



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Traumatisme Vicariant, Stress Traumatique Secondaire et Fatigue de Compassion : une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale.

Présentée et soutenue publiquement le 21/04/2017 à 18 heures

Au Pôle Formation

Par Eugénie AUXENFANTS - BONORD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

APA	American Psychiatric Association
BETA	Coefficient de Régression
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
IC 95	Intervalle de Confiance à 95%
n	Nombre de participants de l'étude
OR	Odds Ratio
p	Degré de signification
r	Risque
RR	Risque Relatif
SMUR	Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Les concepts de fatigue de compassion, stress traumatique secondaire et traumatisme vicariant:	5
A. Historique des concepts et définitions	5
1. Le contre-transfert.....	6
2. Le burnout.....	6
3. Le Stress Traumatique Secondaire.....	7
4. La Traumatisation Vicariante.....	9
5. La Fatigue de Compassion.....	10
6. Du Stress Traumatique Secondaire à la Fatigue de Compassion.....	11
7. Synthèse des définitions.....	14
B. Place de la traumatisation indirecte dans les nosographies	15
1. Le DSM-III.....	15
2. Le DSM-IV et DSM-IV TR.....	16
3. Le DSM-5.....	18
4. La CIM-10.....	20
C. Cadres conceptuels	21
1. Modèle psychodynamique de la traumatisation indirecte.....	21
2. Modèle du stress et de la fatigue de compassion de Figley.....	25
3. Les théories cognitives de la traumatisation vicariante.....	29
D. Séméiologie	34
1. Prévalence et professions à risque.....	34
2. Facteurs de risque.....	38
3. Signes cliniques	40
4. Conséquences.....	44
5. Outils psychométriques.....	45
6. Diagnostics différentiels.....	49

II. Revue systématique de la littérature autour des concepts de fatigue de compassion, stress traumatique secondaire et traumatisme vicariant chez les professionnels de santé mentale.....	56
A. Introduction.....	56
B. Matériels et méthodes.....	59
C. Résultats.....	61
I. Résultats de la recherche bibliographique.....	62
1. Diagramme de flux.....	62
2. Caractéristiques des études incluses.....	64
a. Type d'études.....	64
b. Concepts étudiés.....	64
c. Objectifs principaux.....	65
d. Lieu de déroulement et caractéristiques de la population	66
e. Outils psychométriques utilisés.....	68
II. Prévalence de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire, du traumatisme vicariant et des concepts associés.....	70
III. Facteurs de risque de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire, du traumatisme vicariant et des concepts associés.....	72
1. Facteurs de risque individuels.....	72
a. Facteurs démographiques.....	73
b. Antécédents traumatiques et facteurs de stress personnels.....	77
c. Ressources individuelles et stratégies de coping.....	81
2. Facteurs de risque professionnels ou organisationnels.....	85
a. Facteurs de risque professionnels généraux.....	86
b. Facteurs de risque liés à la pratique psychotraumatique.....	90
c. Risques psychosociaux: indicateurs et facteurs de risque.....	95
d. Facteurs de risque particuliers.....	99
IV. Impact fonctionnel de la fatigue de compassion, du stress traumatique et du traumatisme vicariant; lien des concepts entre eux et avec le burnout et l'état de stress post-traumatique... ..	101
1. Impact fonctionnel de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire, et du traumatisme vicariant	102
2. Liens existants entre les concepts de traumatisation indirecte.....	105
3. Lien entre conséquences de la traumatisation indirecte et burnout.....	105
4. Lien entre conséquences de la traumatisation indirecte et symptômes d'état de stress post-traumatique.....	107
V. Mesures interventionnelles de réduction des conséquences de la traumatisation indirecte.....	109
1. Participation à un programme de supervision groupale.....	109
2. Participation à un groupe d'art-thérapie.....	110
3. Participation à un programme de prévention pour la fatigue de compassion.....	112
VI. Tableau récapitulatif des études incluses.....	115

D. Discussion	121
1. Prévalence de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire, du traumatisme vicariant et des concepts associés.....	121
2. Facteurs de risque de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire, du traumatisme vicariant et des concepts associés	124
a. Facteurs de risque individuels.....	124
b. Facteurs de risque professionnels ou organisationnels.....	135
3. Impact fonctionnel de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire et du traumatisme vicariant; liens des concepts entre eux et avec le burnout et l'état de stress post-traumatique.....	148
4. Mesures interventionnelles de réduction des conséquences de la traumatisation indirecte.....	153
5. Limites de notre étude.....	155
Conclusion	158
Références bibliographiques	160
Annexe	170

ProQOL 5 version française

RESUME

Contexte : Les révisions des critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique dans la cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders clarifient qu'une exposition traumatique indirecte peut entraîner le développement de symptômes invalidants. Historiquement nommés fatigue de compassion (FC), stress traumatique secondaire (STS) et traumatisme vicariant (TV), ces effets pourraient particulièrement toucher les professionnels de santé mentale (PSM).

Méthode : Nous avons mené une revue systématique de la littérature afin de mesurer la prévalence, les facteurs de risque, les mesures interventionnelles testées, l'impact fonctionnel et les liens avec d'autres formes de stress professionnel de la FC, du STS et du TV chez les PSM. Pour cela, un algorithme de recherche comprenant des mots-clés associant FC, STS, TV, et termes relatifs aux PSM a été utilisé sur les bases de données PubMed et Science Direct. Les articles en français et en anglais ont été inclus sans restriction de période.

Résultats : Vingt-quatre articles correspondant aux objectifs de la revue ont été inclus. La prévalence de la FC, du STS, et du TV chez les PSM n'a pu être mesurée. Malgré des résultats peu homogènes, il semble que le genre féminin, l'histoire traumatique personnelle, une expérience professionnelle moindre et un nombre élevé de patients présentant une problématique psychotraumatique pris en charge majorent les risques de FC et de STS chez les PSM. Les manifestations de FC, STS, ou TV, s'accompagnent d'un impact fonctionnel majeur dans la vie quotidienne des PSM. Une formation spécialisée dans le psychotraumatisme, la qualité de la supervision et du support interpersonnel constituent des facteurs modérateurs de la FC, du STS, et du TV chez les PSM. Le rôle de la sensibilisation sur la prévention primaire et secondaire des conséquences possibles de l'exposition traumatique indirecte reste à confirmer dans cette population.

Conclusion : L'exposition traumatique indirecte à travers l'exercice professionnel peut entraîner des manifestations symptomatiques assorties d'un impact fonctionnel majeur chez les PSM. Ce constat justifie la poursuite de l'évaluation de mesures préventives chez les PSM.

INTRODUCTION

Les sociétés sont soumises à de nombreux types de facteurs de stress ; ces facteurs de stress, outre les catastrophes naturelles et les conflits mondiaux, sont représentés notamment par le terrorisme et les guerres civiles ou autres soulèvements de population mais aussi par la montée progressive de la violence dite « ordinaire ». Ces différents événements aussi violents que soudains peuvent atteindre l'individu dans son intégrité physique et psychique et conduire au développement de troubles liés au traumatisme et au stress. Ces troubles ont intéressé de nombreux chercheurs et sont bien décrits dans la littérature, les recherches portant en majorité sur les troubles développés par la victime primaire ou directe de l'évènement traumatique nommés état de stress aigu et état de stress post-traumatique (ESPT). Les intervenants de première ligne comme les services de secours, membres des cellules d'urgence médico-psychologiques, journalistes, mais aussi les membres du personnel des services hospitaliers d'urgences sont régulièrement confrontés directement ou indirectement à des événements potentiellement traumatiques ou au discours des patients présentant parfois un état de stress dépassé. De même, les intervenants en santé mentale représentent des interlocuteurs privilégiés de ces patients, parfois au contact direct avec l'évènement traumatique, parfois à distance dans le cadre de suivi de pathologies psychotraumatiques. Le contact avec ce matériel traumatique rapporté avec une proximité physique et temporelle variable constitue un potentiel facteur de stress chez le professionnel. Ce stress professionnel est devenu depuis plusieurs années un enjeu de santé publique, en témoigne l'attention croissante accordée à la compréhension et à la description de nouveaux facteurs de risque professionnels nommés risques psychosociaux (RPS). Cet intérêt est notamment lié à leurs lourdes conséquences individuelles, représentées largement par le stress professionnel ; mais aussi à leurs impacts

organisationnels et nationaux. Ces RPS représentent une catégorie de risques professionnels applicable à toutes les professions, même si certains groupes professionnels dits à risque ont pu être identifiés de façon plus claire ces dernières années. Parmi ces catégories professionnelles sensibles, les professionnels de santé représentent un groupe particulièrement à risque de haut stress professionnel (1). Les causes de cette exposition à un risque élevé de stress professionnel sont multiples et incluent à la fois des facteurs organisationnels, institutionnels, et individuels. La combinaison de ces facteurs pourrait expliquer pourquoi travailler dans un service de soin s'avère si stressant. Toutefois, il pourrait également y avoir des aspects spécifiques du travail en tant que professionnel de santé, comme la nature même de la profession de soin ou le type de patients pris en charge qui participeraient à augmenter le stress professionnel. En effet, une des caractéristiques des professionnels de santé est la nécessité de par leur fonction d'une relation d'écoute et d'aide, vis-à-vis des patients mais aussi parfois des collègues ; cet aspect de la profession peut parfois s'avérer pesant, voire source d'une souffrance chez le professionnel de santé. Différents psychiatres et psychologues ont reconnu cet aspect de la profession de soins et les conséquences possibles de cette nécessaire écoute et aide des patients dont les discours sont parfois teintés de peur, de détresse et de souffrance. Cette exposition particulière peut être à l'origine de réactions délétères chez le professionnel de santé investi dans la relation thérapeutique : fatigue de compassion, stress traumatique secondaire, traumatisme vicariant sont ainsi des termes qui, à côté du burnout, ont vu le jour il y a une vingtaine d'année. Ils représenteraient un ensemble de réactions émotionnelles, cognitives et comportementales potentiellement néfastes et délétères pour le soignant ; du fait de la nature de sa profession, d'une exposition particulière à un certain type de patients et à la nature traumatique de leur récit. Ces concepts ont

émergé il y a peu et suscitent la controverse : leurs définitions parfois floues, les facteurs de risque impliqués, les outils psychométriques permettant de les objectiver et les mesurer, les mesures de prévention à mettre en place, jusqu'à leur existence même font débat. Les effets délétères de la traumatisation indirecte ont néanmoins trouvé une place dans les nouvelles nomenclatures avec les modifications diagnostiques de l'ESPT apportées dans le DSM-5 et l'introduction de la catégorie des troubles liés au traumatisme et au stress. La littérature décrit le traumatisme vicariant, le stress traumatique secondaire et la fatigue de compassion chez différentes professions exposées : les intervenants psychosociaux, les avocats et conseillers juridiques, les travailleurs sociaux, le personnel médical et paramédical et les intervenants de première ligne lors de catastrophes. Les professionnels de santé mentale sont de par leur profession particulièrement exposés à des patients présentant des troubles liés au traumatisme et au stress et représentent des intervenants privilégiés à différentes phases des pathologies psychotraumatiques. La présente étude vise à définir au mieux les concepts de fatigue de compassion, stress traumatique secondaire et traumatisme vicariant et à en préciser les modèles conceptuels et les manifestations cliniques, puis s'intéresse à travers une revue systématique de la littérature aux facteurs de risque et facteurs protecteurs de ces concepts, à leurs conséquences et aux mesures préventives éventuelles chez les professionnels de santé mentale.

I) Les concepts de fatigue de compassion, stress traumatique secondaire et traumatisme vicariant

A) Historique des concepts et définition

En 1980, en réponse aux séquelles traumatiques durables manifestées par les vétérans de la guerre du Vietnam, le DSM III introduit le « Post Traumatic Stress Disorder » dans sa nosographie. Ce syndrome introduit la notion de traumatisme psychique ou psychotraumatisme auprès d'un large public. Le traumatisme psychique peut être assimilé à un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de telles blessures, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions. La confrontation à ce traumatisme psychique peut donner lieu à une symptomatologie psychotraumatique recouvrant un large éventail de tableaux cliniques s'étendant de formes pauci-symptomatiques aux cas sévères (2). Ces manifestations peuvent prendre la forme d'un état de stress aigu (ESA) ou d'un état de stress post-traumatique (ESPT) et nécessitent souvent un recours à des soins psychiques. Le contact avec les patients présentant une problématique psychotraumatique peut induire un phénomène de traumatisation indirecte chez les proches de la victime ou les professionnels de santé (mentale ou non) confrontés à son récit. La terminologie utilisée pour décrire l'impact de ce travail psychotraumatique est variée (3) et source de bon nombre de confusions auprès des professionnels. La naissance et le développement des concepts de fatigue de compassion (FC), stress traumatique secondaire (STS) et traumatisme vicariant (TV) mais aussi de concepts annexes ayant mené à la constitution des définitions est reprise dans un ordre chronologique d'apparition dans la littérature.

1. Le contre-transfert :

Le contre-transfert est un terme psychanalytique introduit pour la première fois par Jung, psychiatre suisse et psychanalyste, en 1907 dans son ouvrage *La psychologie de la démence précoce*. L'apparition de ce terme représente la première réflexion autour des effets de la thérapie sur le thérapeute (4). Le contre-transfert est repris, réanalysé, et défini par de nombreux auteurs, et souffre donc d'un manque de consensus important. Une définition du contre-transfert qui peut être retenue est l'ensemble des réactions conscientes ou inconscientes du thérapeute (définies largement comme les réactions sensorielles, affectives, cognitives et comportementales) face à un patient, qui se basent principalement sur les conflits, biais ou difficultés du thérapeute. Ces réactions peuvent être déclenchées par le transfert, les caractéristiques du patient, ou d'autres aspects de la situation thérapeutique (5). Bien que des difficultés à définir le terme persistent, la recherche contemporaine continue de démontrer ce phénomène suggérant que les thérapeutes pourraient expérimenter des réactions qui miment les symptômes du patient (5,6).

2. Le burnout :

Le terme de burnout est introduit pour la première fois dans la littérature par Herbert Freudenberger, psychologue et psychothérapeute américain, en 1974 dans son article « Staff Burnout » (7). Le concept est pour la première fois mis en lien avec les professionnels de santé mentale dans l'article de Ayala Pines, psychologue israélienne, et Christina Maslach, psychologue américaine en 1978. Le phénomène est repris par Christina Maslach quatre ans plus tard comme : « Un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui peut apparaître chez les individus travaillant dans la

relation d'aide de toute forme. C'est une réponse à la contrainte émotionnelle chronique liée au travail avec d'autres êtres humains, particulièrement quand ils sont troublés ou ont des problèmes. Une surcharge émotionnelle et l'épuisement émotionnel qui en découle est au cœur du syndrome du burnout »(8).

En 1988, Ayala Pines et Elliott Aronson, psychologue américain, proposent la définition suivante du burnout : un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par un engagement au long cours dans des situations émotionnellement lourdes (9). Les différentes études et publications ont permis, à partir des années 1980 de décrire le burnout comme une réponse à un stress émotionnel chronique qui pourrait être une des conséquences du travail psychotraumatique, mais la terminologie implique qu'il s'agit d'une forme de surcharge émotionnelle graduelle en lien avec une exposition chronique, ne s'appliquant pas aux répercussions uniques du travail au contact d'une seule personne traumatisée.

3. Le stress traumatique secondaire :

Charles Figley, professeur de psychologie et directeur de l'institut de traumatologie de l'Université d'Etat de Floride, développe un intérêt pour les réactions de stress en lien avec le combat à la fin des années 1960. Il répertorie dans la littérature toutes les réactions de stress rapportées par des vétérans de guerre et s'intéresse également aux proches de ceux-ci et à la façon dont ils vont pouvoir être impactés par le traumatisme expérimenté par les victimes. Il suggère en 1978 dans son article traitant de l'ajustement psychosocial parmi les vétérans de la guerre du Vietnam que *«les familles, amis, et professionnels sont susceptibles de développer des symptômes de stress traumatique parce qu'ils ont un engagement empathique envers les victimes d'évènements traumatiques »*(10). Figley nomme tour à tour les

réactions des proches et des aidants au contact d'une personne en souffrance émotionnelle la Victimisation Secondaire (1982), et le Stress Traumatique Secondaire (11). Il revient sur les termes utilisés 10 ans plus tard et explique « *bien que je le nomme désormais Fatigue de Compassion, je l'ai d'abord appelé comme une forme de burnout, un type de Victimisation Secondaire* »(12). Le terme de Stress Traumatique Secondaire est repris en 1985 par d'autres auteurs dans un article traitant des enfants des vétérans de la guerre du Vietnam (13) et la même année, Figley développe une théorie systémique du traumatisme selon laquelle les membres du système familial pouvaient être traumatisés. Il subdivise cette vision systémique du traumatisme en 4 catégories : le Trauma Simultané (tous les membres du système familial sont affectés par l'évènement traumatique directement et simultanément), le Trauma Vicariant (un seul membre de la famille est atteint par un évènement isolément du système familial), Trauma Intrafamilial ou Abus (un membre du système familial cause une blessure émotionnelle à un autre des membres de la famille), Trauma Chiasmal ou Trauma Secondaire (lorsque le stress traumatique semble se propager au système entier, après n'avoir atteint qu'un seul de ses membres) (14). Le Traumatisme Secondaire est utilisé pendant de nombreuses années afin de décrire une forme de contagion traumatique au sein de la cellule familiale essentiellement. Il faut attendre 1995 et les écrits de Beth Hudnall Stamm, professeur de psychologie, sur Le Stress Traumatique Secondaire pour que le Traumatisme Secondaire soit relié à la Traumatization Vicariante pour la première fois (15). Alors que Figley tente d'affiner ses découvertes avec un vocabulaire plus adéquat, d'autres sources vont s'intéresser à ces nouveaux concepts. L'avancée la plus significative dans le champ du psychotraumatisme peut être représentée par la publication par l'APA du DSM-III en 1980 et l'introduction du PTSD décrit comme « *le développement de symptômes caractéristiques suivant un évènement*

psychologiquement traumatique qui se situe généralement en dehors de l'expérience humaine habituelle »(16). A l'époque, la notion d'évènement traumatique est donc reliée à celle de l'exceptionnel et fait essentiellement référence aux catastrophes naturelles, génocides, ou conflits de grande ampleur. Si la nosologie du DSM-III est reprécisée et critiquée par de nombreux auteurs dans les années suivant sa parution, elle représente néanmoins à l'époque une avancée majeure dans le champ psychopathologique en introduisant le concept de pathologie liée au traumatisme.

4. La Traumatisation Vicariante

En 1990, Lisa McCann et Laurie Anne Pearlman, psychologues, publient un article nommé « La Traumatisation Vicariante : un modèle pour comprendre les effets psychologiques du travail avec les victimes » (17). Dans cet article et suivant la théorie du constructivisme introduite par Piaget en 1923, les auteurs discutent la réaction des thérapeutes face au matériel traumatique apporté par certains patients. Le phénomène de traumatisation vicariante peut être compris comme étant en lien à la fois avec le contenu détaillé et douloureux du matériel traumatique apporté par les patients et les schémas cognitifs, croyances, attentes et hypothèses que le thérapeute a sur lui et sur autrui. Le contexte de développement du concept de traumatisation vicariante est expliqué plus tard par Pearlman qui le met en lien avec la recrudescence dans les files actives des thérapeutes de patients survivants de génocides, vétérans ou victimes de guerre, de viol ou d'inceste ; et explique que cette modification de la patientèle a sollicité de nouveaux besoins, tant en terme clinique qu'en terme de formation pour les thérapeutes qui n'étaient pas forcément préparés et ont pu expérimenter les effets de la traumatisation vicariante (18). Selon Pearlman, la traumatisation vicariante est un processus de changement résultant de

l'engagement empathique auprès des survivants de traumatisme et est caractérisée par une perturbation de l'identité, de la vision du monde et de la spiritualité, composantes essentielles du cadre de référence de la personne (19). Ces perturbations peuvent être extrêmement douloureuses et durables pour le thérapeute, et persister plusieurs années après la psychothérapie effectuée auprès d'une personne traumatisée (17). Pearlman et Saakvitne, psychologue, offrent plus de clarté en précisant que la traumatisation vicariante se manifeste par de fortes émotions telles que la colère, l'outrage qui naissent de la répétition de l'exposition à des personnes en souffrance et à la prise de conscience de la cruauté et de l'indifférence potentielle de l'être humain (20).

