les viols au début c'est quelque chose que je trouvais terriblement émouvant et pénible, parce que c'était les premières fois que j'avais des représentations, pas de films et pas fantasmés, du niveau de violence que peut vivre un humain. Ça c'était les premiers entretiens aux victimes, avec des personnes violées, ça m'avait vraiment brassé et puis après ça m'a... comme ça m'a brassé j'ai vite eu envie de développer des outils pour l'appréhender sans être brassé, c'est-à-dire tout en étant aussi impliqué émotionnellement, puisque je veux aider la personne, mais pas brassé quoi. Y a des médecins qui se blindent et deviennent froids, moi je suis pas plus froid qu'avant mais je suis moins impressionné aussi par les choses. Plus tu vois des horreurs, et si elles t'impressionnent pas ces horreurs... plus tu développes des outils pour aider les horreurs, moins t'es impressionné car tu sais quoi faire dedans. Ce qui choque, c'est quand tu ne sais pas quoi faire, c'est ça qu'est choquant. C'est pareil dans le PTSD en fait, le sentiment d'impuissance décrit par une personne violée ou une personne victime d'attentats, c'est ça qu'est profondément impactant. Et en tant que soignant, aux urgences par exemple il y a eu des soignants qui ont été très impactés du moment où t'as toutes les urgences qui sont submergées de patients quand t'as les attentats de Charlie Hebdo et qui vont, pour les mêmes types de faits, ne pas du tout être choqués pareil s'ils ont l'impression qu'ils ont pu aider les patients parce que l'organisation est plus claire et qu'ils savent où travailler, quel poste ils ont quoi.

Alors que quand il y a eu les premiers attentats, il y avait pas une organisation très fine aux urgences : il y avait des patients partout, des soignants partout, tout le monde voulait aider mais savait pas quoi faire et c'était très douloureux pour les soignants de ne pas pouvoir aider en fait. C'est ce sentiment-là d'impuissance qui peut être choquant. La première fois qu'une personne te parle de la violence qu'elle a subie par le viol, tu sais pas quoi faire, c'est tellement en dehors de tout cadre de représentation, que je savais pas quoi dire, quoi faire : prendre un air triste, un air neutre... Maintenant que je sais quoi faire, je sais réagir. Donc en fait j'ai plus peur. Donc en fait je me fais pas brassé.

Moi le seul truc où je quitte la blouse, mais que je pleure pas parce que ce serait obscène pour la personne en face, quand on arrive et qu'on me dit que quelqu'un est mort quoi. T'es avec le mec du Bataclan, qui est couvert de sang, t'es en train de faire ton entretien, tu veux donner de l'information, l'apaiser etc... Et là t'as la porte qui s'ouvre et on te dit que la personne, le pote avec qui il était est décédé. Là pfiou.... T'es triste quoi.

*Que mettez-vous en place pour garder une juste distance thérapeutique avec le patient psychotraumatisé ?*

En fait, ce qui permet d'avoir une juste distance c'est d'avoir toujours toujours en tête que ce que t'es en train de faire tu le fais, pas pour toi, mais pour l'autre. À partir du moment où t'es en train de te faire plaisir, ou alors t'es en train d'assouvir ta curiosité, ou t'es en train de te faire plaisir pour te sentir puissant, ou bien t'es en train de te faire monter la sauce avec du romantisme un peu graveleux, noir, de dire « ouah putain c'est trop dur la vie machin ». À partir du moment où t'es en train de t'interpeler toi par l'autre, t'es pas bon et ce que tu fais n'est plus contrôlé et adressé à l'autre et il est pour ta pomme. Et à partir de là t'es mauvais.

Donc parfois tu te fais tellement banané fort que t'arrives pas faire autrement, ça t'interpelle trop fort, mais là il faut lever le pied. Mais euh... sinon, y a des soignants qui sont mauvais à cause de ça, parce qu'ils se font vivre de la sensation un peu forte et du romantisme un peu noir en allant se masturber un peu la tronche à aller se faire vivre du grand huit quoi. Et on en connaît hein... Y en a qui sont pas bons quoi, ou alors qui viennent passer un bon moment à l'hosto et qui sont là à se marrer juste pour qu'on les trouve sympas. Moi par exemple je suis très naturel avec les patients, je mets en place une relation relativement horizontale d'un point de vue de moi en tant qu'humain et l'autre en tant qu'humain. Par contre, sur la blessure pour laquelle vient me voir la personne, je suis pas d'humain à humain, je sais plus de trucs que la personne sur comment il faut faire pour la soigner. Je sais pas plus de trucs que la personne sur ce qu'il a, c'est lui qui sait ce qu'il a, mais sur quoi faire pour l'aider je sais plus que lui ce qu'il faut. Euh... Ou alors si j'en sais pas plus, c'est lui qui m'aide à découvrir, grâce à mes techniques à moi.

De fait, y a des gens qui n'ont pas besoin de psy, bah tant mieux. Mais les gens qui viennent me voir c'est qu'il y a besoin d'une aide, donc pour rester toujours juste au niveau relationnel, c'est de faire toujours que toute son attitude... Moi des fois je suis rigolo, des fois je suis provocant, des fois je suis grave... c'est à chaque fois pour ramener à autre chose. Une personne qui va hurler Ô combien c'est une immense victime d'une autre personne horrible, salopard, machin, je vais plutôt avoir envie de lui... si elle est apaisée par ça, ok, mais généralement si ça hurle comme ça c'est que c'est pas apaisé. Donc dans ces cas-là généralement la porte de sortie est l'inverse, c'est de se dire à un moment donné « bah ok, mais ça c'était avant. Et maintenant je te souhaite moi que tu souffres plus de tout ça ». Quand bien même la personne il faut qu'elle soit condamnée etc, si tu en mets ta souffrance dans les mains de la justice, et que tant que la personne on lui aura pas coupé la tête, toi tu souffriras, et ben tu prends le risque de pas aller mieux quoi. Tu prends le risque que ton amélioration clinique elle dépende d'une décision de justice. Donc eux par exemple je leur propose cette porte de sortie là, et des fois c'est très violent pour eux au début, ils disent « ouais vous m'entendez pas, vous avez l'impression que... vous avez pas entendu combien je souffre etc », donc au début ça peut être un coup de provo' pour eux et après ça les bouges d'un endroit cristallisé où « tant que l'autre ne sera pas condamné, moi j'irai pas mieux ». Alors que moi je ne fais pas mon travail pour que quelqu'un soit condamné, on lui coupe la tête. Je fais mon travail pour que la victime aille mieux. Et y a une énorme erreur qui est entretenue par les média et dans la culture, qui est ce truc de « possibilité de faire son deuil », tant que la personne est pas retenue coupable on peut pas faire son deuil. C'est une vaste connerie quand même ! Puisque tu mets dans les mains de la justice le fait qu'une personne aille mieux ou pas. Non, moi je souhaite qu'une personne qui ai vécu un attentat ou un viol n'aille même pas mal, moi c'est ce que je lui souhaite. Je trouve normal qu'elle aille mal, c'est physiologique quand tu te fais agressé à ce point-là d'aller mal, mais je lui souhaite d'aller mieux. Je lui souhaite pas de pouvoir brandir sa souffrance en étendard pour dire Ô combien c'est horrible. C'est horrible de fait, politiquement il faut brandir

sa tête en étendard par nécessité de défendre les victimes et de dire oui, d'un point de vu de sa défense à soi par rapport à la blessure, de regarder la blessure et de se dire Ô combien elle est horriblement grande... Oui c'est utile pour mettre en place les bons soins, mais c'est pas ça qui apaise. Donc y a des gens qui arrivent et qui sont là depuis six mois, un an, deux ans en procès et t'as l'impression qu'ils ont un PTSD comme s'ils étaient agressés la veille. Ceux-là t'as envie de leur dire « mais attends, il est question que ça aille mieux à un moment donné donc travaillons ensemble pour que ça aille mieux ». Ils ont presque l'impression que si tu dis ça en fait tu nies leur souffrance, le fait qu'ils ont été agressés.

Donc voilà, par exemple là de rester empathique, ils peuvent avoir l'impression que je suis même pas empathique quand je fais ça, alors que oui. C'est que je reste toujours à l'écoute de là où je pense qu'il faut amener la personne. Et même quand tu prends un air grave, ou triste, et que tu laisses parler la personne sans intervenir et que juste tu lui montres que tu entends, bah tu lui offres la possibilité par exemple d'une écoute sans remise en question, mais tu lui montres à la personne que tu lui offres ça. Après c'est pas calculé comme ça cyniquement, ça se fait intuitivement.

#### **ANNEXE IV : ENTRETIEN N°2 – INFIRMIÈRE EN UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE**

*De quelle(s) façon(s) identifiez-vous que le patient que vous recevez est en état de psychotraumatisme ?*

Alors c'est beaucoup avec les signes. Alors y a aussi le contexte un petit peu mais bon, vu que moi je travaille qu'avec des victimes d'agressions, potentiellement ils peuvent tous avoir des signes de psychotrauma. Donc ça va être plus vraiment, sur les signes qu'on peut constater directement dans le service, même dans la salle d'attente : y a déjà un des signes qu'on repère le plus facilement ça va être l'hypervigilance. Par exemple euh... les victimes du Bataclan on voyait bien : la porte fait un petit peu de bruit, ils sursautent, des fois on avait un ouvrier qui faisait des travaux, on a dû lui dire d'arrêter et de revenir à un autre moment parce que la stimulation auditive ça réactivait le stress. Donc ça c'est celui que je vois le plus fréquemment. Dans les symptômes après y a l'évitement mais ça on le constate pas tout de suite avant qu'on commence la consult', ça va plutôt être dans le discours.

