



bip

n° 66
Printemps 2026

LE BULLETIN D'INFORMATION DES PROFESSIONNELS

SOMMAIRE

DOSSIER

Transfert des souffrances: comment faire face au trauma vicariant p. 2

SOIGNER

Quels protocoles, quelles solutions? p. 5

TÉMOIGNAGE

« Si je pars, ce sera à contre-cœur » p. 6



GRUPE SOS SOLIDARITÉS
94-102, rue de Buzenval - 75020 Paris
01 44 93 29 29 • arcat-sante.org

É D I T O

La notion est encore mal connue, même si elle a été mise en exergue par des chercheuses en psychologie depuis le début des années 1990. Le traumatisme vicariant, copier-coller de la souffrance de personnes dont on a la charge sur le plan professionnel, concerne en premier lieu les soignants. Mais pas seulement. Toutes les professions en contact avec des personnes présentant des traumatismes peuvent être touchées.

Répandu, il est toutefois évitable, principalement grâce au protocole de supervision, quand le professionnel fait de l'analyse de sa pratique avec un psychiatre ou un psychologue. Il est aussi facilement guérissable, grâce à la thérapie EMDR.

L'enjeu est donc bien de poursuivre l'information des professionnels concernés, notamment au-delà des milieux médicaux, pour que le traumatisme vicariant soit le plus rapidement identifié chez les professionnels qui en souffrent.

SYLVIE FAGNART

FAIRE FACE AU TRAUMA VICARIANT

Sorte de souffrance par procuration, en lien avec la relation empathique, le traumatisme vicariant concerne tous les métiers où l'écoute des victimes est au cœur de la pratique professionnelle. Il emporte pour conséquence de transformer la vision du monde du professionnel.

SYLVIE FAGNART

Lise Gailhoustet est psychologue au Centre régional du psychotraumatisme de Paris Centre et Sud (CRPPCS). Son quotidien professionnel est tissé des traumatismes divers et nombreux des patientes et patients qu'elle suit. « À force d'avoir accompagné de nombreux accidentés de la voie publique, je présente des symptômes. Leurs récits produisent des effets sur ma façon de percevoir le réel. Je ne suis pas tranquille sur l'autoroute, je m'inquiète de ce qui pourrait arriver quand je suis en voiture. Ce sont typiquement des symptômes vicariants », déroule-t-elle.

Ces symptômes sont induits de manière indirecte. Elle explique: « Ce n'est pas vous qui vivez un tel événement mais vous le vivez de façon indirecte, à force d'entendre le discours du patient et en raison de l'empathie dans la prise en soin et l'implication que vous y

mettez. L'empathie peut se retourner d'une certaine manière et si vous ne prenez pas soin de vous, vous allez être happé par le symptôme. »

La classification des troubles présentée par l'association américaine de psychiatrie, le DSM-5, datant de 2013, voit ainsi comme facteur déclencheur du trouble de stress post-traumatique (TSPT): « Une exposition répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (par exemple les premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police

qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants) ». Ce critère précise qu'il « 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 ».

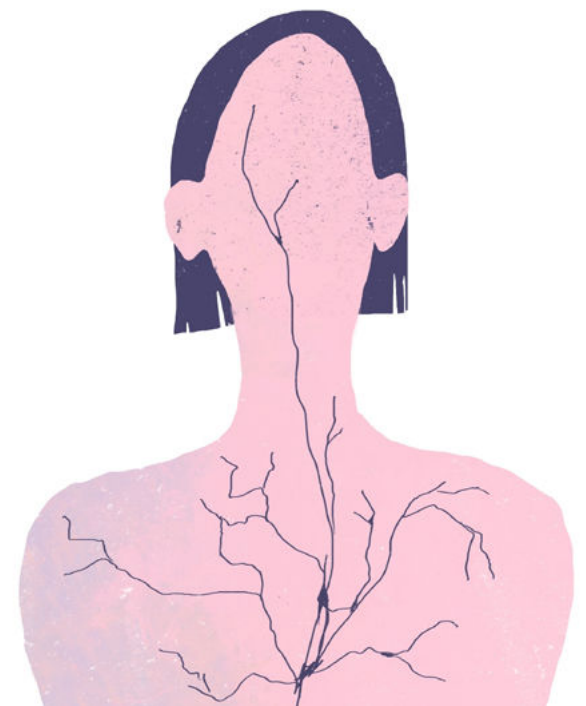
TRANSFORMATIONS DURABLES

Ce sont deux psychologues américaines, Lisa McCann et Laurie Anne Pearlman qui, les premières, posent une définition du traumatisme vicariant, en 1990. Vicariant, du latin *vicarius*, remplaçant ou suppléant.

