

Mise sur pied de ressources de soutien par les pairs pour les médecins dans le cadre de la crise de la COVID-19

U d'O
Mars 2020

- **Rachel Thibeault, Ph.D.**, ergothérapeute et consultante en résilience psychologique et soutien par les pairs

Objectifs des deux webinaires affichés sur Zoom

1. Définir succinctement les bases d'un programme d'appui psychologique/résilience en période de crise qui marie:
 - a. Le soutien par les pairs
 - b. La prise régulière des signes vitaux psychologiques (brèves plages de pleine conscience)
 - c. L'approche neuroscientifique de compassion
2. Illustrer le tout avec des exemples et questions
3. Offrir des protocoles simples pour guider la démarche.

Stratégie no. 1: soutien par les pairs

Qu'est-ce que le soutien par les pairs?

- Une approche dont les fondements sont testés depuis 85 ans.
- *“Peer support is*
 - a system of giving and receiving help*
 - founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful.*
 - not based on psychiatric models and diagnostic criteria.*
 - about understanding another’s situation empathically through a shared experience of emotional and psychological pain.” (Mead, Hilton, & Curtis, 2001, p. 135)*

Qu'est-ce que le soutien par les pairs?

- un soutien psychologique qui, parce qu'il est offert par une personne qui a vécu une expérience semblable à la nôtre, a généralement plus de résonance et d'impact qu'un soutien offert par un professionnel de la santé.
- Un soutien vers lequel on se tourne plus spontanément en période de détresse.
- *peer support alleviates stigma and fosters more effective coping strategies, including help-seeking behaviour. (O'Hagan, Cyr, McKee, et Priest, 2010)*

Qu'est-ce que **n'est pas** le soutien par les pairs?

Ce n'est pas de la thérapie de groupe, ni des séances de «ventilation» de ses frustrations ou des moments pour répondre à des questions très techniques.

Pourquoi le soutien par les pairs?

- Parce qu'en période de crise, il est essentiel de se soutenir mutuellement.
- Parce que se réserver une brève période consacrée à ces échanges, en équipe, a démontré les bénéfices suivants :
- Pour soi-même, cela permet de :
 - Réduire l'excès de stress et la fébrilité
 - Prendre du recul
 - Partager ses préoccupations, ses inquiétudes
 - Développer de meilleurs mécanismes adaptatifs.

Pourquoi le soutien par les pairs?

- Pour son équipe, cela permet de :
 - Bénéficier d'échanges structurés et encadrés pour éviter les dérapages
 - Cultiver une perspective constructive malgré l'ampleur du défi
 - Renforcer la cohésion du groupe
 - Augmenter la créativité/résolution de problème face à l'imprévu.

Les principes du soutien par les pairs 1/2

- Il ne s'agit pas de sauver les autres : Il s'agit simplement d'être là les uns pour les autres, de donner et de recevoir du soutien.
- Il ne s'agit pas de régler des enjeux cliniques, logistiques ou techniques : ces enjeux relèvent des réunions d'équipe régulières. Il s'agit plutôt de *s'entraider avec les émotions que provoquent les enjeux cliniques, logistiques ou techniques, ou d'autres enjeux (équilibre travail/famille...)*
- On met de côté notre désir de perfection pour accueillir l'autre et s'accueillir soi-même tels que nous sommes et sans masque. On accepte de se montrer vulnérable.

Les principes du soutien par les pairs 2/2

- On a déjà tout ce qu'il faut pour être un bon pair aidant :
 - Savoir offrir une écoute attentive et authentique
 - Savoir mettre nos jugements et nos conflits en veilleuse
 - Voir ce qui est positif chez l'autre
 - Ne pas réduire l'autre à sa détresse ou à son malaise
 - Être ouvert.
- C'est une manière d'être déjà intégrée dans nos vies : on la rend simplement explicite.
- On met l'accent sur le positif, la bienveillance et ce sur quoi on peut agir, même de manière limitée.

Rencontres de soutien par les pairs

Fonction:

Soutien psychologique mutuel, parfois relié à des enjeux techniques, cliniques ou logistiques. Les émotions associées à ces enjeux sont abordées, mais non les enjeux.