5. La Fatigue de Compassion

Le terme de Fatigue de Compassion apparaît dans la littérature grâce à Carla Joinson, infirmière, qui publie en 1992 son article « Coping with compassion fatigue » (21). Elle attribue ce terme à Doris Chase, un conseiller de crise qui est le premier à faire le lien entre le burnout et la fatigue de compassion ; si ces deux entités présentent des similitudes (stress professionnel source d'affects dépressifs, de colère et d'apathie), ils se différencient car le burnout peut toucher toutes les professions mais la fatigue de compassion affecte selon elle en particulier les infirmières, les ministres, les conseillers et avocats et toute autre profession de la relation d'aide. Joinson commente et argumente le potentiel délétère de la fatigue de compassion en expliquant que celle-ci est émotionnellement dévastatrice, que la personnalité même des professionnels de la relation d'aide les y mène, que les facteurs externes qui la causent sont inévitables et enfin que la fatigue de compassion est quasiment impossible à reconnaître sans un haut degré de vigilance

(21). Un flou nosologique pèse autour du phénomène de fatigue de compassion : il est repris par Figley sous le vocable « Stress de compassion » tandis que d'autres l'appellent « Le Contre-Transfert traumatique » ou la Traumatization Vicariante.

Dans son œuvre, Judith Lewis Herman, psychiatre et chercheur, évoque la théorie de la contagion traumatique selon laquelle le thérapeute peut, de par son rôle d'écoute et de soins, expérimenter à un degré moindre, des émotions identiques de rage, de terreur et de désespoir que le patient. Ce phénomène est décrit par Herman comme le contre-transfert traumatique ou la traumatization vicariante (22). Herman refait le lien avec le champ de la psychotraumatologie et en précise l'étiologie en statuant sur la spécificité de l'exposition des thérapeutes à des récits teintés d'horreur et d'atrocité, distinguant la fatigue de compassion du burnout.

6. Du Stress Traumatique Secondaire à la Fatigue de Compassion :

En 1993 et dans un souci de standardiser les nomenclatures, la psychologue Beth Hudnall Stamm et Figley discutent de la pertinence d'utiliser le terme de Fatigue de Compassion à la place de celui de Stress Traumatique Secondaire. En effet, Stamm et Figley prennent conscience du caractère péjoratif et stigmatisant attribué au Stress Traumatique Secondaire par la population soignante (12). Stamm critique le terme de Stress Traumatique Secondaire et explique craindre qu'il soit associé avec un sentiment d'inefficacité du soignant dans sa vocation. Figley constate lui aussi que la population infirmière est préoccupée par le caractère dérogatoire du stress traumatique secondaire en tant que diagnostic. En 1997, il révisé sa définition de la Fatigue de Compassion qu'il définit comme « *un état de dysfonctionnement et d'épuisement biologique, psychologique et social résultant de l'exposition prolongée*

au Stress de compassion et ce qu'il implique. C'est une forme de burnout. » (23) La dimension de pathologie secondaire à un stress est incluse dans la définition mais la dimension d'épuisement psychologique qui y apparaît et la description d'une forme de burnout par Figley est novatrice. Le terme de Stress traumatique secondaire bien qu'il soit pertinent par son contenu et sa précision est redéfini par Figley en 1995 comme « *les comportements et émotions naturelles résultant de la connaissance d'un évènement traumatisant vécu par une personne proche. C'est le stress résultant d'aider ou de vouloir aider une personne traumatisée ou en souffrance* »(12). La dimension stigmatisante du terme est ici écartée, Figley précisant la normalité de ces émotions et réactions pour les aidants d'une personne traumatisée. Il préfère néanmoins désormais utiliser le terme de Fatigue de Compassion dans laquelle il englobe les manifestations de stress traumatique secondaire. Un certain flou nosologique est entretenu dans les écrits de Figley qui évoque en 1995 le Stress de Compassion auquel il attribue à peu de mots près la même définition que le Stress Traumatique Secondaire. A la fin des années 1990, Stamm et Figley abordent également le diagnostic d'Etat de Stress Traumatique Secondaire (Secondary Traumatic Stress Disorder) qui s'apparente au Stress Traumatique Secondaire et à la Fatigue de Compassion. Selon Stamm, l'Etat de Stress Traumatique Secondaire décrit des expériences si traumatisantes, requérant une adaptation telle de l'individu que ses ressources psychosociales s'avèrent parfois insuffisantes et que l'installation d'une pathologie peut survenir (24). L'état de Stress Traumatique Secondaire est décrit comme un syndrome proche de l'ESPT mais s'en diffère par le fait que c'est la connaissance d'un évènement traumatisant vécu par une personne autre qui entraîne l'installation des symptômes alors que l'ESPT atteint la victime primaire du traumatisme (12). En parallèle, la parution du DSM-IV en 1994 modifie significativement la définition de l'ESPT grâce à la révision de son critère A ; en effet,

les situations traumatogènes y sont précisées par leur nature et par l'exposition de l'individu à celles-ci. L'ESPT est représenté par une série de symptômes caractéristiques survenant suite à un facteur de stress extrêmement traumatique incluant l'expérience personnelle d'un évènement impliquant la mort ou la menace d'une blessure grave ou de tout autre menace à l'intégrité physique ; ou d'être témoin d'un évènement qui implique la mort, la blessure, ou une menace à l'intégrité physique d'une autre personne ; ou le fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, un préjudice grave, ou la menace de mort ou de blessure expérimenté par un membre de la famille ou une personne proche.

Les modifications de ce critère A dans le diagnostic de l'ESPT sont non négligeables et reconnaissent le caractère traumatisant de la traumatisation indirecte, en tant que témoin direct, ou de membre de la famille ou proche ; ces avancées cautionnent le caractère potentiellement pathogène d'une telle exposition.

D'autres termes apparaissent dans la littérature à partir de la fin des années 1990 et se réfèrent tour à tour à la traumatisation vicariante, au stress traumatique secondaire et à la fatigue de compassion comme définis par Figley, Pearlman et Stamm. La littérature s'attache également en parallèle à décrire les aspects positifs du travail au contact de personnes souffrant de pathologies psychotraumatiques (satisfaction de compassion, croissance post-traumatique vicariante).

Dans un souci de clarté, les définitions retenues des différents concepts relatifs à la traumatisation indirecte dans cette étude sont reprises dans le chapitre suivant.

7. Synthèse des définitions

La définition retenue du stress traumatique secondaire (STS) est celle de Figley : Le STS représente les émotions et comportements naturels résultant de la connaissance d'un événement traumatisant vécu par une personne significative, - le stress résultant d'aider ou de vouloir aider cette personne en souffrance ou traumatisée (14) . Le STS se manifeste par une série de symptômes proches de ceux de l'ESPT en lien avec le traumatisme vécu par une personne proche ou en souffrance.

Le traumatisme vicariant (TV) comme défini par Pearlman et Saakvitne est la transformation durable de l'expérience intérieure personnelle du thérapeute résultant de l'engagement empathique avec des patients ayant vécu un traumatisme (6). Le TV se présente comme une modification progressive des cognitions, schémas de base sur soi, autrui, et sur le monde résultant du contact avec du matériel traumatique.

La fatigue de compassion (FC) est définie comme décrite par Figley chez les psychothérapeutes. Elle désigne le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance de leurs patients, notamment des patients qui ont vécu un traumatisme (12). Elle se manifeste par un état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique, psychologique et social caractérisé par des symptômes proches de ceux de l'ESPT associés à un cortège d'affects dépressifs ou de troubles anxieux.

Les frontières entre ces différents termes sont floues et donnent lieu à de nombreuses confusions, les diagnostics différentiels sont discutés plus loin dans cette étude.

B) Place de la traumatisation indirecte dans les nosographies

Pour tenter d'aborder les difficultés inhérentes à la terminologie des concepts de victimisation et de traumatisation indirecte du soignant, il convient de retracer l'évolution de la psychotraumatologie à travers les différentes nosographies.

1. Le DSM-III

En 1980 paraît la troisième édition du DSM qui radie les appellations psychanalytiques des deux premières éditions dans un souci a-théorique et répartit désormais les symptômes dans de nouvelles entités syndromiques (25).

Le DSM-III, en réponse à des séquelles traumatiques durables manifestées par certains vétérans de la guerre du Vietnam introduit le diagnostic d'ESPT dans la catégorie des troubles anxieux de sa nosographie. La reconnaissance de ce syndrome représente une avancée considérable à l'époque puisqu'auparavant les troubles traumatiques étaient imputables à une vulnérabilité personnelle plutôt qu'à la confrontation à un agent extérieur comme la guerre et correspondaient plus à une prédisposition individuelle que la circonstance particulière des combats ne faisait que révéler. Dans sa description du syndrome, le DSM-III fait état de 4 critères diagnostiques, le critère A représentant l'évènement traumatique vécu directement par l'individu, le critère B marquant la présence de symptômes de reviviscences, le critère C traitant des symptômes d'émoussement-détachement, et le critère D des symptômes d'hyper-réactivité. L'ESPT est qualifié d'aigu si les symptômes ont débuté il y a moins de 6 mois et chronique si les symptômes sont installés depuis plus de 6 mois (16). L'avancée faite par le DSM-III avec l'apparition de cette notion

d'ESPT est colossale puisqu'elle réintroduit la notion de pathologie liée au stress. Sa description de l'ESPT inclut une confrontation à un évènement ou à des situations exceptionnelles comme se situant « habituellement hors de l'expérience humaine », qui provoqueraient la détresse pour quiconque. La confrontation à cet évènement est une confrontation directe, une traumatisation directe de la victime qui peut développer des symptômes dans les suites de cet évènement traumatique. Bien que largement critiqué et critiquable, le DSM-III, avec sa description de l'ESPT a permis d'introduire la notion de traumatisme psychique auprès d'un large public. La révision du DSM-III (DSM-III R) ne modifie pas le critère A de l'ESPT mais redéfinit le nombre de symptômes requis pour poser le diagnostic au sein de chaque critère et impose une durée des troubles de plus d'un mois et l'existence d'un sous-type « différé » si les troubles sont apparus plus de 6 mois après la confrontation à l'évènement traumatique. Il faut attendre la parution du DSM-IV pour que le spectre des troubles psychotraumatiques s'élargisse et que le diagnostic d'ESPT soit précisé.

2. Le DSM-IV et DSM-IV TR

En 1994, l'APA effectue un pas de plus dans la reconnaissance des phénomènes post-traumatiques en introduisant le diagnostic d'Acute Stress Disorder, traduit en français Etat de Stress Aigu (ESA). Le diagnostic d'ESPT ne pouvant être porté qu'après un mois de troubles, les réactions manifestées précocement n'étaient pas prises en compte ; c'est pour combler cette lacune que l'APA ajoute cette nouvelle entité à son manuel. Le diagnostic d'ESPT est lui aussi affiné dans cette quatrième version, les modes de traumatisation se voient ainsi élargis par la modification du critère A. La définition de l'ESPT qui est donnée dans la quatrième version du manuel est la suivante : « Le développement de symptômes caractéristiques suite à

l'exposition à un facteur de stress extrêmement traumatique incluant l'expérience personnelle d'un évènement où l'individu a pu trouver la mort ou être très gravement blessé, où son intégrité physique a pu être menacée d'une autre façon ; ou le fait d'être témoin d'un évènement impliquant la mort, la blessure, ou la menace à l'intégrité physique d'une autre personne ; ou la connaissance d'une mort violente ou inattendue, d'une blessure sévère, ou d'une menace de mort ou de blessure d'un membre de la famille proche ou d'un ami proche. La réponse de l'individu suite à l'évènement inclut une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. » (26).

Cette nouvelle version du DSM précise les modalités de traumatisation directe : en tant que victime directe de l'évènement ou en tant que témoin direct. En revanche, elle introduit pour la première fois la notion de traumatisation indirecte dans le cadre exclusif du cercle familial et amical proche. Le critère C est également modifié avec l'apparition de la notion d'évitement. Dans la révision de cette quatrième version, le DSM-IV TR, le critère A1 de l'évènement traumatique est sensiblement modifié : « Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un évènement ou des évènements durant lesquels des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessures graves ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. »(27) .

Le critère A2 incluant les réponses émotionnelles de peur intense, d'impuissance et d'horreur est maintenu. Une modification significative est apportée par l'ajout du critère F qui implique une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet. Cette révision du critère A de l'ESPT représente un retour en arrière pour la validation de la notion de traumatisation indirecte, avec la disparition de la connaissance d'un décès ou d'un évènement grave d'un proche comme potentiel évènement traumatique.

3. Le DSM-5

La parution du DSM-5 en mai 2013 représente un tournant pour les troubles psychotraumatiques. En effet, dans cette nouvelle version, l'APA franchit un cap décisif dans la reconnaissance de ces troubles en leur consacrant un chapitre distinct des troubles anxieux nommé Troubles consécutifs aux traumatismes et au stress (« Trauma and Stress-Related Disorders »). L'ESPT et l'ESA migrent donc dans cette nouvelle catégorie qui inclut également le trouble réactionnel de l'attachement, le trouble d'engagement social désinhibé, le trouble de l'adaptation, l'« autre » trouble lié au traumatisme et au stress spécifié, l'« autre » trouble lié au traumatisme et au stress non spécifié. Les modifications apportées à la définition de l'ESPT touchent notamment le critère A : l'événement traumatique est ainsi représenté par l'exposition à la mort ou à une menace de mort, de blessure grave ou de violence sexuelle dans différentes modalités. Soit par l'expérience directe de l'événement traumatique (critère A1) ; soit par l'exposition en tant que témoin direct d'un tel événement vécu par une tierce personne (critère A2); soit par le fait d'apprendre qu'un tel événement traumatique a touché un membre de la famille proche ou un ami proche (critère A3) (le DSM-5 précise que si l'événement traumatique est la menace de mort ou le décès d'un membre de la famille ou d'un ami, cet événement a dû être violent ou accidentel pour remplir le critère A3). Enfin, le DSM-5 introduit et valide la traumatisation indirecte dans le cadre professionnel comme potentiel événement traumatique si le sujet expérimente de façon répétée ou extrême des détails aversifs d'événements traumatiques (critère A4) (25). Les exemples donnés pour illustrer ce type de traumatisation indirecte dans le cadre professionnel sont les intervenants de première ligne responsables de recueillir des restes humains et les officiers de police confrontés de façon répétée à des détails

d'abus sur mineurs. Les notes des auteurs annexes au diagnostic d'ESPT ne donnent pas plus de précision sur ce critère A4 dans leur section « *Diagnostic Features* ». Au lieu de cela, la section « *Prevalence* » contient une référence oblique à ce critère A4 qui explique que les taux d'ESPT sont plus élevés chez les vétérans et les autres professionnels dont la vocation augmente le risque d'exposition traumatique. Sont cités dans cette allusion au critère A4 les officiers de police, les pompiers, et le personnel d'urgence (DSM-5 page 276). Bien que cela ne soit jamais clairement explicité, ce nouveau critère suggérerait que les professionnels de santé comme les intervenants en santé mentale, thérapeutes et travailleurs sociaux, de même que les intervenants juridiques comme les avocats, juges et procureurs représentent des professionnels à risque d'une exposition traumatique indirecte dans le cadre professionnel et donc d'ESPT (28). Le diagnostic d'ESPT est également élargi avec le retrait du critère A2 du DSM-IV-TR, ainsi un événement traumatique a pu être vécu par le sujet sans que sa réponse implique une réponse émotionnelle de peur intense, un sentiment d'horreur ou d'impuissance. Les critères symptomatiques sont révisés dans cette cinquième édition : le DSM-IV répartissait les 17 symptômes objectivant l'ESPT en trois grands clusters représentés par les reviviscences (critère B), l'évitement (critère C), et l'activation neurovégétative (critère D). La révision des critères diagnostiques classe les désormais 20 symptômes de l'ESPT en quatre clusters distincts : les symptômes de reviviscence constituent le critère B, l'ensemble évitement/émoussement de la réactivité générale du DSM-IV a été scindé en symptômes d'évitement qui forment le critère C et d'altération négative des cognitions et des émotions qui constituent le critère D. Quant au critère E regroupant les symptômes témoins de l'hyperactivation neurovégétative et de l'hyperactivité, il reprend les symptômes de l'ancien critère D assorti d'un nouvel item : le comportement autodestructeur ou imprudent. Le critère H est un critère

supplémentaire qui précise que les troubles ne peuvent être attribués à la prise d'une médication, à un abus de substance psychotrope ou à une affection organique. Deux autres précisions importantes dans le DSM-5, le diagnostic demande de préciser si le sujet présente des symptômes dissociatifs ou non et la notion de durée d'évolution des troubles (ancien ESPT aigu versus chronique) disparaît.

Le point clef concernant les notions de traumatisation indirecte réside dans la modification de la définition de l'événement traumatique et sur la traumatisation indirecte du fait de la proximité émotionnelle à une victime directe ou la confrontation de façon indirecte et répétée en raison de l'activité professionnelle. Ces modifications des critères diagnostiques semblent effacer plus les frontières qui pouvaient différencier la FC, le STS et le TV de l'ESPT.

4. La CIM-10

La classification de l'OMS a toujours inclus le diagnostic d'ESPT dans une catégorie bien spécifique représentée par les réactions à un stress sévère et les troubles de l'adaptation. Elle ne fait pas état des mécanismes de traumatisation indirecte puisque le critère A de l'ESPT est peu détaillé et n'inclut que la menace de mort ou de blessure grave assortie d'un vécu subjectif négatif de peur, d'impuissance et d'horreur. Les notions de STS, de FC et de TV ne peuvent être rapprochés de ce diagnostic dans cette classification.

En conclusion, sans n'avoir jamais occupé de place propre au sein des différentes nosographies, la FC, le STS et le TV en tant que conséquences d'une exposition traumatique indirecte par le biais du travail peuvent dorénavant être rapprochés de l'ESPT grâce aux nouveaux critères du DSM-5. Ces modifications significatives et la

nécessité de clarifier les similitudes et différences existant entre ces concepts et l'ESPT redynamisent les recherches autour des conséquences de la traumatisation indirecte.

C. Cadres conceptuels

Si les termes de STS, FC, et TV ont été décrits par plusieurs auteurs de façon parfois intriquée et floue, les hypothèses théoriques sous-tendant le développement de ces concepts le sont également. Les mécanismes psychologiques menant à l'installation de ces différents troubles trouvent source dans un large panel théorique allant du modèle du stress de Figley à la théorie psychodynamique du contre-transfert traumatique aux théories cognitives plus récentes. Ces différents modèles traitent l'étiopathogénie des différents concepts que sont la FC et le STS (équivalents pour Figley) et le TV de façon intriquée. Les modèles repris ici distinguent d'une part la FC et le STS (comme deux entités similaires à l'étiopathogénie identique), et le TV d'autre part.

1. Modèle psychodynamique de la traumatisation indirecte

Avant d'aborder spécifiquement les théories étayant le développement du STS d'une part, et du TV d'autre part ; une introduction concernant les processus psychodynamiques de la traumatisation indirecte est nécessaire. Celle-ci est notamment développée par Olivier Serniclaes, psychologue belge, qu'il détaille et applique dans un deuxième temps aux intervenants psychosociaux (appelés trauma

workers par les anglophones) dans un article paru en 2003 (29). Le concept de traumatisation indirecte (distinct de la traumatisation primaire) n'est pas défini de manière univoque dans la littérature spécialisée et n'a de reconnaissance officielle dans les nomenclatures que depuis peu, rendant complexe la validation des concepts de traumatisation secondaire, TV et FC. Le nœud de la problématique est constitué par le traumatisme psychique, qui constitue une confrontation imprévue avec le réel de la mort et peut laisser une empreinte psychique d'horreur et d'effroi. Serniclaes définit son modèle conceptuel de la traumatisation indirecte en fonction de la proximité de la victime et du traumatisme et du cadre de référence dans lequel survient le traumatisme. Le point de départ du cadre conceptuel de la traumatisation indirecte est représenté par la victime ayant vécu un événement traumatique ; cette victime initiale est nommée *victime primaire*, elle est victime d'un processus de *traumatisation directe* et peut présenter spécifiquement des symptômes d'ESA ou d'ESPT. Les professionnels de santé ou les intervenants de premiers secours (pompiers, policiers, équipes de SMUR ou CUMP) peuvent être des victimes primaires dans le cadre d'un événement traumatique notamment par leur statut de témoins directs de l'événement, ils peuvent alors développer les mêmes troubles que la victime primaire (ESA et ESPT). Pour Serniclaes, à partir de la victime primaire, une première onde de choc traumatique vient toucher l'entourage direct de la victime et tous les professionnels qui sont en contact avec la victime en situation de crise (à la phase aiguë, en phase post-traumatique immédiate). Ces personnes représentent des *victimes secondaires* potentielles, et peuvent expérimenter une *traumatisation indirecte* qui, elle-même, peut entraîner spécifiquement des symptômes de STS. A moyen et long terme, les responsables de la prise en charge thérapeutique des victimes primaires, appelés « intervenants de deuxième ligne » (psychologues, psychiatres, psychothérapeutes notamment) représentent des *victimes tertiaires*

potentielles et peuvent subir un processus de *traumatisation vicariante* basé sur l'écoute empathique des récits traumatiques des victimes primaires. Pour Serniclaes, les troubles et symptômes engendrés par la traumatisation vicariante constituent la FC (29). Un dernier niveau conceptuel est représenté par le cadre dans lequel survient la traumatisation, qui se constitue des repères qui structurent la vie et l'univers des individus impliqués (lieu de vie, lieu de travail, interactions entre personnes, règles et lois implicites et explicites etc.). Concernant la *victime primaire*, il y a effraction du réel traumatique qui peut entraîner une perte des repères en lien avec le bouleversement de son cadre de vie ou de travail. Pour les *victimes secondaires*, notamment l'entourage, c'est le cadre de vie qui est perturbé par le processus de traumatisation indirecte, il devient fluctuant et indéfini. Les intervenants de premier secours et sauveteurs peuvent subir une traumatisation directe ou indirecte, il peut y avoir inadaptation ou décalage de leur cadre de travail. Les thérapeutes en revanche, en tant qu'intervenants de « deuxième ligne », fonctionnent au départ dans un cadre défini (cadre thérapeutique contractualisé) qui peut se révéler plus ou moins adapté à la victime primaire et au récit traumatique qu'elle apporte. Les différentes perturbations du cadre des individus peuvent aboutir à des manifestations symptomatiques psychotraumatiques. Serniclaes résume son modèle conceptuel de la traumatisation, notamment indirecte, dans le tableau ci-après (Tableau 1) (29).