Avec cette notion, elles traduisent « des transformations durables et cumulatives des schémas de sens du clinicien au contact empathique des traumatismes d'autrui », rappelle Maude Marillier, chargée de mission coordination au CRPPCS et autrice d'un article sur le sujet. En clair, le professionnel en contact avec une personne présentant un traumatisme peut se mettre à ressentir les mêmes symptômes que cette personne.

La notion sera développée ensuite par Laurie Anne Pearlman et Karen Saakvitne. Elles démontrent que l'empathie du professionnel est au cœur du processus. Cette empathie s'avère essentielle chez les thérapeutes. Selon les travaux d'un autre chercheur en psychologie et

CE N'EST PAS VOUS QUI VIVEZ UN TEL ÉVÉNEMENT MAIS VOUS LE VIVEZ DE FAÇON INDIRECTE





«UN PARTAGE AFFECTIF
NON CONSCIENT
ET AUTOMATIQUE AVEC
AUTRUI»

neurosciences comportementales, Jean Decety, elle se compose de deux éléments: «un partage affectif non conscient et automatique avec autrui» et «la nécessité de supprimer ou réguler temporairement et consciemment sa propre perspective subjective pour se mettre à la place de l'autre sans perdre son identité».

Dans le cas d'un trauma vicariant, «le soignant ressent l'intensité de la relation mais ne conserve plus sa capacité à penser dans le soin», explique Nicolas Desbiendras, psychologue clinicien, praticien EMDR et docteur en psycho-linguistique.

COPIER-COLLER DE L'ATTITUDE

Illustration proposée par le psychologue: «Un thérapeute qui suit beaucoup de personnes endeuillées peut éprouver des symptômes de deuil et de perte.» De la même manière, un soignant dont les patients présentent des symptômes dépressifs peut commencer à développer des symptômes d'aboulie.

Il s'agit d'imprégnation, une «imprégnation qui vient des patients, de leurs propres croyances, souffrances qui vont s'infiltrer vers le thérapeute», développe Nicolas Desbiendras, qui estime que néanmoins, «le terme d'éponge n'est pas juste parce qu'il y a des manières de s'en protéger. Il s'agit plutôt d'une sorte de copier-coller de l'attitude du patient qui va se mettre sur le thérapeute.» Jusqu'à modifier sa vision du

monde! Les professionnels qui ont pris en charge les victimes de la vague d'attentats en France en 2015 et 2016 ont pu ainsi considérer qu'ils et elles n'étaient plus en sécurité dans leur pays.

Difficile toutefois de cerner l'élément déclencheur, ce qui fait aussi que le diagnostic met parfois du temps à être posé, parce que le trauma n'est pas identifié clairement. «Pour les soignants libéraux qui accompagnent des patients très différents, cela complique encore la situation», détaille Nicolas Desbiendras, parce que le nombre de possibilités empêche de mettre le doigt sur un moment problématique.

«**Il n'y a pas de prérequis** pour avoir un vicariant», pose le psychologue. Si certains parcours peuvent accroître le risque, comme le fait d'être soi-même survivant d'un traumatisme ou «si le récit du patient attrape un contexte signifiant chez le soignant», ce n'est pas systématique. «Souvent le trauma naît d'un récit étonnant, incroyable, qui bouleverse notre appréhension du monde», pointe le spécialiste.

PROFESSIONS DE L'ÉCOUTE

Les professionnels du soin, au premier rang desquels les soignants spécialisés dans la santé mentale, constituent la principale population qui risque d'être atteinte par un traumatisme vicariant. Mais ils ne sont pas les seuls. «Le vicariant concerne finalement toutes les professions de l'écoute, si l'écouté est lui-même atteint par un trauma», résume Maude Marillier.

