

DOSSIER SCIENTIFIQUE

LE TRAUMATISME VICARIANT

- De nombreux professionnels, souvent en première ligne face à la souffrance humaine, peuvent ainsi expérimenter ce qu'on appelle le « traumatisme vicariant » (TV)¹.
- L'impact du TV sur les professionnels qui interviennent fréquemment auprès des individus souffrant de traumatismes constitue une préoccupation croissante.
- Ce phénomène, également connu sous les termes de traumatisme indirect ou par procuration découle initialement des changements profonds observés chez les professionnels de la santé mentale lorsqu'ils développent des relations empathiques avec leurs patients².
- Bien que les premières études sur le sujet se soient principalement concentrées sur les thérapeutes en contact avec des victimes d'événements traumatisants, la compréhension du traumatisme vicariant s'est progressivement élargie pour inclure une gamme plus diversifiée de professionnels fournissant un soutien aux individus ayant vécu des traumatismes.



➤ Sommaire

[Définition](#)

[Des termes souvent confondus](#)

[Quelles sont les réactions connues ?](#)

[Des mécanismes de déclenchement identifiés](#)

[Existe-t-il des stratégies d'intervention ?](#)

[Le rôle des facteurs organisationnels et les pistes de recherches](#)

[Sources](#)

Contributeur : Adelaïde Blavier, professeure de psychologie à l'université de Liège (Belgique)

DÉFINITION

Avec la mise à jour du DSM-5 en 2013, le critère A.4 pour le trouble de stress post-traumatique a été élargi pour explicitement inclure comme déclencheur «une exposition répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant³». Cette disposition est applicable notamment aux premiers intervenants, tels que les pompiers et le personnel médical d'urgence, confrontés directement à des scènes de violence extrême. Il est important de noter que cette exposition, lorsqu'elle se produit à travers des médias visuels comme la télévision, des films ou des photos, est également considérée comme un déclencheur de TSPT direct, mais uniquement dans un contexte professionnel⁴.

En revanche, le traumatisme vicariant, bien que lié à l'exposition à la souffrance, ne résulte pas de l'exposition directe aux éléments physiques de l'événement mais de l'engagement empathique avec les récits des personnes ayant directement vécu les événements. Par exemple, les agents de police qui écoutent de manière répétée des récits détaillés de violences sexuelles sur des enfants sont exposés à un traumatisme vicariant. De même, les magistrats lors du procès du 13 novembre 2015 ont été exposés à un TSPT direct par leur examen des images et des films des attaques, et à un traumatisme vicariant à travers les nombreux récits traumatisants présentés à la barre.

De nombreuses situations identifiées

D'après le site de l'[Office for Victims of Crime](#) (OVC), une institution d'état rattaché au ministère américain de la Justice, cette exposition au traumatisme d'autrui en contexte professionnel peut survenir dans diverses situations « comme l'écoute des témoignages victimes, lors du visionnage de vidéos montrant des enfants exploités, l'examen de dossiers, l'écoute ou la gestion des répercussions de violences et d'autres événements traumatisants au quotidien, ainsi que l'intervention suite à des incidents de violences de masse ayant provoqué de nombreuses blessures et décès ».

Un changement dans la vision du monde

Une des conséquences du traumatisme vicariant, comme l'explique Adelaïde Blavier est ce changement qui conduit le professionnel à adopter une vision du monde perçue comme moins juste, érodant un certain espoir envers sa profession et plus largement envers le monde qui l'entoure. Comme nous allons le voir, cette transformation, transcendant les simples réactions émotionnelles et l'épuisement, différencie clairement le traumatisme vicariant de concepts souvent utilisés de façon interchangeable.