Type de victimes	Processus de traumatisation	Publics Cibles	Conséquences spécifiques	Cadre
Victime primaire	Traumatisation directe	-Survivant -Témoin -Sauveteur	- ESA - ESPT	Rupture, effraction
Victime secondaire	Traumatisation indirecte	-Sauveteurs -Intervenants psy de crise -Entourage, collègues	- STS -Deuil traumatique	Cadre indéfini et fluctuant
Victime tertiaire	Traumatisation vicariante	-Thérapeute	- FC	Cadre thérapeutique

Tableau 1 : Cadre conceptuel du processus de traumatisation - Serniclaes O., Psychologue-mars 2000 (29)

2. Modèle du stress et de la fatigue de compassion de

Figley

Pour expliquer l'impact que le travail psychothérapeutique auprès de personnes traumatisées ou en souffrance peut avoir sur le soignant et étayer les théories autour de la FC et du STS, Figley s'appuie sur sa définition de la FC initialement décrite chez les thérapeutes comme « *un état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique, psychologique et social, résultant d'une exposition prolongée au stress de compassion et à ce qu'il implique chez le soignant* ». Ses recherches suggèrent que ce phénomène est particulièrement connecté à la relation thérapeutique entre soignant-soigné, au matériel traumatique, et à la souffrance présentée par le patient ; sources de réactions à de multiples échelles chez le soignant. Les capacités d'empathie et d'engagement au sein de la relation thérapeutique ont ainsi un rôle central dans le développement de la fatigue de compassion (30). Figley développe la théorie du stress de compassion qu'il décrit chez les thérapeutes et qui reste la plus répandue et reprise dans la littérature. Le stress de compassion (également appelé stress compassionnel), est défini par Figley comme le stress lié à l'exposition à une victime en souffrance dépend de l'interaction de variables clé. La première est l'*aptitude empathique (empathic ability)* définie comme l'aptitude du thérapeute à prêter attention à la souffrance d'autrui, elle est centrale pour la relation et l'alliance thérapeutique mais également un facteur clé du développement de la fatigue de compassion. La rançon de l'empathie est la *contagion émotionnelle* qui amène le soignant à éprouver les mêmes sentiments et émotions que le patient, voire à être submergé par eux essentiellement via des mécanismes de mimétisme et contre-transférentiels. L'empathie inclue également la *sollicitude (empathic concern)*, représentant la capacité du thérapeute à se soucier de la souffrance d'autrui et donc

à motiver l'action. Le modèle de stress compassionnel et de fatigue de compassion de Figley se décompose en une cascade de réactions débutant par l'exposition du thérapeute à la douleur, la souffrance et/ou au traumatisme du patient. La *sollicitude* et la *contagion émotionnelle* du thérapeute face au patient conditionnent la *réponse empathique*, c'est-à-dire l'effort du thérapeute afin de réduire la souffrance d'autrui, effort dont la nature et l'intensité dépendent de la subjectivité de l'aidant. Cette *réponse* empathique, modulée par la *satisfaction* ou le sentiment d'accomplissement que le professionnel tire de son effort, et l'aptitude de *distanciation* vis-à-vis de la détresse du patient peut résulter en *stress de compassion* défini par Figley comme l'énergie émotionnelle résiduelle résultant de la réponse empathique et la demande énergétique de l'action en cours pour soulager la souffrance du patient (30) . Ce *stress de compassion* augmente les chances de développement de la FC. Trois autres facteurs de risque interviennent dans le développement de la FC : *l'exposition prolongée* à la souffrance, douleur et/ou au traumatisme du patient ; les *souvenirs traumatiques* qui sont selon Figley les souvenirs qui déclenchent les symptômes de l'ESPT et les réactions émotionnelles associées comme l'anxiété et la dépression ; et les *perturbations de la vie personnelle* du professionnel décrites comme des changements inattendus dans le quotidien, la routine et les responsabilités personnelles qui nécessitent une adaptation du soignant (30). Les exemples cités par Figley sont la maladie, un changement de statut social, familial ou professionnel. Ces perturbations peuvent normalement susciter un certain niveau de stress tolérable ; cependant, associées aux autres facteurs pré-cités, elles augmentent les chances pour le thérapeute de développer une FC. Le modèle de stress de compassion et de FC de Figley est résumé dans la Figure 1 ci-dessous (Figure 1) (30).

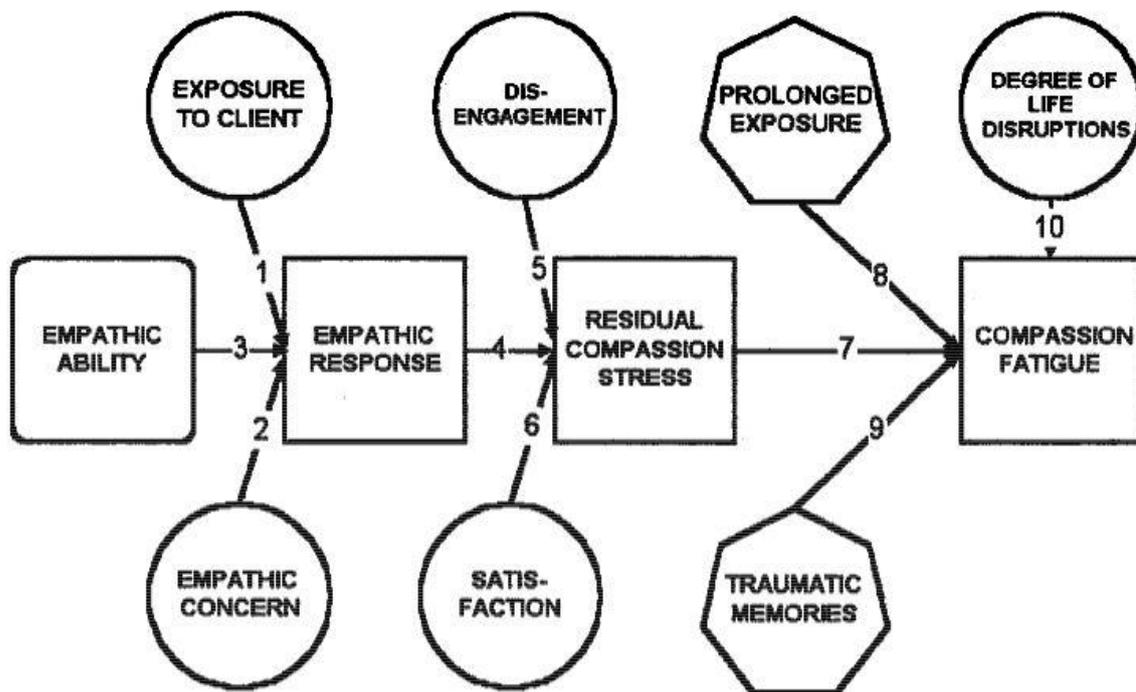


Figure 1 : Modèle du stress et de la fatigue de compassion de Figley ; dans « Compassion Fatigue : Psychotherapists' chronic lack of self care. » (30)

Si ce modèle théorique reste le plus largement répandu et repris pour étayer les concepts de FC et de STS (31), il est néanmoins critiqué par certains auteurs. La première critique porte sur l'accent binaire de ce modèle de la FC qui semble antithétique aux réponses comportementales humaines, fréquemment nuancées en intensité. Un professionnel peut ne pas présenter de FC, ou être légèrement, modérément ou sévèrement affecté par une interaction avec un certain patient (32). Une autre critique fréquente est que les interactions entre les différents facteurs précipitants la FC sont peu clairs et certains auteurs déplorent le rôle prépondérant de l'empathie au sein de la relation thérapeutique comme facteur de risque. Le postulat du modèle de Figley est que si le professionnel de soin se soucie du patient en souffrance et/ou traumatisé, il expérimente la FC à cause de l'empathie dont il use dans la relation thérapeutique. La vision de Figley concernant l'empathie n'est pas unanimement partagée. L'empathie est vue par certains auteurs comme

l'aptitude d'un individu à entrer dans le monde des autres, à percevoir les sentiments, émotions et significations associées à une expérience (33) et à transmettre correctement cette compréhension à l'individu, qui à son tour se sent compris. L'empathie est en soi nécessaire à la relation thérapeutique mais peut s'avérer délétère comme le souligne Figley. En revanche, peu d'accent est mis sur les potentiels effets bénéfiques de cette empathie au sein de la relation thérapeutique, effets bénéfiques qui eux-mêmes pourraient contrecarrer les effets de la FC voire même sublimer le travail thérapeutique au contact de personnes en souffrance et/ou traumatisées. Ce constat est notamment fait par Beth Hudnall Stamm, qui déplore le peu d'importance accordée aux effets positifs du travail psychothérapeutique dans le modèle de Charles Figley et précise que la FC est à la fois déterminée par des facteurs individuels et organisationnels qui interagissent entre eux, mais également par le rôle modérateur joué par les effets positifs du travail psychotraumatique, qu'elle nomme la Satisfaction de Compassion (SC). La SC correspond à la satisfaction tirée du travail au contact de personnes présentant un traumatisme ou en souffrance ; elle découle également de l'empathie et peut s'apparenter à l'altruisme. Stamm crée ainsi par la suite son propre modèle de la qualité de vie professionnelle dans lequel FC et SC interagissent et coexistent (34). Différents auteurs vont également tenter d'enrichir et de nuancer le modèle conceptuel de Figley jugé trop réducteur en testant l'impact de différents facteurs de risque individuels ou organisationnels sur le développement de la FC ; ces études sont abordées dans notre revue de la littérature.

3. Les théories cognitives de la traumatisation vicariante

Au-delà du rôle donné à la relation thérapeutique, à l'empathie, et au contre-transfert, une place importante est attribuée aux théories cognitives des croyances et des schémas dans la genèse du TV et plus largement, du STS. Ces théories cognitives, principalement développées par Pearlman, McCann et Saakvitne dans leur réflexion autour de la traumatisation vicariante, sont reprises et compilées par Rachel Sabin-Farrell et Graham Turpin dans une revue de la littérature datée de 2003 (35). L'impact psychologique durable et sévère lié au travail au contact de victimes de psychotraumatismes conceptualise la traumatisation vicariante selon Pearlman et McCann (17). Pearlman et Saakvitne précisent qu'il s'agit d'un processus cumulatif par lequel l'expérience personnelle et intérieure du thérapeute se trouve négativement transformée à travers l'engagement empathique avec le matériel traumatique des patients (6). Il est suggéré que le TV peut entraîner des changements dans l'identité personnelle, la vision du monde, la spiritualité, les compétences, les croyances et les besoins psychologiques concernant en particulier la *sécurité*, la *confiance*, l'*estime*, le *contrôle* et l'*intimité*. Des perturbations du système sensoriel peuvent également être rencontrées et responsables de flash-backs intrusifs, de symptômes physiques et d'autres réactions sensorielles diverses.

Pearlman et ses collaborateurs attribuent un rôle à l'empathie, au contre-transfert et à la contagion émotionnelle dans le développement du TV ; néanmoins, leur place n'est pas prépondérante dans le modèle conceptuel qu'ils développent basé sur le constructivisme. Le contre-transfert représente un facteur de risque de la traumatisation vicariante : il représente les réactions du thérapeute au sein de la relation thérapeutique en lien avec le patient et inclut des réponses émotionnelles et

comportementales, conscientes ou inconscientes, au patient et au matériel qu'il rapporte en thérapie. Pearlman et Saakvitne suggèrent un lien double entre contre-transfert et traumatisation vicariante : un contre-transfert non reconnu peut favoriser le développement de la traumatisation vicariante et la traumatisation vicariante peut favoriser un contre-transfert accru. Les deux procédés sont cela-dit distingués par les auteurs : le contre-transfert se manifestant exclusivement au sein de la relation thérapeutique soignant-soigné alors que le TV affecte de façon plus globale la vie du thérapeute. L'empathie occupe, elle aussi, un rôle dans le développement du TV comme le suggèrent Pearlman et ses collaborateurs dans leur définition de celui-ci (ensemble de perturbations résultant de l'engagement empathique avec le matériel traumatique de la victime). Pearlman et Saakvitne expliquent qu'il existe quatre composantes à l'empathie qui interagissent entre elles : l'empathie passée, l'empathie présente, l'empathie affective et l'empathie cognitive (6). L'exemple cité par les auteurs est la thérapie au contact de victimes d'abus sexuels dans l'enfance où le thérapeute peut s'identifier de façon empathique avec l'enfant abusé afin d'aider au mieux la victime adulte à comprendre le rôle de cet abus dans un contexte développemental. Le domaine d'empathie en jeu dans ce cadre est l'empathie affective passée, elle est la plus à risque de traumatisation vicariante pour le thérapeute. La contagion émotionnelle quant à elle, représente le reflet et l'expérience de la détresse et de la souffrance du patient à un niveau plus inconscient que l'empathie. La tendance à s'accorder avec l'émotion du patient peut être un outil thérapeutique utile si elle est contrôlée par le thérapeute ; en revanche, en cas de niveau de vigilance faible, la contagion émotionnelle peut rendre le thérapeute vulnérable au TV car il expérimente et ressent des émotions par contagion émotionnelle qu'il peut s'auto-attribuer alors qu'elles sont incongruentes avec son identité propre et son système de croyances.

Pearlman et Saakvitne approfondissent ce mécanisme et étudient les interactions possibles entre le processus de contagion émotionnelle et le stress professionnel. Ils suggèrent que les facteurs de stress notamment professionnels peuvent conduire à un affaiblissement des ressources personnelles et donc à un plus faible niveau de vigilance, qui lui-même rend le thérapeute plus susceptible d'être affecté par les émotions du patient par contagion émotionnelle, et donc plus vulnérable au TV.

Les *théories cognitives* développées autour des concepts de TV, STS, et FC s'inspirent du cognitivisme et de son application à l'ESPT. Tout comme le patient dont les croyances et la vision de soi et du monde vont pouvoir être ébranlés par le traumatisme, il est suggéré que les croyances du thérapeute peuvent être modifiées par l'exposition aux traumatismes des patients. Les théories cognitives statuent que les schémas ou croyances fondamentales influencent la façon de voir et d'expérimenter le monde d'un individu. Toute nouvelle expérience est ainsi interprétée et filtrée par ces schémas auxquels elle peut correspondre (*assimilation* au schéma) ou pas ; dans ce cas, le schéma évolue et change afin d'incorporer cette nouvelle expérience (*accommodation* du schéma) (36,37). Les théories cognitives suggèrent que c'est par ce processus que les schémas du thérapeute vont pouvoir être altérés par le traumatisme rapporté par le patient car la nouvelle information apportée au système ne correspond pas aux croyances fondamentales et schémas du thérapeute qui vont devoir changer pour s'accommoder à cette nouvelle information. En 1990, Pearlman et McCann développent le modèle conceptuel du TV à partir de la théorie du développement cognitif ou de l'apprentissage nommée le *constructivisme* (17). Ils postulent que le TV implique des altérations durables des systèmes cognitifs ou schémas qui ont évolué afin de permettre à l'individu de donner du sens à son monde. Ces schémas incluent les croyances, hypothèses et attentes en relation avec soi-même et avec le monde. Les théories cognitives de

l'ESPT suggèrent que ces schémas peuvent être perturbés lorsqu'un traumatisme survient. Ronnie Janoff-Bulman, professeur en psychologie, identifie trois croyances fondamentales qui peuvent particulièrement être affectées par le traumatisme psychique : la croyance en son invulnérabilité, la vision positive de soi-même, la croyance en un monde juste et de valeurs (38). McCann et Pearlman hypothétisent que le travail au contact de survivants de traumas expose le thérapeute à des expériences telles que l'abus de confiance, le manque de sécurité, l'impuissance ressenties par les victimes et que l'intégration de ces nouvelles informations dans l'expérience du thérapeute peut perturber les schémas cognitifs de celui-ci concernant le monde. Ainsi, le travail au contact de victimes de traumatisme peut perturber les schémas du thérapeute concernant sa propre identité, sa vision du monde, sa spiritualité et d'autres besoins psychologiques fondamentaux représentés par la confiance, la sécurité, le contrôle, l'estime et l'intimité (17) .

Les théories cognitives des processus mnésiques en jeu dans l'ESPT alimentent la discussion autour du concept de TV. McCann et Pearlman s'interrogent notamment sur l'origine des flash-backs en lien avec l'expérience traumatique du patient déclenchés par un objet antérieurement neutre pour le thérapeute. Le patient peut avoir discuté avec le thérapeute d'un certain aspect de son expérience traumatique qui se rapporte à un objet et quand le thérapeute est confronté à cet objet dans un autre contexte, celui-ci agit comme signal mnésique et déclenche le souvenir du traumatisme du client. L'objet devient associé à l'expérience traumatique dans le système mnésique du thérapeute. Par ailleurs, la théorie des réseaux de processus mnésiques reprise par Blair et Ramones suggèrent que « la pensée, la mise en image, le souvenir et d'autres processus mentaux ne sont pas séparés les uns des autres » au sein de la mémoire (39). Ainsi, si pendant le récit d'un patient à propos de son expérience traumatique le thérapeute pense à un objet ou génère une image,

cette image pourra par la suite ré émerger comme un flash-back ou un souvenir. Des théories cognitives plus récentes sur l'organisation des systèmes de mémoire traumatique voient le jour, Ehlers et Clark proposent notamment un modèle cognitif d'ESPT persistant suggérant que c'est la persistance de la perception d'une menace qui conduit à l'ESPT chronique (40) . Appliquée au TV, cette théorie suggère que la poursuite de l'exposition à du matériel traumatique va entraîner la poursuite du processus de traumatisation et la chronicisation de celui-ci. La durée d'exposition et la répétition de cette exposition indirecte à du matériel traumatique jouent un rôle dans la pérennisation des troubles, bien que modulées par l'évaluation des événements, la nature des mémoires traumatiques, et les stratégies de coping utilisées par le thérapeute (40).

En conclusion, les modèles théoriques attribués aux concepts de STS, FC et TV sont variés, se chevauchent parfois, et reflètent la difficulté à définir de façon univoque ces termes et à expliquer l'hétérogénéité et la variété de symptômes qu'ils comportent.

D. Séméiologie

1. Prévalence et professions à risque

Figley, le pionnier des concepts de FC, STS et TV, reconnaît les effets psychologiques négatifs potentiels du travail au contact de personnes traumatisées et déclare « *Il y a un coût au soin. Les professionnels qui écoutent les histoires de peur, de douleur et de souffrance des clients peuvent ressentir la même peur, douleur et souffrance parce qu'ils s'en soucient* » (12) (traduction libre). La prévalence de ces différents concepts est étudiée depuis une vingtaine d'années dans la littérature chez certains groupes professionnels considérés comme particulièrement à risque.

Ces professions étudiées initialement sont incluses dans un groupe que les anglo-saxons dénomment « *trauma workers* », représentant les intervenants de première ligne lors d'une situation d'urgence incluant un traumatisme physique ou psychique : pompiers, policiers, sauveteurs, équipes de SMUR, mais aussi intervenants psychologiques des CUMP. Figley cite notamment une étude réalisée par Wee et Myers portant sur les intervenants psychosociaux impliqués dans la prise en charge de crise des victimes des attentats d'Oklahoma City en 1995. Dans cette étude, 64.7% des répondants présentent des symptômes d'ESPT selon la Frederick Reaction Index ; la majorité des thérapeutes (73.5%) présentent un risque de développer une FC mesurée par la Compassion Fatigue Self-Test for Psychotherapists, respectivement 23.5% à risque modéré, 29.4% à haut risque, 20.6% à très haut risque (41). Les intervenants de premier secours lors d'une catastrophe collective sont donc historiquement les professions à plus haut risque d'être victime des effets psychologiques néfastes de la traumatisation indirecte et font l'objet de nombreuses études (42–44).