Au Centre régional du psychotraumatisme de Paris Centre et Sud (CRPPCS) consultant ■■■

par exemple des avocats, défenseurs des victimes d'attentats. « Ils présentent de très nombreux syndromes vicariants, comme l'évitement des transports en commun ou l'anticipation des sorties en urgence, dans une salle de concert ou une salle de cinéma », déroule Lise Gailhoustet. Leurs résultats au PCL-5, l'instrument de mesure qui estime 20 symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) « sont exactement les mêmes que ceux de leurs clients, comme s'ils avaient été eux-mêmes victimes ».

Les métiers du droit font partie des populations professionnelles particulièrement touchées. Parfois sans s'en rendre compte. « J'ai rapidement identifié des syndromes vicariants chez les juristes de notre association, sans qu'elles soient conscientes d'avoir été touchées », rapporte la psychologue du Centre d'informations sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) d'Eure-et-Loir, Margaux Riquet.

ENCAISSER LES RÉCITS

Pâmela Messias Arantes, juriste au centre Primo Levi, qui accompagne les personnes exilées, a vu aussi, dans son quotidien, l'impact des récits de celles et ceux dont elle accompagne la demande d'asile. « Je faisais des rendez-vous très longs, pour obtenir un maximum d'informations pour nourrir la demande. Mais, cette durée est apparue très lourde pour moi, qui sortais épuisée. »

Elle bricole, soutenue en cela par son équipe. « Je me suis mis des limites, en raccourcissant,

par exemple, le temps de certains rendez-vous », raconte-t-elle. Sa stratégie : évaluer sa possibilité d'encaisser les récits. Et suggérer à la personne accompagnée de consacrer le rendez-vous du jour à des moments moins poignants que d'autres. « Souvent les personnes veulent commencer par la partie traumatique de leur parcours, parce qu'elles pensent que c'est le plus important pour nourrir leur demande d'asile. De mon côté, j'avais tendance à les entraîner dans une présentation plus générale, pour produire du contexte. Mais aussi parce que c'était une façon de me protéger. »

Cette attention à sa capacité à entendre lui permet d'envisager désormais une reconversion professionnelle vers la psychologie. « Je me suis progressivement rendue compte que j'étais plus intéressée par l'écoute que le juridique », explique-t-elle.

Parmi les professionnels concernés, également des journalistes « revenant de zones de guerre ou ayant enquêté sur les violences sexistes et sexuelles », pointe Lise Gailhoustet, mais aussi des policiers. D'autres professions ne sont pas encore clairement identifiées comme à risques, tels que les interprètes de justice. Depuis peu, les assistants sociaux du CRPPCS ont été intégrés au protocole de prévention du traumatisme vicariant. ●

LES PROFESSIONNELS
DU SOIN CONSTITUENT
LA PRINCIPALE
POPULATION QUI RISQUE
D'ÊTRE ATTEINTE

BURN OUT, TRAUMA SECONDAIRE, QUELLES DIFFÉRENCES ?

Le traumatisme vicariant n'est pas la seule affection qui peut concerner les soignants, en première ligne, mais tous les professionnels conduits à fréquenter des victimes d'événements traumatiques. La confusion peut survenir avec ces autres troubles, comme, par exemple, le burnout, « une réaction provenant de notre manière de vivre notre travail et à notre sentiment personnel vis-à-vis de ce dernier », définit Nicolas Desbiendras, psychologue clinicien et praticien EMDR. Le burnout est généralement lié à une sensation d'épuisement professionnel, couplé à un sentiment de surcharge de travail. Dans ce cas de figure, le professionnel a l'impression qu'il se soucie moins des personnes dont il s'occupe, comme par « coupure émotionnelle ».

L'usure de compassion se rapproche fortement du burnout, notamment sur ce dernier aspect.

Le trauma secondaire constitue, pour sa part, une « réaction traumatique face à une information spécifique donnée

par le patient », détaille le psychologue. Il se manifeste par les symptômes classiques de trouble de stress post-traumatiques, parmi lesquels les symptômes intrusifs (flashback, cauchemars, idéations obsédantes), les symptômes d'évitement, les symptômes de modification de cognition et d'humeur (croyances négatives sur soi et les autres, le monde, humeur pseudo dépressif, irritable, etc.) et enfin les symptômes de modification dans l'éveil et la réactivité : hyperactivation avec hypervigilance et état de « qui-vive » ou à l'inverse hypo-activation avec état de torpeur et de ralentissement psychomoteur.

