

Secourir sans succomber à la détresse d'autrui

Intervenir auprès de personnes traumatisées expose le soignant à la fatigue de compassion, qui apparaît comme l'effet d'une double contrainte : se sentir en devoir d'alléger la détresse d'un prochain et, en même temps, souffrir devant l'intensité de sa douleur.

Ce professeur de médecine exerçait dans une unité de soins aux personnes atteintes du VIH. Dans un autre pays, il était intervenu avec une équipe pluridisciplinaire pour gérer une épidémie de choléra. Il savait que j'animais dans son service des groupes de parole avec les soignants sur le burn-out, groupes qui me sont apparus progressivement comme des sessions de traitement de la « fatigue de compassion » (FC). Ce professeur ne participait jamais à ces séances, mais je sentais qu'il s'intéressait de loin à cette activité. Un jour, dans le cadre d'un colloque sur les ressources des soignants, il a été pressenti pour témoigner des ressources qu'il mettait en œuvre dans sa pratique quotidienne. Il m'a alors sollicité pour l'aider à clarifier ce qu'il ressentait dans son travail avec les personnes séropositives. Nous nous sommes rencontrés, à l'heure du déjeuner, dans mon bureau. Il portait sa blouse blanche de médecin et d'emblée, j'ai été interloqué par son discours inattendu et déconcertant dès qu'il s'agissait de parler de lui, d'évoquer les ressources et les souffrances implicites et silencieuses liées à son métier. Il a commencé l'entretien

en disant qu'il exhortait souvent ses étudiants à s'intéresser à autre chose que la médecine. Le fait qu'une épidémie de choléra en Afrique ait été endiguée grâce aux contributions d'anthropologues avait été pour lui une source d'enseignement qui avait forcé sa modestie. D'où l'importance, disait-il, « de savoir tenir compte de la réalité anthropologique d'un terrain donné ». Aussi, face aux processus d'acculturation puissamment en œuvre par l'incitation à l'individualisme confronté à la groupalité sociale, il puisait ses ressources dans le sujet et dans le groupe. En conséquence, il estimait que les remèdes étaient d'abord et avant tout en soi, qu'il y avait une dialectique entre l'intérieur de soi et l'extérieur à soi. Il fallait accorder une place aux ressentis dans le travail clinique... et, comme ces aspects n'étaient pas faciles à opérationnaliser dans une logique de soin, il n'hésitait pas en référer à Dieu et invitait le patient en fin de vie à prier inlassablement. Il se souvenait d'un moment de grand désespoir où, devant la réticence des aides-soignants à laver un patient mourant, il s'en était lui-même chargé : « *La force de Jésus t'a pénétré* » avait-il dit à ce patient qu'il retrouva le lendemain dans une relative bonne forme et il compléta son propos en se référant à St-Jean : « *Le verbe s'est fait lumière*. » Tout en agissant ainsi, il s'en prenait pourtant à certains confrères qu'il accusait de jouer aux gourous quand la cause était perdue. Et s'il arrivait qu'un patient ne lui

fasse plus confiance, il l'adressait à « *un charlatan plus dangereux* » que lui.

En prenant congé, j'eus le sentiment d'avoir affaire à un homme de bon sens dont le discours logique était pénétré par le désespoir. Un praticien qui abandonnait progressivement les défenses que lui conféraient ses statuts académiques et hospitaliers pour laisser apparaître l'homme en détresse, miné par plusieurs années de stress contenu, recourant à divers palliatifs médicamenteux et socio-religieux pour gérer la « combustion » de sa personne, affligée par des émotions silencieusement ravalées, état qui le contraignait désormais à un fonctionnement mécanique.

J'ai aussi à l'esprit le témoignage d'un psychiatre, lors d'une catastrophe qui fit plusieurs centaines de morts. Comme pour répondre à la contamination de la détresse des familles, il prescrivait, sans retenue, un médicament supposé leur procurer une tranquillité immédiate et à la dénomination ô combien éloquente en la circonstance ! Atarax® (1). Peut-être cherchait-il lui aussi une solution magique, témoignant d'un besoin de toute-puissance réparatrice.

