

Psychotraumatisme et trauma vicariant

Dr Marion DUBOIS, Psychiatre CUMP CRP

Mme Dominique LEMOINE, IADE CUMP

SOMETRAV Marseille
22 septembre 2026



Cn2r
Centre national
de ressources
et de résilience



Sommaire



Historique des concepts

Le Psychotraumatisme : ESA, ESPT

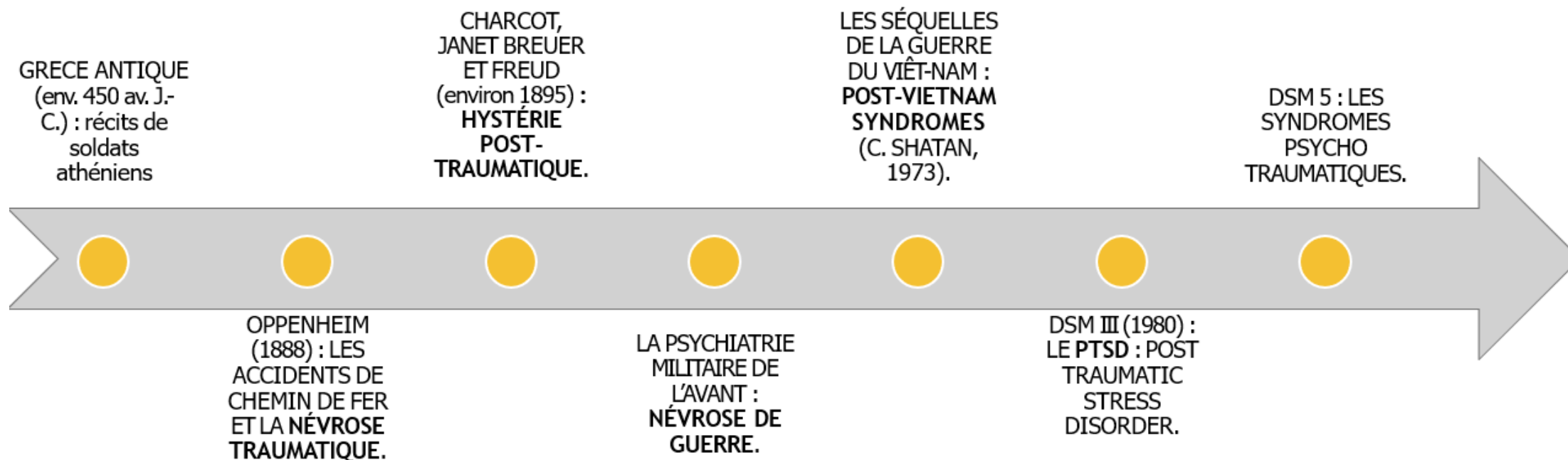
CUMP et temps d'intervention

Les traumatismes vicariants

Le soignant seconde victime

Conclusion

Un peu d'histoire...



Un peu d'histoire...

Première guerre mondiale :

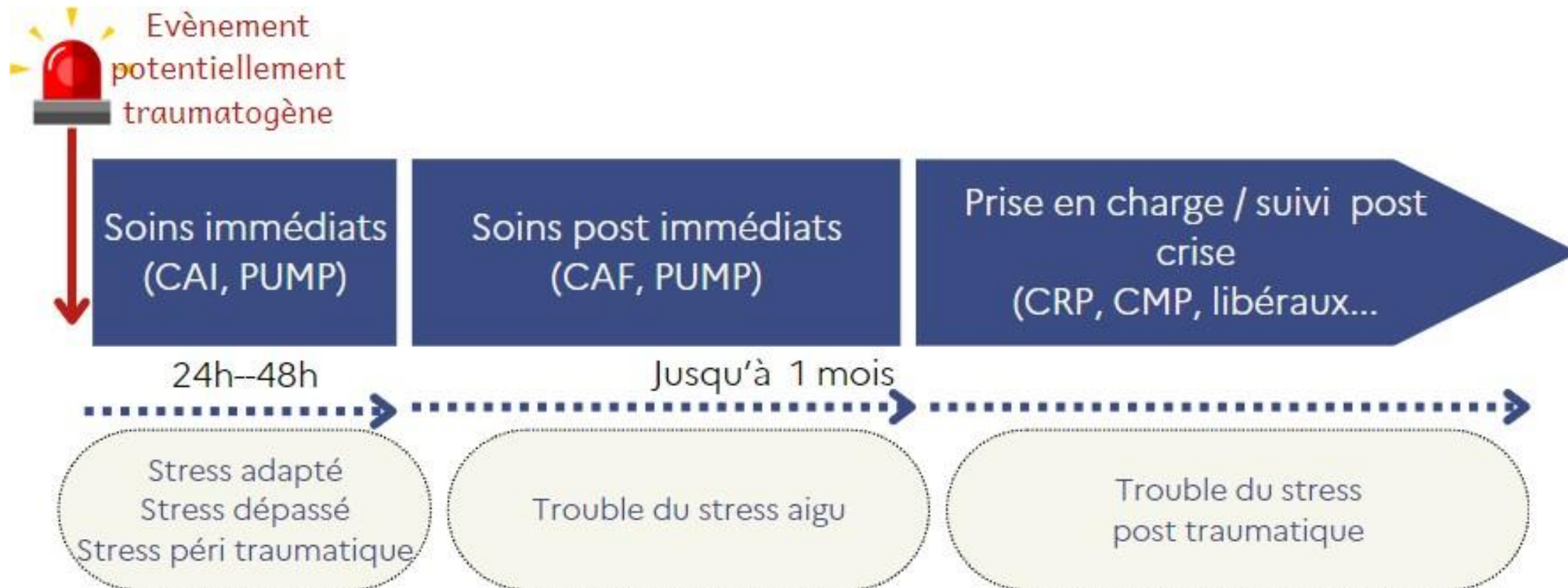
<https://www.youtube.com/watch?v=96w2i-1-EA0>

<https://www.youtube.com/watch?v=TR4jPmmZIB0>

Guerre du Viet Nam :

- <https://www.youtube.com/watch?v=BeUijqSBRpY>

La chronologie de la prise en charge de la victime



Prévalence du TSPT en Europe et en France

Prévalence : 5 à 12% en population générale

- Etudes essentiellement américaines
- Possible sous diagnostic par méconnaissance des critères diagnostiques, ou présentations incomplètes
- Données + importantes en populations spécifiques : militaires

EUROPE

ESEMeD "European Study of the Epidemiology of Mental Disorders" (2003)

21 425 personnes

- **Entre 2,2% et 3,3% de TSPT**

<https://doi.org/10.1002/jts.20357>

FRANCE

Enquête SMPG «Santé Mentale en Population Générale» (2008)

36000 personnes

- **0,7% TSPT complet** (45% H et 55% F)
- **5,3% symptômes TSPT «incomplet»**

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.11.006>

Epidémiologie de l'ESPT/ Attentats

Etude IMPACTS (post attentats de Paris – 2015) : 18% des témoins présentaient des TSPT

- 3% parmi les témoins à proximité
- 31% chez les personnes directement menacées
- 3% des intervenants (policiers, soignants...)

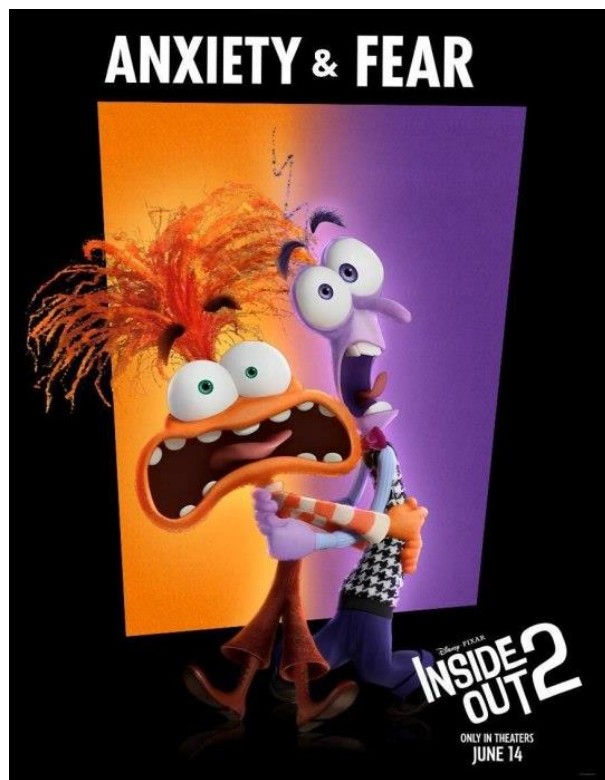
Enquête ESPA Novembre 2013 :

- prévalence des TSPT de 54% chez les personnes directement menacées

Clinique des réactions immédiates

Stress adapté

- Stress utile, salvateur, coûteux en énergie
- Mobiliser de l'énergie et des ressources pour faire face
- Sentiments d'effroi, de colère, de peur, de culpabilité, d'incompréhension, pleurs,
- **Contact maintenu**



Stress dépassé

- Agitation agressive
- Fuite panique
- Sidération
- Action automatique
- **Contact rompu**