Je dirais avant déjà c'est le niveau d'hypervigilance, aussi la posture, comment ils sont dans le regard, le côté ce qu'il y a de communication, tout le langage non-verbal aussi, la position du corps, du visage et tout... Donc ça c'est avant qu'on commence la consultation. Et après oui, quand ils nous décrivent le contexte je pense que c'est important aussi c'est de savoir dans le contexte est-ce qu'il y a eu une sensation de mort imminente quelque soit le contexte. Parce que des fois nous on se dit « bah non, j'aurais pas pensé », mais pour lui, pour telle ou telle raison, il a cru qu'il allait mourir, donc ça c'est quand même un des trucs qui nous oriente à poser plus de questions sur le psychotrauma.

Y a aussi dans la manière de décrire les agressions, entre le patient qui s'est dissocié ou pas. Par exemple, pour les victimes de viol, c'est plus un risque de gros symptôme post-traumatique si elle raconte qu'elle a vu la personne arriver par exemple, et qu'après elle ne sait plus ce qu'il s'est passé... Et j'ai remarqué dans mon expérience par exemple pour le même trauma, je me souviens de victimes qui elles racontent l'agression en disant « je me disais que peut-être je pouvais partir par là, peut-être par la gauche », que pendant toute l'agression elles étaient présentes et disons qu'elles sont pas restées en disant « je suis un objet, je laisse aller » et qui étaient vraiment dans un truc, qu'elles étaient présentes, qui essayaient de trouver des stratégies et tout... Du coup y avait moins de risque de symptôme, enfin c'est le meilleur pronostic dans ces cadres-là.

Après ça va être plus dans le questionnement sur sa vie quotidienne, où là on va être plus à essayer de trouver tout ce qui est postures d'évitement, après on demande beaucoup par rapport aux reviviscences, aux flash, donc on voit si ça ça existe ou pas. Après dans les signes c'est tout ce qu'il y a comme syndrome d'anxiété, mais là c'est pas forcément que dans le stress post-traumatique. Est-ce qu'il y a des troubles du comportement, de la concentration, du sommeil, de la nutrition ? Et puis surtout la durée, depuis combien de temps, quelle est la durée des symptômes par rapport à l'agression quoi. Parce que quand on voit une victime 24 heures après les faits c'est normal qu'elle ait tous ces mécanismes de défense là. C'est quand après c'est installé dans la durée que vraiment là c'est identifié dans les symptômes du psychotraumatisme.

*Comment abordez-vous/procédez-vous à la prise en charge de ce type de patient ?*

Euh... **(rires)** j'ai un peu répondu déjà mais y a quand même des trucs à rajouter.

Je dirais du côté infirmier un peu plus de vigilance. Parce que quand ils sont dans cet état-là, ils sont hypersensibles. Ils ont vraiment une hypersensibilité à tout : au moindre regard, au son de la voix... même dans l'écoute ils vont avoir tendance à être hypersensibles, même si on dit une parole anodine, pour eux ça va prendre tout de suite des proportions, ils vont se sentir jugés. Il y a quand même une hypersensibilité pour ce type de patients-là qui sont quand même pour moi plus fragiles par rapport à d'autres qui n'ont pas ces symptômes-là. Donc quand même ça change un petit peu dans ma prise en charge et pour ces patients-là il faut encore plus expliquer chaque question qu'on pose, pourquoi on la pose, quelle est la raison, qu'est-ce que ça va apporter... Pour pas que ce soit interprété différemment par la personne. Donc ça c'est dans l'accueil aussi.

Donc voilà en étant vraiment encore plus dans l'écoute et encore plus vigilant dans notre manière à nous de non-verbal aussi et de verbal de ce qu'on dit.

*Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?*

Alors les qualités ! Euh... bah évidemment c'est les qualités d'empathie hein forcément ! Et voilà par contre ça demande vraiment de la part du soignant je dirais d'être vraiment équilibré et d'avoir suffisamment travaillé sur soi pour être au clair avec sa propre histoire, c'est-à-dire qu'il faut que ce que nous renvoie le patient ça renvoie pas à sa propre histoire, à sa propre sensibilité un petit peu à nous. Pour être en empathie avec la personne, ça veut dire qu'on est totalement disponible pour ce qu'elle nous dit et que, parce que par exemple surtout pour les victimes de psychotraumatisme, bon je pense beaucoup aux victimes du Bataclan... c'est sûr qu'ils nous racontaient des histoires dramatiques quoi, d'avoir vu leur meilleur ami mourir sous leurs yeux, de on leur avait marché dessus, ils ont vu du sang partout, des cadavres... c'est vrai qu'en tant qu'être humain on a quand même une part de... plus de compassion ou ce genre de sentiments qui sont euh... qui surgissent quoi. Et c'est là qu'en tant que professionnel on ne peut plus rester dans ce sentiment-là car là c'est plus de l'empathie. Parce qu'en fait on est tellement « alala le pauvre c'est tellement horrible ce qui lui est arrivé » et si le patient voit à travers notre regard qu'on pense comme ça, il se dit « cette personne-là est trop faible il pourra pas m'aider ». Donc ça coupe le dialogue et c'est pas du tout ça l'empathie.

Donc ça de la part du soignant on y arrive avec l'expérience professionnelle mais le côté compassion, toute la peine qu'on peut avoir pour la personne, on la ressent parce que c'est humain, et heureusement aussi, mais il faut, en tout cas moi je sais que je travaille là-dessus, c'est qu'il faut pas que ça se voit. C'est « je le pense, et je le mets à distance pour moi dans ma tête », quitte à après la consultation, en parler, débriefer avec les collègues. Donc ce côté compassion, tout ce qu'on peut ressentir, je sais que c'est là et qu'il faudra que je le traite après.

Parce que le moment où je suis sur la compassion je suis sur moi-même. Puis lui qui a essuyé le cerveau du terroriste sur son bras, il en a rien à foutre que moi je trouve ça triste quoi. C'est pas comme ça que je vais l'aider donc euh... C'est vraiment des stratégies qu'on a pour être dans la bonne distance. C'est-à-dire qu'on va pas être blasé parce que, moi ça fait quinze ans que je fais ça presque, pour les deux millièmes fois que je vais entendre l'histoire de viol, c'est pas pour ça que je vais pas être en empathie, mais il faut pas non plus que je pleure avec. Donc c'est important. Être professionnel c'est garder la vraie définition de l'empathie, enfin pour moi.

*Face aux récits des sujets rencontrés, certain(e)s de vos sentiments/émotions vous ont-ils déjà mis en difficulté ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?*

Euh... si j'ai bien compris la question ça fait un petit peu référence au traumatisme vicariant, non ? Parce qu'effectivement ça fait quatorze ans que j'entends parler que d'histoires... Mon quotidien c'est quand même des histoires de viol, sur enfant de tous âges, adultes, personnes âgées. Après grosses violences, séquestrations, tortures, plus toutes les victimes là depuis deux ans attentats en tout genre. Donc effectivement disons que moi dans ma vie quotidienne je vais être plus vigilante. Par exemple dans les transports quand je rentre chez moi, que je n'étais pas avant ou avant de faire ce métier-là. J'ai vraiment eu, pour moi un épisode de traumatisme vicariant, pour moi c'était un été où on avait eu des patients victimes de viol et qu'en fait c'était arrivé à leur domicile parce qu'il y avait des échafaudages et des agresseurs qui étaient montés par les échafaudages et qui étaient arrivés chez elles, elles étaient en train de dormir dans leur lit et le mec arrivait sur elle quoi... Et du coup je me suis dit « ça c'est du traumatisme vicariant » car y avait pas du tout d'échafaudage chez moi, j'habitais au sixième, et il faisait chaud et je me suis vu, moi qui laisse toujours la porte du balcon ouvert pendant que je dors, là pendant un moment je ne pouvais pas. Alors que j'avais beau me raisonner. Ça c'était vraiment parce qu'à cette époque-là y avait eu ça.

- *« Si je comprends bien, le traumatisme vicariant c'est lorsque le soignant répète des symptômes ? »*

Voilà c'est ça. C'est le patient qui se met à présenter des symptômes parce que l'hypervigilance que je peux avoir, après ça peut être une vigilance prudente car moi je sais ce qui peut arriver contrairement aux autres, donc je suis un peu plus attentive. Ça peut être parfois une hypervigilance, qui est aussi un symptôme du psychotrauma. Et l'évitement c'est exactement ça... donc voilà, moi qui n'ai pas vécu d'agression c'est vraiment le reflet d'entendre des discours au quotidien là-dessus, donc c'est vrai que c'est typiquement dû à ça, ça c'est sûr.

Bon après ça a un effet bénéfique, ça me rend plus prudente sur certaines choses. Donc y a la limite entre comment on est informé par rapport aux autres qui ne pensent pas qu'il y a des tas de choses qui peuvent arriver, et le moment où ça dérape. Je sais identifier quand ça ne tient plus, comme là par exemple où je savais qu'il n'y avait pas d'échafaudages.