Laver son patient, « *déposer dans son oreille* » des paroles de la Bible, jouer au gourou, prescrire à tout va de l'Atarax® sont autant d'attitudes relevant de la consolation illusoire (2). Elles signent un aveu d'impuissance clinique dans des situations où la pensée tourne à vide,

Ari GOUNONGBÉ

Docteur en psychologie
et psychothérapeute, Bruxelles.



parce qu'elle bute devant la détresse et n'offre plus, dans l'immédiat, de solutions efficaces. Pourquoi ces élans émergent-ils ? Que s'est-il passé dans le fonctionnement psychique de ces praticiens en relation avec ces patients en grand désespoir de vie ? Le professeur de médecine était pris dans un processus engagé depuis de nombreuses années, et le psychiatre avait été requis pour une intervention ponctuelle, à laquelle il n'était nullement préparé. Le terme générique pour nommer ce qui leur arrivait est le burn-out, suffisamment déjà abordé dans la littérature pour ne plus s'y étendre ici (voir aussi *Santé mentale*, n° 190, septembre 2014). Il décrit un épuisement professionnel qui place le sujet dans un état d'épuisement nerveux, entraînant une grande vulnérabilité. Il peut frapper n'importe qui, y compris les travailleurs dont la mission est de prendre soin de l'humain.

SE CONSUMER DE COMPATIR ?

Le terme burn-out a été utilisé pour la première fois par Graham Greene en 1960 dans son roman *A burnt-out case* (3). L'intrigue se déroule dans une léproserie au Congo. L'expression *burnt-out case* y apparaît une dizaine de fois. On aurait pu imaginer que son emploi se référait aux lépreux dont le corps se consume sous l'effet du bacille de Hansen. Nullement. Graham Greene ne l'emploie pas non plus pour désigner l'état d'épuisement dans lequel se trouvent les soignants de la lèpre œuvrant sous un soleil de plomb. Pour Greene, le *burnt-out* désigne la phase de guérison, l'après de la maladie, le début du renouveau, nous rappelle Pascal Chabot (4) qui se demande d'ailleurs si cet ouvrage n'était pas le livre de chevet de Herber Freudenberg quand il propose cette expression en 1970. Comme Graham Greene, il l'utilise dans un premier temps pour désigner l'état des toxicomanes dont il s'occupe, vaincus par l'usage trop intense de drogues dures ; ensuite il le considère comme l'état d'épuisement dans lequel il se retrouve lui-même et quelques autres professionnels de la relation d'aide. Constatons que l'état de combustion émotionnelle, à l'origine de l'image contenue dans le verbe *to burn*, auquel ces professionnels (aidants aux toxicomanes, professionnels du sauvetage et urgentistes) sont confrontés, est provoqué par une relation d'aide faisant sans nul doute appel à la compassion.



© Annie Kurkdjian. 150 x 100 cm, acrylique sur toile, 2014.

Peut-on se consumer de compatir ? Il semble que l'expression « *fatigue de la compassion* » soit surtout utilisée en Amérique du Nord (Canada, États-Unis). C'est en 1992 qu'une infirmière, Carla Joinson, publie un article sur les effets de cette fatigue particulière. Elle la définit comme « *une forme spécifique de burn-out qui affecte les soignants dans leur prestation de soins* » (5). Avec le professeur de psychologie Charles Figley dans ces années 1990, ils auraient été les premiers à décrire ce phénomène particulier de FC qu'ils nomment aussi usure ou stress de compassion. Selon eux, il s'agit de la transmission par les victimes du stress-traumatique aux intervenants. Parce que la personne traumatisée est en elle-même traumatisante pour ceux qui s'en occupent (Bouatta, [6]).