Les 4 F

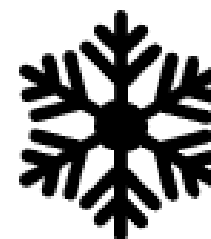
FLIGHT



FIGHT



FREEZE



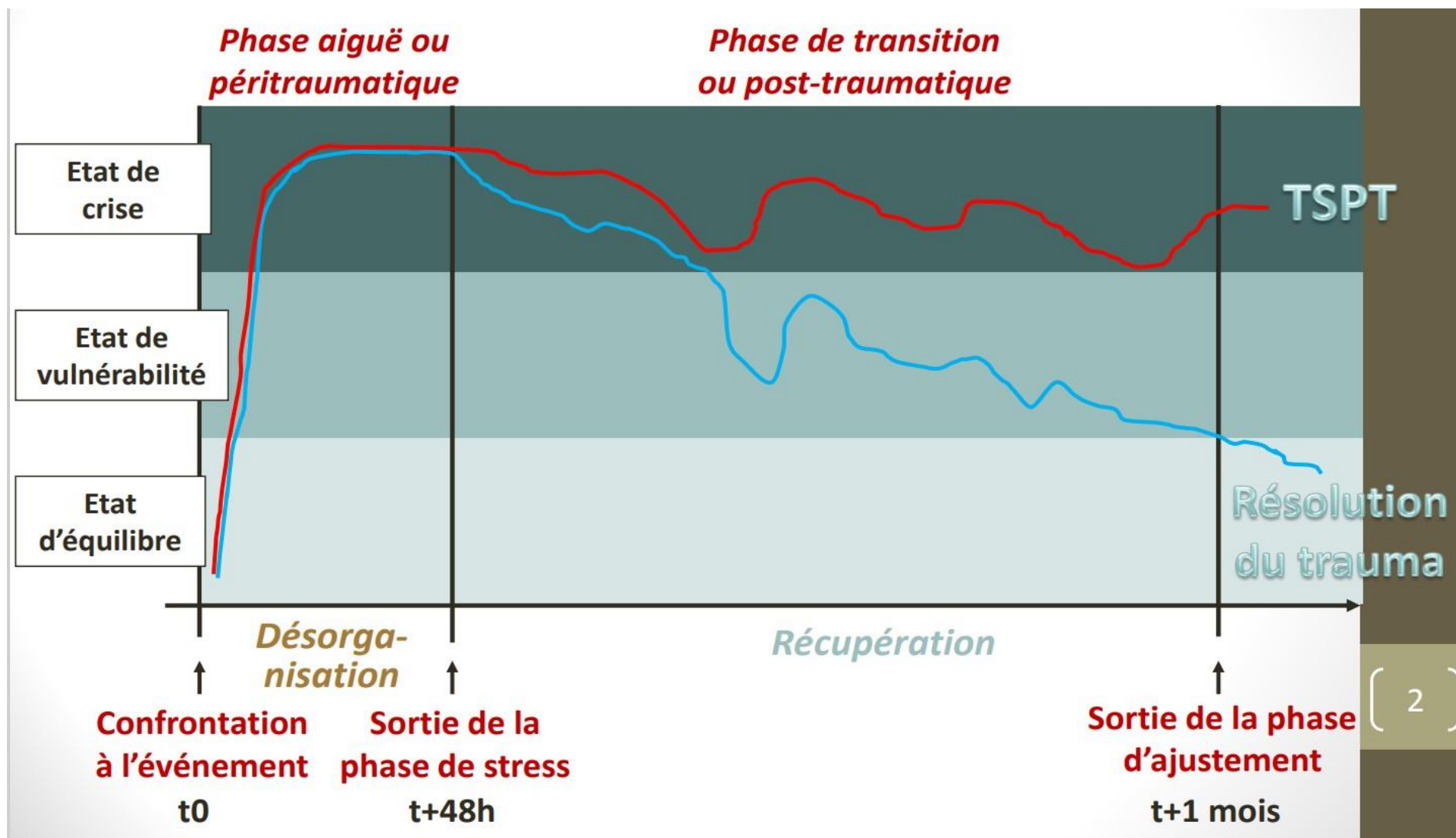
FAWN



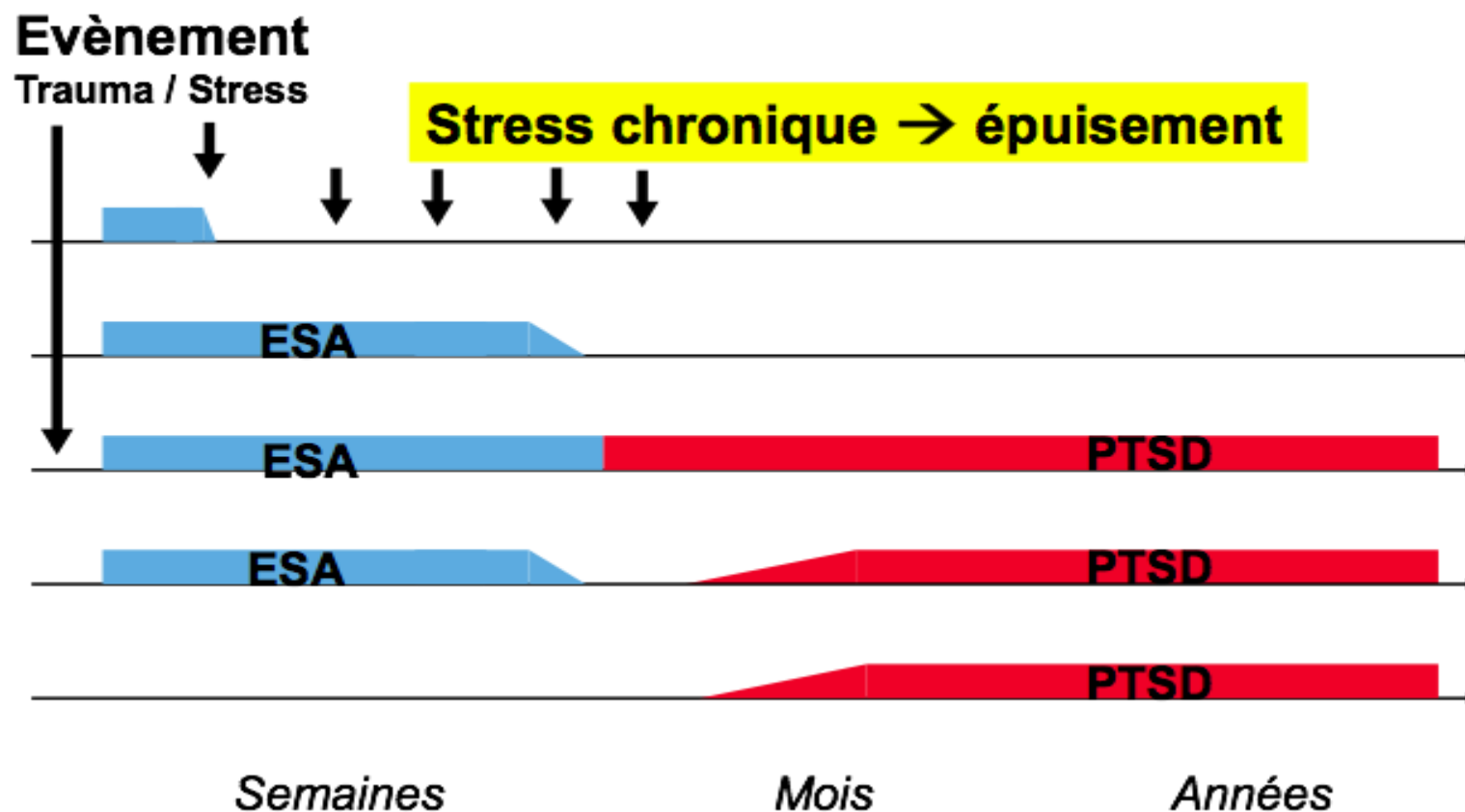
Vidéo sur la sidération

<https://www.youtube.com/watch?v=4Pg2IZRLaos&t=26s>

Variation du stress post EPT



Types de « Réactions différées »



Confrontation à un EPT

- Dimension macrosociale (catastrophe climatique, attentat)
 - Dimension microsociale (agression, accident, suicide)
 - Confrontation du sujet:
 - à une menace pour son intégrité physique et psychique,
 - à sa propre mort ou à celle d'autrui
 - au spectacle d'une mort horrible
- ➔ effroi, frayeur, impuissance, horreur
- ➔ pourvoyeur de stress avec réactions adaptées ou dépassées
- ➔ transitoire et sans séquelles ou symptômes évoluant vers TSPT



Le vécu de l'expérience
est
subjectif et singulier
pour chacun

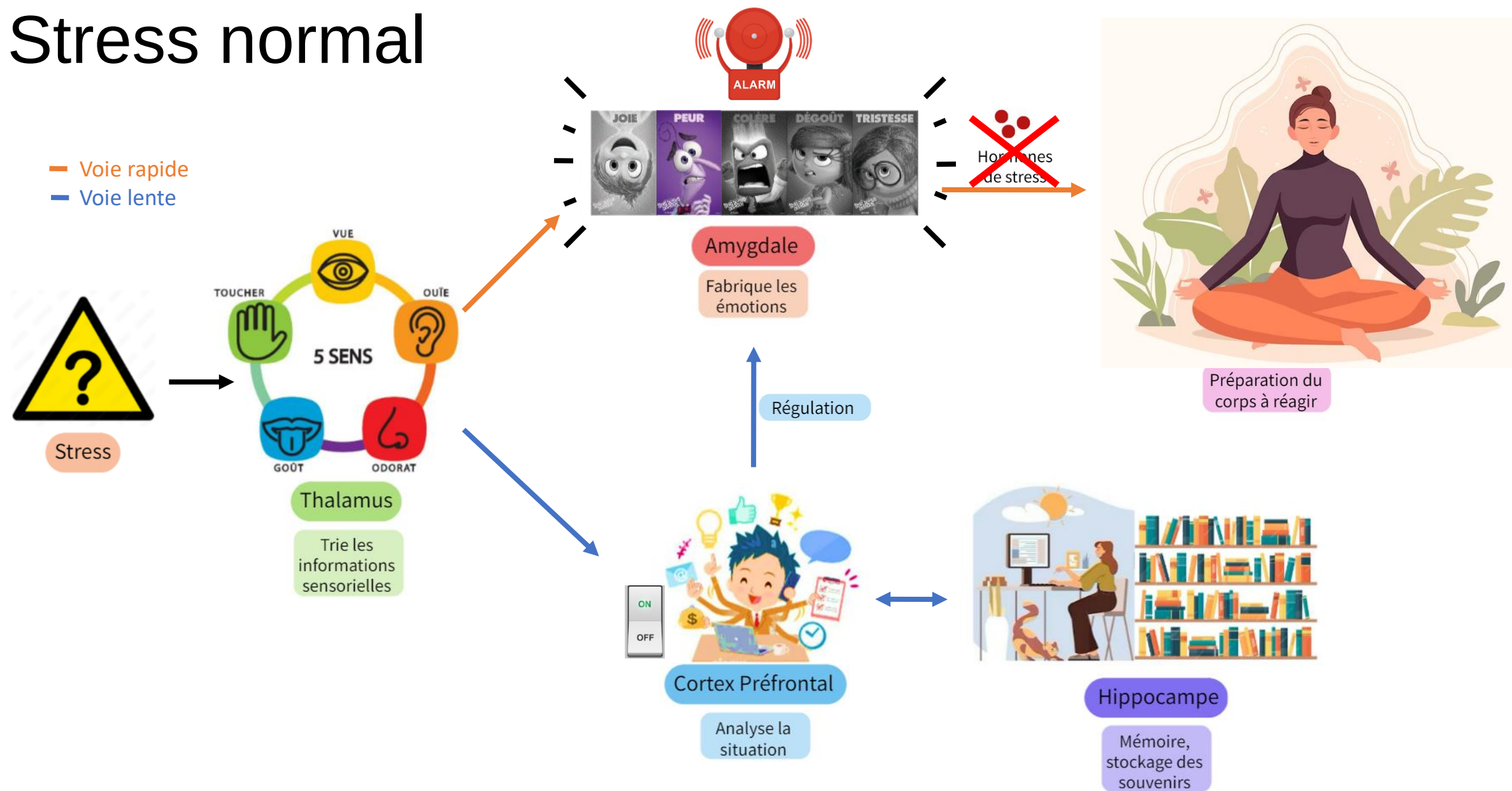
L'état de stress post-traumatique (ESPT)