Par ailleurs, Pearlman et Saakvitne suggèrent que des réactions de traumatisation indirecte sont également plus fréquentes chez les professionnels dont le métier requiert une interaction empathique avec les survivants de traumatismes ; ils identifient ainsi d'autres groupes professionnels à haut risque de TV : « *La traumatisation vicariante peut toucher tout individu qui s'engage de façon empathique avec des survivants de trauma_ journalistes, policiers, personnel des services hospitaliers d'urgence, personnels de foyers ou de refuges, gardiens de prison, membres du clergé, avocats, chercheurs etc.* » (6). Cette exposition professionnelle large et diverse est confirmée par Stamm en 1997, qui confirme que les professionnels de santé en général, les chercheurs, les prêtres et même les appelés en tant que juré dans le cadre d'un procès peuvent de par leur fonction être confrontés à du matériel traumatique et donc subir une traumatisation vicariante à travers cette exposition (45).

Si de nombreuses professions sont à haut risque de STS, FC, TV, les travailleurs sociaux et les intervenants en santé mentale (psychologues, psychiatres, thérapeutes, infirmiers en psychiatrie) sont les populations semblant faire l'objet du plus grand nombre de publications dans la littérature de par leur exposition toute particulière et la nature même de leur profession (30,31,46–51). Les travailleurs sociaux doivent prodiguer leurs services à des populations vulnérables, incluant des victimes d'abus, de négligences, patients souffrant de pathologies mentales et personnes âgées (46). Ce travail au contact de personnes vulnérables inclut s'il se veut efficace, une relation professionnelle forte qui nécessite de prendre en compte les événements passés et présents ayant conduit au stade actuel de détresse de l'individu et expose ainsi les professionnels à la peine, la souffrance et aux traumatismes éventuels des individus qu'ils ont en charge. Cette exposition quotidienne et la détresse que les travailleurs sociaux ou d'autres professionnels de

la relation d'aide peuvent expérimenter peut devenir émotionnellement lourde et constituer un burnout, un STS, une FC ou un TV. Au cours des deux dernières décennies, la communauté des services sociaux a reconnu l'existence de ces concepts et la possibilité qu'ils peuvent représenter un risque professionnel sous-estimé pour les travailleurs sociaux (52).

Outre les travailleurs sociaux, les personnels de santé font également l'objet de nombreuses recherches et publications autour des concepts de STS, FC, ou TV. Les professionnels de santé des services d'urgence (53), de par leur confrontation parfois répétées à des survivants de trauma en phase aigüe ; les membres du personnel de services de soins intensifs (54), oncologie ou soins palliatifs, confrontés à la souffrance et parfois au décès des patients et dont le rôle d'accompagnement des patients et de leurs familles occupe une place prépondérante font l'objet de nombreuses études concernant la traumatisation indirecte, des facteurs de risque potentiels aux mesures préventives applicables.

Enfin, les professionnels de santé mentale sont un groupe de professionnels à haut risque de STS, FC, et TV, et font l'objet de nombreuses publications depuis une vingtaine d'années. Cet intérêt particulier accordé aux intervenants en santé mentale dans le cadre des troubles liés à la traumatisation indirecte s'explique par des facteurs de risque représentés par la nature même de la profession et l'exposition particulière aux patients victimes d'événements traumatiques. Une étude américaine récente parue dans le *Journal of Traumatic Stress* portant sur l'estimation américaine nationale de l'exposition vie entière à un événement potentiellement traumatique selon la révision des critères de l'ESPT du DSM-5 retrouve une prévalence nationale importante de 89.7% (55). Tous les individus confrontés à un événement traumatique ne développent pas un ESPT, les prévalences respectives de l'ESPT en population générale définie selon les critères du DSM-5 sont de 8.3% d'ESPT vie entière, 4.7%

d'ESPT sur les 12 derniers mois, et 3.8% d'ESPT sur les 6 derniers mois (55). Bien que les estimations de prévalence d'exposition à un événement traumatique soient déjà importantes en population générale, elles sont estimées encore plus élevées dans les populations requérant des soins en santé mentale. Mueser et ses collaborateurs prêtent ainsi une attention toute particulière aux patients atteints de pathologies mentales sévères (*Severe Mental Illness*) (56); ce groupe est représenté selon le DSM-IV par les patients atteints de schizophrénie, de troubles schizo-affectifs, de troubles bipolaires, ou d'épisode dépressif majeur durant depuis plus de 12 mois et entraînant une altération significative du fonctionnement. Les personnes atteintes de pathologies mentales graves sont à haut risque d'exposition traumatique ; la victimisation avec violence est particulièrement endémique dans ce groupe, avec un nombre important de femmes victimes d'agressions sexuelles et d'hommes victimes d'agressions physiques(57). Le nombre de patients souffrant de pathologies mentales sévères rapportant des violences physiques ou sexuelles dans l'enfance varie entre 34% et 53%, et 43% à 81% d'entre eux rapportent au moins un type de victimisation au cours de leur vie (56,58,59). Ces mêmes patients atteints de pathologies mentales sévères souffrent de taux élevés d'ESPT, plusieurs études retrouvent des taux d'ESPT en cours allant de 28% à 43% (56,60,61), les taux d'ESPT vie entière chez ces patients dépassent également les moyennes nationales. La confrontation à ce type de patients, fréquente en pratique quotidienne pour les professionnels de santé mentale, les rend donc plus vulnérables au STS, à la FC et au TV.

De même, la nature même de la profession de soin en santé mentale, expose les professionnels à travers leurs interventions au contact de patients aux troubles et attentes diverses. Leur rôle peut notamment impliquer de modifier un statut cognitif, un état émotionnel, ou un comportement en fournissant des interventions cognitivo-

comportementales ainsi qu'une écoute empathique et des stratégies pour faire face au stress (62,63). Cette écoute empathique et cet engagement nécessaire au travail psychothérapeutique représentent des facteurs de risque de traumatisation indirecte. En dehors de ce contexte thérapeutique global, fournir des soins à des patients victimes d'un événement traumatique peut s'avérer particulièrement stressant pour les professionnels de santé mentale par le biais des différents processus de traumatisation indirecte cités plus haut (14).

En conclusion, le STS, la FC et le TV peuvent donc représenter, tout comme le burnout, un risque professionnel pour les différents groupes répertoriés plus haut. Il importe d'en reconnaître les manifestations cliniques respectives, les facteurs de risque, et les outils psychométriques appropriés afin de mieux pouvoir sensibiliser les populations à risque et déterminer les mesures préventives adaptées.

2. Facteurs de risque

Les facteurs de risque du développement de la FC, du STS et du TV, s'expriment à des niveaux variés. Les facteurs de risque individuels ou organisationnels sont principalement décrits chez les thérapeutes (46). Ces facteurs sont repris succinctement, ils font l'objet d'une revue de la littérature exhaustive dans la suite de cette étude.

Les facteurs de risque individuels des conséquences de la traumatisation indirecte sont représentés par des facteurs démographiques comme l'âge ou le genre du thérapeute, des antécédents particuliers comme la présence de troubles anxieux

préalables, d'un trouble de l'humeur, ou une histoire traumatique personnelle chez le thérapeute (64–66). D'autres facteurs de risque individuels étudiés dans la littérature sont des facteurs de risque en lien avec la pratique individuelle du professionnel et incluent : années d'expérience, type de profession exercée, charge de travail élevée en lien avec les troubles psychotraumatiques et /ou faible expérience pratique du travail psychotraumatique (18,64). Enfin l'usage de stratégies de coping maladaptatives en réponse au travail au contact de patients présentant un psychotraumatisme par le professionnel représentent également un facteur de risque de FC et de STS. Ces stratégies de coping maladaptatives sont la suppression des émotions, la distanciation du patient, et la remise en scène de dynamiques d'abus ; elles représenteraient des signes avant-coureurs de ces troubles (35,65,67).

A un niveau plus macroscopique, différents facteurs organisationnels sont identifiés comme facteurs de risque du STS, de la FC, et du TV. Ces facteurs comprennent le contexte organisationnel et les contraintes administratives, une supervision inadéquate ou absente, de faibles niveaux de ressources des patients, et un manque de soutien de la hiérarchie ou des collègues (35,65,68). Il est également important pour les professionnels de tenir compte de la culture de l'organisation ou institution et de son impact sur le professionnel en tant qu'individu (68). De façon plus générale, la culture organisationnelle ou institutionnelle peut être définie comme l'ensemble d'attentes, valeurs, normes de l'organisation qui se reflète chez les employés par des signes tangibles, attitudes ou comportements (68). La reconnaissance ou non par l'institution de l'existence du STS, de la FC ou du TV comme des réponses potentielles au travail au contact de victimes de traumatismes psychiques peut contribuer de façon significative aux stratégies de coping mises en place par le professionnel qui y fait face. Une culture institutionnelle sensibilisée à ces formes de stress professionnel contribue à atténuer la stigmatisation que les professionnels du

psychotraumatisme peuvent ressentir de façon conjointe à ces troubles, tels que les sentiments d'inaptitude ou d'incapacité à endosser leur responsabilités professionnelles correctement (69).

L'implication de ces facteurs de risque individuels et organisationnels dans le développement de la FC, du STS et du TV chez les professionnels de santé mentale font l'objet de différentes études reprises et détaillées dans la suite de ce travail.

3. Signes cliniques

Les concepts de FC, STS, TV désignent tous les trois les réactions psychologiques négatives que des professionnels peuvent développer en réaction au travail avec des personnes traumatisées. Ils représentent une forme de stress professionnel distincte du burnout. Si ces termes sont parfois utilisés de façon interchangeable dans la littérature, leur présentation clinique diffère.

Le Stress Traumatique Secondaire (STS) se rapporte aux émotions et comportements naturels résultant de la connaissance d'un événement traumatisant vécu par une personne significative, - le stress résultant d'aider ou de vouloir aider cette personne en souffrance ou traumatisée (14). Le STS provient de l'engagement dans la relation thérapeutique avec un individu victime d'une expérience traumatique et du statut de témoin du récit intense ou horrible du traumatisme de cet individu. Les symptômes du STS reflètent les symptômes d'ESPT potentiellement vécus par la victime primaire du traumatisme. Les signes cliniques du STS peuvent donc inclure une gamme plus ou moins complète de symptômes de l'ESPT dont l'installation peut être très rapide puisque le contact avec le matériel traumatique d'un seul individu

peut déclencher les troubles. Les symptômes présentés par le professionnel sont ceux de l'ESPT appliqués au traumatisme de la victime. Il peut donc être touché par des reviviscences de l'événement traumatique de la victime (souvenirs intrusifs, rêves répétitifs, impressions ou agissement « comme si » l'événement allait se produire, détresse psychique à l'évocation de l'événement traumatique etc.) ; des conduites d'évitement en lien avec le traumatisme de la victime (efforts pour éviter sentiments, pensées, activités ou endroits se rapportant au traumatisme du patient et amnésie psychogène) ; des symptômes témoignant d'altérations négatives des cognitions et des émotions (détachement d'autrui, restriction des affects, réduction de l'intérêt porté pour des activités importantes, sentiment d'avenir bouché, blâme persistant par rapport à soi et à autrui, émotions négatives persistantes de l'humeur) ; et enfin des symptômes d'hyperactivation neurovégétative et d'hyperréactivité (difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, comportement autodestructeur ou imprudent) (25,29,70).

La Fatigue de Compassion (FC), souvent évoquée dans la littérature de façon interchangeable avec le STS, est mieux définie comme la réduction de la capacité ou de l'intérêt de l'aidant à être empathique ou à supporter la souffrance des patients/clients. Selon Figley, « il s'agit d'un état de tension et de préoccupation à l'égard des patients ou individus traumatisés qui se manifeste par la reviviscence des événements traumatiques (du patient ou de l'individu), un évitement/engourdissement des affects et des souvenirs, une vigilance permanente associée au patient. C'est une façon de témoigner de la souffrance des autres (30) ». Cliniquement, elle représente un syndrome constitué d'une combinaison de symptômes de STS et de burnout (12,49,71) . La FC se manifeste donc par une combinaison variable de symptômes du STS (reviviscences, évitement, altération

négative des cognitions et des émotions, hyperréactivité, en lien avec le traumatisme de la victime primaire) et des symptômes d'épuisement professionnel. Pour définir ces symptômes d'épuisement professionnel, Figley préfère utiliser la classification en cinq catégories de Kahill plutôt que la classification pourtant plus reconnue de Maslach (épuisement émotionnel, dépersonnalisation de la relation, diminution de l'accomplissement personnel). Ce choix de Figley s'appuie sur le caractère plus large et moins spécifique au burnout des symptômes décrits par Kahill, symptômes essentiellement reliés au travail et d'ordre psychosomatique que Maslach considère, elle, séquellaires au burnout (3). Les symptômes de l'épuisement professionnel décrits par Kahill en 1988 pouvant être rencontrés dans la fatigue de compassion sont les suivants : symptômes physiques (fatigue, troubles du sommeil, problèmes somatiques, perturbations gastro-intestinales, gripes et rhumes), symptômes ou réponses émotionnelles (irritabilité, anxiété, culpabilité, dépression), symptômes ou réponses comportementales (agressivité, dureté, pessimisme, abus de substance), symptômes en lien avec le travail (démission du poste de travail, faibles performances au travail, absentéisme, retard, mauvais usage du temps libre), symptômes interpersonnels (incapacité de se concentrer sur la communication avec autrui, retrait et isolement vis-à-vis des clients et des collègues, et finalement interactions sociales déshumanisées et intellectualisées) (72).

Le Traumatisme Vicariant (TV) se rapporte selon Pearlman et McCann aux effets adverses psychologiques sévères et durables résultant du travail avec des victimes traumatisées (17). Pearlman et Saakvitne suggèrent qu'il s'agit d'un processus cumulatif par lequel « les expériences internes du thérapeute se transforment négativement à travers l'engagement empathique avec le matériel traumatique des patients » (6). Les symptômes principaux du TV sont des perturbations dans les cadres cognitifs de référence du thérapeute concernant sa propre identité

(notamment professionnelle), sa vision du monde, sa spiritualité, ses capacités et compétences, ses besoins et croyances psychologiques ; touchant principalement les domaines de la sécurité, de la confiance, de l'estime, de l'intimité (ou autonomie) et du contrôle (20). Les perturbations concernant le domaine de la sécurité peuvent se manifester par un sens accru de sa propre vulnérabilité, une augmentation de la prise de conscience de la fragilité de la vie. Dans le domaine de la confiance, la perturbation résultant de l'exposition au matériel traumatique peut se traduire par de la suspicion, un cynisme, une méfiance vis-à-vis d'autrui. Le domaine de l'estime (notamment des autres) peut être perturbé également et se manifester par de l'amertume, de la colère et du pessimisme chez le thérapeute. Les perturbations des schémas cognitifs relatifs au contrôle vont entraîner soit des réactions inappropriées d'omnipotence, ou à l'inverse des sentiments d'impuissance, de désespoir et des affects dépressifs. Enfin, les perturbations relatives à l'intimité (ou autonomie) peuvent se manifester par un vécu de stigmatisation, d'isolement et de marginalisation (17). Ces perturbations peuvent être subtiles ou plus brutales, en fonction du degré de divergence entre les événements traumatiques relatés par les patients et les schémas existants du thérapeute. Par ailleurs, des flash-backs et d'autres symptômes de l'ESPT peuvent également apparaître en lien avec la perturbation du système mnésique visuel du thérapeute, ce qui donne un caractère douloureux aux images et aux émotions associées aux souvenirs traumatiques du patient. Ces effets peuvent être profonds et durables (17).

En conclusion, si les termes de FC, STS, et TV sont parfois utilisés de façon interchangeable, leurs présentations cliniques diffèrent, même si tous regroupent des symptômes d'ordre psychotraumatique en lien avec une exposition traumatique indirecte.

4. Conséquences

Les conséquences possibles de la FC, du STS et de la TV se manifestent à l'échelle individuelle, sur le plan sanitaire et professionnel, et à l'échelle organisationnelle. D'authentiques troubles anxieux, épisodes dépressifs majeurs, trouble d'usage de substance ou burnout peuvent venir émailler ou compliquer l'évolution des troubles (42,73). Les relations interpersonnelles du professionnel peuvent également être impactées dans le domaine privé comme professionnel : un retrait social, un isolement, un cynisme et un manque d'empathie pouvant aller jusqu'à la méfiance peuvent handicaper l'individu dans son fonctionnement quotidien.

D'un point de vue professionnel, la présence d'une FC, d'un STS ou du TV peut entraîner une détérioration de la qualité des soins et de l'efficacité du thérapeute. La FC, le STS et le TV peuvent être source d'une diminution de l'aptitude empathique du professionnel et aboutir à des erreurs cliniques ou à des impasses thérapeutiques. La relation thérapeutique peut également être impactée par ces troubles : les professionnels peuvent rencontrer de plus grandes difficultés à maintenir une position thérapeutique et violer plus fréquemment les frontières thérapeutiques (74).

Enfin, la FC, le TV et le STS peuvent être source d'arrêts de travail, d'absentéisme, de désir de quitter la profession(75).

Ces conséquences lourdes justifient une reconnaissance précoce des conséquences de la traumatisation indirecte par l'exposition professionnelle et des mesures préventives adaptées. La reconnaissance des concepts de FC, STS, TV, et la création d'outils psychométriques dédiés fait l'objet de nombreuses recherches depuis deux décennies.

5. Outils psychométriques

Dans plusieurs études, le STS, la FC et le TV sont mesurés par différents questionnaires génériques dans le but de mettre en lumière la diversité des symptômes rencontrés et les différences avec d'autres syndromes comme le burnout (35). Les symptômes psychotraumatiques présents à divers niveaux dans ces entités sont mesurés selon les études via l'Impact of Event Checklist (IEC) (76) et la Trauma Symptom Checklist-40 (77). D'autres études utilisent des échelles plus générales de souffrance clinique et de détresse psychologique comme la Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (78) et la Brief Symptom Inventory (BSI) (79). La dimension d'épuisement psychologique et émotionnelle est, elle, fréquemment mesurée et comparée à d'autres concepts tels que le burnout avec la Maslach Burnout Inventory (MBI) (80). Malgré l'utilisation fréquente dans la littérature de ces outils généraux, plusieurs outils spécifiques existent pour mesurer respectivement la présence du STS, de la FC et du TV. Les outils psychométriques de dépistage existants sont repris et décrits pour chaque entité. Tous sont des auto-questionnaires dont la vocation est le dépistage ; il s'agit par ailleurs d'outils qui s'adressent en majorité aux thérapeutes, psychologues, psychiatres et travailleurs sociaux, travaillant au contact de patients traumatisés, indépendamment du type de traumatisme expérimenté (agression physique ou sexuelle, crime violent, violence communautaire, catastrophe naturelle, combat, terrorisme etc.) (71).

La FC peut être dépistée par différents outils. Dans une revue de la littérature menée en 2007, Bride et al. (71) étudient et décrivent chronologiquement les outils de dépistage développés afin de dépister la FC. Le premier outil développé est le Compassion Fatigue Self Test for Practitioners (CFST) (12), crée par Figley en 1995

et révisé à plusieurs reprises par la suite. Le CFST est initialement basé sur l'expérience clinique et est conçu pour mesurer à la fois les symptômes spécifiques de FC et de burnout, qui sont les deux constituants de la FC (71). La version originale du CFST comprend 40 items divisé en 2 sous-échelles : l'échelle de fatigue de compassion (23 items), et l'échelle de burnout (17 items). Le répondant doit indiquer à quelle fréquence (échelle de 1= rarement à 5=très souvent) la proposition indiquée lui semble vraie le concernant ou concernant sa situation. Les scores additionnés pour chaque sous-échelles sont interprétés par fourchettes de risque pour chacune des deux composants de la fatigue de compassion. Ce premier outil de dépistage développé par Figley, bien qu'il soit un des plus largement utilisé dans la littérature, présente des limites (35). Stamm relève notamment les difficultés psychométriques inhérentes à son utilisation, mais surtout, l'absence d'intérêt accordé aux impacts positifs potentiels du travail au contact de victimes de traumatismes (81).

Stamm et Figley créent donc une nouvelle version de la CFST en y ajoutant une série de questions orientées positivement en parallèle des items de la FC dont l'orientation est plus négative (82). La version révisée de la CFST est nommée Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT) et comprend 66 items, les items à orientation positive visant à mesurer l'impact positif du travail au contact de personnes traumatisées pour le thérapeute nommé la Satisfaction de Compassion(SC). Le développement continu de cette version de la CFST résulte en un outil renommé Professional Quality of Life Scale (ProQOL).