QUELQUES DÉFINITIONS

Avant de nous intéresser au processus d'installation de la FC, arrêtons-nous sur la fatigue. Selon *Le Grand Robert*, il s'agit

d'un état résultant du fonctionnement excessif (d'un organe, d'un organisme), qui se traduit par une diminution du pouvoir fonctionnel, généralement accompagné d'une sensation caractéristique. Dans le domaine mécanique, sa définition semble correspondre à ce qui se ressent dans la FC : la fatigue d'une pièce mécanique se traduit par le changement d'état, la diminution de la résistance mécanique sous des efforts excessifs. Il est attribué à Carl Gustav Jung d'avoir le premier, en 1907, attiré l'attention sur le coût psychologique de certaines prises en charge pour le professionnel de la santé (7). Aujourd'hui, nous savons que les attitudes cliniques classiques peuvent céder sous l'effet de la violence des affects suscités par les drames. Dès lors, comme dirait Jung, ce n'est plus le diplôme, mais les qualités humaines qui sont décisives (8).

La compassion, que Dostoïevski considérait comme la principale et peut-être la seule loi de l'existence humaine (9), est une de ces qualités. Compatir, c'est



souffrir avec, endurer avec, être affligé avec. Réaction affective spontanée, et donc naturelle, la compassion émerge quand on est au contact de la souffrance. Elle n'apparaît que lorsque le malheur est là. La pitié (dans sa logique verticale de supériorité) et la compassion (dans la logique horizontale d'égalité) ont en commun d'être appropriées « pour désigner notre affinité avec le chagrin d'autrui », comme le précise Adam Smith. Ce sont des émotions « que nous sentons pour la misère des autres (10) ». Mais, dans la logique clinique qui nous intéresse ici, la compassion a en plus l'ambition forte de soulager la douleur ou de supprimer sa cause (11).

L'altruisme est son élan, son instrument est l'empathie, entendue comme la capacité de s'identifier à autrui, de ressentir ce qu'il ressent.

L'empathie, dans son sens strict, ne fait nullement référence à la souffrance comme pourrait le laisser penser sa racine *pathos* (ce qu'on éprouve). Une personne

en détresse peut susciter de l'empathie, tout autant qu'une personne joyeuse. L'empathie appartient au domaine de l'ipséité (Hochmann, [12]), c'est-à-dire que pour qu'elle soit efficace comme outil d'intervention de la compassion, il faut savoir mettre une distance avec ses propres émotions, garder conscience qu'autrui n'est pas soi. « *Il est ce que moi, je ne suis pas* », dirait Emmanuel Levinas (13). Cette distance requiert un travail psychologique qui échoue parfois lorsque la représentation du clinicien de l'effroyable désastre qui frappe la victime ou sa famille le déborde insidieusement, silencieusement. C'est à ce niveau que la définition que propose Hochmann de la compassion devient intéressante : « *Un extrême de la sympathie... qui frôle la fusion ou la contagion affective. Ce que l'autre éprouve, je l'éprouve aussi dans un co-sentir qui me déborde.* » Il s'agit « d'un "souffrir avec" fusionnel où le sujet se laisse emporter par ses propres inquiétudes (14) ». Ce qui se transmet

à ce moment-là de communion affective, selon l'anthropologue et psychanalyste Jeanne Favret-Saada (15), « *c'est seulement l'intensité dont l'autre est affecté* ».

LA FATIGUE DE COMPASSION S'INSTALLE...

Ces ouvertures de Hochmann (relative à la fusion) et de Favret-Saada (portant sur l'intensité) inaugurent les processus d'installation de la FC.

L'intervention sur le terrain de la détresse montre que l'éventuelle collusion de l'événement traumatique avec l'histoire personnelle de l'intervenant peut ouvrir les portes de la FC ; notamment si sa mémoire autobiographique n'a pas subi la nécessaire transformation des émotions relatives à l'événement traumatique dont il a été lui-même victime d'une façon ou d'une autre.