ZOOM

Carole Damiani, docteur en psychologie, secrétaire générale de [L'ALFEST](#), directrice de Paris Aide aux Victimes, critique l'usage généralisé du terme « traumatisme vicariant » pour décrire les expériences des professionnels confrontés aux récits de traumatisme. Selon elle, il est nécessaire d'établir une distinction entre être exposé à la narration d'un trauma et vivre soi-même un événement traumatique :

« Le terme de traumatisme entretient des confusions. Parler de trauma pour les personnes qui n'étaient pas là durant les événements, renvoie à une utilisation abusive de ce terme. Si on nomme tout trauma, on met en place les mêmes soins voire les mêmes protocoles standardisés alors que les situations, les enjeux psychiques sont différents. Il faut affiner son analyse clinique pour saisir, sous d'apparentes similarités cliniques, des différences majeures. Par exemple, l'un des symptômes les plus courants du trauma, ce sont les répétitions traumatiques qui sont de nature sensorielle [...] en revanche, les professionnels exposés aux récits traumatiques n'ont pas entendu ou vu les faits (ndlr : à l'inverse du trauma classique), ils les imaginent, ils ont des ruminations, mais pas de sensations effractantes [...] Ce n'est pas du tout le même mécanisme donc on ne va pas le traiter de la même façon. »

DES TERMES SOUVENT CONFONDUS

Une juge d'instruction précise les situations à l'occasion desquelles, elle est régulièrement exposée à des récits traumatiques :

« Il y a certains faits (criminalité organisée, trafic de stupéfiants) dont je suis saisie qui sont moins lourd psychologiquement que d'autres, pour lesquels il y a une atteinte à l'intégrité des personnes, comme dans les violences sexuelles par exemple. Dans ce cas, la lecture des dossiers devient plus difficile émotionnellement ».

La nécessité de distinguer clairement le traumatisme vicariant de concepts voisins tels que la fatigue de compassion, le traumatisme secondaire et le burnout est cruciale pour une assurance d'une prise en charge adéquate des professionnels concernés. Ces concepts, servant à désigner des formes de stress liés au travail, bien que parfois utilisés de manière interchangeable, décrivent des phénomènes distincts avec des implications spécifiques pour le bien-être des professionnels.

Au-delà de l'épuisement professionnel

Le burnout et le traumatisme vicariant, bien que fréquemment confondus, désignent deux réactions professionnelles distinctes. La 11^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) reconnaît le burnout comme un phénomène professionnel, et non comme une maladie, résultant d'un stress professionnel chronique non résolu, se manifestant par trois symptômes principaux : fatigue intense, cynisme ou détachement vis-à-vis de son emploi, et baisse de performance. Ce type de réaction se développe typiquement sous l'effet de charges de travail prolongées et d'attentes professionnelles irréalistes (OMS, 2019). Les symptômes de burnout,

incluant la dépression, l'épuisement, et un comportement cynique envers les patients, sont souvent le résultat d'une pression professionnelle excessive et d'un manque de reconnaissance des efforts déployés par le professionnel⁵. Même si les manifestations du burnout diffèrent des réactions du traumatisme vicariant, qui proviennent de l'engagement empathique avec le vécu traumatisant des personnes aidées, ces deux types de réactions peuvent néanmoins coexister chez les professionnels des secteurs comme la santé et les services d'urgence⁶.



Également distinct de la fatigue de compassion

Introduite initialement par Joinson en 1992, la fatigue de compassion (FC) décrit l'affaiblissement des capacités professionnelles consécutif à l'exposition à la souffrance d'autrui, manifesté par des symptômes tels que la fatigue, l'épuisement émotionnel et un sentiment d'isolement⁷. Malgré la proposition initiale de Joinson de définir la FC comme un type spécifique d'épuisement professionnel dans les métiers d'aide, cette idée n'a pas été corroborée empiriquement.

Figley a ensuite recontextualisé la fatigue de compassion en 1995 comme un état d'épuisement et de dysfonctionnement résultant d'une exposition prolongée au stress de compassion⁸, la présentant comme une alternative moins stigmatisante au traumatisme secondaire (voir encart sur la page suivante), centré sur les répercussions émotionnelles du traumatisme vécu par autrui. À l'inverse du traumatisme vicariant, issu de l'engagement répété dans les récits traumatisants d'autrui, la fatigue de compassion découle davantage de l'usure, de l'épuisement émotionnel du professionnel à long terme.