*Que mettez-vous en place pour garder une juste distance thérapeutique avec le patient psychotraumatisé ?*

Moi ma technique, enfin plutôt ma manière de faire, c'est quand je ressens un sentiment ou même des fois des envies de pleurer... on peut pas s'empêcher de ressentir des émotions très fortes, et là avec l'expérience ce que j'arrive à faire c'est vraiment de dire « je sais que j'ai ce sentiment-là et que j'ai envie de pleurer et j'arrive à le différer ». J'arrive du coup à différer l'émotion qui va être d'être triste, de pleurer ou d'être en colère et de me dire « ok j'ai entendu que je ressentais ça, mais c'est après qu'il faudra que je le gère ». Mes émotions ça me concerne moi, on peut pas à la fois être sur soi-même et être sur l'autre, et ça marche très bien. Enfin, je

veux dire avant le patient décédait et ça m'arrivait de pleurer aux toilettes, car faut pas dire « non, non, non, le soignant il ressent pas d'émotions, tout va bien » Non ! ça m'est arrivé pour des patients, des situations ou d'y repenser certaines fois... enfin de vivre des émotions, mais pas au moment où le patient a besoin de mon aide en tant que soignant. Mais bon, ça c'est vraiment l'expérience hein. Quand j'ai commencé j'avais vingt ans c'était pas évident.

### **ANNEXE V : ENTRETIEN N°3 – PSYCHOLOGUE EN UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE**

*De quelle(s) façon(s) identifiez-vous que le patient que vous recevez est en état de psychotraumatisme ?*

Euh... Je l'identifie à la fois par des signes verbaux et non-verbaux.

Pour les signes non-verbaux ça va être parfois une notion de vigilance chez la personne, qui parfois peut aussi être relationnel. Ça peut être aussi des gens qui peuvent être amenés à sursauter dans mon fauteuil, ça arrive quand y a des portes qui claquent. Ça veut dire qu'il peut y avoir des éléments d'hypervigilance qui transparaissent dans des lieux calmes, parce que y a une porte qui claque, parce que y a un élément X ou Y. Mais après c'est surtout en cherchant les symptômes durant l'entretien que je le trouve. Euh... Donc par rapport aux éléments qui sont décrits, je cherche les signes du PTSD donc je cherche les signes d'un syndrome de répétition, voir s'ils sont là ou pas, je cherche les signes d'une hyper activation neurovégétative, je cherche les conduites d'évitement en lien avec les événements ou pas, le degré de généralisation, l'intensité de l'évitement ou pas, ça renseigne aussi sur la sévérité... Et puis tous les signes classiquement associés au trauma : la colère, la honte, la culpabilité, tout ce qui est assez transversal dans la clinique des victimes. Hum... Voilà, et le sommeil beaucoup, ça fait partie du syndrome de répétition, c'est une plainte qui revient beaucoup, la présence de cauchemars... Enfin je recherche tous les symptômes classiques et je recherche aussi toujours la présence d'antécédents. C'est-à-dire je fais le tour des symptômes de la personne, je lui demande si elle a déjà eu ces symptômes-là à d'autres moments de sa vie ou pas, pour rechercher si y a eu un PTSD sur la vie entière. Et je recherche aussi, même si y a pas eu ces symptômes d'autres événements potentiellement traumatiques antérieurs à l'événement plus récent qui l'a conduit jusqu'à l'UMJ.

*Comment abordez-vous/procédez-vous à la prise en charge de ce type de patient ?*

Alors moi je suis dans un contexte assez particulier dans la mesure où comme on est en unité médico-judiciaire et qu'on a énormément de victimes par an, je suis obligée de faire un gros travail d'orientation. Donc euh... un bon tiers, un gros tiers ça va être un travail d'évaluation : est-ce que c'est un psychotrauma ou pas, est-ce que y a d'autres psychopathologies ou pas, si la personne a besoin de suivi ou pas, et si oui, avec qui. Donc ça c'est quand même une grosse partie du travail et pour ce qui est de la prise en charge, bah je les prends en suivi et en fonction du cas, je vais voir ce qui me paraît être le plus indiqué en terme d'orientation thérapeutique. Moi je travaille beaucoup avec les thérapies comportementales et cognitives et l'EMDR que je commence à faire de plus en plus.

Après y a plusieurs phases. Quand les patients sont très très en aigu, pour moi le premier axe de la prise en charge c'est une bonne évaluation, la création d'une alliance thérapeutique, et l'évaluation d'indication d'un traitement médicamenteux, qui n'est pas prescrit par moi puisque je ne suis pas psychiatre mais voilà, y a certains patients qui sont extrêmement activés dans les phases aiguës et à ce moment-là ils ont besoin à mon sens d'un traitement médicamenteux quoi, pour les premiers temps au moins. Ça et puis commencer au moins la narration des choses, ça

c'est dans les premiers temps, leur expliquer c'est quoi le psychotrauma, comment ça fonctionne, pourquoi ils ont ces symptômes-là, pourquoi le fait qu'ils aient ces symptômes-là est normal, en quoi c'est une réaction normale à un événement anormal, on appelle ça normaliser les réactions émotionnelles, pour qu'ils aient déjà une représentation, pour qu'ils soient certains que ça va pas être comme ça éternellement, que ce sont des symptômes transitoires, mais que par contre le comportement qu'ils adoptent aujourd'hui va favoriser que ces symptômes-là évoluent favorablement ou pas. Ils peuvent faire des choses pour favoriser. Donc on leur donne aussi des marges de manœuvre, on va échanger autour des conduites d'évitement, expliquer l'évitement, ça c'est plus en prise en charge TCC. Voir comment ils peuvent évoluer graduellement pour faire en sorte que leur qualité de vie remonte et sinon là l'EMDR que je commence c'est une autre technique, c'est plus aller vraiment désensibiliser le souvenir. Les TCC et l'EMDR c'est les deux thérapies qui sont indiquées en premier lieu pour le traitement des PTSD et qui sont recommandés les deux et par l'OMS et par l'HAS. C'est celles qui sont validées scientifiquement et officiellement quels que soient les débats autour (*rires*).

*Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?*

Alors je vais articuler ma réponse en deux parties. La première c'est tout ce qui favorisera des alliances avec les patients quel que soit le problème et après ce qui est spécifique PTSD. Parce que ce qui marche en terme d'alliance avec chaque patient c'est aussi très important auprès des populations PTSD.

Bien évidemment l'empathie. C'est-à-dire la capacité à percevoir le cheminement émotionnel de quelqu'un sans être complètement englué. Mais l'empathie c'est pas que le fait de ressentir les émotions de l'autre, c'est le fait de pouvoir communiquer qu'on comprend les émotions de l'autre. C'est-à-dire que dans l'empathie y a le fait de ressentir ce dans quoi est l'autre et y a aussi le fait de lui faire passer le message « je sais ce que tu ressens » et pour ça y a plein de techniques. Ça va être reformuler l'émotion qu'on ressent chez l'autre, ça va être faire passer par tout un tas de signaux verbaux et non-verbaux que l'on est concerné par ce que la personne nous raconte, alors là c'est plus de l'attention moins de l'empathie mais bon ça favorisera, et communiquer le fait qu'on voit ce que l'autre ressent en reformulant et communiquer qu'on accepte ce que l'autre ressent. Ça veut dire, par exemple ce qui m'arrive très souvent, une victime de viol qui se sent très coupable, moi dans ma tête j'ai envie de lui hurler « non c'est pas de ta faute », il n'empêche que cette personne ressent qu'elle est coupable même si elle sait rationnellement là (*montre sa tête*), ici (*montre son cœur*) elle se sent coupable... Donc renvoyez que « même si vous vous sentez coupable vous n'êtes pas coupable » et là la personne elle voit qu'en face c'est capté et ça crée de l'alliance en fait. Donc l'empathie bien évidemment. L'acceptation du vécu de l'autre qui va avec l'empathie aussi bien évidemment.

Être concerné, y a rien de pire à mon sens, de façon générale en psychologie, et alors pour le coup de façon très particulière avec les PTSD, y a rien de pire que la neutralité. Et ça je le dis de façon très tranchée. Y a énormément de population où effectivement la notion de neutralité peut avoir euh... Si on est neutre avec des victimes de trauma, si on est neutre avec des gens qui nous racontent des épisodes monstrueux, si on est neutre avec des gens qui arrivent et qui sont bouleversés parce que leur plainte a été classée sans suite, c'est pas possible ! Donc moi je prône plutôt, et je suis pas la seule d'ailleurs, dans le trauma tout le monde sait ça : ils ont besoin de reconnaissance, nous on est pas flics, pas là pour chercher la vérité, on est là pour se mettre en alliance avec les gens, qu'ils sentent que là ils ont un vrai soutien, quelque soit ce que nous on pense des choses, et oui il faut donner de la reconnaissance, il faut reconnaître le trauma et

il faut communiquer que ce qu'on nous raconte là c'est pas neutre justement, que ça peut nous faire vivre des émotions à nous. Voilà, que ce que la personne a vécu c'est pas normal, que c'est grave, sans forcément appuyer mais être dans la reconnaissance que c'est grave et pas hocher de la tête quand une personne nous raconte qu'elle a été battue à mort par cinq personnes, ça c'est pas possible. Donc euh... ça implique aussi un contact avec les personnes PTSD qui est un contact authentique, chaleureux, et qui est pas froid en fait émotionnellement. La froideur émotionnelle pour moi c'est la plus grosse erreur qui peut être une erreur de bonne intention, mais c'est la plus grosse erreur à mon avis face à une victime de trauma. Une autre grosse erreur est d'être dans l'extrême émotionnel, bien évidemment. Mais être dans un juste contact, chaleureux, avec de la reconnaissance, avec de l'empathie, avec une grande authenticité, ça c'est la base d'une alliance avec quelqu'un qui est porteur d'un PTSD et c'est la base d'un travail thérapeutique quoi. De toute façon si y a pas ça, ils vont jamais accepter les techniques thérapeutiques qui vont être proposées derrière, parce qu'ils vont se reprendre dans le truc de « personne me comprend, et même pas il ou elle, donc y a aucune raison que j'aïlle me faire peur dans les transports ou que j'accepte de bouger mes yeux quand elle veut » tu vois ?