La FC se construit aussi du fait du partage entre soignants et victimes d'émotions spéculaires spécifiques de la vulnérabilité humaine et qui ouvrent sur le questionnement suivant : « *Et si ça m'arrivait aussi à moi.* » Cette préoccupation épuise par l'état de grande fébrilité qu'elle induit, conséquence de la vulnérabilité humaine.

La disparition progressive de la distance que l'usage de l'empathie impose et la lutte intrinsèque contre cette fonte pour garder une position clinique efficace, nécessaire (pense-t-on), œuvrent en faveur de la FC. Autrement dit : différemment du champ chirurgical qui protège le praticien des effets de la compassion, lui permettant ainsi de se concentrer sur la « chose » malade, la FC est le résultat de l'obligation de considérer l'humain, de l'apercevoir et d'en tenir compte alors même que les sens du clinicien sont aussi saisis par la détresse, la maladie, l'infirmité, le handicap. Ainsi, l'intensité de la douleur, sa perception sur les visages, éprouvent autant que la fonte progressive et culpabilisante de la distance nécessaire au déploiement des actions techniques d'intervention.

La FC (comme le burn-out) n'est donc pas un événement instantané mais l'objet d'une construction. C'est un processus lent, insidieux, portant atteinte inconsciemment à l'appareil de gestion des affects. Elle s'installe parce que le soignant est confronté à une situation qui requiert un investissement émotionnel et technique intense, sans demi-mesure, sans protection ni filet. Parce que, buter en vain, se sentir désarmé, sans solutions possibles pour alléger dans l'urgence la

détresse de la victime qui attend assistance, entraîne ce que le psychologue américain Martin Seligman nommait en 1975 la souffrance qui naît de l'impuissance acquise, impuissance qui signe l'impossible immédiat rétablissement : « *Que notre sympathie ne puisse leur*

de la FC se situe dans certaines situations, dans la gestion d'émotions contraires – dépressives et agressives – que chaque intervenant doit en permanence supporter au cœur de l'action. C'est la gestion du caractère brut, primitif, archaïque des affects adressés au clinicien par une

perspective de la mort ou de l'avoir vue en face. Ce sont donc des situations où le contre-transfert nourrit des contre-attitudes portées par des projections, des suppositions. Ces contre-attitudes ne s'appuient sur rien d'émotionnellement objectif. Les éprouvés que ces situations suggèrent ne

“ **L'intensité de l'émotion que suggère la violence subie par le souffrant, (...) l'effort pour garder la distance envers ses propres émotions, rendent délicat l'équilibre précaire entre le don de soi et la position clinique.** »

apporter aucune consolation semble être un accroissement de leur malheur ; penser que tout ce que nous pouvons faire est vain et que les regrets, l'amour et les lamentations de leurs amis, qui atténuent toute autre sorte de détresse ne peuvent leur apporter aucun réconfort, tout cela sert seulement à exaspérer notre sens de leur misère (16). » De là émerge aussi le sentiment de ne pas en faire assez, auquel peut être associé celui d'inutilité, parce que, s'imaginer-t-on, les outils d'intervention ne sont pas suffisants ou adéquats pour assister la personne en détresse. À cela, ajoutons le vain effort du soignant pour se mettre à la place du souffrant comme l'y incite l'empathie. Vain car on ne peut jamais se mettre à l'identique place de la personne en détresse. « *Parce que nous n'avons pas une expérience immédiate de ce que les autres hommes sentent, nous ne pouvons former une idée de la manière dont ils sont affectés qu'en concevant ce que nous devrions nous-mêmes sentir dans la même situation. Que notre frère soit soumis au supplice du chevalet, aussi longtemps que nous serons à notre aise, jamais nos sens ne nous informeront de ce qu'il souffre* (17). » Il apparaît que le socle de la construction