Souvent confondu avec la fatigue de compassion, le **traumatisme secondaire** (TS) est caractérisé par des symptômes de stress post-traumatique résultant de l'exposition indirecte aux traumatismes des victimes, distinct du TSPT classique qui survient à la suite d'une expérience traumatique directe. Jenkins et Baird (2002) notent que le TS est une réaction naturelle au contenu traumatique rencontré par les professionnels de la santé mentale. En comparaison, la **fatigue de compassion** englobe un épuisement émotionnel plus général et un burnout, exacerbés par un engagement empathique prolongé envers les personnes souffrantes, sans les symptômes spécifiques de reexpérience traumatizante observés dans le TS.

QUELLES SONT LES RÉACTIONS CONNUES ?

Les recherches sur le sujet, notamment dans le domaine de la santé mentale, mettent en lumière une variété de réactions chez les professionnels exposés à l'écoute de récits traumatiques. Ainsi, une exposition répétée pourrait altérer les schémas cognitifs et comportementaux des thérapeutes et pourrait induire une diversité de réactions telles que la tristesse, la colère, ou la peur, des préoccupations par des pensées concernant les patients en dehors du travail ainsi que des symptômes physiques comme la fatigue ou la nausée⁹. Bien que de nombreux professionnels ne développent pas de détresse significative, une part importante d'entre eux peut éprouver des symptômes évoquant ceux du TSPT.

Un psychologue clinicien exerçant dans une structure d'accueil et de soin destinée aux adolescents témoigne des répercussions propres à son travail dans sa vie privée :

« Quand je suis confronté à un vécu qui est hyper lourd, d'agression sexuelle, de maltraitance intrafamiliale, ça m'arrive de me refaire un peu le déroulé de l'entretien avant de trouver le sommeil bien qu'il soit parfois difficile de le trouver ».

Réaction du traumatisme vicariant	Symptômes du TSPT
Une sur-identification avec le patient (fantasmes d'horreur et de sauvetage)	Flashbacks, revivre l'événement traumatisant
Préoccupation par des pensées concernant les patients en dehors du travail	Cauchemars récurrents de l'événement
Distanciation, engourdissement, éviter d'écouter l'histoire traumatisante des personnes aidées	Évitement des situations rappelant l'événement traumatisant
Sentiments de culpabilité, de honte, doutes de soi en tant que témoin	Réactions de sursaut ou hypervigilance
S'impliquer émotionnellement de manière excessive, menant à un détachement suite à une surcharge émotionnelle	Sentiments de détachement ou d'aliénation
Difficultés à se concentrer dues à la préoccupation par les patients	Difficultés de concentration
Ressentir de la colère, de la rage et de la tristesse à propos des souffrances endurées par des patients	Irritabilité ou accès de colère

Tableau récapitulatif : Comparaison des signes généraux du traumatisme vicariant selon l'Association Anglaise de Médecine (BMA)¹⁰ et des symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT).

DES MÉCANISMES DE DÉCLENCHEMENT IDENTIFIÉS ?

Que ce soit chez les travailleurs sociaux, les juristes et les professionnels de la santé mentale, le traumatisme vicariant s'insinuerait «insidieusement» chez le professionnel indique la professeure de psychologie **Adelaïde Blavier**.

Le rôle ambivalent de l'empathie

Au cœur de ce processus, l'empathie, cette faculté à appréhender profondément l'état émotionnel et cognitif d'autrui, joue un rôle double. Si elle est indispensable dans la relation d'aide, une exposition prolongée et intense des professionnels à la souffrance d'autrui peut éroder certaines limites pourtant nécessaire au bien-être du professionnel, le rendant ainsi trop perméable aux traumatismes des personnes rencontrées dans son cadre professionnel. Dans certains cas le professionnel va davantage s'identifier aux victimes, notamment lorsque le discours de ces dernières partage des caractéristiques communes avec celle de la vie du professionnel, accentuant alors le risque de traumatisme vicariant.