Au contraire du burnout, phénomène progressif, dont le développement est parallèle à l'épuisement de la personne concernée, les traumas vicariant et secondaire ont la particularité d'apparaître subitement, activés par un moment ou événement.

SYLVIE FAGNART

QUELS PROTOCOLES, QUELLES SOLUTIONS ?

Le traumatisme vicariant se soigne de manière efficace. Le défi se situe en amont, dans l'identification du mal, qui passe encore sous les radars, en particulier dans les milieux non-médicaux.

SYLVIE FAGNART

«**La plus grande difficulté**, c'est d'identifier ce qui s'est passé», souligne Nicolas Desbiendras, praticien EMDR et psychologue clinicien. Les symptômes du trauma vicariant s'approchent d'autres types de traumatismes ou d'autres troubles de la santé mentale. L'enjeu tient dès lors principalement à son diagnostic. En effet, la particularité du trauma vicariant réside dans une sorte

de transposition des symptômes d'une personne victime vers le professionnel qui le prend en charge. «Une fois que ce trauma est identifié, il faut tout de suite prendre contact avec son thérapeute», conseille Nicolas Desbiendras. «Ensuite, c'est relativement facilement à résoudre, parce qu'on traite

des choses qui n'appartiennent pas à la personne, mais à celle qu'elle suit», estime le praticien.

C'EST RELATIVEMENT FACILEMENT À RÉSOUDRE, PARCE QU'ON TRAITE DES CHOSES QUI N'APPARTIENNENT PAS À LA PERSONNE

L'EMDR, UNE THÉRAPIE PARTICULIÈREMENT PUISSANTE

Relevant de la famille des traumatismes, le trauma vicariant se soigne via la thérapie de l'EMDR, «particulièrement puissante en la matière», remarque Lise Gailhoustet, psychologue au Centre régional du psychotraumatisme de Paris Centre et Sud (CRPPCS). L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, soit en anglais *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), poursuit l'objectif de «réduire l'impact émotionnel des souvenirs pathogènes et à améliorer les mécanismes d'adaptation de l'individu», selon son site officiel en France. La méthode prévoit aussi un protocole spécifique pour les soignants, le *self care protocole*.

PROCESSUS DE RÉCUPÉRATION

Mais avant l'identification et la thérapie, soit le processus de récupération, il existe des moyens d'éviter d'être atteint par un traumatisme vicariant, en protégeant le professionnel. «Avec un principe de base: la bonne santé mentale du soignant ne réside pas dans le fait de ne pas être touché mais plutôt de s'apercevoir qu'on est atteint», pose avec force Nicolas Desbiendras.

Pour maximiser ses chances de l'éviter, une bonne connaissance des mécanismes des psychotraumatismes constitue une base. «On peut aussi cultiver ses ressources personnelles. D'une part, en ne faisant pas de son métier l'essentiel de sa vie, en ayant une vie en dehors du travail, pour retrouver ses repères, grâce aux liens sociaux et aux loisirs», recommande Nicolas Desbiendras, qui conseille aussi de nourrir sa culture professionnelle, d'autre part, en multipliant les lectures et en fréquentant les colloques sur le sujet.

Le principal traitement préventif reste ensuite la supervision régulière, avec un psychiatre ou un psychologue, spécialisé dans l'analyse des pratiques professionnelles.

EFFICACITÉ DU PROTOCOLE

Au CRPPCS, un travail de suivi de l'équipe dédiée aux psychotraumas, dont le docteur Maude Marillier a tiré [un article scientifique](#), a permis de mettre en évidence l'efficacité d'un protocole mis en place dans le service. Ce dernier était constitué d'une plaquette de prévention, d'auto-évaluations psychométriques mensuelles ainsi que des réunions de supervision bimestrielles. ●



« SI JE PARS, CE SERA À CONTRE-CŒUR »

Psychologue, Margaux Riquet travaille depuis plus d'un an dans une association prenant en charge les femmes et les enfants victimes de violences intrafamiliales. Pour combien de temps encore, alors que rien ne protège les professionnels.

SYLVIE FAGNART

Dans un CIDFF, Centre d'informations sur les droits des femmes et des familles, l'une des principales associations de terrain luttant contre les violences intrafamiliales, le traumatisme vicariant est une évidence. « Nous recevons des femmes présentant la majorité des fois des syndromes de stress post-traumatique, avec des charges émotionnelles très importantes. Nous sommes souvent les premières personnes à recevoir leurs mots. À force, tous les jours, sept heures par jour, ça expose et ça laisse des traces émotionnelles qui se cumulent et qui progressivement nous submergent », retrace Margaux Riquet.