Gentry, Baranowsky, et Dunning (83) utilisent une échelle différente de la CFST qu'ils appellent la Compassion Fatigue Scale-Revised (CFS-R). Cette version comprend 30 items, dont 22 mesurent la fatigue de compassion et 8 le burnout. Les répondants sont invités à renseigner une échelle à 10 niveaux indiquant à quelle

fréquence chaque item s'applique à eux. Adams et al. (31) remettent en question à travers une étude les qualités psychométriques de cette échelle qu'ils modifient, créant un nouvel instrument de mesure : la Compassion Fatigue Short Scale (CF-Short Scale). Cet outil modifié se compose de 13 items, 8 items en lien avec le burnout et 5 avec la fatigue de compassion. Adams et Boscarino apportent des preuves convaincantes sur la validité prédictive de cette échelle dans leur étude (31,71).

Enfin, le dernier outil très fréquemment utilisé dans la littérature pour mesurer la FC est la Professional Quality of Life (ProQOL) (81), une révision de la CFST créée par Stamm et Figley. La ProQOL se compose de trois sous-échelles ; la première mesure la SC, définie comme le plaisir qu'un individu tire de sa capacité à bien effectuer son travail (aider les autres notamment) (71) ; la deuxième sous-échelle mesure le burnout (BO), ou les sentiments de désespoir et les difficultés présentées par un individu pour effectuer son travail efficacement ; la troisième sous-échelle mesure à la fois la FC et le STS, entités similaires selon Stamm. La Pro-QOL est un auto-questionnaire de 30 items pour lesquels les participants sont invités à déterminer la fréquence d'occurrence au cours des 30 derniers jours. Différentes versions de la ProQOL existent, la plus récente est la cinquième version (ProQOL 5) dont le fonctionnement est similaire et qui vise à mesurer les aspects positifs et négatifs du travail d'aide aux victimes en souffrance ou confrontées à un traumatisme. L'interprétation des résultats repose sur des cut-off scores correspondant à des percentiles pour chaque sous échelle de la ProQOL (BO, FC, SC) : des scores supérieurs au 75^{ème} percentile pour le BO et la FC indiquent un haut risque pour ces deux troubles, des scores inférieurs au 25^{ème} percentile pour la SC indiquent également un dépistage à risque (34). La ProQOL est validée en plusieurs langues et notamment en français. La version française de la ProQOL5 est jointe en annexe

(Annexe 1).

Le STS peut être dépisté par deux outils distincts : le Secondary Trauma Questionnaire (STQ) crée en 1999 et modifiée en 2001 (84,85) et la Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) (70).

La STSS est un outil crée selon la définition du STS donnée par Figley et sa symptomatologie quasi identique à l'ESPT ; elle se compose de 17 items répartis en trois sous-échelles permettant de mesurer la fréquence des symptômes de reviviscence, d'évitement, et d'hyperactivité neurovégétative (comme définis dans le DSM-IV-TR pour l'ESPT) en lien avec l'exposition indirecte à des événements traumatiques par le biais du travail thérapeutique. Bride fournit également un manuel d'interprétation des résultats de la STSS qui néanmoins ne permet pas de poser de diagnostic et ne se substitue pas à un entretien clinique. L'interprétation des résultats fournie par Bride repose sur des cutt-scores définissant des groupes à faible risque, risque modéré, risque élevé. Le cutt-score correspondant au 75ème percentile de la distribution des scores définit un dépistage positif pour le STS (70) .

Le deuxième outil de dépistage utilisé est le STQ ; contrairement au STSS il s'agit d'un outil visant à mesurer l'exposition traumatique indirecte et les symptôme psychotraumatiques chez les thérapeutes mais également en population générale.

Le TV est principalement mesuré dans la littérature par la Traumatic Stress Institute Belief Scale (TSI-BS), crée par Pearlman en 1996, dans sa forme révisée (TSI-BSL). La TSI-BSL mesure les perturbations dans les croyances de base qui résultent de l'exposition vicariante à du matériel traumatique lors du travail psychothérapeutique ou lors du soutien ou de l'aide fournie à une personne. A la différence des échelles précédentes, elle est donc axée sur les modifications cognitives plutôt que sur les

manifestations symptomatiques. Cet outil est renommé Trauma and Attachment Belief Scale (TABS) par Pearlman en 2003. La TSI-BSL ou TABS comporte 84 items réparties en 10 sous-échelles mesurant les perturbations de croyances et de schémas cognitifs tels que la sécurité, la confiance, le contrôle, l'intimité ou l'autonomie, et l'estime ; schémas qui selon Pearlman et ses collaborateurs sont ébranlés lors du TV. Dans ces cinq grands domaines, les modifications cognitives sont mesurées selon qu'elles concernent le répondant ou ses croyances concernant autrui. Initialement créé pour explorer les perturbations cognitives des victimes primaires de psychotraumatismes, elle est également utilisée par les chercheurs afin d'étudier les effets du TV (71).

La littérature fournit des outils psychométriques spécifiques aux concepts relatifs à la traumatisation indirecte qui permettent d'en faciliter la mesure dans certaines populations à risque comme les intervenants en santé mentale. Ces outils sont apparus il y a une vingtaine d'années et montrent pour la majorité des qualités psychométriques élevées (71,86).

6. Diagnostics différentiels

Ce chapitre répond à un souci de clarifier les similitudes et divergences entre le STS, la FC et le TV mais aussi entre ces différents concepts et d'autres manifestations du stress professionnel comme le burnout. Les aspects positifs du travail thérapeutique au contact de personnes traumatisées y sont aussi abordés à travers la description de la croissance vicariante post-traumatique (CVPT) et de la satisfaction de compassion (SC).

Diagnostic différentiel entre les concepts de FC/STS et TV : Pour décrire les similitudes et les différences existant entre les différents concepts, la littérature tend à associer FC et STS comme description d'une seule et même entité, regroupée sous le terme de FC, suivant l'évolution des termes rapportée par Figley. Bien que les concepts de FC et de TV présentent des similitudes car résultant tous deux du contact avec des victimes de traumatismes et incluent une dimension de symptômes psychotraumatiques, on note quelques différences entre eux. Tout d'abord, le concept de FC (ou de STS) met l'accent sur la symptomatologie quand le concept de TV focalise sur la théorie ; en effet Figley décrit la FC et le STS grâce aux symptômes objectifs d'ESPT qu'ils entraînent. Quant au TV, Pearlman et McCann puis Pearlman et Saakvitne mettent, eux, l'accent sur les fondements théoriques du traumatisme indirect comme un processus de changement non objectif par le biais de leur théorie du développement personnel constructiviste. La nature des symptômes présentés diffère également entre la FC et le TV : Figley admet que la FC puisse inclure une partie de changements cognitifs en lien avec le traumatisme du patient, néanmoins les symptômes d'ESPT d'installation rapide sont centraux dans la FC et associés à une dimension d'épuisement professionnel. De même, si McCann et Pearlman discutent de la présence possible de symptômes d'ESPT dans le TV, ils mettent l'accent sur leur contenu plutôt que sur leur intensité dans le contexte des changements profonds des systèmes de croyance alors que le STS (comme la FC) accorde moins d'importance au contexte et à l'étiologie. La dimension d'épuisement professionnelle n'est pas retrouvée dans la littérature portant sur le TV. Les populations cibles de ces deux concepts diffèrent également puisqu'historiquement, Figley décrit le STS chez les proches de vétérans de guerre ou de victimes d'abus sexuels. Progressivement le STS et la FC sont décrits de

façon plus large chez les professionnels en contact direct avec les victimes d'abus sexuels ou d'autres traumatismes (agents de police, infirmières, thérapeutes du psychotraumatisme etc.). Le TV est lui initialement décrit par McCann Pearlman, puis Pearlman et Saakvitne chez les professionnels de santé mentale travaillant avec les victimes d'inceste ou d'abus sexuels dans l'enfance. Enfin, une dernière nuance concerne les circonstances de déclenchement et l'installation des troubles : alors que le STS et la FC peuvent se développer suite au contact avec le matériel traumatique d'un seul patient, le TV résulte de l'exposition cumulative à des patients au matériel traumatique à travers le temps (3).

Diagnostic différentiel avec d'autres manifestations du stress professionnel : le burnout. La FC, le STS, le TV et le burnout sont tous des manifestations du stress professionnel, néanmoins, les facteurs étiologiques, la présentation clinique et la population cible permettent de distinguer ces différentes entités. La distinction entre FC, VT et burnout fait l'objet de plusieurs études (3,31,49). Le concept de burnout prend classiquement racine dans une compréhension du contexte interpersonnel au travail, en particulier dans la relation soignant/soigné et dans les croyances et les valeurs propres du travailleur relatives au travail de soins (87). Ce syndrome est décrit par Christina Maslach comme l'association d'un épuisement émotionnel, d'une dépersonnalisation de la relation soignante, et d'une diminution de l'accomplissement personnel et est initialement rapporté chez les professionnels de la relation d'aide à la personne pour progressivement s'élargir à toutes les catégories professionnelles. Les premières recherches autour du burnout mettent en avant le rôle clé joué par la relation soignant/soigné dans le développement du burnout. Selon ce modèle la relation soignant/soigné et ses dysfonctionnements entraîne l'épuisement émotionnel qui représente le pivot central du burnout et duquel

découlent la dépersonnalisation de la relation et la diminution de l'accomplissement personnel. La recherche sur le burnout se développe considérablement et les études purement descriptives laissent place à des études empiriques. Les résultats suggèrent dorénavant que la relation thérapeutique n'est pas centrale dans le développement du burnout, à l'inverse de la FC et du TV. La recherche tend à prouver que le burnout résulte d'une inadéquation entre l'individu et la situation de travail. Le modèle étiologique comprend six facteurs à l'origine du burnout à savoir la surcharge de travail, le manque de contrôle, le manque de reconnaissance, un faible support social perçu, le manque d'équité et les conflits de valeurs (88,89). Les populations cibles et la nature de l'emploi diffèrent également entre FC et TV, et burnout. Les professions les plus à risque de FC et de TV sont les professions au contact de personnes sollicitant une forte demande émotionnelle comme les professionnels de services d'onco-hématologie, de soins intensifs, de santé mentale ou les professionnels travaillant au contact de personnes plus généralement victimes de souffrance psychique intense ou de psychotraumatisme. Les recherches sur le burnout s'étendent, elles, au-delà du champ de la santé et touchent tous les environnements de travail indépendamment de la présence d'une relation de contact avec l'utilisateur et de son rôle central ou non dans l'emploi (89). Enfin, les symptômes sont eux aussi bien distincts entre ces différentes entités. Le burnout n'inclue pas de symptômes d'ordre psychotraumatique, la FC se compose d'une combinaison de symptômes psychotraumatiques et d'épuisement professionnel, et le TV de modifications cognitives associées à des reviviscences du traumatisme des patients (32).

Les aspects positifs du travail psychotraumatique: la CVPT et la SC. Bien que les aspects négatifs du travail au contact de victimes de psychotraumatismes fassent l'objet de la grande majorité des études menées dans la littérature, certains auteurs se penchent sur les aspects positifs possibles de ce travail en lien avec le psychotraumatisme. En effet, des auteurs pointent le fait que certains thérapeutes, exposés indirectement par le biais de leur profession à un psychotraumatisme, ne manifestent aucune détresse psychologique (90) , voire rapportent des effets bénéfiques de ce travail thérapeutique (91,92). La possibilité d'un accomplissement personnel suite au travail au contact d'une victime de psychotraumatisme s'intègre dans le cadre conceptuel plus global de la croissance post-traumatique (CPT). Celle-ci est définie comme un changement psychologique positif suivant une crise ou un traumatisme majeur dans la vie d'un individu (93). Le processus de CPT peut être expliqué grâce au modèle du développement constructiviste repris par Pearlman et McCann pour conceptualiser la traumatisation vicariante. Ainsi, des recherches menées par plusieurs auteurs dans le cadre du psychotraumatisme postulent que le traumatisme psychique va se heurter aux schémas cognitifs préexistants de l'individu et va, en conséquence, déclencher des processus cognitifs qui peuvent résulter en une absence de changement des schémas préexistants (assimilation), ou au contraire provoquer des changements positifs ou négatifs des schémas préexistants (accommodation) (94–96). Joseph et Linley assimilent l'accommodation positive des schémas cognitifs suite à un traumatisme à la CPT et l'accommodation négative aux manifestations psychopathologiques et à la détresse psychologique (94). Concernant la CVPT, la littérature ne donne pas de modèle théorique spécifique permettant d'expliquer l'apparition de ce phénomène. La CVPT pourrait correspondre à l'accommodation positive des schémas cognitifs du thérapeute suite à une exposition traumatique vicariante et le TV à l'accommodation négative des schémas suite à

cette exposition indirecte. Quelques études mettent en évidence des changements positifs chez les thérapeutes suivant une exposition vicariante à un traumatisme, d'autres ont étudié le phénomène de CVPT directement. Les changements positifs identifiés chez les thérapeutes en psychotraumatologie sont : une meilleure appréciation de la vie et un intérêt accru pour la spiritualité, un sens accru de la bonne fortune de l'individu, et un optimisme renforcé (97). Les facteurs prédictifs d'une CVPT comprennent un niveau élevé d'empathie, et un soutien social et organisationnel de qualité (98). Il n'existe pas d'outil de mesure spécifique de ce phénomène. Néanmoins, la Post Traumatic Growth Inventory (PTGI), outil classiquement utilisé pour mesurer les changements positifs occurrents dans les suites d'un traumatisme direct, est fréquemment déviée pour mesurer les changements positifs en lien avec le travail thérapeutique au contact de patients présentant une problématique psychotraumatique, phénomène assimilé à la CVPT.

La SC est un terme décrit par Stamm et Larsen qui en proposent une définition « le sens de l'accomplissement ou le plaisir que les thérapeutes tirent à effectuer leur travail de façon satisfaisante » (99). La SC se compose de trois éléments : le niveau de satisfaction qu'une personne tire de son emploi ; l'efficacité perçue en lien avec le niveau de compétence et le contrôle que les thérapeutes estiment avoir sur le matériel traumatique auquel ils sont exposés ; le niveau de soutien collégial positif que le professionnel a, avec un rôle particulier accordé au soutien social structurel et fonctionnel (86). Les facteurs prédictifs de la SC comprennent : la maturité, un temps important accordé à la recherche et au développement professionnel, un soutien perçu accru de la hiérarchie et la qualité de la supervision (100). La SC est fréquemment mesurée dans la littérature car elle fait l'objet d'une des sous-échelles de la ProQOL, échelle largement utilisée dans les études traitant de la FC ou du

STS. La SC est un terme superposable à la CVPT car il fait référence aux aspects positifs du travail au contact de patients traumatisés. Le SC peut être assimilée au phénomène inverse à la FC, il en constituerait un facteur protecteur (86).

Les concepts de FC, STS et TV font l'objet de nombreuses études depuis une vingtaine d'années en réponse au souci constant d'améliorer la santé au travail et de dépister les différentes manifestations du stress professionnel, de mieux appréhender les expositions spécifiques à certaines professions et d'améliorer les mesures préventives inhérentes à ces manifestations de stress professionnel. Cette problématique de santé au travail constitue un enjeu de santé publique et justifie l'attention accordée aux conséquences de la traumatisation indirecte, particulièrement dans le champ de la santé mentale où les professionnels semblent fortement exposés. La suite de ce travail vise à faire un état des lieux de la recherche sur la FC, le STS et le TV, et s'articule autour d'une revue systématique de la littérature portant sur les conséquences de la traumatisation indirecte chez les intervenants en santé mentale.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

II) Revue systématique de la littérature autour des concepts de Fatigue de Compassion, Stress Traumatique Secondaire, et Traumatisme Vicariant chez les professionnels de santé mentale :

A. Introduction :

Les conséquences du travail thérapeutique au contact de victimes de traumatismes psychiques sont abordées dans la littérature depuis environ deux décennies et décrites sous les termes de STS, FC, TV de façon interchangeable. Ces conséquences négatives font l'objet de nombreuses descriptions théoriques et conceptuelles par certains auteurs comme Figley, Stamm, ou Pearlman. Néanmoins, la littérature empirique autour de la traumatisation indirecte n'en est qu'à ses débuts, en témoigne le peu de données chiffrées existantes venant étayer les abords théoriques effectués. Une controverse existe autour de l'existence de la FC, du STS et du TV ; les détracteurs expliquent que soutenir l'existence de ces concepts reviendrait à pathologiser une réaction au traumatisme indirect, et non un trouble. Certains auteurs pointent l'inconsistance des données de la littérature, la diversité des outils psychométriques utilisés et l'hétérogénéité des résultats qui témoignent d'un manque de preuve scientifique à l'existence de ces concepts. Les principales revues de la littérature parues visent à affiner les définitions des concepts en lien

avec la traumatisation indirecte, à en tester la validité des modèles théoriques, à en décrire les outils de mesure et à en estimer la prévalence au sein de populations souvent variées. Sabin-Farrell et Turpin mènent ainsi une revue de la littérature autour de la traumatisation vicariante visant à explorer le concept de TV et à en proposer des alternatives allant de la détresse physiologique consécutive au traumatisme indirect jusqu'au stress occupationnel survenant sur le lieu de travail (35). Les études quantitatives répertoriées sur le sujet manquent d'homogénéité tant par les populations étudiées que par les outils psychométriques utilisés et peinent à mettre en évidence une association entre exposition traumatique et souffrance clinique ou changements des systèmes de croyance qui sont les piliers du concept de TV. Les études qualitatives listées par les auteurs sont plus pertinentes mais souffrent d'un manque de rigueur méthodologique. Les auteurs concluent à travers leur revue de la littérature que les preuves pour soutenir l'existence du TV sont maigres et inconsistantes et préconisent d'axer les recherches futures sur la distinction entre le TV et d'autres manifestations du stress professionnel avec un souci de rigueur méthodologique plus important (35). Depuis la parution cette revue de la littérature, les recherches autour du TV et des concepts associés (STS, FC) se sont multipliées et décrivent la prévalence, les méthodes de mesure, les facteurs de risque, l'impact et les traitements possibles de ces troubles. Une méta-analyse des facteurs de risque de STS menée par Hensel et al. en 2015 explore 17 facteurs de risque de STS abordés dans la littérature au sein de populations larges (travailleurs sociaux, thérapeutes, service de protection de l'enfance) et retrouve des associations faibles entre facteurs de risque démographiques, professionnels, et STS (101). Les auteurs soulignent l'importance de cibler les populations les plus à risque afin de mettre en place des stratégies préventives efficaces. Cette recommandation est reprise par Elwood et al. qui soulignent dans leur revue de la littérature datant de

2011 l'hétérogénéité des résultats concernant la prévalence et les facteurs de risque de STS et déplorent le peu d'attention accordée à l'étude de la souffrance clinique et au degré d'altération du fonctionnement associés aux symptômes de STS (101).

Le risque soulevé par les auteurs est la surestimation du phénomène et de ses conséquences et la mise en place de façon large de mesures de prévention et de traitements qui pourraient s'avérer iatrogènes (102). L'hétérogénéité des études menées peut être expliquée par les nombreux groupes professionnels en ayant fait l'objet (services de protection de l'enfance, travailleurs sociaux, médecins urgentistes, radiologues, équipes de soins palliatifs, psychothérapeutes etc.) dont l'exposition traumatique indirecte est parfois difficilement comparable. Les définitions utilisées dans certaines études manquent également de rigueur et l'utilisation interchangeable des termes de STS, FC et TV porte à confusion. Les outils de mesure du STS, de la FC, et du TV se sont affinés depuis deux décennies et autorisent désormais une analyse plus précise et ciblée sur les objectifs des études. Les études quantitatives sont également plus nombreuses depuis plusieurs années et visent à étudier les facteurs de risque et modérateurs du STS, de la FC et du TV. Quant aux doutes soulevés concernant l'existence des concepts de STS, FC ou TV, réactions pathologiques consécutives à une exposition traumatique indirecte ; ils sont levés avec la parution du DSM-5 et la révision des critères de l'ESPT qui clarifie que l'exposition secondaire à du matériel traumatique à travers l'écoute répétée de détails de traumatismes vécus par autrui peut conduire au développement de symptômes invalidants nécessitant un traitement. Le travail thérapeutique au contact de personnes présentant un psychotraumatisme devient donc un facteur de risque psychopathologique reconnu dans les nomenclatures. Les professionnels de santé mentale apparaissent comme une population particulièrement exposée à l'occasion de l'exercice de leur profession.

Dans ce contexte, une revue de la littérature permettant d'actualiser les données autour des trois concepts de FC, STS, et TV ; ciblée sur une population homogène de travailleurs à risque (professionnels de santé mentale) permettrait de mettre en lumière des facteurs de risque plus spécifiques et d'évaluer l'indication de la mise en place de stratégies préventives ciblées.

Les objectifs de cette revue systématique de la littérature sont de déterminer la prévalence du STS, TV, et de la FC chez les professionnels de santé mentale ; d'en étudier les facteurs de risque et facteurs modérateurs, leurs conséquences sur la détresse psychologique et le fonctionnement du professionnel et leurs associations à d'autres formes de stress professionnel comme le BO ; mais aussi de déterminer l'efficacité des stratégies de prévention mises en place dans ce groupe professionnel particulièrement exposé à la traumatisation indirecte.