Préparation:

30 minutes de webinaire préalables pour tous sur:

- l'approche de soutien par les pairs
- les fondements neuroscientifiques de la posture de compassion
- ses principes d'application

Réunions régulières

Fonction:

Discussions de cas cliniques incluant leurs aspects techniques et logistiques

Stratégie no. 2: prise des signes vitaux psychologiques

Qu'est-ce que la prise des signes vitaux psychologiques?

- Un bref temps d'arrêt, de pleine conscience, qui permet de se détacher temporairement de l'urgence et de reprendre contact avec son ressenti intérieur.
- Son but est d'apprendre à monitorer sa santé psychologique afin d'apporter des correctifs lorsque des indicateurs de déséquilibre émergent (fébrilité constante, irritabilité, insomnie etc..)
- Cette prise de signes vitaux peut s'effectuer en moins d'une ou deux minutes et permet de réduire considérablement les dérapages vers les états anxieux.

Signes vitaux psychologiques : sur un continuum

1. Humeur égale ou humeur irritable (mèche courte)
2. Ouverture ou cynisme (ne voir que la bête noire)
3. Légèreté ou lourdeur/dépression
4. Concentration ou dispersion
5. Sociabilité ou repli sur soi
6. Créativité ou passivité

Stratégie no. 3: l'approche de compassion, une variable surprise dans l'équation de la résilience

L'importance du discours intérieur

(Bernhard et Singer 2012; Singer et Tusche, 2013; Singer et Klimecki, 2014; Klimecki, Leiberg, Ricard, Singer, 2014; Engen et Singer, 2015, 2016; Hildebrandt, McCall, Singer, 2017; Preckel, Kanske et Singer, 2018; Singer et Engert, 2019)



**Le facteur d'épuisement dominant : une
carence de sens et de relations
significatives et nourricières au travail
et non pas l'exposition à la souffrance.**

**(Bien que l'exposition à la souffrance ait un effet si elle n'est
pas tempérée par la bienveillance et la collégialité.)**

Le continuum sympathie-empathie-compassion selon Singer (2018)

Sympathie : souffrir
avec



Empathie : trouver
une résonance avec
l'expérience de l'autre



Compassion :
trouver une
résonance et
poser un geste
(même minime)

Mode empathie

(Singer et Tusche, 2013; Engen et Singer, 2015, 2016; Ashar et al, 2017; Preckel, Kanske et Singer, 2018; Singer et Engert 2019)

- Constat de la souffrance de l'autre
- Désir d'atténuer ou d'abolir cette souffrance
- Activation des circuits neuronaux de la douleur (*insula antérieure et cortex cingulaire*)
- Détresse empathique
- Épuisement rapide

Mode compassion/bienveillance (2 termes interchangeables)

- Constat de la souffrance de l'autre
- Désir d'atténuer ou d'abolir cette souffrance
- Émergence d'un sentiment de bienveillance centré sur le bien-être que je souhaite à l'autre et non sur sa souffrance actuelle
- La question centrale devient non pas ***comment puis-je atténuer la souffrance***, mais plutôt ***quelle est la forme de bien-être, même minime, que je peux offrir?***
- Activation des centres neuronaux étroitement associés à l'amour, l'amour maternel, à la gratification profonde et au sentiment d'être relié positivement à autrui (cortex orbitofrontal médian, striatum ventral, aire tegmentale ventrale, noyau du tronc cérébral, noyau accumbens, insula médiane, pallidum et putamen)
- Production d'affects positifs inversement associés au burnout