Ces récits atteignent la vision du monde des permanents du CIDFF. « On ne voit que cette violence. Cela nous conduit à penser qu'elle est présente partout, tout le temps », rapporte-t-elle. D'autant en plus en tant que femme, prenant en charge des victimes de violences sexistes, dans une société patriarcale.

DES DIFFICULTÉS MATÉRIELLES

Pour la psychologue, l'irruption du trauma vicariant dans son quotidien professionnel n'est

pas une surprise. Ce n'est pas au cours de sa formation initiale qu'elle a acquis des connaissances sur le sujet mais grâce à « l'autoformation et, surtout, par le réel, l'expérience qui conduit à aller chercher ce qui se passe ».

Pas de déni, donc mais des réelles difficultés matérielles pour y faire face. « Pendant un temps, j'ai eu recours à une psy, pour une supervision individuelle, très soutenante parce qu'elle faisait de l'analyse de pratiques et qu'elle avait elle-même travaillé dans une association du même genre. Mais je devais la payer moi-même et aujourd'hui, je ne peux plus », témoigne-t-elle. Elle déplore que la nécessité pour celles qui accompagnent les femmes et les enfants victimes de violences de « déposer » ses ressentis dans un espace sécurisé reste à la charge des professionnels, « alors même que nous sommes déjà sous-payées ».

DURÉE LIMITÉE

Des conditions matérielles qui expliquent le turnover très régulier qui touche le secteur. « Au CIDFF, les psys ont une durée limitée », constate-t-elle avec tristesse. De son côté, dit-elle, « si je pars, ce sera à contre-cœur ». « Je suis lucide, je ne peux pas mettre en jeu ma santé mentale. Ce qui rend ma décision très difficile, c'est que je ne veux pas arrêter parce que le travail ne me convient pas ou parce que je subis de la maltraitance institutionnelle. Au contraire, j'ai autour de moi une équipe extraordinaire, vraiment bienveillante. Pourtant, je pense à partir pour me préserver. Parce que rien n'est prévu pour nous protéger de notre boulot. » ●

Le Bip, bulletin d'information pour les professionnel·le·s sanitaires et sociaux de l'entreprise, RH et membres de CSE est une publication semestrielle, gratuite, portant sur la santé au travail. Elle vous est adressée par l'association Arcat, membre du Groupe SOS, avec le soutien de la Direction générale de la santé. Association historique de lutte contre le VIH/sida, Arcat agit pour la santé et l'accès aux droits des personnes confronté·e·s à la précarité, à l'isolement, aux discriminations et au non-recours aux droits, qui rencontrent des obstacles dans l'accès aux soins. Si vous souhaitez recevoir le BIP à une autre adresse mail, proposer des sujets que nous pourrions traiter ou nous poser des questions n'hésitez pas à contacter: louise.bartlett@groupe-sos.org

Le Bip est édité par l'association Arcat.

Directeur de la publication: Jean-Marc Borello (jmb@groupe-sos.org).

Directeur de la rédaction: Nicolas Derche (directeur@arcat-sante.org).

Rédactrice en chef: Louise Bartlett (louise.bartlett@groupe-sos.org).

Journaliste: Sylvie Fagnart.

Conception et direction artistique: Les 5 sur 5 (www.les5sur5.com).

Photographies © Shutterstock

Édition et diffusion: Association Arcat, Tél.: 01 44 93 29 29.

Dépôt légal à parution. ISSN 1765-4556

Les articles et graphismes du Bip sont la propriété exclusive du journal.

Arcat est une association Loi de 1901 - 94-102, rue de Buzenval - 75020 Paris - Tél.: 01 44 93 29 29,

Directeur: Nicolas Derche.

GROUPE SOS: 102, rue Amelot, 75011 Paris, Tél.: 01 58 30 55 55.

Entreprise sociale, le GROUPE SOS développe des activités qui concilient efficacité économique et intérêt général. Il compte aujourd'hui près de 16 000 salariés au sein de 480 établissements et services présents en France métropolitaine, en Guyane, à Mayotte, à la Réunion et en Guadeloupe. www.groupe-sos.org