communication analogique infraverbale, qu'il n'est pas toujours capable de décoder, de traiter, de métaboliser, de penser, de transformer voire de détoxifier. Ces affects accumulés effracent la position clinique et ouvre les portes de la compassion. Albert Ciccone, se référant aux travaux d'Éric Calamote, rapporte que « *l'exposition au traumatisme, quel que soit l'âge du sujet, atteint des zones archaïques de la subjectivité, mobilise des mouvements psychiques d'avant le langage* (18). » On manque souvent de termes techniques pour rendre compte de ce qui se joue dans la sphère archaïque, déplore M. Balint (19). C'est ce que j'appelle « *l'espace de l'ineffable* ». La FC apparaît également comme une lutte désespérée contre les manifestations de pitié, une réaction à celle-ci. Parce que la pitié induit une relation de supériorité. L'agir compassionnel se refuse à la pitié, c'est donc une expression, consciente ou non, de répression de la tentation d'ostacisme, de jugement, de moralisation et parfois de dégoût.

Elle est aussi le produit d'un contre-transfert tournant à vide, souffrant d'ignorance, sans repères dans la mémoire autobiographique, n'ayant aucune expérience de la

peuvent être que supposés et irrationnels. La FC survient comme réponse au sentiment de harcèlement ou d'urgence que le soignant peut projeter sur le sujet traumatisé, comme réponse à la peur, au nombre sans fin de victimes, au stress, parce que l'événement le place dans une position permanente de vigilance, contre la maladresse, la susceptibilité des victimes...

Empruntons cette fois à Nietzsche une autre facette du processus d'installation de la FC : une « *longue maladie – comme une vive détresse – fatigue non seulement le malade, mais aussi la pitié (ou la compassion) des autres* (20) ». Dans l'*Antéchrist*, il le formule autrement : « *La souffrance elle-même devient contagieuse par la pitié ; dans certains cas, elle peut amener une déperdition totale de vitalité et d'énergie...* » Le désarroi, la profonde tristesse, la douleur sont donc contagieux, insidieusement, raison pour laquelle la FC est aussi nommée « *traumatisme vicariant* ». L'humain qui vient en aide à un autre humain en danger souffre donc, autrement évidemment. Selon Jeremy Rifkin (21), la sur-réaction empathique permanente peut épuiser l'affectivité, émousser l'empathie et aboutir à un retrait émotionnel. Par ailleurs, avec leurs préjugés et à cause de leurs connaissances médicales, les soignants ont tendance à encore plus dramatiser la situation que les malades eux-mêmes.

En résumé, l'exposition du soignant au matériel traumatique induit l'ébranlement de sa conception du monde, de la vie, de l'être humain. La permanence, la prégnance des ressentis, leur caractère parfois antinomique, la véhémence de la souffrance transmise, éprouvent naturellement. L'intensité de l'émotion que

À lire. *Fatigue de la compassion*

Docteur en psychologie et psychothérapeute, l'auteur expose des situations de soins qui l'ont extrait du confort de son cabinet de consultation et de ses enseignements pour l'amener sur le terrain, celui de la souffrance extrême, là où la logique de survie prend le pas sur celle de la vie. La compassion émerge alors inévitablement comme outil d'intervention. Comment s'exprime l'accompagnement compassionnel quand la souffrance du stressé renvoie l'aïdant à ses propres souffrances ? Que devient la compassion comme outil de soins quand une catastrophe de masse est provoquée par nos habitudes d'irresponsabilité et de cupidité ? Comment mettre en œuvre la compassion quand le sida interpelle vivement l'humain dans ce qui le fonde, à savoir le sexe ? Comment, finalement, se-courir sans succomber à la détresse de l'autre ?