Aucune technique ne fonctionnera, même la meilleure technique du monde. Sans alliance, et sans empathie ? On peut toujours courir, ça sert à rien.

Pour ce qui est vraiment spécifique PTSD, c'est vraiment la reconnaissance. Oublier ou éviter le principe de neutralité, pouvoir gérer des réactions émotionnelles très fortes avec des demandes d'aide très fortes et très urgentes en fait. Accepter les ambivalences, là je pense plus au trauma un peu complexe, plutôt qu'au trauma dit « simple » mais tout ce qui est violences conjugales, violences sexuelles parfois répétées, ce genre de choses... Notamment violences conjugales, va falloir accepter qu'un jour la personne veut s'en sortir et le lendemain, bon je caricature hein, elle s'en sent plus capable et que leur bourreau finalement il est pas si mal. Donc ça c'est des choses aussi à accepter. Donc faut être assez, j'ai envie de dire, cool avec les ambivalences en fait, qui peuvent être assez éprouvantes. Après quand on comprend bien le trauma, la tolérance elle vient assez facilement parce qu'en fait pour les traumas plus complexe qui ont induit des schémas et une façon de fonctionner, on comprend que c'est des logiques qu'ont été créés y a très longtemps pour certaines personnes, et on se déprogramme pas d'un truc comme ça. Donc quand on comprend bien ça, on l'accepte mieux quoi. Voilà, ça peut être aussi accepter des verbalisations très crues dans le récit des événements où on entend pas des choses roses tous les jours, donc ça ça fait partie de la prise en charge des victimes, si on est pas à l'aise avec ça honnêtement on peut faire autre chose... Soit dans les scénarii de vengeance, quand c'est trop interpersonnel, que les gens ont été agressés physiquement, sexuellement, et que là ils vous regardent et ils vous disent « j'ai envie de lui faire ci, j'ai envie de lui faire ça », voilà c'est des choses qu'il faut accepter et pouvoir accepter cette communication. Accepter ça veut pas dire valider « oui, allez tuer tout le monde », ça veut dire « je comprends et j'accepte complètement que cette envie-là en ce moment elle existe chez vous ». Voilà, je pense aussi que dans une certaine mesure il faut accepter de s'ennuyer. Ça c'est pour la prise en charge des victimes dans la mesure où le syndrome de répétition fait qu'il y a très souvent une répétition en boucle des événements, de certains affects par exemple de culpabilité ou autre, ou alors des relectures en boucle des événements « j'aurais dû faire ci, pourquoi j'ai pas fait ça ? » et ça peut être dit longtemps et faut pas oublier que ça c'est thérapeutique dans la mesure où plus la personne dit ça, plus elle s'expose et son cerveau l'intègre. Du coup faut aussi pouvoir je pense être à l'aise avec ça, et pas se dire que c'est de la stérilité thérapeutique mais au contraire, sauf si bien sûr pendant dix ans la personne vous dit la même chose, là c'est que y a quelque chose qui déconne !

*Face aux récits des sujets rencontrés, certain(e)s de vos sentiments/émotions vous ont-ils déjà mis en difficulté ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?*

Oui, euh... alors le premier cas de figure qui me vient, c'est les gens qui t'activent une espèce de pitié en fait, une compassion extrême, où ça te rend triste mais vraiment, une envie d'aider qui est trop forte en fait. Ça ça m'est arrivé, c'est bizarre c'est pas forcément rationnel, ça vient pas forcément de la gravité des événements, parce que y a des gens qui peuvent avoir des gravités d'événements très très puissantes mais en fait ça va, et d'autre où ça peut être à peine moins grave ou un peu moins grave mais en fait y a une personnalité, y a un parcours qui fait que ça t'active vraiment une très grande sensibilité... Je peux donner un exemple ou pas ?

- **« Oui, oui, bien sûr ! »**

Je pense à une ancienne patiente qui est venue y pas très longtemps, victime de violences conjugales, au moment de la rencontre elle s'est séparée. Elle a un petit garçon de 7 ou 8 ans qui est suivi par ma collègue pédopsy. Et cette jeune femme c'est une personne qui a vraiment eu un parcours horrible, mais c'est quelqu'un qui a vraiment envie de s'en sortir et qui a vraiment décidé de se séparer et qui est partie, et qui au moment où je la rencontre passe d'hébergements sociaux en hébergements sociaux avec son gamin, mais parce qu'elle a décidé en fait que plus jamais elle vivrait avec cet homme, que plus jamais elle s'exposerait à des violences, ni pour elle ni pour son gamin qui est témoin de violences conjugales. Et du coup je trouve qu'elle a un tel courage en fait, de passer ben d'un appartement au centre de Paris à un foyer social dans le fin fond du 93 où y a du bruit, où c'est des trucs compliqués... Mais elle se plaint pas, elle essaye d'avancer machin, et en fait y a tout un truc autour de la combativité de cette nana et en même temps une douceur qui moi m'émeut énormément et qui du coup fait que j'ai particulièrement envie de l'aider. Et donc un jour je parle avec elle, c'est l'exemple que je vais te donner-là, je me suis reprise hein mais j'ai failli le faire ! Et ça c'est des moments où on est presque sur le fait d'aller trop loin et en fait à force d'avoir de l'expérience on sait s'arrêter quoi. Mais c'est une femme qui est d'origine étrangère et qui est assez croyante, qui est catholique, et un jour elle arrive en consultation et se met à pleurer en disant qu'elle va plus à l'église et ça lui manque car à l'époque il l'empêchait d'aller à l'église, il l'isolait, et donc moi je me dis au départ que c'est peut-être parce qu'elle a des souvenirs d'interdiction qu'elle n'y va plus et que peut-être en fait en allant à l'église elle a peur d'être associée à des repréailles où je ne sais quoi que du coup elle n'y allait plus. Et du coup elle pleure, elle pleure, et elle me dit que c'est pas pour ça qu'elle ne va plus à l'église. Parce que je lui demande si c'est à cause de ça, et quand je lui demande pourquoi elle ne va plus à l'église elle me dit « parce que j'ai pas de robe pour aller à l'église ». Je lui dis « vous pouvez très bien aller à l'église en pantalon, habillée de façon parfaitement correcte », et elle me dit « nan mais chez moi, dans mon pays on va à l'église que quand on est bien habillé et on met une petite robe du dimanche ou au moins une jupe, et j'ai même pas un centime quoi, je peux même pas acheter une jupe », et lui il lui avait brûlé toutes ses affaires, elle avait rien. Et là, je la vois qui pleure, qui est pas bien, je suis à deux doigts, à deux doigts hein, pour la prochaine séance d'attraper une jupe ou je ne sais quel truc de ma garde robe et de lui donner... Ce qui est bien évidemment complètement hors cadre et complètement pas indiqué. Donc sur le coup je me vois faire ce mouvement-là, et je m'arrête et lui dit « écoutez si c'est que la jupe le problème, on va regarder tout de suite EMMAÛS et les trucs et les machins » et elle est revenue deux semaines après avec deux jupes à deux euros qu'elle avait achetées dans je ne sais quelle structure. Et voilà, ça s'est fait comme ça. Mais c'est juste pour t'illustrer le moment où ça bascule et tu passes dans « je prends vraiment la personne trop sous mon aile jusqu'à... », voilà moi ça me coûtait strictement rien de lui donner une jupe, mais c'était hors cadre, ça allait pas.

Par contre, je l'ai mise sur la voie pour qu'elle puisse le faire, mais ça c'est dans le cadre.

Donc ça c'est l'exemple émotion positive forte, mais y a également le sens émotion négative forte.