Une éducatrice spécialisée, auprès des femmes victimes de violences se confie sur la manière dont certains récits la marquent plus que d'autres :

« En entendant les femmes qui racontent les violences sexuelles qu'elles ont subies dans leur pays d'origine, il y a une espèce d'effet miroir, ce qui fait qu'on prend d'autant plus l'histoire à cœur. »

Dans son ouvrage *Entretenir ma vitalité d'aidant*¹¹, **Pascale Brillon**, professeure au département de psychologie à l'Université de Québec à Montréal et spécialiste du trouble de stress post-traumatique propose un regroupement des modèles explicatifs en 5 grandes conceptualisations :

1. Le poids de la « surcharge émotionnelle »

La surcharge émotionnelle décrit le poids cumulatif de la détresse absorbée par les professionnels. Ce modèle, appuyé par les travaux de Figley¹², met en lumière comment l'exposition répétée aux récits traumatisants peut éroder les frontières émotionnelles du soignant, conduisant à une fatigue de compassion. Pascale Brillon souligne l'importance de maintenir une posture empathique tout en évitant le piège de la sympathie excessive qui peut nuire à la distance professionnelle nécessaire. Ainsi, il ne faudrait pas confondre «sympathie» et «empathie» précise-t-elle : « à la différence de la posture d'empathie, la posture sympathique serait le signe d'un engagement excessif envers la personne aidée. La sympathie entraverait le lien d'aide et rend vulnérable au traumatisme vicariant ou à la fatigue de compassion ».

Cette vulnérabilité du professionnel s'accompagne également d'une réponse physique involontaire : le phénomène du mimétisme corporel. Impliquant l'activité des neurones miroirs, leur implication est discutée en 2006 ; dans le contexte des découvertes de Rothschild & Rand¹³. Ces auteurs illustrent comment les professionnels peuvent, sans en avoir conscience, absorber la détresse de leurs patients à travers une imitation physique et émotionnelle, soulignant la nécessité d'une prise de conscience et de stratégies pour gérer ces effets subtils.

2. Influence des « structures de peur » sur la sensibilité professionnelle

Explorant la manière dont les professionnels peuvent intégrer les structures de peur de leurs patients, ce modèle s'appuie sur les travaux de Foa, Steketee, & Rothbaum¹⁴. Il révèle que l'exposition constante aux récits traumatiques peut amener le professionnel à réagir de manière hypersensible à

des stimuli associés aux expériences traumatisantes des patients, nécessitant une vigilance et une gestion active de ces influences.

3. Confrontation avec les croyances fondamentales et blessures morales

Cette conceptualisation aborde le bouleversement des croyances personnelles face à l'exposition aux traumas¹⁵¹⁶. Celle-ci révèle comment les professionnels peuvent être ébranlés dans leurs croyances fondamentales sur la vie, la nature humaine, et la justice, conduisant alors à une vulnérabilité accrue au traumatisme vicariant et nécessitant un travail de réflexion et de soutien psychologique.

4. L'importance cruciale des stratégies d'auto-soin

Soulignant la négligence des pratiques d'auto-soin parmi les professionnels, ce modèle renvoie à des travaux antérieurs¹⁷¹⁸ qui critiquent une culture professionnelle souvent centrée sur l'abnégation. Ces travaux appuient la nécessité d'équilibrer le dévouement aux autres avec une attention portée

à soi-même est ainsi mise en avant comme un pilier central pour prévenir le traumatisme vicariant.

5. Conjugaison d'évènements perturbateurs et vulnérabilité

Basée sur de nombreux travaux¹⁹²⁰²¹²², cette cinquième conceptualisation présentée par Pascale Brillon examine comment un événement perturbateur, en combinaison avec des facteurs de risques accumulés, peut fragiliser les professionnels de la relation d'aide. Ces événements déclencheurs, tels qu'un conflit avec un patient ou le suicide d'un patient, surviennent sur un fond de stress et de vulnérabilités préexistantes, influençant la réaction du professionnel.

Les conditions antérieures et postérieures à l'événement, y compris l'état psychologique et physique du professionnel, ainsi que les traits de personnalité et les stress vécus, jouent ainsi un rôle crucial dans la gestion de l'événement et peuvent soit réduire soit exacerber son impact.