• A. Gounongbé. Paris, PUF, *Souffrance et théorie*, 2014, 272 pages.

suggère la violence subie par le souffrant, la représentation des projections multiples de cette violence à tant d'autres, l'effort pour garder la distance envers ses propres émotions, rendent délicat l'équilibre précaire entre le don de soi et la position clinique. C'est le prix que paie l'intervenant à l'empathie involontairement excessive, mal régulée (22). Lors de sessions de *debriefing* proposées aux intervenants, on les perçoit dans une position d'attente impatiente avec le psy. Attente d'être portés à leur tour, d'être reconnus dans la souffrance et dans l'incapacité humaine qu'induit ce type d'intervention, d'être considérés et contenus afin de retrouver une certaine quiétude intérieure dans leur vie et la mission d'assistance. L'absence de reconnaissance, de gratitude (René Roussillon, 23), de réciprocité (Serge Tisseron, 24), favorise l'installation de la FC. Parce que c'est par cette reconnaissance, comme le mentionne si justement Christophe Dejours, que la souffrance peut se transformer en plaisir (25).

La FC émerge aussi du fait du paradoxe dans lequel est inscrit l'humain, de par ses dispositions psychologiques parfois contradictoires. L'homme éprouve *a priori* de l'aversion pour la détresse, la douleur, la souffrance, que ce soit pour lui-même ou pour son congénère. Jean Decety (2014) se référant à de nombreux travaux sur les rongeurs montre leur propension à mettre en œuvre l'empathie nécessaire à la diminution de la détresse de congénères. Le psychologue social C. Daniel Batson, au début des années 1990, observait que « *si un individu secourable se voit infliger une douleur trop forte parce qu'il aide l'autre – par exemple s'il doit lui-même recevoir des électrochocs très pénibles, quoiqu'inoffensifs –, même ceux qui disent ressentir une très forte empathie pour la personne en difficulté vont peut-être privilégier leur souci de soi* » (26). Dès lors, la FC apparaît comme l'effet d'une double contrainte : se sentir en devoir d'alléger la détresse d'un prochain et, en même

temps, souffrir devant l'intensité de sa propre douleur et avoir alors le souci de soi. La FC trouverait alors sa source dans la violence qu'on se fait de ne pas se soustraire à la naturelle aversion de la douleur. Rester, faire face, là où ordinairement il convient de fuir, de battre en retraite. Réalité confirmée par le psychiatre Alexis Burger (27).

Dans le même registre, la FC peut être suscitée par l'effort pour combattre ses propres préjugés sur le groupe social d'appartenance d'un individu en détresse ou sur les causes de sa détresse. En effet, le mécanisme de détection de la détresse de l'autre, comme le formule Decety, « *est modulé de façon non consciente (il peut être inhibé ou amplifié) par divers facteurs sociaux, comme les relations interpersonnelles ou l'appartenance à un groupe (ethnique, politique, religieux). Il ne serait en effet pas adaptatif d'éprouver de la même façon la détresse d'un ennemi et la détresse d'un individu du même groupe* ». Il apparaît alors que l'empathie est une ressource dont l'expression peut avoir des limites. Mais la compassion, elle, ne s'embarrasse pas de morale et de limite ; elle intervient quand c'est l'humain qui est menacé.

En conclusion la FC apparaît comme l'expression de l'impossible consolation que le traumatisé attend du soignant et celui-ci de la société.

- 1– Médicament antihistaminique antiallergique et un anxiolytique qui renferme des propriétés sédatives. Ataraxie, selon les dictionnaires signifie quiétude absolue de l'âme.
- 2– Lire l'Argument de Jean-François Goin et Benoît Servant, en introduction au numéro de la Revue Française de psychanalyse, portant sur Consolation ? Mai 2015, T. LXXIX, 2.
- 3– Traduit en français par : La saison des pluies. (1961/2007), trad. M. Sibon, version epub sur ebook, Paris, Robert Laffont
- 4– Chabot P., *global burn-out*, 2013, Paris, Puf.
- 5– Joinson C., *Coping with compassion fatigue*. Nursing, 1992 22(4):116, 118-9, 120, cité par Lauren F. Adkinson, *Compassion fatigue in middle aged public health nurses*

working on disaster relief teams. Thèse. The Florida state university school of nursing, 2005, p. 1.