Où quand t'as certaines personnes qu'ont des personnalités très dures, parce qu'ils ont eu des parcours très durs, bon là c'est surtout les traumatismes complexes hein, et des gens qui ont été élevés avec de la carence, avec de la négligence, avec de la violence, qu'elle soit émotionnelle, physique, psychique, sexuelle, peut développer des schémas de personnalités très compliqués à gérer. Alors y a pas que des petites choses fragiles chez les victimes, y a aussi des gens très agressifs qui se défendent par agressivité, qui attaquent. J'en ai un en ce moment qui a un parcours très compliqué, qui a été placé il avait onze ans, qui a ensuite vécu un certain nombre de choses dont une agression sexuelle, un viol par un autre collègue, un garçon de son foyer plus âgé que lui, plus plein d'autres trucs... enfin un parcours traumatique multiples avec un millier de trucs dedans. Et lui il alterne en consultation entre les moments où il m'attaque et les moments où il pleure et il me remercie, c'est-à-dire qu'il passe d'un extrême à l'autre. Il sait pas s'il peut me faire confiance, une minute il me fait confiance, la minute d'après je fais partie de tous les pourris quoi. Et donc ça c'est dur à gérer. Y a des moments où je me fais attaquer, j'ai beau savoir hein pourquoi il m'attaque, j'ai beau savoir pourquoi tout d'un coup il est odieux alors qu'il l'était pas cinq minutes avant, j'ai beau savoir tout ça théoriquement, je n'en reste pas moins un humain et au bout d'un moment ça me met en colère ! Alors maintenant j'ai appris à le gérer, je sais qu'il vaut mieux parler que de laisser ça pourrir. Donc au lieu de ruminer, j'analyse le truc et je le parle en fait. Donc je dis « vous voyez là par exemple tout de suite j'ai le sentiment que vous m'attaquez, et j'ai le sentiment que vous m'attaquez parce que y a ça et ça » et on en parle et on décante le truc tout de suite en fait. Et je lui dis hein, « vous savez vous pouvez passer des mois à m'attaquer, le temps que vous m'attaquez on travaille pas. Donc je sais que vous avez besoin de faire ça, je vous dis juste que je sais que vous m'attaquez, que je sais que c'est peut-être une phase nécessaire mais que en tout cas si vous décidez de pas me faire confiance pendant un certain temps, plus on mettra du temps à avancer ». Mais y a des moments où il m'énerve !! Je suis hors de moi ! je trouve ça injuste, moi je suis là en train d'essayer de l'aider, je le prends alors que c'est un cas hyper lourd, que j'ai un emploi du temps hyper chargé, alors que c'est pas mon boulot de faire du suivi long cours ici mais je le fais quand même.

Après ça se gère, soit en restant bien dans le cadre quand ça va trop loin, soit en verbalisant les émotions négatives si c'est du suivi qui va durer.

### *Que mettez-vous en place pour garder une juste distance thérapeutique avec le patient psychotraumatisé ?*

Alors le premier truc qui me vient c'est drôle hein, c'est que j'essaye de rester en bonne santé ! **(Rires)**

Un des plus gros modérateurs de stress quand tu bosses dans le trauma ou dans tout métier potentiellement stressant c'est de surtout pas sacrifier ses modérateurs de stress à soi, de sa vie en fait. Donc moi c'est con hein, mais j'essaye de rester en bonne santé notamment physique et psy parce que je sais que j'ai pas trop de marge donc ben j'essaye de faire gaffe à mon sommeil parce que c'est con hein mais quand je dors deux heures ou quand j'en dors huit et ben je gère pas les patients trauma de la même manière la journée. Donc je fais hyper gaffe à mon sommeil. Je suis pas une tarée de l'alimentaire mais j'essaye de manger un minimum de vitamines, de légumes, avant je pouvais manger que des gâteaux, ça je ne le fais plus maintenant. Je fais attention à mon psychisme donc je fais gaffe à tous mes modérateurs de stress et ça c'est très important on le sait, et je le sais puisque j'ai assisté à une conférence sur le trauma vicariant il y a quelques années et que ce que disait le mec qui avait bossé là-dessus

c'était « thérapeutes et autres soignants, ne sacrifiez jamais vos modérateurs de stress à vous ». Donc moi je vais courir deux fois par semaine, le soir je coupe quoi. Et je sais que ça me protège et du coup la journée, je suis complètement dispo pour accueillir tout ce qui est négatif. En fait, les premières variables, pour moi, elles viennent de la gestion personnelle. La capacité à mettre des limites, créer un emploi du temps qui est correct, voilà tout ça ça favorise la prise en charge des victimes, et de toute population difficile je pense. Après dans le rapport comment se protéger vraiment dans la prise en charge en soi, bien tenir son cadre, bien assumer son cadre, être authentique parce qu'encore une fois, un psy qui cache ses émotions ça augmente le niveau de stress donc moi je verbalise toutes les problématiques avec les patients. Y en a un qui est une fois sur deux en retard, je le dis. Voilà. J'ai un problème d'impasse thérapeutique, de problématique, d'ambivalence, je le dis. Entendre être vigilant et veiller à ses variables personnelles et être authentique et gérer son cadre, il y a pas de problème.

Dernier point, quand je me sens pas capable de prendre en charge un patient pour X ou Y raison, j'oriente vers des gens qui sauront gérer mieux que moi. Et voilà je parle avec mes patients, je leur dis la vérité, quand on fait ça les niveaux de stress descendent quoi. Et aussi, je me répète en boucle que je ne suis pas responsable de ce qui leur est arrivé, parce qu'en fait quand ils arrivent et qu'ils ont une demande d'aide qui est forte, y a très vite, en tout cas moi j'avais une tendance à me responsabiliser de leur évolution, donc maintenant j'ai compris que leur évolution elle vient en partie de est-ce que je vais bien faire mon boulot avec eux, mais elle vient en grosse partie d'eux.

#### **ANNEXE VI : ENTRETIEN N°4 – INFIRMIER RÉANIMATEUR, RÉSERVISTE À L'ÉTABLISSEMENT DE PRÉPARATION ET DE RÉPONSE AUX URGENCES SANITAIRES**

*De quelle(s) façon(s) identifiez-vous que le patient que vous recevez est en état de psychotraumatisme ?*

Moi là où j'identifie le psychotraumatisme c'est déjà le fait d'avoir un nombre important de victimes sur un même lieu en fait, quelque chose de traumatisant, quelque chose de brutal qui arrive sur un même lieu et le psychotraumatisme, bon moi je vais te parler des attentats, mais en réanimation on a également des psychotraumatismes liés à des prises en charge. Mais moi là pour l'expérience des attentats, bah c'est justement la personne impliquée qui s'attendait pas du tout à ça, qui est pas formée, et qui se retrouve impuissante face aux événements avec ou non une atteinte physique, parce qu'on a des personnes stressées, choquées, qui n'avaient aucun dommage corporel et après, peut-être plus au niveau réanimation, c'est le fait que la personne elle soit confrontée à la mort en fait, et de toutes façons pour les attentats c'était la même chose. C'est le fait d'être confronté à la mort, pas forcément envers soi-même mais envers ses proches, d'avoir eu à côtoyer une ou des personnes qui vont décéder où on peut se dire que c'était soi à la place quoi.

*Comment abordez-vous/procédez-vous à la prise en charge de ce type de patient ?*

Euh... Bah déjà c'est essayer de... Bah voilà le patient en réa par exemple c'est en fermant les portes, en essayant de s'isoler, en essayant d'instaurer une relation de confiance ce qui est plus facile avec les patients de réa car on les connaît depuis un moment, on peut les accompagner, on est là en continu. Mais voilà ça va être essayer de communiquer avec le patient psychotraumatisé, de le rassurer, le rassurer sur sa prise en charge, soit le patient soit ses proches hein, essayer d'être le plus transparent possible, ne pas mentir sur les risques et sur l'évolution

que ça peut prendre mais tout en essayant de rester quand même optimiste sur l'ensemble des situations quoi.

Et puis là pour les cellules téléphoniques particulièrement, euh... ben c'est d'essayer en très peu de temps, parce que malheureusement même si on était beaucoup, on recevait énormément d'appels et on pouvait pas faire... on faisait du soutien téléphonique, du soutien psy, enfin je considère pas que mon soutien était psy car comme je te l'ai dit je suis pas spécialisé en psychiatrie mais j'étais là pour écouter, pour orienter s'il le fallait, mais on ne pouvait pas consacrer malheureusement deux heures à un appel téléphonique. Donc il fallait quand même essayer très rapidement d'instaurer une confiance, de pouvoir discuter avec le patient, et s'il faut, le réorienter vers un spécialiste. Faut se dire que le psychotrauma c'est quand même quelque chose de très spécifique, tout le monde n'est pas formé et essayer de trouver la bonne personne, le bon interlocuteur, le bon psychologue qui soit, qui ait cette formation au psychotrauma. Ça malheureusement c'est pas évident en fait, on s'en est rendu compte pendant les attentats. Parce que voilà, les gens vont voir leur psychologue mais le psychologue qu'ils avaient bah voilà ils étaient psychologues certes mais pas spécialisés dans le psychotrauma donc y a des théories spécifiques, de toute façon tu l'as vu en faisant ton mémoire je pense, mais il existe des formations quand même assez poussées et spécifiques sur le psychotrauma. Il faut essayer de se dire que tu fais ce que tu peux pour rassurer le patient, faire ce que tu peux à ton niveau, mais il faut pas hésiter à transmettre le « dossier » à quelqu'un qui soit plus documenté et surtout plus spécialisé dans le domaine quoi. Parce que je pense qu'un mauvais suivi pourrait engendrer plus de stress et plus de souci pour le patient plutôt que de le rassurer donc voilà...

*Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?*

D'essayer d'être euh... d'être le plus empathique possible. Être à l'écoute, laisser le temps au patient de s'exprimer tant au niveau verbalement que les pleurs au téléphone... Moi je te dis j'ai des gens qui se sont effondrés et qui pleuraient bah voilà faut laisser le temps, leur temps, ils pleurent, ils pleurent, ça a pris plusieurs minutes pour qu'ils se calment mais voilà, je pense qu'il faut laisser du temps, il faut pas précipiter les choses et puis après au niveau de la distance je t'avoue qu'en réanimation, moi je favorise beaucoup le contact physique, tu l'as plus avec les proches parce qu'ils sont là, tandis qu'au téléphone tu l'as pas mais en même temps ça te protège un petit peu donc il faut essayer de trouver une alternative pour justement avoir cette relation de confiance.