Typologie d'évènements potentiellement traumatiques

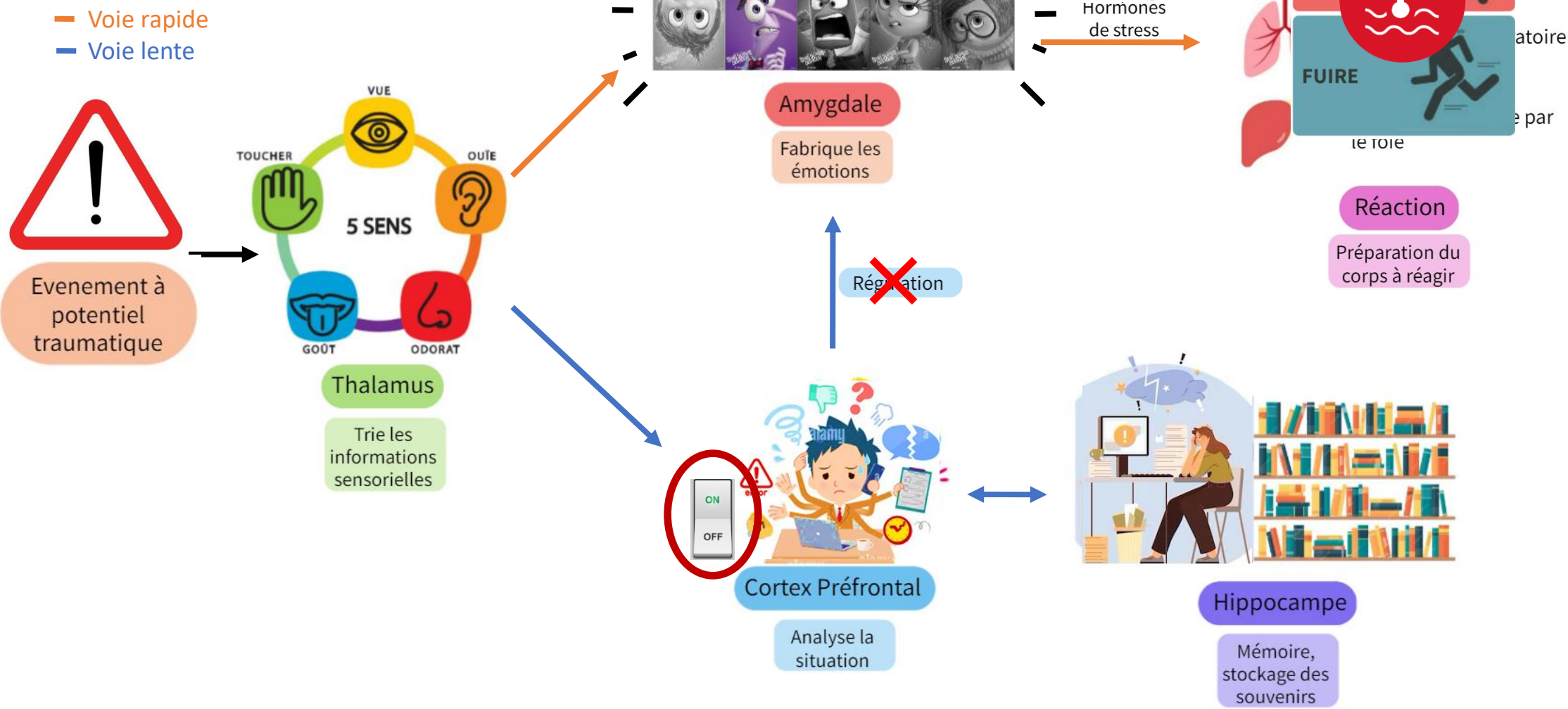
- Accidents sur la Voie Publique,
- Catastrophe naturelle ou technologique,
- Attentats
- Agression – Hold-up – Prise d'otage,
- Viol – Torture,
- Maltraitance – Violence familiale,
- Témoignage de meurtre, de violence sur autrui,
- Découverte de cadavres, restes humains,
- Perte brutale d'un être cher,
- Rescapé indemne, responsable de la mort d'une autre personne,
- Perte de tous ses biens...

Stress normal

— Voie rapide
— Voie lente



Stress traumatique

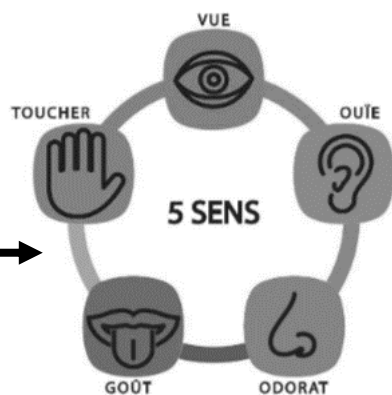


Stress traumatique

- Voie rapide
- Voie lente

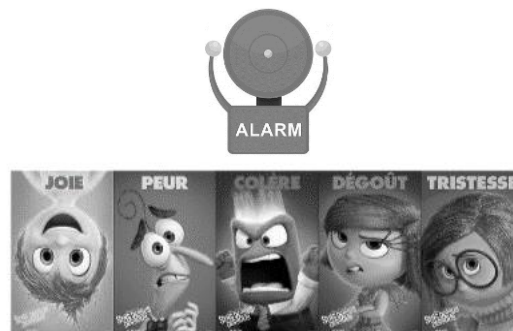


Evenement à potentiel traumatique



Thalamus

Trie les informations sensorielles



Amygdale

Fabrique les émotions

Régulation



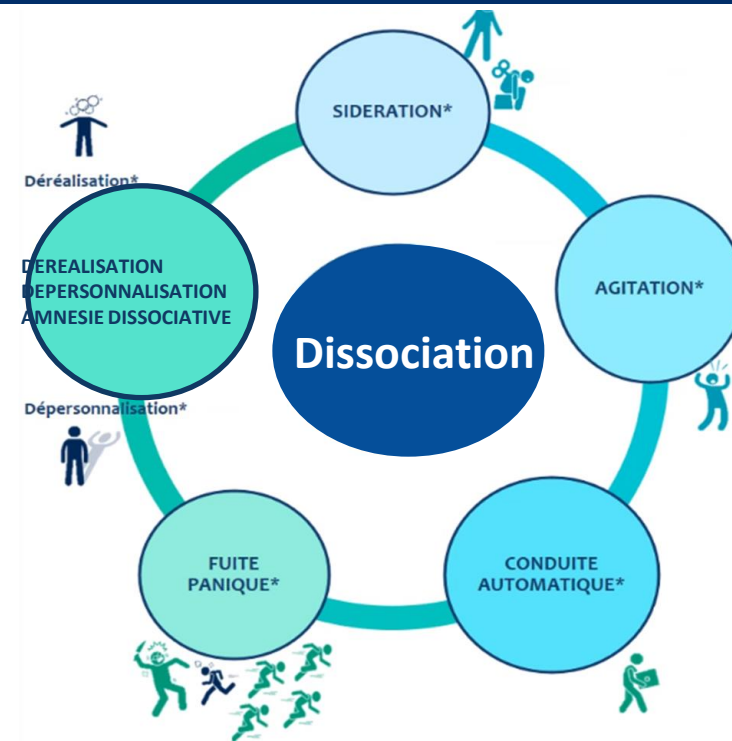
Cortex Préfrontal

Analyse la situation



Hippocampe

Mémoire, stockage des souvenirs



Les facteurs de risque du TSPT

Sujet

- Sexe féminin, âge jeune
- ATCD psy
- Niveau socio-économique et éducationnel bas
- Isolement social
- Stress quotidien