B. Méthode :

Cette revue systématique de la littérature internationale a été menée sur les moteurs de recherche « PubMed » et « Science Direct » avec l'équation de recherche suivante :

-“vicarious traumatization” or “vicarious trauma” or “compassion fatigue” or “secondary traumatization” or “secondary trauma”

AND

-“psychiatrists” or “psychologists” or “clinicians” or “therapists” or “mental health providers” or “mental health services”.

Les articles retenus devaient comprendre à la fois l'un des trois concepts étudiés au minimum (STS, FC, TV) ou un concept apparenté (satisfaction de compassion, croissance vicariante post-traumatique) aux conséquences de la traumatisation indirecte ; et porter sur une population représentée par des professionnels de santé mentale (infirmiers en psychiatrie ou étudiants infirmiers en psychiatrie, case-managers, psychiatres ou internes en psychiatrie, psychologues ou étudiants en psychologie, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, psychomotriciens ou ergothérapeutes exerçant dans le champ de la santé mentale).

Dans un second temps, la bibliographie des articles inclus et les articles les citant ont été analysés grâce au moteur de recherche «Google Scholar » ; ont ainsi été inclus secondairement un certain nombre d'articles pertinents (détail ci-dessous).

Les critères d'inclusion des articles de cette revue de la littérature étaient :

- articles/ études originales quantitatives ;
- mesure d'au moins un des concepts relatifs à la traumatisation indirecte ou apparentés (STS, FC, TV ou SC, CVPT) ;
- étude portant exclusivement sur des professionnels de santé mentale comme définis plus haut ou comparant des professionnels de santé mentale à d'autres professionnels (étude cas-témoin) ;
- portant sur des populations âgées de plus de 18 ans ;
- écrit en langue française ou anglaise.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- absence de données originales (revues de la littérature)

- sources autres que des articles originaux (manuscrits, chapitre de livre, thèses, dissertations) ;
- études qualitatives ;
- études écrites dans d'autres langues que l'anglais ou le français ;
- études ne portant pas sur les populations cibles de façon spécifique ;
- étude ne portant pas de façon directe sur le sujet de l'étude ;
- articles non disponibles dans leur version intégrale.

Pour les articles non disponibles en ligne et dont les réimpressions n'étaient pas disponibles auprès des universités, les auteurs ont été directement contactés afin d'obtenir l'article entier.

Cette revue systématique de la littérature suit les recommandations du protocole PRISMA (103) .

C. Résultats :

Dans un premier temps, les étapes et les résultats de la recherche bibliographique sont exposés ; puis une description des principales caractéristiques des articles inclus est reprise. La suite de cette revue de la littérature repose dans un premier temps sur l'analyse des prévalences des différents concepts de TV, FC ou STS au sein de la population des professionnels de santé mentale puis sur les différents facteurs de risque et modérateurs étudiés dans les articles inclus selon qu'il s'agisse de facteurs individuels, ou organisationnels. L'impact fonctionnel et les liens des différents concepts entre eux et avec le burnout (BO) et l'ESPT sont ensuite traités.

Les méthodes de prévention et d'intervention testées font l'objet d'une analyse distincte. Enfin, les auteurs, objectifs, facteurs de risque mesurés, outils psychométriques et principaux résultats des articles inclus sont résumés dans le Tableau 1.

I. Résultats de la recherche bibliographique :

Les étapes de la recherche bibliographique détaillées plus haut sont reprises dans le diagramme de flux ci-dessous.

La recherche a mené à l'inclusion définitive de 24 articles dont 2 articles présentant un modèle mixte (données quantitatives et qualitatives). Ces études n'ont pas été exclues au terme de la lecture complète des articles car présentaient des données originales dans le champ de la recherche sur la FC, le STS et le TV non retrouvées dans les articles purement quantitatifs.

1) Diagramme de flux des études incluses

Le diagramme de flux reprenant les différentes étapes d'inclusion des articles de cette revue de la littérature est repris ci-dessous (Figure 2).

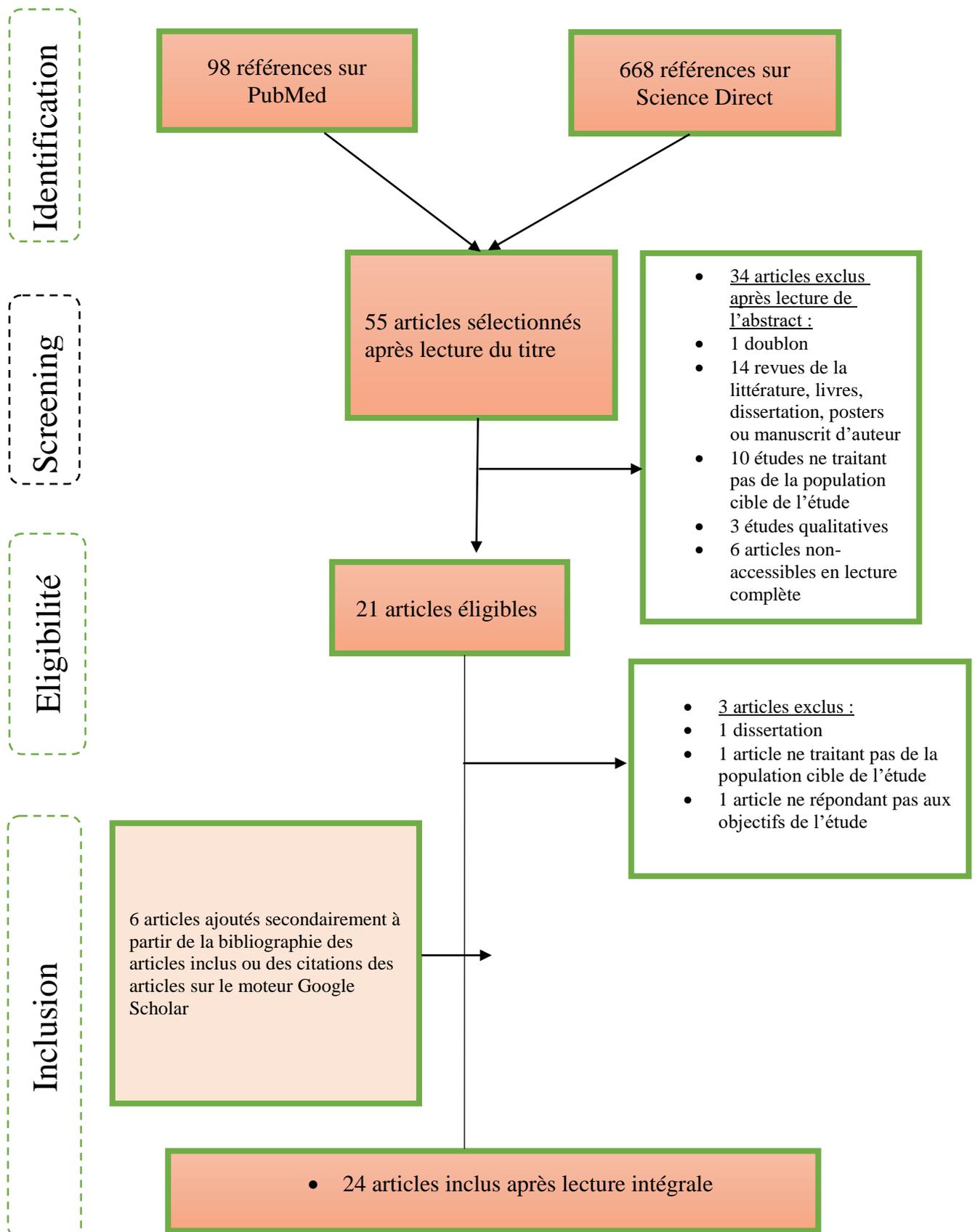


Figure 2 : Diagramme de flux de la revue systématique de la littérature.

2) Caractéristiques des études incluses :

a. Type d'étude

La majorité (21 études) des articles inclus est représentée par des études épidémiologiques descriptives au modèle transversal parmi lesquelles on ne dénombre que 3 études cas-témoin (études de Zerach et al (104), Zeidner et al (105), Van Minnen et al (106)). Les 3 autres articles inclus sont représentés par des études interventionnelles au modèle prospectif menées sous la forme d'études de cohorte (études de Franza et al (107), Ifrach et al (108), Gentry et al (109)). Les études incluses sont en grande majorité des études traitant des données purement quantitatives ; seules deux études se distinguent par la mixité des données traitées (données quantitatives et qualitatives) (études de Iyamuremye et al (110), Van Minnen et al (106)). Ces études ont été retenues au terme de leur lecture complète en raison de la pertinence et de l'originalité des données traitées. Seules les conclusions des auteurs reposant sur des mesures quantitatives seront reprises dans la suite de notre analyse.

b. Concepts étudiés

Les articles inclus sont décrits selon qu'ils traitent de la FC, du STS, du TV ; ou des concepts associés : la SC ou la CVPT. Dans les études incluses, les auteurs utilisent régulièrement et de façon interchangeable la FC et le STS. Pour éviter les confusions, les articles traitant du STS comme mesuré et défini par Figley et Stamm (par le biais de la ProQOL toute version confondue, ou de la CFST) seront inclus dans les articles étudiant la FC puisque cette appellation est la dernière à avoir été retenue par Figley et Stamm car définissant la même entité et moins stigmatisante que le terme de STS. Seuls les articles distinguant de façon claire la FC et le STS et

mesurant le STS par le biais d'outils psychométriques spécifiques (STSS, STQ) distincts des outils utilisés pour la mesure de la FC seront considérés comme intéressant spécifiquement le concept de STS.

La distribution des sujets des études est globalement bien répartie puisque parmi les articles inclus, 8 articles abordent de façon concomitante la FC et la SC. Huit articles traitent spécifiquement de la FC. Quatre articles traitent du STS de façon spécifique et six articles abordent le TV. Enfin, seuls deux articles touchent au concept de CVPT. Ce dernier concept a trait aux effets psychologiques positifs du travail au contact de victimes de traumatismes psychiques, effets décrits de façon plus récente que ses conséquences négatives (FC, STS, TV), ce qui explique la proportion moindre représentée par le sujet dans cette revue de la littérature.

Le BO est fréquemment analysé en marge des concepts liés à la traumatisation indirecte car la ProQOL, outil de mesure extrêmement repris dans la littérature dont le score global reflète le risque de FC est composée de 3 sous-échelles mesurant respectivement le BO, la FC, et la SC. Certaines études portent également sur les différentes manifestations du stress professionnel ; le BO et la détresse psychologique sont régulièrement étudiés parallèlement aux conséquences négatives de la traumatisation indirecte.

c. Objectifs principaux des études incluses

Les études incluses sont distinguées selon leur objectif ; la plupart des études sont des études épidémiologiques descriptives ou analytiques dont les concepts étudiés et les facteurs de risque analysés diffèrent. Les objectifs sont uniques ou multiples pour la plupart des études. La majorité des études incluses (19/24) ont un objectif analytique et cherchent à mettre en évidence un lien entre une exposition à un potentiel facteur de risque ou facteur modérateur et la survenue des troubles (FC,

STS, TV et BO). Des données descriptives concernant la prévalence présumée des concepts de FC, STS, TV, CVPT et SC sont retrouvées dans dix études. Huit études s'intéressent aux conséquences cliniques de l'occurrence de troubles liés à la traumatisation indirecte ; ces conséquences sont représentées par la détresse psychologique, la présence de symptômes anxio-dépressifs, et les perturbations de la vie sociale. Cinq études testent les relations entre les différents concepts de FC, BO, et SC ; tous trois mesurés par le biais de la ProQOL. Trois articles sont représentés par des études interventionnelles : l'étude de Franza et al. teste l'efficacité d'une supervision de groupe (groupe Balint) sur la présence de la FC (107), l'étude d'Ifrach et al. étudie l'impact de la participation à un groupe d'art-thérapie sur les symptômes de stress imputables au STS (108), et l'étude de Gentry et al. cherche à démontrer l'efficacité de la participation à un programme d'entraînement spécifique à visée préventive (Certified Compassion Fatigue Specialists Training) sur la présence de symptômes de FC, de BO, et de SC. Enfin, deux études s'attachent à tester la véracité des concepts de STS et de TV (études de Van Minnen et al. (106) et de Devilly et al. (111)) quand deux autres études testent les validités concurrentes et discriminantes des outils de dépistage du STS, du TV et du BO (études de Devilly et al. (111) et de Jenkins et al. (3)).

d. Lieu de déroulement et caractéristiques de la population de l'étude

Les études incluses se différencient tant par le pays de déroulement de l'étude que par les lieux d'exercice des participants et par les populations étudiées. Les données sur le pays de déroulement de l'étude sont disponibles dans 18 des articles inclus : 5 études ont lieu en Europe, 5 aux Etats-Unis, 2 au Royaume-Uni, 2 en Israël, 1 au Canada, 1 en Australie, 1 en Nouvelle-Zélande, 1 au Rwanda.

Les données concernant le lieu d'exercice des professionnels inclus dans l'étude (établissement public, privé, ou les deux) sont très peu renseignées. Seules 7 études l'explicitent : 4 études incluent à la fois des professionnels de santé mentale exerçant en établissement public ou privé, 3 études incluent des professionnels de santé mentale exerçant dans des structures de soin publiques.

Les articles inclus dans cette étude traitent tous de professionnels de santé mentale définis comme infirmiers en psychiatrie, étudiants infirmiers en psychiatrie, case-managers, psychiatres ou internes en psychiatrie, psychologues ou étudiants en psychologie, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, psychomotriciens ou ergothérapeutes travaillant dans le champ de la santé mentale. Néanmoins, onze études incluent des professionnels de santé mentale dont les missions ou le profil diffèrent sensiblement du champ global d'exercice en santé mentale. L'étude de Beaumont et al. (112) n'inclut que des étudiants en psychologie en dernière année d'études. L'étude de Sodeke-Gregson et al. (100) étudie la prévalence de la FC et de la SC ainsi que leurs facteurs prédictifs dans une population de psychologues travaillant dans des centres spécialisés dans le psychotraumatisme. Craig et Sprang étudient les facteurs associés à la FC, au BO et à la SC chez des psychologues et travailleurs sociaux s'auto-identifiant comme spécialisés dans le psychotraumatisme (113). Deighton et al. (114) s'intéressent aux professionnels de santé mentale exerçant dans des centres spécialisés dans la prise en charge des victimes de torture. L'étude grecque de Mangoulia et al. (115) n'inclue que des infirmières psychiatriques et étudiants infirmiers en psychiatrie. Cieslak et al. (116) s'intéressent au STS dans une population de professionnels de santé mentale travaillant avec des populations militaires au sein d'installations militaires ou en ambulatoire. Les études de Way et al. (117) et de Ifrach et al. (108) incluent des thérapeutes spécialisés dans la prise en charge des auteurs et des victimes de violences sexuelles. Jenkins et

Baird testent la validité des outils de mesure de la FC et du TV et leurs facteurs déterminants à travers deux études menées au sein d'une population de professionnels de santé mentale spécialisés dans la prise en charge de victimes d'agression sexuelle ou de violence domestique (3,118). Creamer et al. (43) traitent, eux, des symptômes de STS chez les intervenants psychosociaux déployés suite aux attaques terroristes du 11 septembre 2001. Enfin, les trois études cas-témoin incluses dans cette revue de la littérature comparent respectivement infirmières psychiatriques et infirmières de services somatiques (étude de Zerach et al. (104)), professionnels de santé mentale et médecins issus de services somatiques (étude de Zeidner et al. (105)), thérapeutes spécialisés dans le psychotraumatisme et groupe contrôle de thérapeutes n'ayant pas de patient présentant une problématique psychotraumatique dans leur file active ou d'expérience en psychotraumatologie (étude de Van Minnen et al. (106)).

e.Outils psychométriques utilisés

Les outils psychométriques utilisés pour mesurer les concepts de FC, TV, SC ou CVPT diffèrent également selon les études ; néanmoins, il s'agit pour la plupart d'outils récents et spécifiques créés par les pionniers du domaine de la traumatisation indirecte. Les études touchant au concept de FC utilisent principalement (11 études) la ProQOL pour en mesurer la prévalence supposée ou les liens avec certains facteurs de risque ou modérateurs. La FC est également mesurée par la version historique de la ProQOL : la CFST et ses deux sous-échelles (mesurant respectivement le BO et la FC), et par la CSFST qui en est la version modifiée par Stamm (une troisième sous-échelle visant à mesurer la SC s'y ajoute). Les quatre études traitant spécifiquement du STS utilisent la STSS qui mesure la présence de symptômes similaires à l'ESPT défini dans le DSM-IV en lien avec

l'exposition traumatique indirecte par le biais du travail psychothérapeutique. Une seule étude traitant du STS utilise l'IES, outil générique habituellement utilisé pour mesurer la présence de symptômes de répétition ou d'évitement dans le cadre de l'ESPT. Les auteurs de cette étude (Creamer et al. (43)) ont modifié l'introduction de l'IES en spécifiant aux répondants que le questionnaire était à renseigner en se référant à l'exposition spécifique aux victimes des attentats du 11 septembre 2001 à travers leur mission d'intervenant psychosocial.

Le TV est exploré dans la plupart des études qui s'y intéressent grâce à la TSI-BSL et sa version renommée, la TABS, dont l'objectif est de mesurer les perturbations cognitives réactionnelles à l'exposition vicariante à du matériel traumatique lors du travail psychothérapeutique. Une seule des études traitant du TV utilise l'IES pour mesurer les symptômes psychotraumatiques qui s'associent aux perturbations cognitives réactionnelles à l'exposition traumatique vicariante.

La SC est mesurée dans l'intégralité des études par le biais de la ProQOL dont une sous-échelle en mesure spécifiquement les manifestations.

Enfin, les deux études traitant de la CVPT en étudient les signes par l'intermédiaire de la PTGI, outil classiquement utilisé pour mesurer les manifestations de croissance post-traumatique, dans le cadre d'une exposition traumatique directe.

II. Prévalence de la Fatigue de Compassion, du Stress Traumatique Secondaire, du Traumatisme Vicariant ou des concepts associés :

Les données concernant la prévalence mesurée de la FC, du STS et du TV reposent sur des outils psychométriques différents mais validés dans la littérature pour le dépistage de ces troubles.

Mesurées par le biais de la ProQOL et ses sous-échelles de FC, BO, SC, dans sa quatrième version révisée et sa cinquième version, les prévalences des populations à haut risque respectivement pour la FC (ou le STS) et le BO s'étendent de 5% à 70%, et de 5% à 49.4% (100,104,113,115,119). Les articles fournissant des données sur la prévalence des concepts de traumatisation indirecte diffèrent par les pays où se déroulent ces différentes études (USA, Royaume-Uni, Canada, Grèce, Nouvelle-Zélande), mais aussi par les taux de participation qui varient de 19.5% à 59%. Les populations incluses sont, elles, globalement similaires, et se composent de psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux et infirmiers en psychiatrie.

La SC mesurée par le biais de la ProQOL retrouve une prévalence de population à haut potentiel pour la SC allant de 8.1% à 48.7% au sein d'études qui diffèrent également par les pays d'inclusion et les taux de participation variables.

La STS n'est distinguée de la FC et mesurée indépendamment que dans une seule des études incluses. La prévalence retrouvée de population à haut risque de STS est de 19.2% (116) .

La prévalence du TV fait l'objet de trois études et repose sur l'utilisation de l'échelle TSI-BS ou de la TABS et sur l'utilisation de l'IES. Mesurée par le biais de la TSI-BS et de la TABS, les auteurs ne rapportent pas de données chiffrées concernant la prévalence du TV. Dans l'étude Rwandaise menée par Iyamuremye et al. (110), les

auteurs expliquent que la majorité des participants présentent des scores supérieurs au cut-off limites pour le dépistage du TV. Quant à l'étude Hollandaise de Van Minnen et al. (106) comparant des thérapeutes spécialisés dans le psychotraumatisme et d'autres thérapeutes ne présentant pas cette spécialisation, les taux de TV rapportés par les auteurs se situent dans la norme pour les 2 groupes. Mesurée via l'IES et son exploration de la présence de symptômes de répétition et d'évitement tous deux retrouvés dans le TV, la prévalence estimée du TV est de 52% dans un groupe de thérapeutes de victimes et d'auteurs d'agression sexuelle (117).

Enfin, la prévalence de la CVPT fait l'objet d'un des articles inclus et est mesurée via la PTGI. Cette échelle est utilisée pour mesurer la croissance post-traumatique dans le cadre de traumatismes directs, elle est ici détournée dans l'étude de Brockhouse et al. (48) afin de traiter des changements positifs réactionnels au travail thérapeutique au contact de patients présentant une problématique psychotraumatique. La prévalence de CVPT retrouvée dans l'étude de Brockhouse et al. est de 57.5% de l'échantillon à haut potentiel de CVPT.