Pour le Bataclan j'ai eu des appels et puis j'ai appelé beaucoup de victimes, c'était beaucoup de jeunes, et le fait de pas plaisanter avec eux mais d'essayer de dédramatiser au maximum quoi même si le traumatisme il est là, même si c'est catastrophique, même si on leur ressasse... Je pense que ça pourrait être délétère de toujours ressasser et puis dire que c'est terrible ce qui leur arrive quoi. Donc moi je te cache pas que y a des gens qui étaient choqués mais avec qui on a pu rigoler, c'est important de pouvoir rigoler, et puis tu le sens avec le patient s'il est réceptif, bon après les gens rigolent aussi car ça peut être une forme de protection, de défense, il faut savoir aussi déceler le rire un petit peu abusif et puis justement se dire que y a quelque chose qui va pas. Mais je pense que la relation de confiance voilà c'est ça : essayer de privilégier un contact physique si on peut, en fonction des personnes bien sûr, en s'adaptant au patient, afin de savoir très rapidement quelle stratégie adapter au mieux quoi... si ça sera le rire, si ça sera plutôt la distance, tout en étant empathique et respectueux. C'est pareil, au téléphone on

tutoyait facilement en fait, les jeunes plutôt hein... Sans manquer de respect bien évidemment. Ça liait plus de contact, enfin c'est ce que je pense moi.

*Face aux récits des sujets rencontrés, certain(e)s de vos sentiments/émotions vous ont-ils déjà mis en difficulté ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?*

Ouais ouais ouais... Nous quand on a fait la cellule d'aide aux victimes, c'était des postes de huit heures d'affilées au téléphone, fallait souffler après certains appels téléphoniques, et le soir on avait aussi notre cellule à nous à l'hôtel. Et voilà je vais pas te cacher que y avait certaines personnes qui ont pleuré au téléphone, et moi les larmes ont commencé à venir même si on se dit qu'il faut être empathique, qu'il faut garder sa distance, qu'au téléphone c'est facile... bah voilà. Et moi le fait d'être au téléphone ça m'a justement protégé parce que moi y avait des fois où je me sentais tellement impuissant... et le fait d'être au téléphone ça permet de prendre plus de distance car la personne ne nous voit pas, ne voit pas nos émotions mis à part lorsqu'on parle, et du coup quand on écoute la personne et qu'on laisse parler, elle voit pas forcément ce qu'on fait, et ça m'a permis de passer le relais à des collègues, à dire que... par exemple voilà j'avais une amie psychologue dans la cellule, et je voilà je lui transmettais les appels un plus plus chauds, en plus elle a un D.U. en psychotrauma donc elle est calée sur le sujet, et voilà y a certains récits qui m'ont fait froid dans le dos. En gardant le secret professionnel, bah voilà j'ai une personne elle a perdu ses parents, elle a perdu sa sœur, son frère a été hospitalisé, voilà elle a perdu trois membres de sa famille, son petit frère elle sait pas si il va s'en sortir et elle, elle se retrouve toute seule à Nice parce qu'ils étaient en vacances. Tu vois la date de naissance sur le fichier et là tu vois qu'elle n'a que 17 ans la fille, voilà quoi... tu vois y a certaines situations comme ça qui m'ont choqué. Des filles qui disaient qu'à Nice elles entendaient des bruits d'os craquer quand elles se couchaient... bah voilà quoi des gamins de 13/14 ans qui te disent ça ben tu te dis ils n'ont pas vu grand chose de la vie et là ils sont face à un événement que même un adulte expérimenté aurait du mal à surmonter donc ouais ça te fait un peu froid dans le dos. On est rentré tous chez nous, certains collègues ont eu un suivi psy quand même, pour moi c'était une bonne expérience mais je vais pas le ressasser tout le temps quoi. Voilà quand je vois mes potes je vais dire que j'étais à la cellule d'aide aux victimes mais je ne vais pas raconter ce que j'ai fait, je ne vais pas raconter ce que j'ai entendu. Voilà c'était une expérience, j'ai fait ma mission, je pense que je l'ai bien faite, et puis voilà quoi. Voilà y a des situations qui m'ont fait monter les larmes, j'ai fait un break tout de suite, et ça m'a permis de souffler, puis de passer à autre chose.

*Que mettez-vous en place pour garder une juste distance thérapeutique avec le patient psychotraumatisé ?*

En fait comme là au téléphone je vais dire que c'était facile, les gens tu les connais pas donc la distance est déjà là, on avait pas les photos, juste les noms, les prénoms et parfois les dates de naissance, donc on ne pouvait pas s'identifier et c'est ça qui m'a protégé moi. J'avais pas de contact physique, et je ne connaissais pas les personnes. Donc cette expérience si elle était à refaire le je ferais.

Après nous dans un service de réa, pour se protéger du psychotraumatisme et ben on parle entre nous, on peut faire venir une psychologue dans le service mais c'est rare, on préfère débriefé entre nous, on a notre cadre qui est ouverte, nos médecins qui sont ouverts et puis on se fait de petits points de temps en temps si y a une situation qui nous a porté à réflexion. Donc c'est comme ça qu'on se protège et puis c'est pareil dans le service ça nous arrive des fois de plus prendre en charge un patient qu'on a suivi et puis qui se redégrade de nouveau et on sait qu'il va décéder, et bien ça nous arrive de passer le relais à d'autres collègues. En fait c'est ce que je

te disais tout à l'heure, je pense que pour se protéger il faut d'abord évaluer ses capacités et puis se dire qu'on est pas là pour sauver le monde déjà, et puis euh... c'est ça qui nous protège. Je pense que c'est ça qui est important pour conserver une bonne distance, c'est de connaître ses limites. Et puis voilà, pas tout prendre le malheur du monde sur soit, c'est bête à dire hein. Mais par exemple nous quand on est parti de la cellule pour le Bataclan, on se dit des attentats y en aura encore et qu'il faut se tenir préparés, ça arrivera encore donc si on s'attache à chaque fois aux patients je pense qu'ils manqueront de volontaires et de professionnels de santé à un moment. Faut savoir relativiser et puis tu profites plus de la même manière quand tu rentres chez toi, tu vois les choses d'un autre œil, tu profites différemment, ça fait une expérience humaine vachement intéressante quoi. Pour les personnes encore une fois qui connaissent leurs limites et qui savent qu'ils vont y arriver.

Après je pense que la distance, c'est la distance professionnelle que tu gardes de toute façon que ce soit un psychotraumatisé ou une personne hospitalisée pour un problème médical pur, je pense que c'est la même distance professionnelle. Moi en tout cas j'ai eu la même distance professionnelle. Pendant mon poste je fais tout pour les patients, je suis à l'écoute, je fais ce que j'ai à faire et après une fois que mon poste est fini j'entends plus parler du boulot avant le lendemain.

**ANNEXE VII : GRILLE DE DÉPOUILLEMENT**

**I. De quelle(s) façon(s) identifiez-vous que le patient que vous recevez est en état de psychotraumatisme ?**

<b>PSYCHIATRE URGENTISTE</b>	<b>INFIRMIÈRE UMJ</b>	<b>PSYCHOLOGUE UMJ</b>	<b>INFIRMIER ÉPRUS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Y a la dimension non-verbale et la dimension verbale :</li> <li>• Dimension non-verbale : si la personne est prostrée, si elle a l'air inquiète, si elle sursaute, si elle pleure, si euh... ou bien si des fois à l'inverse on sent que la personne en rajoute un peu et que c'est un petit peu instrumentalisé ;</li> <li>• Des signes de blessures psychologiques quoi. C'est-à-dire pas des trucs où la personne se dit d'elle-même qu'elle est « ça », pas des choses qui sont en lien avec la représentation qu'a la personne d'elle-même, mais des choses qui sont en lien avec de la douleur ou du réflexe, des trucs vraiment du réflexe d'animal blessé ;</li> <li>• La vigilance accrue, les conduites d'évitement, les troubles de la concentration, les flashbacks... ;</li> <li>• Dans les bouquins, classiquement on nous dit qu'il faut qu'il y ait un risque de mort pour soi ou pour autrui, un risque de mort imminent, en tout cas une peur de risque de confrontation au réel de la mort.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est beaucoup avec les signes ;</li> <li>• Un des signes qu'on repère le plus facilement ça va être l'hypervigilance ;</li> <li>• La stimulation auditive ça réactivait le stress ;</li> <li>• Dans les symptômes après y a l'évitement mais ça on le constate pas tout de suite avant qu'on commence la consult', ça va plutôt être dans le discours ;</li> <li>• Tout le langage non-verbal aussi, la position du corps, du visage et tout... ;</li> <li>• Je pense que c'est important aussi c'est de savoir dans le contexte est-ce qu'il y a eu une sensation de mort imminente quelque soit le contexte ;</li> <li>• Pour telle ou telle raison, il a cru qu'il allait mourir, donc ça c'est quand même un des trucs qui nous oriente à poser plus de questions sur le psychotrauma ;</li> <li>• Y a aussi dans la manière de décrire les agressions, entre le patient qui s'est dissocié ou pas ;</li> <li>• Après ça va être plus dans le questionnement sur sa vie quotidienne, où là on va être plus à essayer de trouver tout ce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je l'identifie à la fois par des signes verbaux et non-verbaux ;</li> <li>• Pour les signes non-verbaux ça va être parfois une notion de vigilance chez la personne ;</li> <li>• Ça veut dire qu'il peut y avoir des éléments d'hypervigilance qui transparaissent dans des lieux calmes, parce que y a une porte qui claque, parce que y a un élément X ou Y ;</li> <li>• Par rapport aux éléments qui sont décrits, je cherche les signes du PTSD donc je cherche les signes d'un syndrome de répétition, voir s'ils sont là ou pas, je cherche les signes d'une hyper activation neurovégétative, je cherche les conduites d'évitement en lien avec les événements ou pas, le degré de généralisation, l'intensité de l'évitement ou pas, ça renseigne aussi sur la sévérité ;</li> <li>• Et puis tous les signes classiquement associés au trauma : la colère, la honte, la culpabilité, tout ce qui est assez transversal dans la clinique des victimes ;</li> <li>• Les troubles du sommeil, la présence de cauchemars.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Là pour l'expérience des attentats, bah c'est justement la personne impliquée qui s'attendait pas du tout à ça, qui est pas formée, et qui se retrouve impuissante face aux évènements avec ou non une atteinte physique ;</li> <li>• C'est le fait d'être confronté à la mort, pas forcément envers soi-même mais envers ses proches, d'avoir eu à côtoyer une ou des personnes qui vont décéder où on peut se dire que c'était soi à la place quoi.</li> </ul>