Environnement

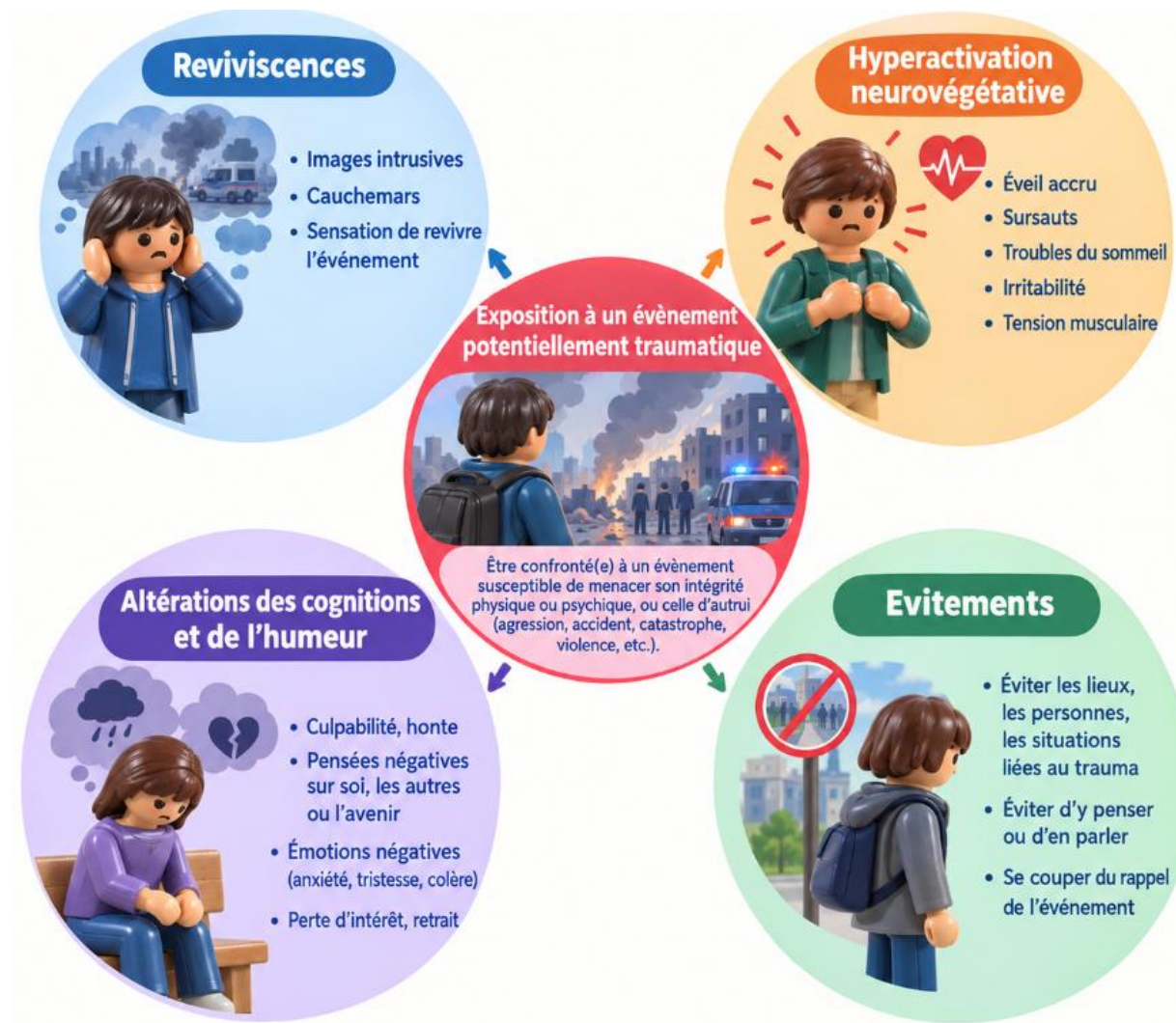
- Proximité de l'événement
- Intentionnalité humaine
- Menace vitale
- Mort ou atteinte grave d'un proche
- Gravité des blessures physiques
- Nombre de morts

Réaction immédiate

- Stress dépassé/dissociation: intensité et durée
- Retard ou absence de prise en charge post-événement

Clinique de l'ESPT dans le DSM5

- Durée > 1 mois
- Adultes, enfants > 6 ans
- Directement exposés
- Perturbation importante du fonctionnement
- Perturbation non liée aux effets d'une substance ou médicament



Les temps d'intervention



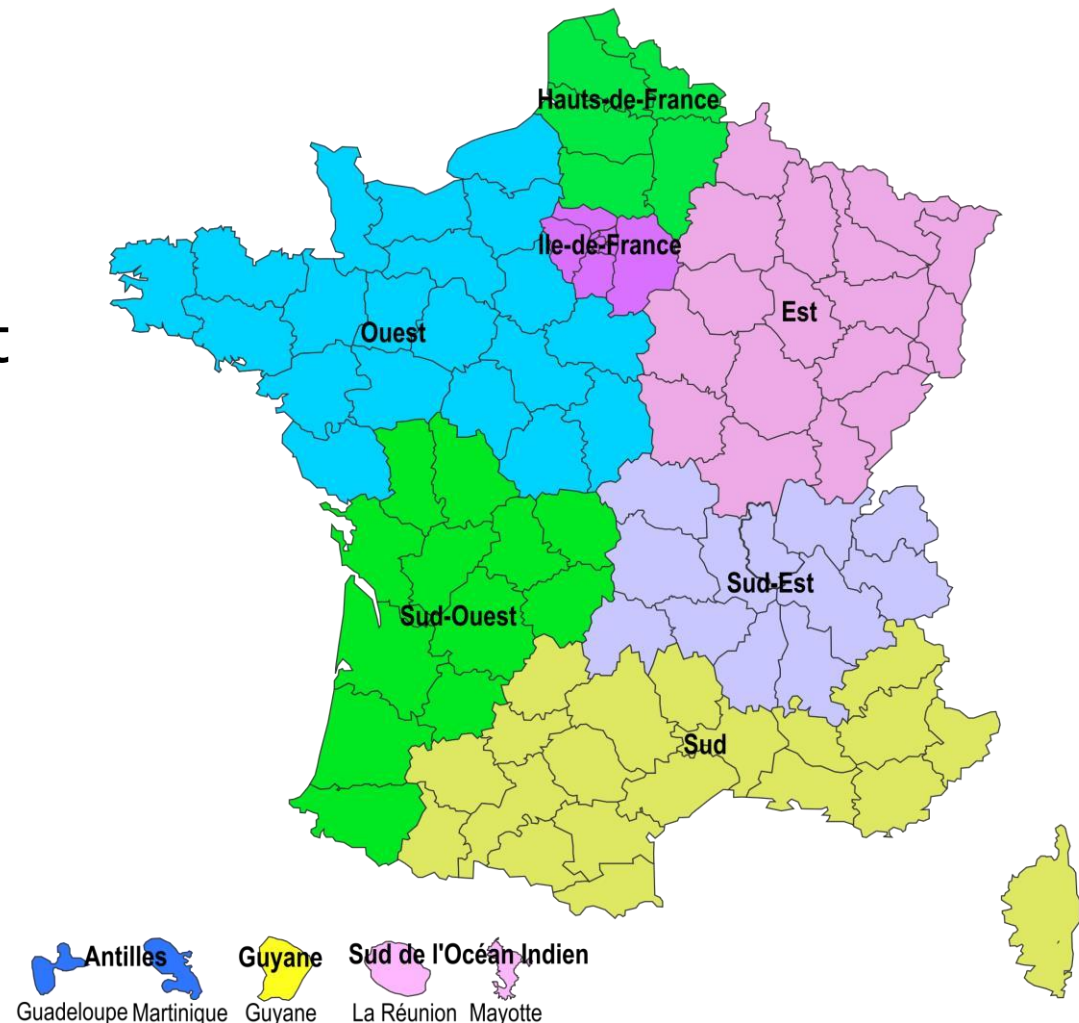
La CUMP du SAMU

Paris, 27/7/1995 :
attentat du metro Saint Michel

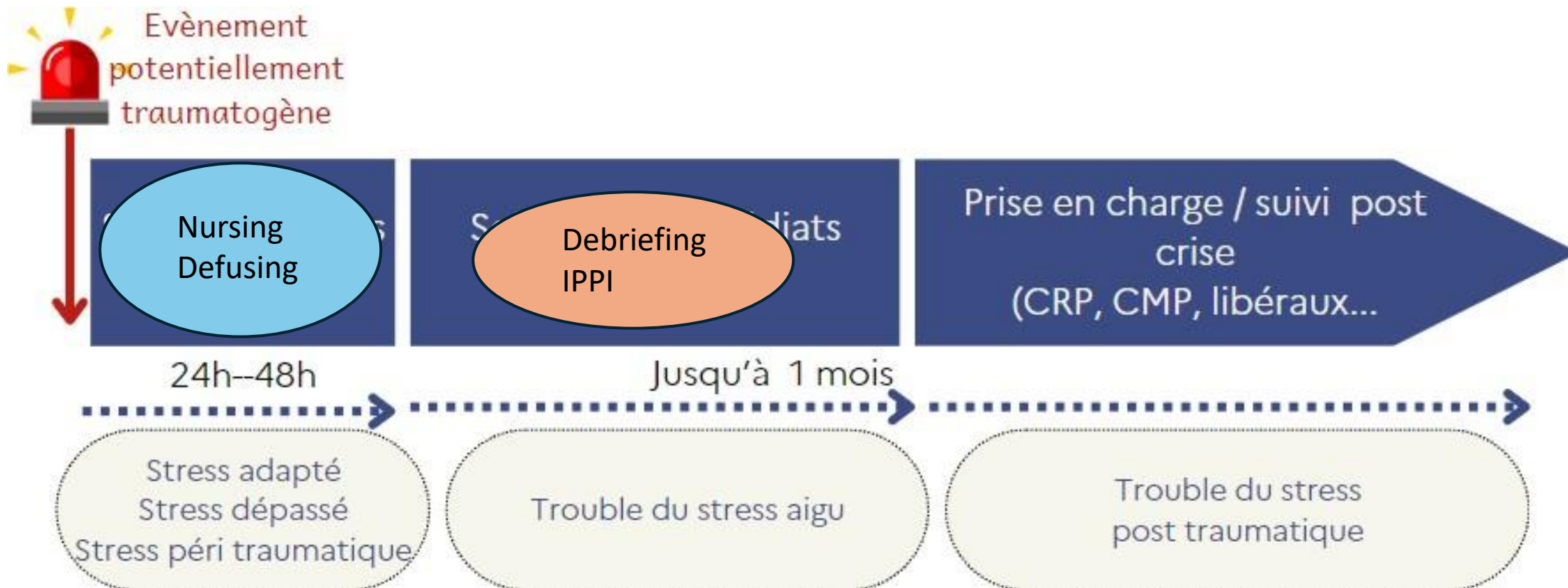


La CUMP du SAMU

- Métropole + DOM TOM
- Référents nationaux
- CUMP zonale, régionale, départementale et départementale renforcée
- Rattachée à un SAMU
-
- Critères de déclenchement :
SAMU / ARS / PREFECTURE
- **1 décès et + de 10 impliqués**



Propositions de prise en charge



Les professionnels peuvent-ils développer un TSPT?