Le constructivist self-development theory

Selon cette théorie fondatrice de la notion de traumatisme vicariant de McCann & Pearlman (1990), notre compréhension de nous-mêmes, des autres et du monde est façonnée par des structures cognitives ou schémas, qui filtrent et interprètent nos expériences. Dans le contexte du traumatisme vicariant, l'exposition répétée à du matériel traumatique peut remettre en question ces schémas fondamentaux, provoquant une détresse lorsque les nouvelles informations traumatisantes ne s'intègrent pas dans nos croyances préexistantes. Pour s'adapter, les individus doivent alors modifier leurs schémas cognitifs par un processus d'accommodation, souvent de manière négative, ce qui reflète l'impact délétère du traumatisme vicariant sur la vision du monde du professionnel. Cette transformation des schémas peut engendrer une détresse significative, conduisant à une sensibilisation accrue aux informations qui renforcent ces nouvelles perspectives modifiées négativement.

EXISTE-T-IL DES STRATEGIES D'INTERVENTION ?

La gestion du traumatisme vicariant nécessite des approches spécifiquement conçues et basées sur des données probantes. A ce titre, la revue systématique menée par Kim et ses collaborateurs analyse plus de 1 315 publications, en retenant 27 études pertinentes qui illustrent les interventions actuelles, catégorisées en quatre types principaux²³.

Bien que révélant une diversité d'interventions, cette analyse récente souligne les lacunes de la recherche actuelle, qui peine à définir avec précision le traumatisme vicariant et à cibler spécifiquement ses conséquences. Les approches



courantes sont souvent trop généralistes, axées principalement sur la gestion du stress de manière globale plutôt que sur les particularités du traumatisme vicariant.

Par conséquent, les auteurs recommandent une adaptation des interventions aux spécificités des différents établissements de santé et services sociaux, ainsi qu'aux caractéristiques individuelles des professionnels. De plus, il serait nécessaire de développer des stratégies préventives au sein des organisations pour mieux prévenir l'émergence du traumatisme vicariant.

→ **Psychoéducation :**

Programmes visant à sensibiliser les professionnels aux symptômes du TV et à fournir des outils pour leur gestion.

→ **Pleine conscience :**

Techniques comme la méditation et le yoga, destinées à réduire le stress et améliorer la gestion émotionnelle.

→ **Activités artistiques et récréatives :**

Utilisation de la créativité pour aider à exprimer et gérer le stress et les émotions.

→ **Thérapies alternatives :**

Approches telles que l'acupuncture et le Reiki, mentionnées mais à utiliser avec prudence, en raison de preuves encore limitées de leur efficacité spécifique pour le TV.

LE RÔLE DES ORGANISATIONS ET LES PISTES DE RECHERCHES

Les études récentes mettent en lumière l'influence des facteurs organisationnels sur le risque de traumatisme vicariant, dépassant la simple considération antérieure des facteurs individuels tels que les antécédents personnels de traumatisme ou encore le niveau d'empathie du professionnel²⁴.

Ainsi, certains auteurs soulignent que les organisations ont un rôle prépondérant à jouer dans la prévention et la gestion du bien être des travailleurs, notamment à travers la qualité de la supervision et des politiques de soutien²⁵.

Nécessité d'études au long cours

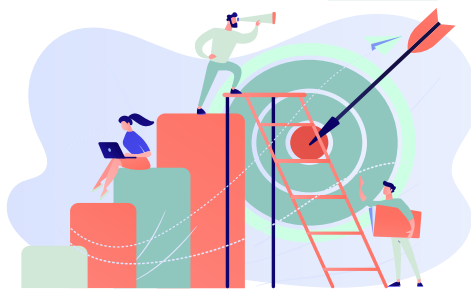
Bien que des progrès importants aient été réalisés dans la compréhension et la reconnaissance des risques traumatiques chez les professionnels, des avancées supplémentaires sont nécessaires pour identifier précisément les aspects organisationnels nécessaire à leur prévention et leur atténuation.

Adopter une approche de santé publique serait pertinent, notamment en encourageant des études longitudinales qui exploreraient comment des cultures organisationnelles qui soutiennent le bien-être des professionnels et valorisent leur travail peuvent réduire la prévalence du traumatisme vicariant²⁶.