		<p>qui est postures d'évitement, après on demande beaucoup par rapport aux reviviscences, aux flash ;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Syndrome d'anxiété ;</li><li>• Est-ce qu'il y a des troubles du comportement, de la concentration, du sommeil, de la nutrition ?</li><li>• Et puis surtout la durée, depuis combien de temps, quelle est la durée des symptômes par rapport à l'agression.</li></ul>	
--	--	--	--

II. Comment abordez-vous/procédez-vous à la prise en charge de ce type de patient ?

<b>PSYCHIATRE URGENTISTE</b>	<b>INFIRMIÈRE UMJ</b>	<b>PSYCHOLOGUE UMJ</b>	<b>INFIRMIER ÉPRUS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a une dimension technique d'entretien [...] qui est d'aller chercher la personne le plus finement là où elle est ;</li> <li>• C'est l'emballlement de la structure cognitive de la vigilance [...] qui crée la symptomatologie déconnante ;</li> <li>• Quand après avoir vécu un Bataclan t'as l'alerte en permanence dès que tu as une sirène, dès que tu vois un arabe parce que les mecs qui avaient les kalachnikovs étaient arabes, dès que t'entends une sirène de police parce qu'il y a des sirènes de police partout, dès que tu vas dans une salle de concert, dès que t'es en public, etc... Ton cerveau t'alerte. C'est là où t'es à un niveau de vigilance qui est déconnant et que la machine s'est emballée.</li> <li>• en fait il faut se forcer à sortir, se forcer à s'exposer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je dirais du côté infirmier un peu plus de vigilance ;</li> <li>• Il y a quand même une hypersensibilité pour ce type de patients-là qui sont quand même pour moi plus fragiles par rapport à d'autres qui n'ont pas ces symptômes-là ;</li> <li>• Il faut encore plus expliquer chaque question qu'on pose, pourquoi on la pose, quelle est la raison, qu'est-ce que ça va apporter... Pour pas que ce soit interprété différemment par la personne ;</li> <li>• Donc voilà en étant vraiment encore plus dans l'écoute et encore plus vigilant dans notre manière à nous de non-verbal aussi et de verbal de ce qu'on dit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je suis obligée de faire un gros travail d'orientation ;</li> <li>• Un bon tiers, un gros tiers ça va être un travail d'évaluation : est-ce que c'est un psychotrauma ou pas, est-ce que y a d'autres psychopathologies ou pas, si la personne a besoin de suivi ou pas, et si oui, avec qui ;</li> <li>• Je travaille beaucoup avec les thérapies comportementales et cognitives et l'EMDR que je commence à faire de plus en plus ;</li> <li>• Quand les patients sont très très en aigu, pour moi le premier axe de la prise en charge c'est une bonne évaluation, la création d'une alliance thérapeutique, et l'évaluation d'indication d'un traitement médicamenteux ;</li> <li>• Commencer au moins la narration des choses ;</li> <li>• Normaliser les réactions émotionnelles ;</li> <li>• En prise en charge TCC : on leur donne aussi des marges de manœuvre, on va échanger autour des conduites d'évitement, expliquer l'évitement ;</li> <li>• EMDR : c'est plus aller vraiment désensibiliser le souvenir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essayer de communiquer avec le patient psychotraumatisé, de le rassurer, le rassurer sur sa prise en charge, soit le patient soit ses proches ;</li> <li>• Essayer d'être le plus transparent possible, ne pas mentir sur les risques et sur l'évolution que ça peut prendre mais tout en essayant de rester quand même optimiste ;</li> <li>• Pour les cellules téléphoniques : il fallait quand même essayer très rapidement d'instaurer une confiance, de pouvoir discuter avec le patient, et s'il faut, le réorienter vers un spécialiste ;</li> <li>• Il faut essayer de se dire que tu fais ce que tu peux pour rassurer le patient, faire ce que tu peux à ton niveau, mais il faut pas hésiter à transmettre le « dossier » à quelqu'un qui soit plus documenté et surtout plus spécialisé dans le domaine ;</li> <li>• je pense qu'un mauvais suivi pourrait engendrer plus de stress et plus de souci pour le patient plutôt que de le rassurer.</li> </ul>

III. Quelles sont les qualités nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec cette catégorie de patient ?

<b>PSYCHIATRE URGENTISTE</b>	<b>INFIRMIÈRE UMJ</b>	<b>PSYCHOLOGUE UMJ</b>	<b>INFIRMIER ÉPRUS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le truc de base c'est d'avoir une bonne relation empathique ;</li> <li>Il faut soi-même avoir vécu plein de trucs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évidemment c'est les qualités d'empathie ;</li> <li>Ça demande vraiment de la part du soignant je dirais d'être vraiment équilibré et d'avoir suffisamment travaillé sur soi pour être au clair avec sa propre histoire, c'est-à-dire qu'il faut que ce que nous renvoie le patient ça renvoie pas à sa propre histoire, à sa propre sensibilité un petit peu à nous ;</li> <li>Pour être en empathie avec la personne, ça veut dire qu'on est totalement disponible pour ce qu'elle nous dit ;</li> <li>C'est vrai qu'en tant qu'être humain on a quand même une part de... plus de compassion ou ce genre de sentiments qui sont euh... qui surgissent quoi. Et c'est là qu'en tant que professionnel on ne peut plus rester dans ce sentiment-là car là c'est plus de l'empathie ;</li> <li>On y arrive avec l'expérience professionnelle mais le côté compassion, toute la peine qu'on peut avoir pour la personne, on la ressent parce que c'est humain, et heureusement aussi, mais il faut, en tout cas moi je sais que je travaille là-dessus, c'est qu'il faut pas que ça se voit ;</li> <li>Être professionnel c'est garder la vraie définition de l'empathie, enfin pour moi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bien évidemment l'empathie ;</li> <li>Pouvoir communiquer qu'on comprend les émotions de l'autre ;</li> <li>Ça va être reformuler l'émotion qu'on ressent chez l'autre, ça va être faire passer par tout un tas de signaux verbaux et non-verbaux que l'on est concerné par ce que la personne nous raconte [...] et communiquer le fait qu'on voit ce que l'autre ressent en reformulant et communiquer qu'on accepte ce que l'autre ressent ;</li> <li>L'acceptation du vécu de l'autre ;</li> <li>Être concerné ;</li> <li>Il faut donner de la reconnaissance, il faut reconnaître le trauma et il faut communiquer que ce qu'on nous raconte là c'est pas neutre justement, que ça peut nous faire vivre des émotions à nous ;</li> <li>Être dans un juste contact, chaleureux, avec de la reconnaissance, avec de l'empathie, avec une grande authenticité, ça c'est la base d'une alliance avec quelqu'un qui est porteur d'un PTSD et c'est la base d'un travail thérapeutique ;</li> <li>Oublier ou éviter le principe de neutralité ;</li> <li>Accepter les ambivalences ;</li> <li>Accepter des verbalisations très crues dans le récit des événements ;</li> <li>Voilà, je pense aussi que dans une certaine mesure il faut accepter de s'ennuyer. Ça c'est pour la prise en charge des victimes dans la mesure où le syndrome de répétition fait qu'il</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Être le plus empathique possible ;</li> <li>Être à l'écoute, laisser le temps au patient de s'exprimer tant au niveau verbalement que les pleurs au téléphone ;</li> <li>Au téléphone ça te protège un petit peu donc il faut essayer de trouver une alternative pour justement avoir cette relation de confiance ;</li> <li>Essayer de dédramatiser au maximum ;</li> <li>Je pense que ça pourrait être délétère de toujours ressasser et puis dire que c'est terrible ce qui leur arrive quoi. Donc moi je te cache pas que y a des gens qui étaient choqués mais avec qui on a pu rigoler, et puis tu le sens avec le patient s'il est réceptif.</li> </ul>

	y a très souvent une répétition en boucle des évènements.
--	---

**IV. Face aux récits des sujets rencontrés, certain(e)s de vos sentiments/émotions vous ont-ils déjà mis en difficulté ?**  
**a. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?**