OUI !

- Critères A: définition de l'évènement traumatique
- Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :
 - En étant **directement exposé** à un ou plusieurs événements traumatisants ;
 - En étant **témoin direct** d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
 - En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un **membre de la famille proche ou un ami proche**. *Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'évènement doit avoir été violent ou accidentel ;*
- 4. En étant **exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant** (ex : *premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants*).
- Remarque : **le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.**

#ParoleAuxProfessionnels

Le traumatisme vicariant

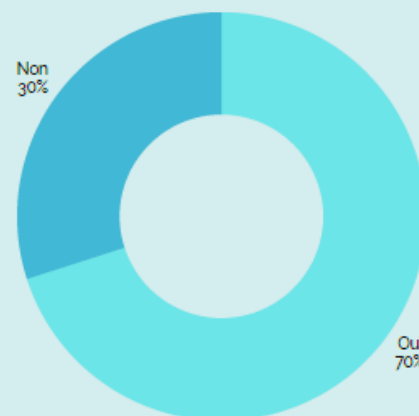
*Les premiers retours
de notre questionnaire*

Délégation interministérielle
à l'aide aux victimes



Un traumatisme qui touche un large public...

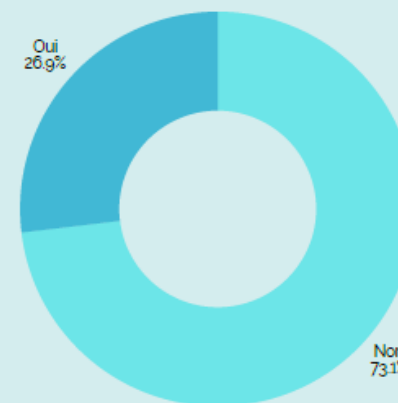
Pensez-vous avoir souffert d'un
traumatisme vicariant ?



7 personnes interrogées sur 10 indiquent
avoir **souffert d'un traumatisme vicariant**
au cours de leur vie.

Un accompagnement encore limité

Avez-vous bénéficié d'un
accompagnement spécifique ?



Environ **trois-quarts des personnes
interrogées** indiquent ne pas avoir
bénéficié **d'un accompagnement
spécifique** sur le sujet.

Qui est concerné?

- Professionnels du soin : Médecins, psychologues, psychiatres, infirmier(e)s
- Professionnels sociaux : Travailleurs sociaux (AS, éducateurs)
- Professionnels de la justice : Magistrats, avocats, jurés, gardiens de prison ...
- Intervenants de 1^{ère} ligne : Policiers, pompiers, réanimateurs, urgentistes, membres
- d'association/ONG de type Croix Rouge / Sécurité Civile ...

- => Les professions exposant à des récits, des situations ou des visions traumatiques et/ou celles dont l'empathie est le ressort.

Un type de professionnel à risque?

- Touche des personnes très engagées dans le travail (perfectionnistes ++)
- Importance primordiale du travail dans la vie et identité de l'individu (sens donné au travail, valeurs qu'il véhicule, éducation++)
- ↑ Engagement car ↑ sentiment d'utilité et accomplissement++ MAIS
- Syndrome d'épuisement professionnel n'est pas qu'« une maladie du battant »
- Différence entre «soigneur »et «sauveur »
- Pas une conséquence inéluctable d'un engagement trop intense au travail

Contexte d'exposition variable

« 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. » *CN2R*

Quel impact de l'exposition ?

- Selon le type d'exposition (direct vs. indirect)
- Selon le type d'événement (intentionnalité humaine ou non)
 - Exemple : violences sexuelles, guerre, attentats VS. catastrophe naturelle
- Rôle de l'empathie dans l'écoute du patient traumatisé
 - Eveil émotionnel (dégoût, peur, honte...)
 - Représentations mentales (visuelles ++)
 - Mimétisme corporel

Le traumatisme vicariant

Travailler avec des victimes d'événements traumatiques confronte le professionnel à une réalité violente

5 concepts pour penser notre rapport aux personnes accompagnées et au traumatisme :

- Le burn out
- La fatigue compassionnelle
- Le traumatisme secondaire
- Le traumatisme vicariant
- Le syndrome de la seconde victime

Le burn out

- Concept le plus ancien (70's)
- Notion d'épuisement professionnel
- Syndrome lié au stress professionnel (pas exclusivement au domaine du soin), 3 dimensions :
 - Sentiment généralisé de fatigue physique et émotionnelle
 - Perte du sentiment d'accomplissement personnel
 - Cynisme, déshumanisation de la relation aux autres
- Facteur de risque : les exigences professionnelles excèdent largement les ressources professionnelles

DU BURN-OUT EN MILIEU MÉDICAL



DANS TON CUUUL!



La fatigue de compassion

- Latin « cum patior » , « souffrir avec »
- Compassion = prédisposition à percevoir et reconnaître la douleur d'autrui, ce qui entraîne une réaction de solidarité active (certains »attachement »à ses patients)
- Concept décrit en 1995 = état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique des soignants dont la compassion est le principal outil de travail
- Signes :
 - Incapacité à ressentir et exprimer compréhension, empathie et soutien
 - Ressenti excessif d'épuisement, de colère et d'irritabilité
 - Stratégies de coping inadaptées (abus alcool, drogues)
 - Difficultés à prendre des décisions pour ses patients



La fatigue de compassion

Facteurs de risques similaires au burn-out

Compassion
Fatigue vs Burnout



- Intensité de la charge de travail
- Temps de repos inadéquat entre 2 services
- Monotonie des tâches
- Manque de contrôle et de satisfaction au travail
- Manque de reconnaissance et faible soutien managérial
- Personnels de soins palliatifs, EHPAD, soins chroniques, IDEL

Le traumatisme secondaire

- Années 80, décrit la contagion du trauma des victimes directes vers leurs proches
- 1995, décrit les symptômes dont peut souffrir le thérapeute au contact de victimes traumatisées :
 - Flashs-back
 - Cauchemars
 - Évitement
- 2012 : le DSM reconnaît comme critère d'exposition traumatique (cf. critère A) le fait de « vivre une exposition répétée ou extrêmes aux détails pénibles de l'événement traumatique »
- Le trauma secondaire est l'ESPT du thérapeute
- Mobilisation de l'empathie = éprouver dans son corps la souffrance de l'autre (8 à 10 heures par jour)

Le traumatisme secondaire

- Les travailleurs sociaux, les personnels de la protection de l'enfance, les soignants de l'armée, les thérapeutes spécialisés en trauma = les plus à risque de souffrir de trauma secondaire
- 15 à 39% de trauma secondaire dans ces populations
- Corrélation entre burn-out et trauma secondaire

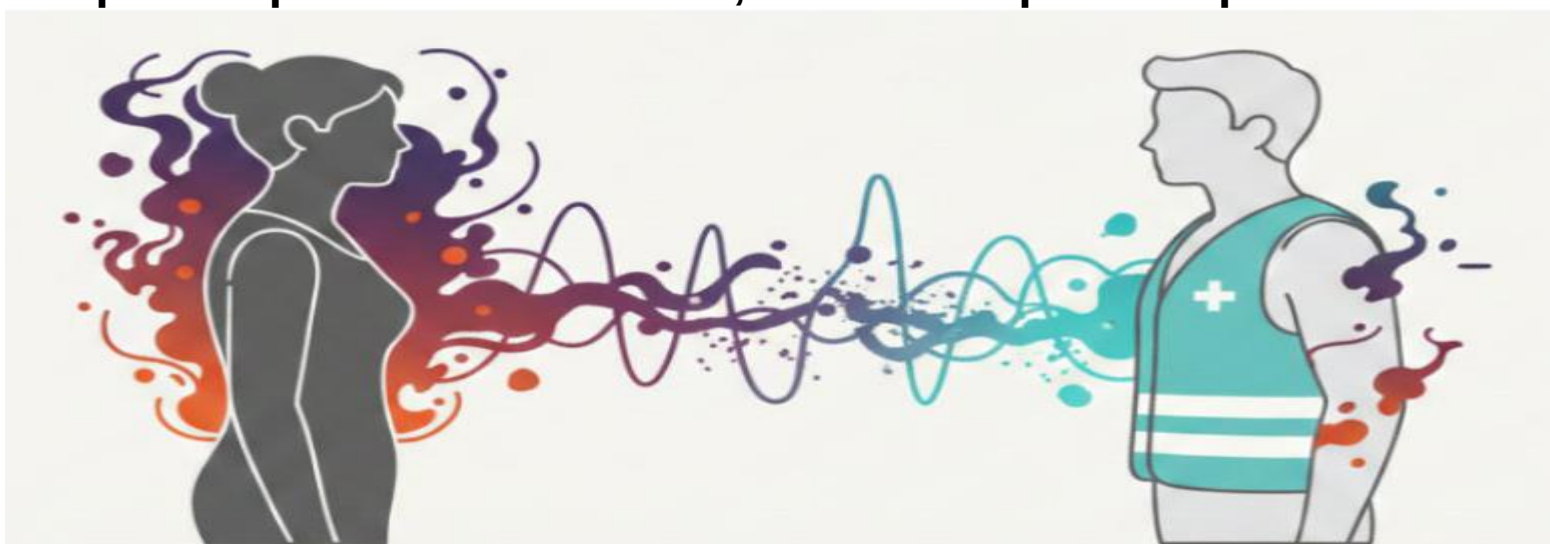
Le traumatisme vicariant

- 1995 « trauma par procuration » / « trauma vicariant »
- « Vicarious » = le fait de vivre l'expérience de l'autre à travers une participation empathique/ la personne est « contaminée » par l'histoire du patient
- C'est le traumatisme du thérapeute, témoin indirect des horreurs vécues par un autre
- Processus de modification profonde de l'identité des thérapeutes en contact régulier avec des personnes psychotraumatisées
- Atteinte de l'Identité, des ressources, de la vision du monde, de l'estime de soi et de la spiritualité
- Ce que vit le professionnel **au travail** impacte ses croyances fondamentales : pardon, justice, espoir, humanité, sécurité, confiance dans les autres, en soi, contrôle



Le traumatisme vicariant

- Le professionnel traumatisé peut devenir distant, froid, non empathique
 - Difficultés à se rassurer et prendre soin de soi-même
 - Perturbation des croyances :
 - Croyance en la sécurité = idée que le monde n'est pas dangereux
 - Croyance en sa propre valeur = auto-dévalorisation
 - Schéma de contrôle = difficultés à contrôler sa vie ou obsession de tout contrôler
 - Tout le système sensoriel du professionnel peut être touché = il peut présenter des flash-back, des cauchemars, des douleurs tout comme les personnes qu'il accompagne.
- = Conséquence pour la personne elle-même, mais aussi pour les personnes accompagnées et pour les équipes**



Le traumatisme vicariant

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).