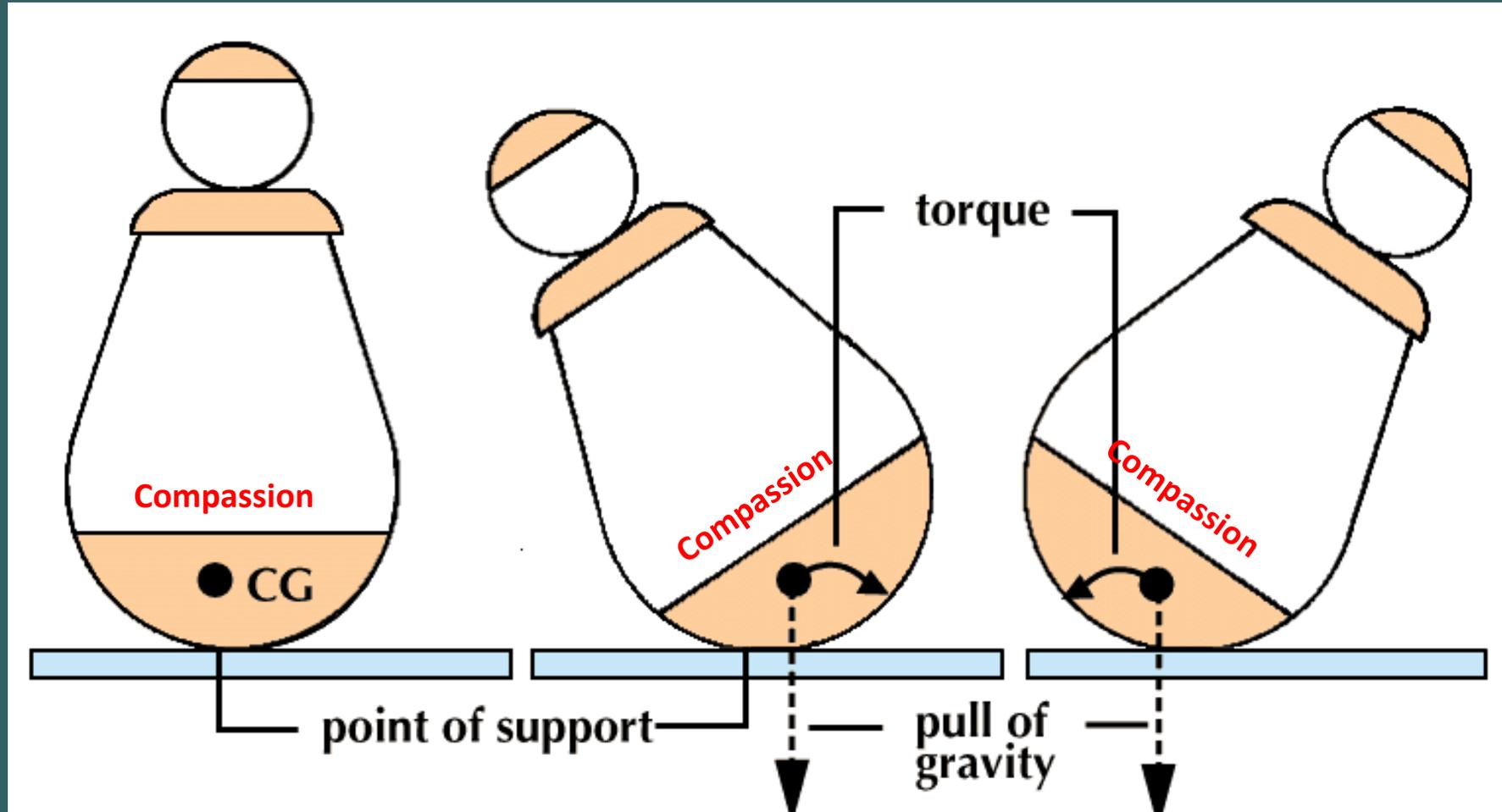
Ce qui distingue donc l'approche de compassion/bienveillance de celle d'empathie:

Il s'agit encore une fois de viser à augmenter le mieux-être (le positif, la santé etc.) plutôt qu'à atténuer la souffrance.

C'est une différence sémantique qui pourrait paraître banale, mais qui change la donne neurologique car l'espace mental n'est plus habité par la seule souffrance mais bien par la notion de bienveillance.

- L'empathie mène à la détresse empathique et à l'épuisement.
- La compassion/bienveillance constitue un facteur de protection.
- L'approche de compassion a été amplement validée en neurosciences depuis 3 ans (entre autres, Oxford Handbook of Compassion Science, 2017).

La compassion et l'autocompassion stabilisent l'humeur quand nous sommes bousculés: des postures de force



<https://kids.britannica.com/students/assembly/view/53661>

Les 7 points clefs du protocole de compassion – en résumé éclair

- **Se préparer psychologiquement: se mettre en posture de réceptivité en écoutant une musique qui nous recentre, en prenant quelques grandes respirations, en faisant un peu de ménage...**
- **Porter suffisamment attention pour savoir reconnaître l'émotion d'autrui**
- **La nommer et la normaliser explicitement**
- **Voir le positif chez l'interlocuteur – ne pas le réduire à sa détresse**
- **Offrir une forme d'appui, de bien-être (même minime) dans l'ici et maintenant, démontrer de la bienveillance.**
- **Assurer une présence en continu**
- **Respecter ses limites**

Conséquences des mécanismes d'adaptation inadéquats

Principes de 'sécurité psychologique' parfois recommandés en situation de crise mais nocifs à long terme.