Les données hétérogènes rapportées par la littérature concernant la prévalence de la FC, du STS et du TV reflètent la plurifactorialité de ces concepts. Le chapitre suivant vise à en étudier les facteurs de risque et les facteurs modérateurs.

III. Facteurs de risque de la Fatigue de Compassion, du Stress Traumatique Secondaire, du Traumatisme Vicariant et des concepts associés :

Historiquement, les facteurs de risque individuels sont les premiers sujets des recherches autour de la FC, du STS et du TV (73). Les chercheurs portent désormais un regard plus critique sur les conséquences psychologiques de la traumatisation indirecte et explorent des hypothèses et des variables alternatives permettant d'étayer les modèles théoriques du développement de la FC, du STS et du TV et d'expliquer pourquoi certains professionnels de santé mentale en sont indemnes. La prise en compte de certains facteurs organisationnels et des capacités individuelles d'empathie devient prédominante dans la littérature.

Nous nous intéresserons tour à tour aux facteurs de risque ou modérateurs individuels, puis organisationnels de la FC, du STS, du TV, et des concepts associés étudiés dans les articles inclus avant d'en décrire les conséquences cliniques étudiées.

1) Facteurs de risque individuels

Les facteurs individuels identifiés comme causaux ou corrélationnels de la FC, du STS et du TV étudiés dans cette revue de la littérature sont au nombre de quinze. Les plus traités sont l'âge (43,48,100,111,113,115,116,118–120) , le genre (43,48,100,105,111,113,115–117,119–121), l'histoire traumatique personnelle (3,43,48,100,111,114–117,120,122), et les stratégies de coping (100,105,117) . Dans un souci de clarté, ces facteurs de risque individuels seront traités en facteurs démographiques, antécédents et facteurs de stress personnels, ressources individuelles et stratégies de coping.

a. Facteurs démographiques

L'âge de l'intervenant en santé mentale est un facteur largement étudié dans la littérature depuis l'émergence des concepts de FC, STS, et TV.

Concernant la FC, seule l'étude de Sprang et al. (119) fait l'état d'une association statistiquement négative entre âge du thérapeute et présence de la FC mesurée par la ProQOL ($p < 0.05$) dans un échantillon de 1121 intervenants en santé mentale exerçant aux Etats-Unis. Les quatre autres études qui traitent de l'association entre FC et âge du professionnel ne retrouvent aucune association statistiquement significative entre ces données (100,113,116,118).

Les études portant spécifiquement sur le STS et son association à l'âge du thérapeute sont au nombre de deux et retrouvent des résultats contradictoires. L'étude de Cieslak et al. (116) ne retrouve pas d'association statistiquement significative entre l'âge de l'intervenant en santé mentale et la présence de symptômes de STS quand l'étude de Creamer et al. (43) retrouve une association négative entre l'âge de l'intervenant en santé mentale en poste lors des attentats du 11 septembre 2001 et la présence d'un haut risque pour le STS ($r = -0.28$; $p < 0.05$; $n = 80$).

L'association entre TV et âge de l'intervenant est étudiée par Baird et al. (118) qui ne mettent en évidence aucun lien statistiquement significatif entre ce facteur de risque individuel et la présence de symptômes de TV.

L'impact psychologique positif de la traumatisation indirecte et son association aux caractéristiques individuelles du thérapeute est étudiée par Brockhouse et al. (48). Dans leur étude portant sur les facteurs modérateurs de la CVPT, l'âge est significativement associé à la présence de symptômes de CVPT mesurés par la PTGI ($r = 0.21$; $p < 0.05$; $n = 118$). Quatre études portent sur les facteurs associés à la SC mesurée par la ProQOL. Sprang et al. (119) mettent en évidence une association

statistiquement significative entre âge du professionnel et potentiel pour la SC ($p < 0.05$) ; ces résultats concordent avec ceux de Sodeke-Gregson et al. (100) qui mettent en évidence la même association positive entre âge et potentiel pour la SC ($r = 0.265$; $p < 0.01$; $n = 253$). Les deux autres études étudiant l'impact de ce facteur démographique sur la présence de la SC n'objectivent pas d'association statistiquement significative (113,120).

Le genre du professionnel de santé mentale est également fréquemment étudié comme facteur de risque dans les études incluses.

La FC et son association au genre du thérapeute fait l'objet de sept des études incluses. Parmi celles-ci, quatre études font état d'une association statistiquement significative entre sexe féminin de l'intervenant en santé mentale et haut risque de FC. L'étude de Mangoulia et al. (115) menée dans une population d'infirmières et d'étudiantes infirmières grecques ($n = 174$) met en évidence que les femmes présentent 1.2 à 8 fois de plus hauts scores de FC mesurée par la ProQOL que les hommes de l'échantillon ($p = 0.023$). Dans l'étude de Rossi et al. (123), les intervenants en santé mentale de sexe féminin sont plus à risque que leurs homologues masculins concernant la présence de symptômes de FC ($RR = 1.113$; $p = 0.031$). Zeidner et al. (105) montrent une association statistiquement significative entre sexe féminin chez les intervenants en santé mentale ou les médecins issus de services somatiques et présence de hauts risques de FC ($p < 0.05$; $n = 89$). Sprang et al. dressent le même constat dans leur étude sur les facteurs impactant la qualité professionnelle de vie sans en donner de significativité chiffrée (119). Les trois autres études s'intéressant à l'association entre genre du thérapeute et présence de symptômes de FC ne retrouvent pas de lien statistiquement significatif (100,113,120) .

L'association entre STS et genre du thérapeute est étudiée dans trois articles. Seule l'étude de Robinson-Keilig et al. (121) met en évidence une présence plus importante de symptômes de STS mesurés par la STSS et le genre féminin ($r=0.135$; $p<0.05$; $n=320$). Les études de Cieslak et al. (116) et de Cramer et al. (61) ne retrouvent pas cette association.

Le lien entre le genre et le TV n'est pas étudié dans les articles inclus.

Les conséquences psychologiques positives de la traumatisation indirecte à travers le travail et son association au genre sont étudiées par Brockhouse et al. (48) ; la CVPT n'est pas associée au genre du thérapeute. La SC est étudiée dans quatre articles : aucune association statistiquement significative n'est mise en évidence entre le genre et la présence d'un potentiel pour la SC de façon homogène dans ces études (100,113,119,120).

Le niveau d'études des professionnels de santé mentale est une donnée dont l'association aux conséquences psychologiques négatives de la traumatisation indirecte par le biais du travail fait l'objet de plusieurs études.

Le lien entre FC et niveau d'études est variable selon les articles. Deux études retrouvent une association positive entre haut niveau d'études et haut risque de FC : l'étude de Sprang et al. (119) et l'étude italienne de Rossi et al. (123) où le niveau d'études augmente significativement le risque de FC pour le professionnel ($RR=1.61$ $IC[1.024 - 1.553]$ $p=0.029$). Dans l'étude grecque de Mangoulia et al. (115) qui étudie la prévalence de la FC parmi les infirmières psychiatriques et les étudiantes infirmières en psychiatrie ($n=174$) ; l'association retrouvée entre niveau d'études et FC est inverse : les étudiantes infirmières sont statistiquement plus à risque que les infirmières diplômées pour la FC ($p=0.008$). Enfin, les études de Ray et al. (120) et

Craig et al. (113) ne mettent pas en évidence d'association entre niveaux d'études et FC.

La seule étude portant sur l'analyse du niveau d'étude sur le risque de STS chez les intervenants en santé mentale est celle de Creamer et al. (43) qui compare les risques de STS chez les titulaires d'un master ou d'un doctorat : cette étude ne conclue à aucune association statistiquement significative.

La littérature ne fournit pas de données concernant l'association du niveau d'études et du risque de TV.

Les conséquences psychologiques positives de l'exposition traumatique indirecte par le travail psychothérapeutique et leur association au niveau d'études sont repris dans quatre articles. La SC est étudiée par Rossi et al. (123), Ray et al. (120), et Craig et al. (113); ces études concluent unanimement à l'absence de lien entre niveau d'études et potentiel pour la SC. La CVPT n'est pas associée au niveau d'études dans l'article de Brockhouse et al. (48).

L'association entre facteurs démographiques (âge, genre, niveau d'études) et conséquences de l'exposition traumatique indirecte par le biais du travail retrouve des résultats souvent peu homogènes, voire contradictoires. D'autres facteurs de risque individuels déterminants tels que les antécédents traumatiques des thérapeutes et les facteurs de stress personnels passés ou intercurrents ont également intéressé de nombreux auteurs et sont venus étayer la littérature autour de ces concepts.

b. Antécédents traumatiques et facteurs de stress personnels :

Les antécédents traumatiques des professionnels de santé mentale sont fréquemment abordés dans la littérature traitant des concepts de FC, STS, TV et concepts associés. Leurs associations à ces entités permet d'en affiner les théories étiopathogéniques et de discuter l'existence d'une vulnérabilité particulière du professionnel de santé mentale. En marge de ces antécédents traumatiques personnels sont étudiés d'autres facteurs de stress comme le deuil ou la présence d'un stress financier. Parallèlement à ces événements potentiellement traumatiques, certains auteurs s'intéressent aux antécédents de thérapie du thérapeute. Ces différents facteurs de risque sont repris et détaillés.

Les antécédents traumatiques personnels du professionnel de santé mentale font l'objet d'un grand nombre d'études ; leurs associations à la FC, au STS, au TV et aux concepts associés ont ainsi abordé dans 12 des études incluses. La mesure des antécédents traumatiques est détaillée car diffère selon les études ; en revanche, l'exposition aux événements traumatiques est mesurée de façon homogène sur la vie entière du thérapeute.

L'association entre antécédents traumatiques personnels et FC est étudiée dans sept articles. Trois études retrouvent une association statistiquement significative entre présence d'une histoire traumatique personnelle et haut risque de FC. L'étude de Sodeke-Gregson et al. (100) portant sur un échantillon de psychologues anglais spécialisés dans le psychotraumatisme (n=253), où l'histoire traumatique personnelle est évaluée par une question ouverte ($p < 0.05$) ; l'étude de Deighton et al. (114) portant sur des thérapeutes exerçant dans un centre de victimes de torture (n=100) où l'exposition traumatique personnelle directe est évaluée sans information sur la méthodologie ($p < 0.001$) ; et l'étude de Jenkins et al. (3) qui montre une association

statistiquement significative entre histoire traumatique personnelle de violences sexuelles ou domestiques mesurée par une échelle dérivée de la Life Event Checklist (LEC) et haut risque de FC ($p < 0.001$) au sein d'un échantillon de thérapeutes spécialisés dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle ou de violence domestique ($n=99$). Les études de Rossi et al, Temitope et al, Mangoulia et al, portant sur l'association entre histoire traumatique personnelle et risque de FC ne mettent en évidence aucun lien statistiquement significatif (115,122,123). Enfin, l'étude de Ray et al. (120) portant sur un échantillon d'intervenants en santé mentale ($n=169$) et mesurant l'association entre exposition traumatique personnelle (par le biais d'une question ouverte) et risque de FC montre des risques plus élevés chez les membres du personnel aux antécédents traumatiques personnels sans que cette association n'atteigne des taux statistiquement significatifs.

Les données concernant l'association entre histoire traumatique personnelle et STS sont hétérogènes. L'étude de Cieslak et al. (116) portant sur une population de thérapeutes travaillant au contact de populations militaires ($n=224$) retrouve une association statistiquement significative entre histoire traumatique personnelle quantitative (mesurée par le nombre de traumatismes directement expérimentés par le thérapeute à partir des dix événements potentiellement traumatiques de la STSS) et risque de STS ($r=0.17$; $p=0.004$). Les études de Devilly et al. (111) et de Creamer et al. (43) ne mettent pas en évidence d'association entre exposition traumatique directe personnelle et risque de STS (mesure de l'exposition traumatique directe par une échelle dérivée de la Post Traumatic Stress Scale et la LEC respectivement).

L'impact de l'histoire traumatique personnelle sur le risque de TV fait l'objet de trois études dont les résultats sont homogènes. Les études de Devilly et al. (111), Jenkins et al. (3), et de Way et al. (117) qui cible spécifiquement les antécédents de maltraitance dans l'enfance chez le thérapeute, ne concluent à aucune association

statistiquement significative entre histoire traumatique personnelle et TV.

Les potentiels pour la SC et la CVPT et leurs associations à la présence d'antécédents traumatiques personnels sont traités dans les études de Rossi et al. (123) et de Brockhouse et al. (48) respectivement. Aucune association statistiquement significative entre histoire traumatique personnelle et potentiel pour ces conséquences psychologiques positives de la thérapie au contact de patients présentant un psychotraumatisme n'est mise en évidence par ces auteurs.

A noter que les prévalences estimées d'antécédent personnel d'exposition potentiellement traumatique s'étendent selon les études de 27.8% à 100% chez les professionnels de santé mentale (116,120).

Les facteurs de stress rencontrés par les professionnels de santé mentale étudiés dans la littérature sont représentés par la présence d'un deuil personnel dans les années précédentes et l'existence de difficultés financières contemporaines, tous deux étudiés dans l'article de Mangoulia et al (115) . Les auteurs, qui ne mettent pas en évidence d'association entre histoire traumatique personnelle et risque de FC, montrent en revanche la présence de risques de FC significativement plus élevés chez les infirmières (IDE) ou étudiantes IDE en psychiatrie ayant connu un deuil familial dans les années précédentes (pas de données chiffrées). La présence de difficultés financières intercurrentes mesurées par le biais d'une question ouverte est également associée à de plus hauts risques de FC (1.1 à 7.5 fois plus de risque de FC) dans cette population ($p=0.032$) (115). L'étude italienne de Rossi et al. (123) met en avant une association entre événement de vie négatif dans l'année précédente (utilisent une liste de 8 événements potentiellement stressants comme le divorce, les difficultés au travail) et le risque de FC (RR=1.160 IC [1.053 – 1.277] $p=0.003$) pour le professionnel de santé mentale.

Les antécédents de psychothérapie personnelle du thérapeute et leurs associations aux risques de FC, STS, TV et concepts associés sont étudiés dans les travaux de Creamer et al. (43) et de Brockhouse et al. (48). L'étude de Creamer et al. portant sur la prévalence du STS et ses facteurs de risque ou modérateurs dans un échantillon d'intervenants psychosociaux déployé lors des attentats du 11 septembre 2001 (n=80) traite notamment de l'association entre les antécédents de psychothérapie des intervenants et la présence de symptômes de STS. Dans cette étude, 84% de l'échantillon rapporte avoir suivi une thérapie au cours de sa vie. Lors de celle-ci, 79% ont pu discuter d'événements traumatiques personnels et 39% ont évoqué les difficultés en lien avec la traumatisation indirecte dans le cadre de l'exposition par le travail (donnée qui peut être assimilée à un potentiel antécédent de STS pour les auteurs). Les thérapeutes ayant préalablement évoqué leurs difficultés professionnelles au cours de leur propre thérapie l'ont tous fait avant les attentats du 11 septembre 2001. Les auteurs mettent en évidence des taux plus élevés de STS chez les intervenants psychosociaux ayant fait part de difficultés en lien avec l'exposition traumatique indirecte lors d'une thérapie personnelle ($p < 0.05$) par rapport aux intervenants psychosociaux n'ayant pas évoqué de telles difficultés lors de leur thérapie, suggérant une majoration du risque de STS chez les intervenants psychosociaux ayant déjà rencontré des difficultés similaires au cours de leurs carrières. Des taux plus élevés de STS sont également notés chez les professionnels ayant suivi une thérapie par rapport à ceux n'en ayant jamais suivi ($p < 0.05$) (43).

Dans l'étude de Brockhouse et al. (48) portant sur la CVPT et ses déterminants dans une population nationale de thérapeutes anglais (n=118) ayant déjà travaillé avec des patients présentant une problématique psychotraumatique, les thérapeutes ayant suivi une thérapie personnelle rapportent plus de symptômes de CVPT

mesurés par la PTGI ($p=0.001$) par rapport aux thérapeutes n'ayant jamais suivi de thérapie.

Ces données concernant les antécédents traumatiques personnels et l'impact de facteurs de stress ou d'antécédents de thérapie personnelle sont hétérogènes et mesurés par des outils différents selon les auteurs. D'autres facteurs individuels comme les stratégies de coping utilisées par les intervenants en santé mentale ou les ressources propres comme les capacités d'empathie, de résilience sont étudiés dans la littérature afin de déterminer leur potentiel impact sur les conséquences de la traumatisation indirecte dans le cadre du travail.

c. Ressources individuelles et stratégies de coping :

Les études portant sur le rôle des ressources individuelles et des stratégies de coping dans la présence de FC, STS, TV ou des concepts associés sont peu nombreuses et les facteurs étudiés très divers.

Les stratégies de coping mises en place par les intervenants en santé mentale font l'objet de trois études. Le travail de Sodeke-Gregson et al. (100) visant à déterminer la prévalence de la FC et de la SC parmi des thérapeutes anglais spécialisés dans le psychotraumatisme ($n=253$) et les facteurs prédictifs les plus pertinents de ces concepts s'intéresse aux stratégies de coping mises en place par les thérapeutes afin de réduire les manifestations de stress secondaire. Les auteurs utilisent la Coping Strategies Inventory divisée en deux sous-échelles : Time et Beliefs qui mesure à la fois le temps passé dans les loisirs, les activités de self-care, la supervision et les activités de recherche et développement professionnel et les

croyanances du thérapeute concernant les loisirs, la supervision et les activités de self-care. Dans cette étude, le temps passé dans les activités de recherche et de développement, le support hiérarchique perçu et la qualité perçue de la supervision sont associés à des hauts potentiels de SC ($p=0.001$). En revanche, le temps passé en supervision individuelle et le temps engagé dans les activités de self-care sont associés à un haut risque de FC ($p=0.01$). L'étude de Way et al. (117) visant à déterminer les niveaux de TV chez les thérapeutes soignant auteurs et victimes d'agression sexuelle ($n=347$) et à en déterminer les facteurs précipitants étudie le rôle occupé par les stratégies de coping utilisées par le thérapeute dans le cadre de son travail. Les auteurs utilisent un outil original créé pour leur étude qui liste 24 stratégies de coping possibles secondairement classées en 3 groupes par les auteurs : stratégies de coping négatives personnelles, stratégies de coping personnelles positives, stratégies de coping professionnelles. Les résultats montrent que les thérapeutes utilisant plus de stratégies de coping positives personnelles présentent significativement de plus hauts risques de TV ($p<0.05$) et que l'utilisation de plus de stratégies de coping négatives est également associée à de plus hauts risques de TV ($p<0.05$). L'usage de stratégies de coping professionnelles n'est pas associé au TV. Le travail de Zeidner et al. (105) inclue l'étude des stratégies de coping utilisées par des professionnels de santé mentale et des médecins issus de service de médecine somatique ($n=182$) et leur impact sur la présence de la FC. L'outil utilisé par les auteurs est la Coping Inventory for Stressful Situations- Situation Specific Coping qui permet de mesurer les stratégies de coping utilisées selon qu'il s'agisse de stratégies de coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion, ou coping de type évitement. L'utilisation par les professionnels de santé de plus de stratégies de coping centré sur le problème est associée à de plus faibles risques de FC ($p=0.01$) alors que l'utilisation de stratégies de coping centré sur l'émotion ou de

type évitement-retrait est associée à de plus hauts risques de FC ($p=0.01$).

Les capacités d'empathie du thérapeute et le rôle du sens de la cohérence sont étudiés dans le travail de Brockhouse et al (48). L'étude vise à évaluer l'impact de l'exposition traumatique vicariante sur la CVPT et l'effet du sens de la cohérence, du support organisationnel et de l'empathie comme facteurs modérateurs de cette association. Les facteurs étudiés sont mesurés par le biais de la Physician empathy scale de Jefferson qui comprend 20 items permettant de mesurer les capacités d'empathie du thérapeute (fiable, modérées, hautes) et la forme courte de l'échelle du sens de la cohérence d'Antonovsky pour laquelle de hauts scores traduisent un sens de la cohérence élevé chez le thérapeute. L'échantillon de thérapeutes anglais de cette étude ($n=118$) présente de hauts scores de cohérence et des hauts niveaux d'empathie. La présence d'un sens élevé de la cohérence est associée négativement aux symptômes de CVPT chez les thérapeutes ($BETA=-0.28$; $p=0.001$) alors que la présence de hauts niveaux d'empathie est liée à de hauts niveaux de CVPT ($BETA=0.37$; $p<0.001$).