Pour exemple cette psychologue scolaire qui, à la demande d'une institutrice, reçoit un petit garçon de 4 ans dont le père, en sa présence, a tué la mère à coups de hache avant de se suicider dans une bouffée délirante aiguë. Sans avoir anticipé la violence de ce qu'il pourrait exprimer, elle lui propose un temps de parole au moment de la récréation, trois jours après l'événement : *« Le dragon, il a transformé papa et il a coupé maman en morceaux. D'abord ses doigts, puis après il a essayé de couper la tête, mais maman, elle criait très fort. Il y avait du sang partout et le dragon il criait encore plus fort que maman et il tapait, apait jusqu'à ce que maman elle a perdu sa tête. »* Le petit garçon mime la scène, hurle au moment où il décrit l'assassinat de sa mère puis fond en larmes.

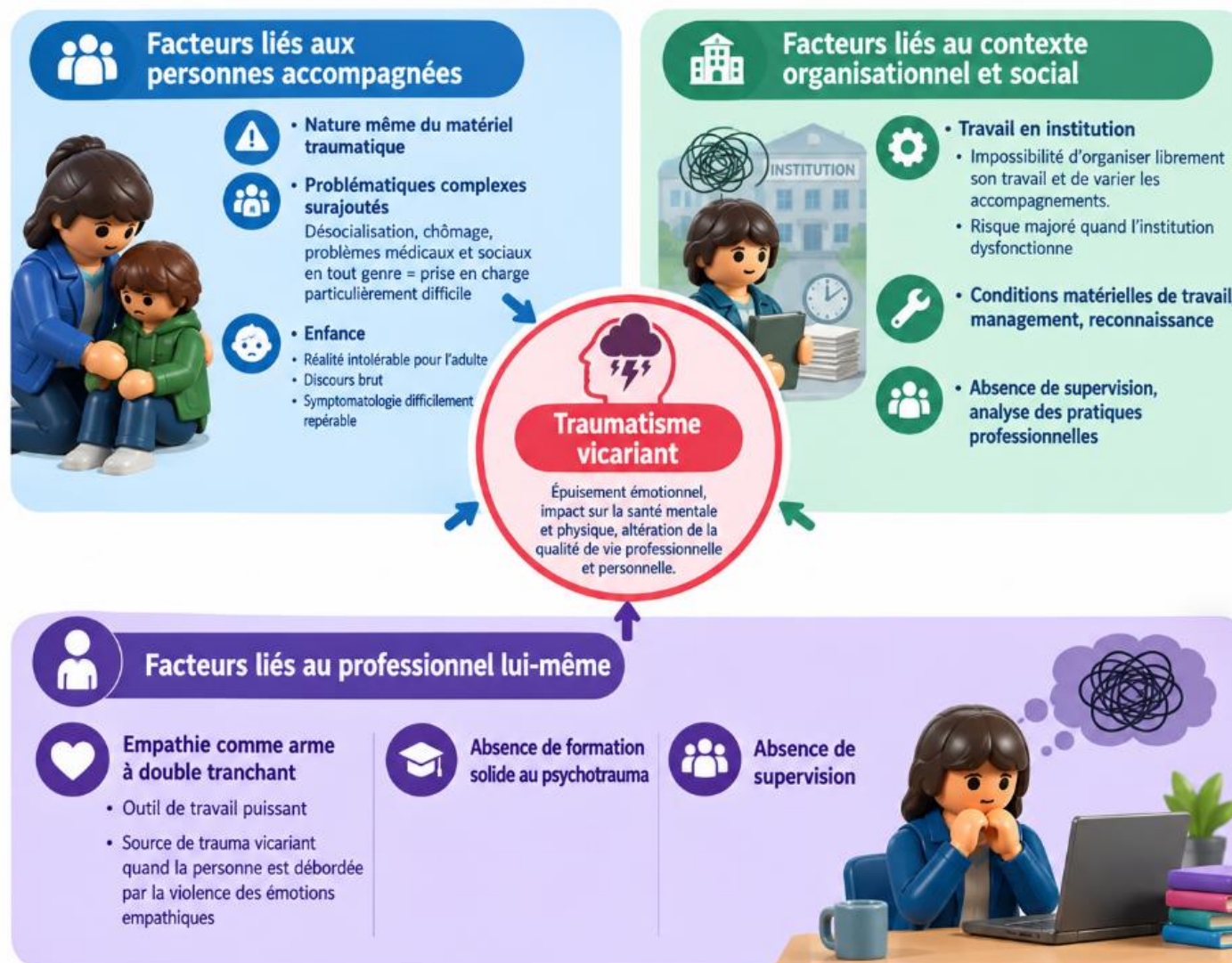
La psychologue expliquera plus tard : *« J'étais prostrée, incapable de parler [...] je ne m'attendais pas à une telle décharge de violence chez un enfant de cet âge [...] il me faisait tellement de peine ! Et en même temps, j'ai eu très peur, car il a bousculé les meubles du bureau, tout mis par terre quand il criait et je n'ai rien pu faire, rien pu lui dire sauf de retourner en classe [...] je ne sais pas combien de temps cet entretien a duré. Le temps était comme suspendu [...] je l'ai ramené dans sa classe sans un mot et je suis retournée dans mon bureau comme si j'avais pris un mur en pleine face [...] je n'ai rien pu faire de la journée, même pas ranger mon bureau. J'étais sidérée. Pendant plusieurs jours, j'ai fait des cauchemars. Je revoyais ce petit garçon, ses cris me réveillaient [...] c'était atroce [...] je n'ai jamais pu le revoir. Je faisais tout pour l'éviter dans la cour et surtout ne pas croiser sa maîtresse. »*

Extrait « Prevenir le traumatisme vicariant » Hélène Romano

Nous pouvons aussi évoquer la réaction d'une pédiatre, lorsqu'une petite fille de 7 ans, à qui elle demandait « *Comment vas-tu ?* », lui explique que son papi lui « *met le zizi dans la zézette et ça pique et ça fait mal [...]* et *après il laisse du jus comme de la colle à papier peint* » (et, simultanément, défait sa culotte et montre son sexe au médecin, qui constate de multiples blessures). Cette pédiatre, qui faisait un examen « de routine », se trouve face à une réalité qu'elle ne pouvait pas anticiper et l'examen clinique de la petite fille ne fait que renforcer le « choc » (pour reprendre l'expression du médecin). « *Je n'avais jamais vu cela. Jamais. C'était immonde, et voir le sexe de cette petite qui sollicitait mon aide en me parlant très calmement de choses atroces m'a bouleversée [...]* je lui ai répété "ça va aller, ça va aller" en ayant bien conscience que ça n'avait aucun sens, mais j'étais incapable de dire autre chose, comme si j'étais un automate [...] dans la journée, je me sentais sale, je passais mon temps à me laver les mains, comme si elle m'avait souillée ; je m'en voulais de penser une telle chose, mais je n'arrivais pas à me raisonner [...] j'avais la nausée, je n'arrêtais pas d'avoir des flashes de son sexe totalement déformé [...] cette consultation m'a poursuivie des années, pendant lesquelles j'évitais de poser trop de questions à mes petits patients, et puis j'ai fini par arrêter le cabinet en libéral pour partir à l'hôpital, où je gagnais beaucoup moins, mais où j'étais sûre de ne pas être seule. »