Comme il faut agir vite:

- Apprendre à prendre sur soi et à fonctionner seul.
- Ne laisser aucune place à la compassion par peur d'être envahi.

Ces principes entraînent un fonctionnement sur le mode d'une digue qui retient le stress et la détresse.



Mais la digue finit par céder sous la pression, souvent en donnant peu de signes avant-coureurs.



Les leçons à tirer, fondées sur les évidences scientifiques: le mode rivière plutôt que le mode digue.



- La prise des signes vitaux psychologiques stabilise l'humeur.
- Le soutien mutuel élargit notre base d'appui.
- L'approche de compassion nous met en position de force par psychologique.
- Il va tout de même y avoir des crues, mais jamais aussi destructrices que la rupture d'une digue.

Un point important: notre vision de la résilience

La recherche a clairement démontré que c'est notre conception de la résilience qui détermine dans une large mesure notre réaction à l'adversité. Si j'adhère à l'idée que la résilience c'est de savoir résister à l'adversité sans être déstabilisé, je ne me pardonnerai pas le déséquilibre (et encore moins l'effondrement) et mon rétablissement sera improbable.

Si par contre je comprends que la résilience est un phénomène dynamique qui comprend toujours une part de déstabilisation, je vais normaliser mon déséquilibre, reconnaître qu'il est naturel et temporaire, mobiliser les ressources nécessaires **et rebondir.**

Un des grands défis à venir: faire le deuil de la perfection et du niveau de rigueur usuel.

Les médecins sont formés dans une optique de perfection et de rigueur qui est admirable et nécessaire. Malheureusement, en temps de crise, des choix difficiles doivent être faits et l'un d'entre eux est de faire le deuil de la perfection. Pour faire face au volume croissant de besoins, une réévaluation des façons de faire habituelles est cruciale. Ce deuil représente même une responsabilité morale car, sans lui, il devient impossible d'optimiser les services. Il s'agit là d'un des défis les plus douloureux au plan psychologique pour les médecins en situations de crise et le meilleur baume est de se rappeler qu'on vise à sauver le plus grand nombre.

Une vision réaliste

- Mêmes les meilleures stratégies ne peuvent pas prévenir toute déstabilisation psychologique. On doit se rappeler que ce n'est pas l'effondrement qui est critique, mais l'absence de rebond. Et le rebond demeure l'issue la plus courante, surtout lorsqu'on se donne les outils.
- Rien ne peut effacer les images ou les souvenirs douloureux qu'on porte en soi, mais la mise en place de stratégies saines permet de faire en sorte que les émotions associées à ces images ou à ces souvenirs ne nous entravent plus.

Donc, pour répondre aux défis actuels, nous recommandons de combiner:

- a. Le soutien par les pairs
- b. La prise régulière des signes vitaux psychologiques (brèves plages de pleine conscience)
- c. L'approche neuroscientifique de compassion

Et nous sommes là pour vous accompagner dans ce processus.

Le Protocole de compassion (Thibeault, 2020)

Pour contrer la
fièvre

**Expérience de
pleine
conscience**

**Sas de
décompression**

**Intentions
bienveillantes**

**Activation de la
réponse vagale
pour paver la voie
à la compassion
(Porges, 2017)**

Expérience de compassion

- **Reconnaître l'émotion et la nommer**
- **La valider/normaliser**
- **Conserver une vision positive de l'autre**
- **Se centrer sur le bien-être à offrir**
- **Fournir un appui en continu**

(Singer, 2018; Trzeciak & Mazzarelli, 2019)

Pour contrer le biais
de négativisme

**Expérience de
gratitude**

**Accent sur le
bon, le beau, le
bien et le bien-
être à offrir et à
s'offrir.**

Pourquoi l'arrimage de ces trois approches?

- **En amont:** quel est le principal obstacle à l'émergence de la compassion? La fébrilité (être anxieux, être pressé par le temps).
- **En aval:** quel est le principal obstacle au maintien de la compassion? Le biais de négativisme.

Marche à suivre pour les rencontres 1/4

Structure

- Nombre de participants: idéal 4 à 8
- Durée et fréquence : 20 à 30 minutes, 1 fois par semaine (ou + au besoin), horaire au choix du groupe
- Modérateur : par rotation ou par sélection d'un modérateur permanent.