Développement de cultures de soutien

À ce titre, les travaux de recherches futurs devraient se pencher en détail sur la mise en œuvre et l'impact de programmes tels que la supervision continue, les formations sur la gestion du stress, et le développement de cultures organisationnelles qui favorisent le soutien mutuel. L'objectif étant de

créer des environnements de travail où les professionnels sont non seulement soutenus et valorisés, mais aussi où les risques pour leur santé mentale puissent être réduits.



Une directrice de structure d'accueil et de soin destinée aux adolescents explique les procédures mises en place pour assurer une gestion efficace des crises suicidaires et des violences, tout en veillant à protéger les professionnels :

« La formation joue un rôle crucial, permettant aux professionnels de se sentir compétents et de limiter leurs interventions à leur domaine d'expertise, évitant ainsi le glissement de tâches et les responsabilités indues. Nous avons élaboré un projet d'établissement pour définir précisément les missions de chacun, couvrant toutes les thématiques liées à l'adolescence, depuis le dépistage jusqu'à l'orientation, afin de garantir que chaque fonction soit clairement délimitée et que les actions soient bien dirigées. »

SOURCES

- ¹ McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious trauma: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- ² Price, J.L., & Roberts, S.M. (2007). Assessing vicarious traumatization in therapists: A study of construct validity. *Journal of Counseling & Development*, 85(2), 218-225.
- ³ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- ⁴ Desbiendras, N. (2019). Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.04.001>
- ⁵ Freudenberg HJ, Robbins A. The hazards of being a psychoanalyst. *Psychoanal Rev.* 1979 Summer;66(2):275-96. PMID: 112612.
- ⁶ Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. 16(1).
- ⁷ Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., Carney Doebbeling, C., & Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>
- ⁸ Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- ⁹ Cohen, K., & Collens, P. (2013). The Impact of Trauma Work on Trauma Workers: A Metasynthesis on Vicarious Trauma and Vicarious Posttraumatic Growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570-580.
- ¹⁰ British Medical Association. (n.d.). Vicarious trauma: Signs and strategies for coping. Retrieved April 10, 2024, [bma.org](https://www.bma.org)
- ¹¹ Brillon, P. 2020. *Entretenir ma vitalité d'aïdant : guide de prévention de la fatigue de compassion et de la détresse professionnelle*. Montréal, Éditions de l'Homme
- ¹² Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-41.
- ¹³ Rothschild, B., & Rand, M. (2006). *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. New York: Norton and Company.
- ¹⁴ Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-76.
- ¹⁵ Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- ¹⁶ McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- ¹⁷ Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- ¹⁸ Saakvitne, K.W., & Pearlman, L.A. (1995). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. Norton
- ¹⁹ Brillon, P. 2017. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique* (6e éd.). Montréal, Éditions Québec-Livres
- ²⁰ S. Guay, A. Marchand et V. Billette. 2006. Impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique : données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention, dans S. Guay et A. Marchand (éd.). *Les troubles liés aux événements traumatiques : dépistage, évaluation et traitements* (chap. 14). Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

²¹ Sayed, S., B.M. Iacoviello et D.S. Charney. 2015. Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, vol. 17, no 8, p. 612.

²² Zeidner, M. et coll. 2013. Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress, and Coping*, vol. 26, pp. 595-609.

²³ Kim, J., Chesworth, B., Franchino-Olsen, H., & Macy, R. J. (2022). A scoping review of vicarious trauma interventions for service providers working with people who have experienced traumatic events. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1437-1460.

²⁴ Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton & Company.

²⁵ Ashley-Binge, S., & Cousins, C. (2019). Individual and Organisational Practices Addressing Social Workers' Experiences of Vicarious Trauma. *Practice*
<https://doi.org/10.1080/09503153.2019.1620201>

²⁶ Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). Advancing Science and Practice for Vicarious Traumatization/Secondary Traumatic Stress: A Research Agenda. *Traumatology*, 23(2), 129–142.
<https://doi.org/10.1037/trm0000122>

Référence utilisée dans un encart p.4 : « Traumatisme secondaire ? » : Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma : A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423-432.
<https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>