Extrait « prévenir le traumatisme vicariant » Hélène Romano

Trauma vicariant : facteurs de risque



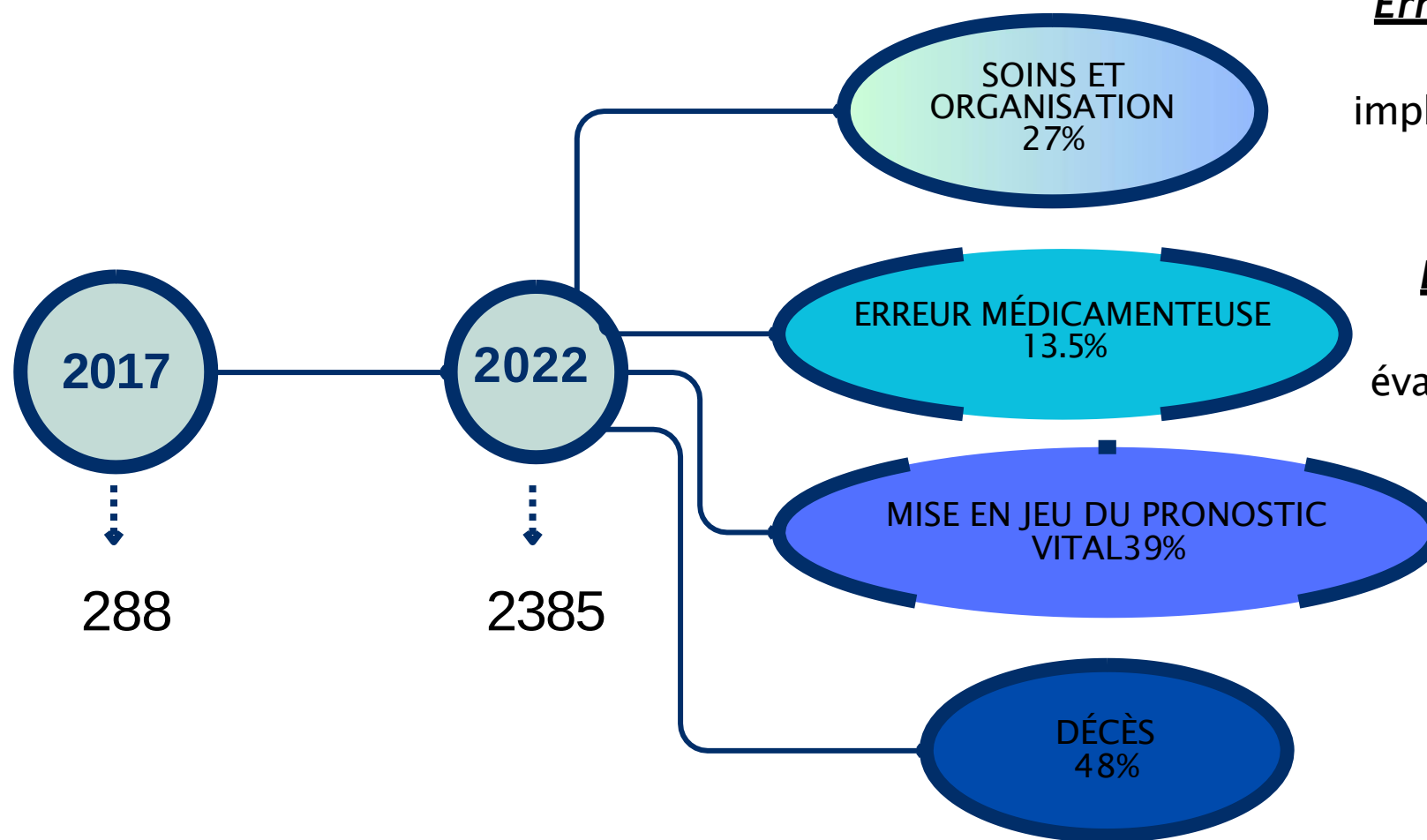
Trauma vicariant : facteurs de protecteurs

- **L'équilibre dans la vie personnelle** : ne pas rentrer dans une logique sacrificielle qui serait source d'épuisement; prendre soin de soi, avoir des activités épanouissantes
- Prêter attention à sa santé et aux **manifestations physiques de l'épuisement**
- Noter son **discours intérieur négatif** (tendance à personnaliser, autodévalorisation...) pour s'en éloigner
- **S'autoriser à changer** de poste, d'institution voire de métier quand on n'y arrive plus
- **Entretenir sa spiritualité** : repérer ce qui nous donne de l'espoir en l'humanité en restant en lien avec ses proches, sa communauté, en lisant, en priant, en méditant...
- **Entretenir l'espoir** et le sens donné à sa vie et à son travail. Garder l'espoir que son travail est utile

Le syndrome de la seconde victime



Les Evènements Indésirables Grave liés aux soins (EIGS)



Erreurs actives : erreurs commises directement par personnes impliquées dans processus de travail (erreur dose)

Erreurs de décision : décision aboutissant à une mauvaise évaluation de la situation (contexte de travail)

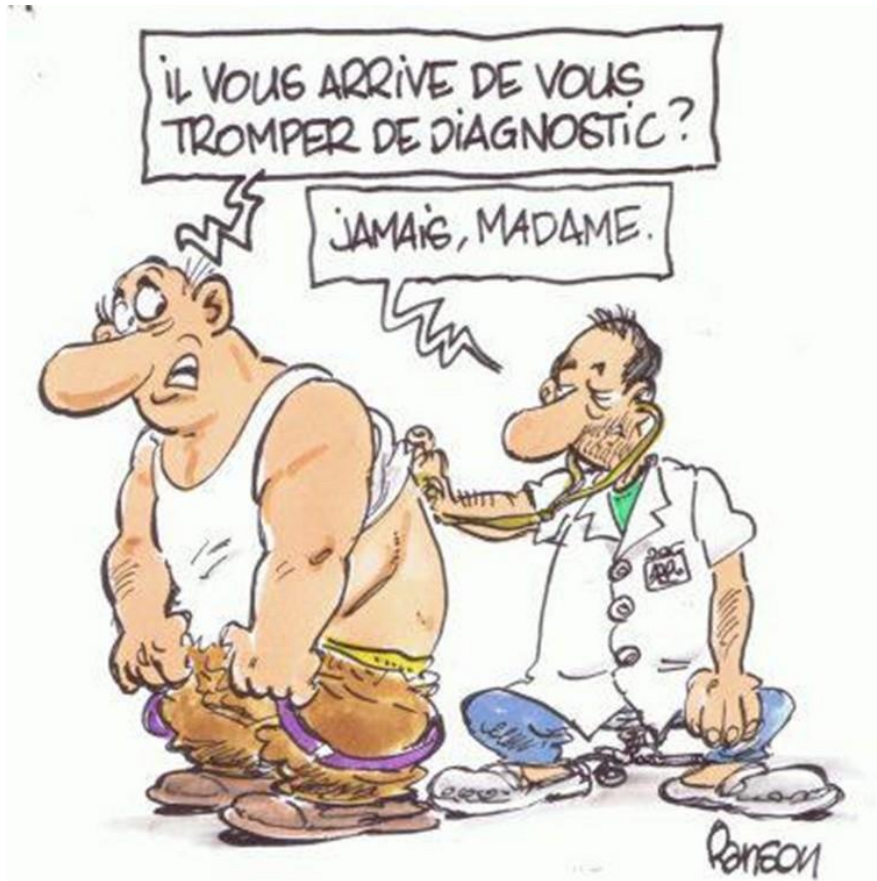


Quand les EI GS impactent les soignants, quelles prises en charge?



<https://www.soutien-seconde-victime.fr/service-2nde-victime-161>

Le syndrome de Seconde Victime : définition



“ Un soignant impliqué et traumatisé par un évènement imprévu et défavorable pour un patient et/ou

une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales ”

Albert Wu

Est-ce un psychotraumatisme ?

OUI !

Etre exposé à un évènement impliquant la confrontation au réel de la mort peut être pourvoyeur de stress et / ou de trauma, induisant des réactions de stress immédiates émotionnelles et comportementales adaptées ou dépassées.

**Le vécu de l'expérience est subjectif
et singulier pour chacun**



Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qui peuvent parfois se produire. Pour chacun des événements, cochez une ou plusieurs cases à droite pour indiquer que : (a) vous l'avez vécu personnellement; (b) une autre personne l'a vécu et vous en avez été témoin; (c) vous avez appris qu'un membre de la famille ou un ami proche l'a vécu; (d) vous avez été exposé dans le cadre de votre travail (par exemple, ambulancier, police, militaire, ou autre premier répondant); (e) vous êtes incertain ou (f) cela ne s'applique pas à vous.

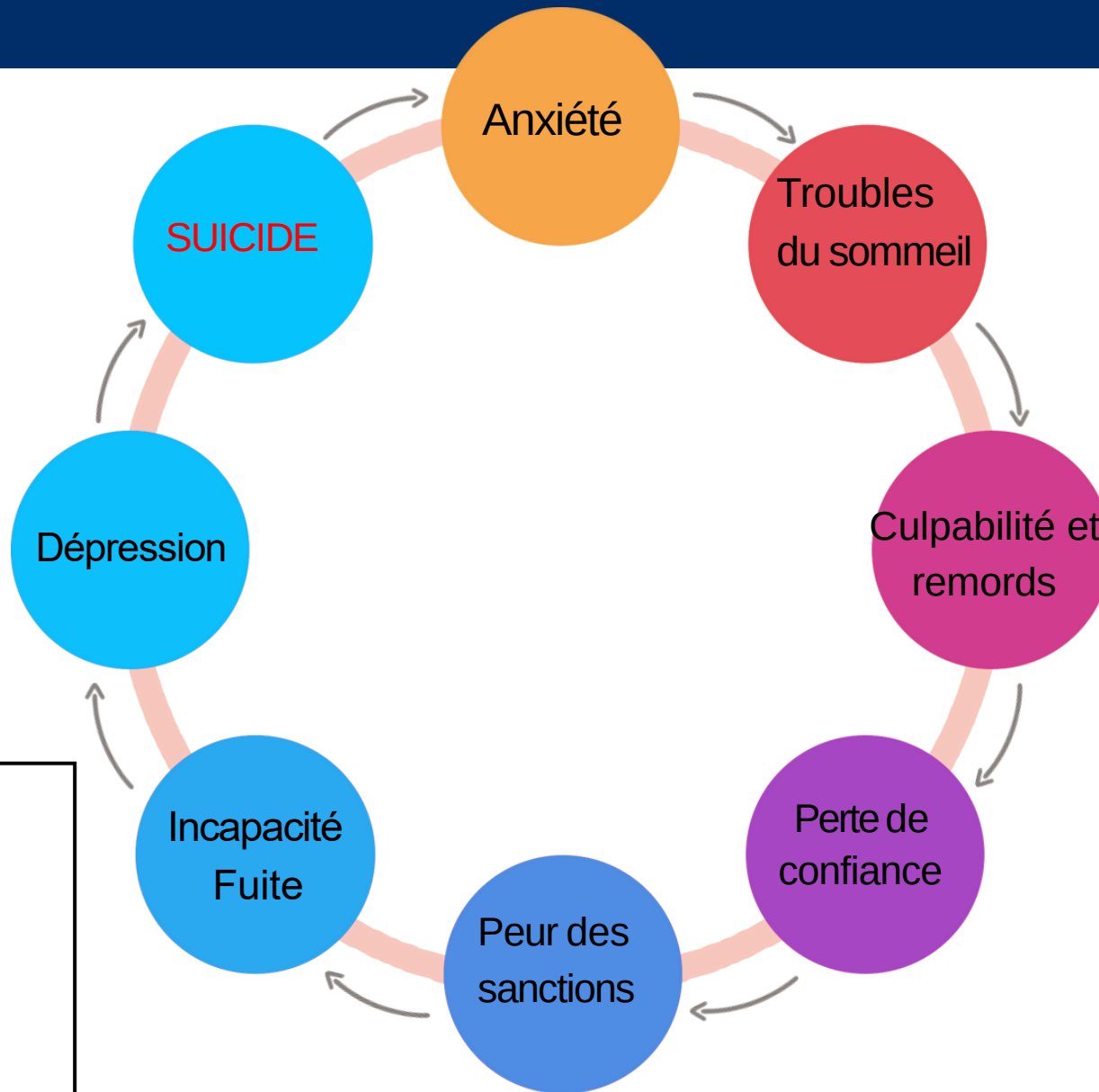
Soyez certain de considérer votre vie entière (votre enfance ainsi que l'âge adulte) lorsque vous progressez dans la complétion de la liste.