Marche à suivre pour les rencontres 2/4

Déroulement :

Avant la rencontre

- Prendre 5 minutes, seul, avant de se brancher à la réunion, pour se centrer, se déposer pour éviter de contaminer les échanges avec sa propre fébrilité.

Pendant la rencontre

- Le modérateur rappelle que dans un milieu psychologiquement «sûr», les membres d'une équipe ne craignent pas de perdre la face, d'être jugés lorsqu'ils s'expriment de manière authentique.

Marche à suivre pour les rencontres 3/4

Tour de table : le modérateur pose d'abord la question suivante :

Question 1: Que trouvez-vous le plus difficile ?

- Chacun prend quelques minutes à tour de rôle.
- Important : On reconnaît, on nomme, on valide et on normalise les émotions exprimées.

Question 2: Qu'est-ce qui vous aide ou peut vous aider maintenant?

***Question 3: Avez-vous observé des choses positives à travers le chaos ?
Quelque chose pour laquelle vous êtes reconnaissants aujourd'hui ?***

Marche à suivre pour les rencontres 4/4

Check out:

Question 4: Qu'est-ce que nous avons généré ensemble comme soutien?

Affirmer clairement que les membres s'engagent à être là les uns pour les autres.

Message clé à retenir

Il est normal que les émotions douloureuses demeurent, mais visons à ce qu'elles nous entravent moins grâce à notre soutien.

Bibliographie

Adler-Tapia, R. (2013). Early Mental Health Intervention for First Responders/Protective Service Workers Including Firefighters and Emergency Medical Services (EMS) Professionals. In M. Luber (Ed.), *Implementing Early Mental Health Interventions for Man-made and Natural Disasters: Models, Scripted Protocols and Summary Sheets*. Chapter 18. New York: Springer Publishing Company

Amanian, S., Faldaas, B.O., Logan, P.A., Vaismoradi, M. (2020). Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: a Systematic review. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. -, No. -, pp. 1–11, 2020.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015>

Ashar, Y. K., Andrews-Hanna, J. R., Dimidjian, S., and Wager, T. D. (2017). Empathic care and distress: predictive brain markers and dissociable brain systems. *Neuron* 94, 1263–1273.e4. doi: 10.1016/j.neuron.2017.05.014

Atkins, C. D., Burnett, H. J. Jr. (2016) Specialized disaster behavioral health training: Its connection with response, practice, trauma health, and resilience, *Disaster Health*, 3:2, 57-65, <https://doi.org/10.1080/21665044.2016.1199151>

Bergland, C. (2017). Face-to-face connectedness, oxytocin and your vagus nerve. *Psychology Today*, May 19th, 2017. Published electronically

Bernhardt, B. C.; Singer, T. (2012): The neural basis of empathy. *Annual Review of Neuroscience* 35, S. 1 – 23

Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: A systematic review. *BMC Psychology*, 4, 18.
<https://doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>

Brooks, S. K., Dunn, R., Sage, C. A., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2015). Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *Journal of Mental Health*, 24(6), 385–413. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057334>

Cole, Steve & Hawkley, Louise & Arevalo, Jesusa & Sung, Caroline & Rose, Robert & Cacioppo, John. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome biology*. 8. R189. 10.1186/gb-2007-8-9-r189.

Dempsey, C. (2017). *The Antidote to Suffering: How Compassionate Connected Care Can Improve Safety, Quality, and Experience*. New York: McGraw-Hill Education.

Engen, H. G.; Singer, T.: (2015) Compassion-based emotion regulation up-regulates experienced positive affect and associated neural networks. *Social, Cognitive and Affective Neuroscience* 10 (9), S. 1291 - 1301 (2015)

Hildebrandt, L. K.; McCall, C.; Singer, T. (2017) Differential effects of attention-, compassion- and socio-cognitively based mental practices on self-reports of mindfulness and compassion. *Mindfulness* 8 (6), S. 1488 – 1512

Institut canadien de sécurité des patients (2019). Créer un espace sûr : La sécurité psychologique des travailleurs de la santé (soutien entre pairs). ICSP. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/creating-a-safe-space-psychological-safety-of-healthcare-workers/pages/creating-a-safe-space-addressing-the-psychological-safety-of-healthcare-workers-2020-01-06.aspx>