<b>PSYCHIATRE URGENTISTE</b>	<b>INFIRMIÈRE UMJ</b>	<b>PSYCHOLOGUE UMJ</b>	<b>INFIRMIER ÉPRUS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clairement oui, c'est pas être mis en difficulté, mais être ému par des récits vraiment impactants ;</li> <li>• Comme ça m'a brassé j'ai vite eu envie de développer des outils pour l'appréhender sans être brassé, c'est-à-dire tout en étant aussi impliqué émotionnellement, puisque je veux aider la personne, mais pas brassé quoi ;</li> <li>• Ce qui choque, c'est quand tu ne sais pas quoi faire, c'est ça qu'est choquant. C'est pareil dans le PTSD en fait, le sentiment d'impuissance décrit par une personne violée ou une personne victime d'attentats, c'est ça qu'est profondément impactant ;</li> <li>• C'est ce sentiment-là d'impuissance qui peut être choquant [...] Maintenant que je sais quoi faire, je sais réagir. Donc en fait j'ai plus peur. Donc en fait je me fais pas brassé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ça fait un petit peu référence au traumatisme, non ?</li> <li>• J'ai vraiment eu un épisode de traumatisme vicariant, pour moi c'était un été où on avait eu des patients victimes de viol et qu'en fait c'était arrivé à leur domicile parce qu'il y avait des échafaudages et des agresseurs qui étaient montés par les échafaudages et qui étaient arrivés chez elles, elles étaient en train de dormir dans leur lit et le mec arrivait sur elle quoi... Et du coup je me suis dit « ça c'est du traumatisme vicariant » car y avait pas du tout d'échafaudage chez moi, j'habitais au sixième, et il faisait chaud et je me suis vu, moi qui laisse toujours la porte du balcon ouvert pendant que je dors, là pendant un moment je ne pouvais pas. Alors que j'avais beau me raisonner.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui ;</li> <li>• Une espèce de pitié en fait, une compassion extrême, où ça te rend triste mais vraiment, une envie d'aider qui est trop forte en fait ;</li> <li>• Le moment où ça bascule et tu passes dans « je prends vraiment la personne trop sous mon aile jusqu'à... » ;</li> <li>• Maintenant j'ai appris à le gérer, je sais qu'il vaut mieux parler que de laisser ça pourrir ; ça se gère, soit en restant bien dans le cadre quand ça va trop loin, soit en verbalisant les émotions négatives si c'est du suivi qui va durer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouais ouais ouais ;</li> <li>• Y avait certaines personnes qui ont pleuré au téléphone, et moi les larmes ont commencé à venir même si on se dit qu'il faut être empathique, qu'il faut garder sa distance, qu'au téléphone c'est facile... ;</li> <li>• Le fait d'être au téléphone ça m'a justement protégé parce que moi y avait des fois où je me sentais tellement impuissant... et le fait d'être au téléphone ça permet de prendre plus de distance car la personne ne nous voit pas, ne voit pas nos émotions mis à part lorsqu'on parle, et du coup quand on écoute la personne et qu'on laisse parler, elle voit pas forcément ce qu'on fait, et ça m'a permis de passer le relais à des collègues ;</li> <li>• Certains récits qui m'ont fait froid dans le dos ;</li> <li>• Certains collègues ont eu un suivi psy quand même ;</li> <li>• Voilà y a des situations qui m'ont fait monter les larmes, j'ai fait un break tout de suite, et ça m'a permis de souffler, puis de passer à autre chose.</li> </ul>

V. Que mettez-vous en place pour garder une juste distance thérapeutique avec le patient psychotraumatisé ?

<p><b>PSYCHIATRE URGENTISTE</b></p>	<p><b>INFIRMIERE UMJ</b></p>	<p><b>PSYCHOLOGUE UMJ</b></p>	<p><b>INFIRMIER ÉPRUS</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>En fait, ce qui permet d'avoir une juste distance c'est d'avoir toujours toujours en tête que ce que t'es en train de faire tu le fais, pas pour toi, mais pour l'autre ;</li> <li>Moi par exemple je suis très naturel avec les patients, je mets en place une relation relativement horizontale d'un point de vue de moi en tant qu'humain et l'autre en tant qu'humain. Par contre, sur la blessure pour laquelle vient me voir la personne, je suis pas d'humain à humain, je sais plus de trucs que la personne sur comment il faut faire pour la soigner ;</li> <li>Rester empathique ;</li> <li>Je reste toujours à l'écoute de là où je pense qu'il faut amener la personne ;</li> <li>tu lui offres la possibilité par exemple d'une écoute sans remise en question.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ma technique, me dire « je sais que j'ai ce sentiment-là et que j'ai envie de pleurer et j'arrive à le différer » ;</li> <li>J'arrive du coup à différer l'émotion qui va être d'être triste, de pleurer ou d'être en colère ;</li> <li>Ça m'est arrivé [...] de vivre des émotions, mais pas au moment où le patient a besoin de mon aide en tant que soignant. Mais bon, ça c'est vraiment l'expérience hein.</li> <li>Quand j'ai commencé j'avais vingt ans c'était pas évident.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le premier truc qui me vient c'est drôle hein, c'est que j'essaye de rester en bonne santé !</li> <li>Surtout pas sacrifier ses modérateurs de stress à soi ;</li> <li>J'essaye de faire gaffe à mon sommeil ;</li> <li>Je suis pas une tarée de l'alimentaire mais j'essaye de manger un minimum de vitamines, de légumes ;</li> <li>Je fais attention à mon psychisme donc je fais gaffe à tous mes modérateurs de stress ;</li> <li>Je le sais puisque j'ai assisté à une conférence sur le trauma vicariant il y a quelques années et que ce que disait le mec qui avait bossé là-dessus c'était « thérapeutes et autres soignants, ne sacrifiez jamais vos modérateurs de stress à vous » ;</li> <li>Je vais courir deux fois par semaine, le soir je coupe ;</li> <li>Ça me protège et du coup la journée, je suis complètement dispo pour accueillir tout ce qui est négatif. En fait, les premières variables, pour moi, elles viennent de la gestion personnelle.</li> <li>La capacité à mettre des limites, créer un emploi du temps qui est</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En fait comme là au téléphone je vais dire que c'était facile, les gens tu les connais pas donc la distance est déjà là, on avait pas les photos, juste les noms, les prénoms et parfois les dates de naissance, donc on ne pouvait pas s'identifier et c'est ça qui m'a protégé moi ;</li> <li>Je pense que c'est ça qui est important pour conserver une bonne distance, c'est de connaître ses limites ;</li> <li>Après je pense que la distance, c'est la distance professionnelle que tu gardes de toute façon que ce soit un psychotraumatisé ou une personne hospitalisée pour un problème médical pur, je pense que c'est la même distance professionnelle ;</li> <li>Pendant mon poste je fais tout pour les patients, je suis à l'écoute, je fais ce que j'ai à faire et après une fois que mon poste est fini j'entends plus parler du boulot avant le lendemain.</li> </ul>

	<p>correct, voilà tout ça favorise la prise en charge des victimes, et de toute population difficile je pense ;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bien tenir son cadre, bien assumer son cadre, être authentique ;</li><li>• Quand je me sens pas capable de prendre en charge un patient pour X ou Y raison, j'oriente vers des gens qui sauront gérer mieux que moi ;</li><li>• Et aussi, je me répète en boucle que je ne suis pas responsable.</li></ul>	
--	--	--

## RÉSUMÉ

L'histoire et la littérature ont démontré que l'homme a toujours été victime de l'affliction qu'est le traumatisme psychique. Cette blessure de l'âme confronte la victime au réel de la mort.

Dans un pays récemment touché par des attentats terroristes, nous infirmiers, sommes plus à même de prendre en charge un patient psychotraumatisé.

La limite entre empathie et compassion est-elle particulièrement précaire dans la relation de soin avec le patient en état de psychotraumatisme ?

Le cadre théorique de ce mémoire de fin d'études s'appuie sur les théories de Louis Crocq et François Lebigot au sujet du traumatisme psychique ainsi que sur les concepts de la relation d'aide selon Carl Rogers.

Pour conduire cette étude, je suis allé m'entretenir avec des soignants de différentes professions à propos de la prise en charge du patient psychotraumatisé.

Les résultats ont montré une corrélation entre les éléments théoriques et les réponses des professionnels. L'enquête a cependant suscité de nouvelles interrogations.

Il serait pertinent d'aborder au cours d'une future recherche les outils que l'infirmier doit développer afin de se préserver du traumatisme vicariant.

### Mots-clefs

*Traumatisme psychique, empathie, compassion, infirmier, relation de soin.*

## ABSTRACT

History and literature have shown that mankind has always been victim of the affliction that is the psychological trauma. This wound of the soul confronts the victim to the realness of death.

In a country recently hit by terrorist attacks, we nurses, are more likely able to take care of a psychotraumatised patient.

Is the limit between empathy and compassion particularly frail in the care of a victim of psychological trauma?

The theoretical framework of this diploma thesis is based on the theories of Louis Crocq and François Lebigot about psychotrauma and on the helping relationship's concepts according to Carl Rogers.

To carry out this study, I interviewed healthcare professionals of different functions about taking care of the psychotraumatised victim.

There was a correlation between the theoretical elements and the professionals' answers. However, the inquiry aroused new questions.

It would be relevant to approach in a future study the tools the nurse needs to develop in order to protect himself from the vicarious trauma.

### Keywords

*Psychological trauma, empathy, compassion, nurse, care relationship.*