Événement	Cela m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris	Fait partie de mon travail	Incertain	Ne s'applique pas
1. Catastrophe naturelle (par exemple, inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre)						
2. Incendie ou explosion						
3. Accident de transport (par exemple, accident de voiture, accident de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion)						
4. Accident grave au travail, à domicile, ou pendant une activité de loisir						
5. Exposition à une substance toxique (par exemple, produits chimiques dangereux, radiation)						
6. Agression physique (par exemple, se faire attaquer, frapper, gifler, recevoir des coups de pieds, se faire battre)						
7. Voie de fait armée (par exemple, se faire tirer dessus, poignarder, menacer avec un couteau, une arme à feu ou une bombe)						
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'effectuer tout type d'acte sexuel par la force ou sous les menaces)						
9. Autre expérience sexuelle non désirée ou inconfortable						
10. Conflit armé ou exposition à une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)						
11. Captivité (par exemple, se faire kidnapper, prendre en otage, incarcarer comme prisonnier de guerre)						
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger						
13. Souffrance humaine sévère						
14. Meurtre soudain et violent (par exemple, homicide)						
15. Décès accidentel soudain						
16. Blessure grave, dommage ou décès que vous avez causé à quelqu'un d'autre						
17. Toute autre expérience ou événement très stressant						

Blessure grave, dommage ou décès que vous avez causé à quelqu'un d'autre



Impact



Même en
l'absence de
conséquences
graves



Quelles stratégies au niveau organisationnel ?

Programmes de soutien

Objectif : rétablissement des individus affectés et augmentation qualité des soins et de l'organisation en général

Éviter une « **troisième victime** »



Empathie ++ de leur collègues car étude montre la priorité du soutien **entre pairs** (Mira et al 2017)

Burlison et al 2017 montrent que 80,5% souhaitent « **discussion avec collègue respecté** »

Nécessité du pair aidant **avant** de voir un spécialiste (psychologue ou psychiatre) pour 92%

Troubles vicariants : les niveaux de prévention



Prévention primaire « à la source »

- Avant l'apparition des contraintes (situation idéale)
 - En fonction de la politique de soins et offre de soins
 - Peut être compliqué dans les métiers de soins, avec enjeux sur les vies humaines, contexte social / problème de temporalité
- Réduire les contraintes avant 1ers symptômes
 - Décisions managériales après évaluation précise
 - Facteurs/Risques/Population touchée/à risque
 - Débriefings systématiques des situations traumas ?
 - Pas pensé sur le schéma organisationnel et mal accepté par les professionnels comme les soignants...

⇒ **Plutôt miser sur l'informel** (salle de pause ; pauses café / cigarettes, vestiaires...)

Prévention secondaire « collective »

- **Limite les conséquences sur la santé** chez le groupe de personnes présentant déjà un stress chronique
- Agir sur les populations à risques
- Programmes de formation, sur la gestion du stress, TOP (par ex : repérage et sensibilisation pour les cadres)
- Débriefings systématiques des situations compliquées (ex : résistance ++ des soignants et non prévu) pour prévenir les traumatismes vicariants
- Analyse des pratiques ou cliniques, partages d'expérience
- Études démontrent que le **soutien social** est le plus rassurant et efficace moyen de prévention (notamment pendant la Covid)

Prévention tertiaire « de réparation »

- « Réparation » individuelle du sujet
- Prise en soins
- Cellules d'écoute
- Suivi par la médecine du travail, psychologues du travail, etc...

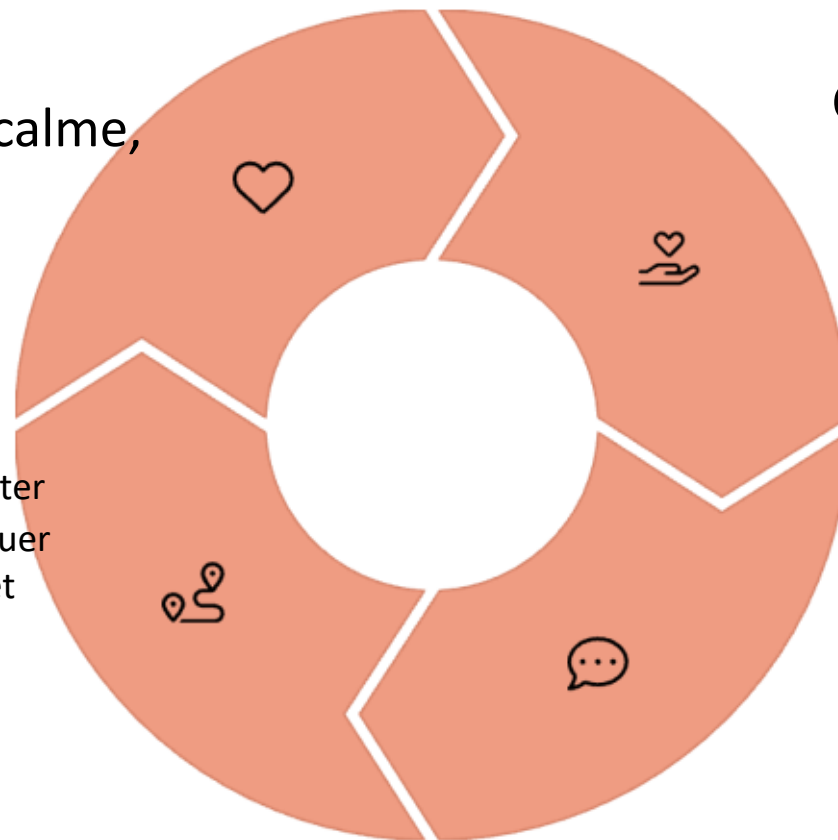
Stratégies au quotidien

- Admettre quand une situation touche
- Partages des histoires de patients/Partage informel/Soutien dans l'équipe
- Supervision/Groupe d'analyses de pratiques professionnelles
- Gérer son agenda ++
 - Maîtriser nombre de patients et répartition
 - Équilibre et variété dans les tâches
- Formations (ex : sur trauma vicariant)
- Autosoins
 - Activités variées, sportives et culturelles dans la vie privée
 - Retour aux sources (lieu sûr aussi pour les soignants)

Prévenir les troubles vicariants : le defusing

Présence rassurante, calme,
sécurisante

Information et Orientation Dépister
et informer sur les symptômes possibles, évaluer
la nécessité de mettre en place un soutien et
informer sur les ressources médico
psychologiques disponibles.



Contenance émotionnelle
Accueillir et normaliser les réactions
émotionnelles immédiates.

Fonction cathartique
Diminuer la tension émotionnelle
Partage des expériences et
expression des inquiétudes
immédiates

Prévenir les troubles vicariants : le defusing



Recontextualisation

« Comment avez-vous vécu l'évènement?
Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là? »



Réassurance

« Les symptômes que vous décrivez sont normaux après un tel évènement. C'est ce que vous avez vécu qui n'est pas normal. »



Renforcement empathique

« Je comprends, vous avez vécu quelque chose de terrible... »



Validation du vécu

Reconnaître la souffrance sans minimiser ni dramatiser l'expérience traumatique.

Defusing : les pièges à éviter



Ne pas sous-estimer



Proposer sans harceler

Ne pas être intrusif.



Ne pas déculpabiliser ni dédramatiser



Respecter les silences

Ne pas forcer la parole ou trop parler.

Conclusion

- Fatigue de compassion / Burn out / trauma secondaire / trauma vicariant/SSV = réactions émotionnelles en lien avec le vécu professionnel
- Spécificité du trauma vicariant = changement profond de son identité
- Importance de veiller aux facteurs de risque et de protection tant au niveau individuel, qu'au niveau organisationnel.
- Supervisions, APP, formation continue = pierre angulaire / favoriser un cercle vertueux favorisant l'épanouissement professionnel, le sentiment d'appartenance, de compétences et d'efficacité dans l'aide apportée aux jeunes

Bibliographie

Bourgault, R. (2013). 37. Trauma vicariant, trauma secondaire. Dans : Marianne Kédia éd., *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie: En 49 notions* (pp. 258-263). Paris: Dunod.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (2019). 14. EMDR et vicariance du psychotraumatisme. Dans : Cyril Tarquinio éd., *EMDR* (pp. 177-185). Paris: Dunod.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (2017). Chapitre 25. Les traumatismes vicariants. Dans : , C. Tarquinio, M. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane-Coste, J. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann (Dir), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 269-278). Paris: Dunod.

Kédia, M. (2020). 51. Trauma vicariant. Dans : Marianne Kédia éd., *Psychotraumatologie* (pp. 513-521). Paris: Dunod.

Romano, H. (2021). Prévenir le traumatisme vicariant. *L'école des parents*, -, 42-45.