6– Bouatta Ch., *Le psychologue face au traumatisme de l'autre : une histoire à deux temps*, Psychologie. Revue de la société algérienne de recherche en psychologie, 2000, 8, 75-88.

7– Luc S., *Systémique archétypique : un regard sur l'organisation*, Namur, Faculté universitaire Notre-Dame de la paix, Faculté des sciences économiques, sociales et de gestion, 2009 (thèse de doctorat).

8– Jung C.G., *La Guérison psychologique* (1993), trad. Roland Cahen, Genève, Georg, p. 59, cité par Luc, p. 85.

9– Dostoïevski F., *L'Idiot* (1869), trad. V. Derély, version epub sur ebook. Windsor : Numitor comun Publishing.

10– Smith A., *Théorie des sentiments moraux* (entre 1759 et 1790), trad. M. Bizou, C. Gautier, J.-F. Pradeau, Paris, Puf, 1999. p. 27, 23.

11– Delbrouck M., *Syndromes associés ou connexes au burn-out*, in M. Delbrouck (éd.), *Le Burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, De Boeck, 2003, p. 69-94. Ricard, M., *Plaidoyer pour l'altruisme*, Paris, Nii, 2013, version epub sur ebook.

12– Hochmann J., *Une histoire de l'empathie*, Paris, Odile Jacob, 2012, p. 167.

13– Levinas E., *Le Temps et l'Autre*, Paris, Puf, 1983, p. 75.

14– Hochmann, 2012, p. 174, 183.

15– Favret-Saada J., *Désorceler*, Paris, L'Olivier, 2009 p. 155-157.

16– Adam Smith 1759/1999, p. 30.

17– Adam Smith, 1759/1999, p. 25-24.

18– Ciccone A., *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Paris, Dunod, 2011 p. 216.

19– Voir dans Jacob C., *Les transferts archaïques*, L'Esprit du temps, imaginaire & inconscient, 2001/2, 2, 47-69.

20– Zweig S., *La Pitié dangereuse* (1939), trad. A. Hella, Paris, Grasset, 2011 p. 60.

21– Rifkin J., *Une nouvelle conscience pour un monde en crise : vers une civilisation de l'empathie*, trad. F. et P. Chemia, Paris, LLL, Les liens qui libèrent, 2011 p. 121.

22– Gleichgerricht E. et J. Decety, *The cost of empathy among health professionals*, in J. Decety (dir.), *Empathy, from bench to bedside*, Cambridge, MIT press, 2012, p. 244-261, p. 244-261

23– Roussillon R., *Les logiques de survie et la rencontre clinique*, in V. Estellon, F. Marty (dir.), *Cliniques de l'extrême*, Armand Colin, 2012 (version ebook).

24– Tisseron S., *Fragments d'une psychanalyse empathique*, Paris, Albin Michel, 2013 (version ebook).

25– Chabot P., *Global burn-out*, Paris, Puf.

26– Rapporté par Rifkin, 2011, p. 129-130.

27– Rapporté Pascal Chabot, 2013, p. 70-71.

Résumé : L'intervention en urgence auprès de personnes victimes de catastrophes, de traumatismes, expose le soignant à leur incommensurable détresse, désespoir, peur... Il est alors confronté à ses propres réactions, et la compassion devient son outil. Du fait de l'extrême souffrance dont il est le témoin mais aussi de leurs répercussions diverses sur lui, ce soignant est en risque de fatigue compassionnelle (FC), processus proche du burn-out.

Mots-clés : Burn-out – Contre-transfert – Distance thérapeutique – Empathie – Émotion – Projection – Relation d'aide – Soignant – Souffrance psychique – Traumatisme psychique.