Janicki Deverts , D., Cohen, S., Doyle, W.J. (2016) Dispositional Affect Moderates the Stress-Buffering Effect of Social Support on Risk for Developing the Common Cold. *J Pers* 2017 10 22;85(5):675-686. Epub 2016 Aug 22

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, Volume 48, Issue 6, November 2017, Pages 778-792
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

Klimecki, O.M., Leiberg, S., Ricard, M., Singer, T. (2014) Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 9 (6), S. 873 - 879
(2014) <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>

Kok, B. Coffey, K., Cohn, M. Catalino, L., Vacharkulksemsuk, T., Algae, S., Brantley, M. et Fredrickson, B.. (2013). How Positive Emotions Build Physical Health: Perceived Positive Social Connections Account for the Upward Spiral Between Positive Emotions and Vagal Tone. *Psychological science*. 24. 10.1177/0956797612470827.

Linnan, L. & Fisher, Edwin & Hood, Sula. (2013). The power and potential of peer support in workplace interventions. *American journal of health promotion: AJHP*. 28. TAHP2-10.

Manczak EM, DeLongis A, et Chen E. (2016). Does empathy have a cost? Diverging psychological and physiological effects within families. *Health Psychol*. 2016;35(3):211–218. doi:10.1037/hea0000281

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>

Osch, M., Sep, M., van Vliet, L., Dulmen, A.M. et Bensing, J.. (2014). Reducing Patients' Anxiety and Uncertainty, and Improving Recall in Bad News Consultations. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 33. 10.1037/hea0000097.

Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):195–205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674

Porges, S. W. (2017). Vagal Pathways: Portals of Compassion. In *The Oxford Handbook of Compassion Science*, Eds. Seppala, Simon-Thomas, Brown, Worline, Doty, Cameron; Oxford: Oxford University Press

Preckel, K.; Kanske, P.; Singer, T.: (2018) On the interaction of social affect and cognition: Empathy, compassion and theory of mind. *Current Opinion in Behavioral Sciences* 19, S. 1 - 6

Quevillon, R. P., Gray, B. L., Erickson, S. E., Gonzalez, E. D., & Jacobs, G. A. (2016). Helping the helpers: Assisting staff and volunteer workers before, during, and after disaster relief operations. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1348–1363. <https://doi.org/10.1002/jclp.22336>

Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med.* 2009;41(7):494–501.

Shaltout, H., Tooze, J., Rosenberger, E. et Kemper, K. (2012). Time, Touch, and Compassion: Effects on Autonomic Nervous System and Well-Being. *Explore (New York, N.Y.)*. 8. 177-84. 10.1016/j.explore.2012.02.001.

Shapiro, J. (2019): Peer Support: Mitigating the emotional toll on physicians. Sixth Canadian Conference on Physician Health. October 4th-5th, 2019, St. John's, Newfoundland and Labrador. https://www.ccph2019.ca/sites/default/files/pdf/1.5_Peer%20Support%20Why%20and%20How%20to%20Make%20This%20Happen.pdf

Singer, T.; Engert, V. (2019) : It matters what you practice: Differential training effects on subjective experience, behavior, brain and body in the ReSource Project. *Current Opinion in Psychology* 28, pp. 151 - 158

Singer, T.; Tusche, A. (2013) : Understanding others: Brain mechanisms of theory of mind and empathy. In: *Neuroeconomics: Decision making and the brain*, 2nd ed. Ed., pp. 513 - 532 (Eds. Glimcher, P. W.; Fehr, E.). Academic Press, London

Singer, T.; Klimecki, O. (2014) : Empathy and compassion. *Current Biology* 24 (18), S. R875 - R878

Sunderland, Kim, Mishkin, Wendy, Peer Leadership Group, Mental Health Commission of Canada. (2013). *Guidelines for the Practice and Training of Peer Support*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. | Retrieved from: <http://www.mentalhealthcommission.ca>

Trzeciak, S., Mazzei, A. (2019). *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference*. Studer group: Pensacola.

Weng, H. Y., Schuyler, B. S., and Davidson, R. J. (2017). "The impact of compassion training on the brain and prosocial behavior," in *Handbook of Compassion Science*, eds E. Seppala, E. Simon-Thomas, S. L. Brown, M. C. Worline, D. Cameron, and J. Doty (Oxford: Oxford University Press), 133–146.

West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2272–2281. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, 6, 18–29.

<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>