La compassion du thérapeute et ses composantes est étudiée par Beaumont et al. (112) dans leur étude portant sur un échantillon d'étudiants en dernière année de psychologie ($n=54$) et visant à mesurer l'association entre compassion, bien-être psychologique, FC et BO. La compassion y est divisée en auto-compassion et compassion pour autrui mesurées respectivement par la Self-Compassion Scale et ses six sous-échelles (auto-gentillesse, auto-jugement, pleine conscience, humanisme, isolement, sur-identification) et la Compassion for Others Scale et ses six sous-échelles (gentillesse, indifférence, humanité, séparation, pleine conscience, désengagement). De hauts niveaux d'auto-compassion sont associés à des risques

réduits de FC ($p < 0.05$) et de BO ($p < 0.01$) et au bien-être psychologique ($p < 0.05$) chez les étudiants. De hauts niveaux de compassion pour autrui prédisent de plus faibles risques de FC et de BO ($p < 0.05$) et de plus hauts potentiels pour la SC ($p < 0.05$).

La résilience du professionnel de santé mentale et son association à la FC est étudiée par Temitope et al. (122) au sein d'une population de thérapeutes néo-zélandais ($n=129$). La résilience y est définie comme « la capacité à rebondir suite à un stress » et mesurée par la Brief Resilience Scale dont des hauts scores traduisent de hautes capacités de résilience. Les résultats des analyses en régression logistique montrent que les thérapeutes ayant de hauts scores de résilience présentent significativement moins de risques de FC ($r = -0.47$; $p = 0.09$).

L'intelligence émotionnelle est une caractéristique du professionnel de santé mentale également étudiée par Zeidner et al. (105) dans leur travail portant sur les professionnels de santé mentale et les médecins issus de services somatiques en Israël ($n=182$). Les auteurs postulent que l'intelligence émotionnelle détermine comment une personne s'adapte au stress de la vie quotidienne et comment elle régule et limite les émotions négatives ; elle permettrait aux individus de mieux appréhender et réguler les émotions et limiterait donc les émotions négatives en lien avec le stress, y compris dans le cadre de la FC. L'intelligence émotionnelle est divisée en « Trait » et « Aptitude » (assimilable à la gestion des émotions) et mesurée par la Schutte Self-Report Inventory et la sous-échelle de gestion des émotions du Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test respectivement. Les résultats montrent que de hauts scores d'intelligence émotionnelle « Trait » et « Aptitude » prédisent de plus faibles risques de FC ($p < 0.01$).

L'association entre FC, STS, TV, concepts associés et facteurs de risque individuels est variée dans la littérature, tant par la diversité des facteurs mesurés que par les outils de mesure utilisés et les résultats obtenus dans les divers travaux. Ce caractère disparate et hétérogène est également retrouvé dans l'étude de l'association entre facteurs professionnels et conséquences psychologiques de la traumatisation indirecte dans le cadre du travail chez les intervenants en santé mentale.

2) Facteurs de risque professionnels ou organisationnels

Les modèles théoriques des concepts de FC, STS, TV, tendent à rejoindre ceux du BO et à associer des facteurs de risque individuels à une exposition professionnelle et à des facteurs de risque organisationnels variés. Ces facteurs de risque professionnels et leurs contributions au développement des conséquences psychologiques de la traumatisation indirecte par le biais du travail chez les intervenants en santé mentale font ainsi l'objet de nombreuses études. Ils sont abordés dans un souci de clarté dans différentes catégories : facteurs professionnels généraux, facteurs professionnels en lien avec la pratique psychotraumatique, indicateurs et facteurs de risque psychosociaux; et autres facteurs de risque en lien avec l'affectation du professionnel de santé mentale.

a. Facteurs de risque professionnels généraux

Le type de profession exercée par l'intervenant en santé mentale est un facteur étudié dans huit articles inclus.

L'association entre FC et profession exercée fait l'objet de cinq études dont 4 ne retrouvent aucune différence statistiquement significative entre le type de profession exercée et la présence d'un risque de FC (105,113,120,123). La plupart de ces études compare les risques de FC présentés par différents types d'intervenants en santé mentale (psychiatres, psychologues, IDE, travailleurs sociaux) ; l'étude de Zeidner et al. (105) compare, elle, les risques de FC dans deux groupes de professionnels : professionnels de santé mentale et médecins issus de services somatiques (pas de différence statistiquement significative du risque de FC entre les deux groupes). Seule l'étude de Sprang et al. (119) retrouve des risques significativement plus élevés de FC chez les psychiatres recrutés ($p < 0.05$) versus psychologues et travailleurs sociaux de leur échantillon.

L'impact de la profession exercée sur le risque de STS fait l'objet de trois études qui concluent toutes à l'absence de lien entre la profession exercée et le niveau de STS (43,113,116).

La seule étude traitant de l'association entre les manifestations de TV et la profession occupée ne met pas en évidence d'association statistiquement significative entre profession exercée et TV (111).

La SC n'est mise en lien avec la profession exercée que dans une des études incluses : l'étude de Craig et al. (113) ne montre pas de différence statistiquement significative entre les psychologues et les travailleurs sociaux inclus ($n=532$) concernant le potentiel de SC.

Les années d'expérience professionnelle du professionnel de santé mentale, définies de façon générale comme les années de pratique effective de la profession font l'objet d'analyses quantitatives dans onze études incluses.

Concernant la FC : la majorité (5 études sur 7) des études s'intéressant au rôle de l'expérience professionnelle dans le risque de FC ne retrouve pas d'association statistiquement significative entre années d'expérience et risque de FC (105,113,114,118,120). Les deux études mettant en lien une association statistiquement significative entre les années d'expérience professionnelle et la présence d'un risque de FC sont contradictoires. Le travail de Sprang et al. (119) montre que les intervenants en santé mentale les moins expérimentés présentent les risques les plus importants de FC ($p < 0.01$) quand l'étude de Rossi et al. (123) met en évidence que le nombre d'années exercées au sein de la structure de soins en santé mentale augmente significativement le risque de FC dans leur échantillon ($p = 0.035$). L'association entre STS et années d'expérience professionnelle est traitée dans trois études. Les études de Robinson-Keilig et al. (121) ($r = -1.98$; $p < 0.01$; $n = 320$) et de Creamer et al. (43) ($r = -0.23$; $p < 0.05$; $n = 80$) mettent en évidence une association négative entre années de pratique et niveau de STS traduisant des niveaux plus élevés de STS chez les thérapeutes les moins expérimentés. L'étude de Devilly et al. (111) ne relève pas d'association statistiquement significative entre années d'expérience professionnelle et risque de STS.

L'impact de l'expérience professionnelle sur les symptômes de TV est abordé dans trois articles inclus. Les travaux de Devilly et al. (111) et de Baird et al. (118) ne concluent à aucun lien entre années d'expérience professionnelle et TV. L'étude de Way et al. (117) portant sur les facteurs déterminants du TV chez les thérapeutes spécialisés dans la prise en charge des victimes ou des auteurs de violences sexuelles et domestiques ($n = 347$) met en évidence une association négative entre

années d'expérience et symptômes de reviviscences de TV chez les thérapeutes traitant les victimes ($p=0.0191$).

L'association entre expérience professionnelle et conséquences psychologiques positives du travail au contact de patients présentant un psychotraumatisme n'est étudiée que par Craig et al. (113). Dans leur travail, les auteurs mettent en évidence des potentiels de SC significativement plus élevés chez les thérapeutes les plus expérimentés ($r=0.26$; $p<0.001$).

L'orientation thérapeutique du professionnel de santé mentale et son association aux conséquences de la traumatisation indirecte par le biais de l'emploi ne fait l'objet que de trois études. L'orientation thérapeutique n'y est pas détaillée. Le travail de Sodeke-Gregson et al. (100) ne montre pas d'association entre orientation thérapeutique du psychologue et risque de FC ou potentiel pour la SC. L'étude de Cieslak et al. (116) portant sur une population de psychologues et de travailleurs sociaux travaillant avec des populations militaires ($n=224$) ne met pas en évidence d'association entre approche thérapeutique et niveaux de STS chez les participants. Enfin, Devilly et al. (111) ne parviennent pas à objectiver un lien significatif entre orientation thérapeutique et niveau de STS ou de TV dans un échantillon d'intervenants en santé mentale australiens ($n=152$).

Le lieu d'exercice du professionnel fait l'objet de plusieurs études qui s'intéressent notamment à l'impact de l'exercice dans une structure publique versus privée, dans un lieu de soins ambulatoire ou dans une structure hospitalière, et enfin en milieu rural ou urbain. Le travail de Sprang et al. (119) ne met pas en évidence d'impact de l'exercice ambulatoire versus hospitalier ou urbain versus rural sur les risques de FC ou les potentiels de SC présentés par les participants recrutés. L'étude de Craig et

al. (113) portant sur un vaste échantillon de psychologues et de travailleurs sociaux américains (n=532) objective des risques plus élevés de FC chez les professionnels exerçant en structures publiques (versus structures privées, $p<0.05$). Les potentiels de SC sont également plus élevés dans les structures de soin en santé mentale publiques plutôt que dans les établissements de soin privés d'intérêt collectif ($p<0.05$).

Le mode d'exercice des professionnels est étudié par Baird et al. (118) qui s'intéressent à un échantillon de professionnels de santé mentale travaillant au contact de victimes de violences domestiques ou d'agressions sexuelles qu'ils soient salariés ou bénévoles (n=101). Les niveaux de FC ou de TV sont similaires entre ces deux groupes.

Les facteurs de risque professionnels généraux sont largement étudiés et montrent des résultats de nouveau hétérogènes. Les différents auteurs montrent également un intérêt à l'exposition particulière présentée par les intervenants en santé mentale à travers la pratique psychotraumatique ; l'exposition traumatique indirecte fait ainsi l'objet de nombreuses études en lien avec le FC, STS, TV et les concepts associés. En marge de celle-ci sont également étudiés l'impact d'une formation spécialisée dans le psychotraumatisme ou les méthodes psychothérapeutiques utilisées par le thérapeute jusqu'à l'impact subjectif estimé du travail psychotraumatique par le professionnel.

b. Facteurs de risque liés à la pratique psychotraumatique

Le niveau d'exposition traumatique indirecte auquel le professionnel de santé mentale est confronté représente un sujet d'étude vastement traité dans la littérature en raison de son impact supposé dans l'étiopathogénie des concepts de FC, STS ou TV. Ce facteur de risque est abordé dans dix articles inclus dans cette revue de la littérature en mesurant principalement le pourcentage de patients présentant un ESPT dans la file active du thérapeute.

Concernant la FC, l'impact de l'exposition traumatique indirecte est traité dans six études dont la majorité (4/6) retrouvent une association positive entre exposition traumatique et risque de FC. Le travail de Sprang et al. (119) rapporte que les thérapeutes présentant les taux les plus élevés de patients ayant une problématique psychotraumatique ont des risques significativement plus élevés de FC ($p < 0.01$). L'étude de Deighton et al. (114) portant sur une population de thérapeutes travaillant avec des victimes de torture ($n=100$) analyse l'exposition traumatique indirecte en mesurant le nombre de patients vus par semaine et retrouve une corrélation positive entre nombre élevé de patients vus et risque de FC ($r=0.4$; $p < 0.05$). Temitope et al. (122) divise la population d'intervenants en santé mentale recrutés ($n=129$) en tiers d'exposition basse (<30% patients présentant un ESPT dans la file active) et tiers d'exposition haute (>65% patients présentant un ESPT dans la file active). Le groupe d'exposition haute présente un risque de FC significativement plus élevé que le groupe d'exposition basse ($p=0.03$). Enfin, Craig et al. (113) retrouvent significativement plus de risque de FC chez les thérapeutes présentant un pourcentage élevé de patients ayant une problématique d'ESPT dans leur file active ($r=0.18$; $p < 0.001$; $n=532$). Les deux autres études traitant de l'association entre FC et exposition traumatique indirecte ne retrouvent pas d'association statistiquement significative (100,118).

Le lien entre exposition traumatique indirecte et STS est traitée dans trois études incluses. L'étude de Robinson-Keilig et al. (121) retrouve une association statistiquement significative entre nombre élevé de patients présentant une problématique d'ESPT dans la file active du thérapeute et scores à la STSS ($r=0.173$; $p<0.01$; $n=320$). Cieslak et al. (116) précisent l'exposition traumatique indirecte du thérapeute en créant leur outil, la Secondary Trauma Exposure Scale (STES) qui mesure la diversité des événements traumatiques auxquels les thérapeutes ont pu être indirectement exposés à travers leur exercice professionnel, le volume de patients présentant un ESPT rencontrés au cours de leur carrière, la fréquence de l'exposition moyenne à ces patients, et le ratio soit le pourcentage de patients présentant un ESPT dans la file active du thérapeute. En moyenne, les thérapeutes sont confrontés indirectement à sept des dix événements traumatiques listés par les auteurs, ils rencontrent plusieurs centaines de patients présentant un ESPT au cours de leur carrière et les voient plusieurs jours par semaine. Le ratio moyen de patients présentant un ESPT dans la file active du thérapeute est de 63%. En analyse bivariée, le pourcentage de patients présentant un ESPT est statistiquement associé au risque de STS. En régression logistique, cette association disparaît et seul le volume de patients rencontrés sur la carrière reste statistiquement associé au risque de STS ($p<0.001$; $n=224$). Enfin, l'étude de Devilly et al. (111) ne retrouve pas d'association entre l'exposition traumatique indirecte et le risque de STS.

Les études traitant du TV et testant son association à l'exposition traumatique indirecte sont rares. Le travail de Devilly et al. (111) ne met pas en évidence d'association entre cette exposition et les scores à la TSI-BSL. L'étude de Baird et al. (118) mesurant l'exposition traumatique indirecte du thérapeute sur le mois précédent retrouve de façon contraire à ce que les auteurs avaient supposé des

symptômes de TV significativement moins importants chez les thérapeutes exposés au plus grand nombre de patients atteints d'ESPT ($r=-0.21$; $p<0.05$; $n=101$).

Les conséquences psychologiques positives de l'exposition traumatique vicariante sont également abordées par les différents auteurs. Les trois études s'intéressant à la SC ne retrouvent aucune association statistiquement significative entre pourcentage de patients présentant un ESPT dans la file active du thérapeute et potentiel de SC (100,113,119). Enfin, l'étude de Brockhouse et al. (48) traitant de la prévalence de la CVPT et de ses facteurs de risque et modérateurs dans une population de thérapeutes anglais ($n=118$) retrouve de plus hauts scores de CVPT chez les thérapeutes présentant une plus grande exposition traumatique vicariante cumulée sur la carrière (calcul des auteurs) ($p=0.001$).

Estimation subjective de l'impact du travail psychotraumatique. Afin de préciser l'impact de l'exposition traumatique indirecte, certains auteurs associent la mesure de l'impact subjectif du travail psychotraumatique à l'analyse purement quantitative du pourcentage de patients présentant un ESPT dans la file active du thérapeute. L'étude de Cieslak et al. (116) utilisant la STES, outil original créé par les auteurs pour mesurer l'exposition traumatique indirecte, interroge également le thérapeute sur le degré avec lequel l'exposition indirecte à certains événements traumatiques l'a affecté (de « très négativement » à « de façon très positive »). L'appréciation subjective très négative de l'exposition traumatique indirecte est associée significativement à de plus hauts niveaux de STS ($p<0.001$; $n=224$).

Formation spécialisée dans le psychotraumatisme. Certains auteurs s'intéressent au rôle modérateur de la participation à une formation spécialisée dans le psychotraumatisme concernant la FC. Les modalités de cette formation et son

contenu ne sont pas détaillés par les auteurs, la participation à une formation spécialisée étant souvent explorée par une question ouverte (« Avez-vous déjà suivi une formation spécialisée dans le psychotraumatisme ? »). Concernant la FC, les quatre études qui en font état tirent des conclusions contradictoires : Rossi et al. (123), Sodeke-Gregson et al. (100), et Craig et al. (113) ne parviennent pas à mettre en évidence de rôle modérateur de la participation à une formation spécialisée sur le risque de FC. Seule l'étude de Sprang et al. (119) objective des risques significativement moins élevés de FC chez les thérapeutes ayant suivi une formation spécialisée dans le psychotraumatisme ($p < 0.01$).

L'étude de Van Minnen et al. (106) s'intéresse au TV et porte sur un échantillon de 39 thérapeutes sélectionnés de façon randomisée au sein de différentes institutions de soins en santé mentale. Les thérapeutes randomisés sont soit spécialisés dans les soins en lien avec le psychotraumatisme ($n=20$) soit des thérapeutes n'ayant pas d'expérience en psychotraumatologie ou de patients présentant une problématique psychotraumatique dans leur file active (groupe contrôle, $n=19$). Le modèle mixte de l'étude utilisé par les auteurs leur permet de mesurer les symptômes de TV de façon quantitative par le biais de la TSI-BS et de façon qualitative grâce à une série d'interviews menée avec les thérapeutes comprenant notamment des questions orientées sur les modifications cognitives réactionnelles au travail psychothérapeutique. Les symptômes de TV mesurés par la TSI-BS sont similaires dans les deux groupes alors que dans l'appréciation qualitative, les traumatheérapeutes rapportent significativement plus de changements cognitifs relatifs au monde en lien avec le travail psychothérapeutique ($p=0.001$).

L'impact de la formation spécialisée sur le potentiel de SC fait l'objet de quatre études. L'étude de Sprang et al. (119) retrouve des potentiels supérieurs pour la SC chez les thérapeutes ayant suivi une formation spécialisée ($p < 0.01$) ; l'étude de Craig

et al. (113) tire les mêmes conclusions ($p < 0.01$; $n = 532$). Rossi et al. (123) et Sodeke-Gregson et al. (100) ne retrouvent aucune association entre participation à une formation spécialisée et SC.

La pratique de techniques thérapeutiques reconnues dans le champ psychotraumatique sont étudiées dans deux des articles inclus.

Deighton et al. (114) étudient l'impact de la pratique de la thérapie par l'exposition sur le risque de FC chez le thérapeute. Les auteurs mesurent les techniques de thérapie utilisées par l'échantillon de thérapeutes travaillant avec des victimes de torture ($n = 100$) : exposition/ méthode narrative/ EMDR/ psychodrame et mise en situation/ immersion/ thérapie orientée sur les solutions. Le degré de formation des thérapeutes à ces techniques et leur mise en pratique effective est renseignée par les répondants. Les auteurs pointent ensuite les déséquilibres entre formation et mise en pratique effective qui s'apparentent selon eux à des conduites d'évitement. Les résultats de cette étude montrent que les thérapeutes présentant un déséquilibre entre forte sensibilisation à la thérapie par l'exposition et faible pratique effective présentent significativement plus de risques de FC et de BO (mesurés par la ProQOL) et une souffrance psychologique plus importante.

Craig et al. (113) étudient l'impact de la pratique de techniques thérapeutiques validées dans le champ psychotraumatique grâce à un outil original nommé le Trauma Practices Questionnaire (TPQ). Le questionnaire comporte 19 items pour lesquels le thérapeute doit indiquer s'il utilise en pratique les outils thérapeutiques listés et à quelle fréquence. Ces 19 items recouvrent des techniques d'EMDR, de thérapie cognitive, de thérapie comportementale, de thérapie psychodynamique, de thérapie éclectique, et de thérapie orientée sur les solutions ; toutes validées dans le cadre du psychotraumatisme. Les thérapeutes utilisant plus fréquemment ces

techniques validées présentent significativement moins de risque de FC ($p < 0.01$) et plus de potentiel de SC ($p < 0.001$).

En marge de ces facteurs professionnels généraux et des facteurs professionnels spécifiques à la pratique psychotraumatique, les indicateurs de risques psychosociaux et les facteurs de risque du stress professionnel sont étudiés dans la littérature afin de déterminer leurs associations aux conséquences psychologiques de la traumatisation indirecte chez les intervenants en santé mentale.

c. Risques psychosociaux : indicateurs et facteurs de risque

Stress professionnel global : L'étude de Devilly et al. (111) a pour objectif de tester la validité discriminante des concepts et des outils de mesure du STS et du TV entre eux et avec le BO ainsi que leur impact sur la détresse psychologique du thérapeute. Le stress professionnel fait partie des facteurs de risque mesurés et testés par les auteurs qui créent leur propre outil de mesure qui traite du support organisationnel, de la charge de travail, de la présence de demandes contradictoires, de la compréhension des objectifs de travail. Ces mesures sont couplées à l'estimation de la satisfaction du professionnel au travail. Les résultats de cette étude montrent que des niveaux élevés de stress professionnels sont statistiquement associés à des hauts niveaux de TV ($r = 0.25$; $p < 0.001$; $n = 152$). Le STS n'est pas associé à l'intensité du stress professionnel.

Incongruences dans les domaines de la vie professionnelle : L'étude de Ray et al. (120) vise à déterminer les relations entre FC, SC, BO et conditions de travail dans un échantillon d'intervenants en santé mentale ($n = 169$).

Les auteurs utilisent l'échelle Areas of Work Life Scale (AWS) qui mesure le degré de congruence personnelle/ professionnelle dans six grands domaines de la vie professionnelle à savoir la charge de travail, le contrôle, le remerciement, l'esprit d'équipe, l'équité et la justice. Une forte congruence personnelle/ professionnelle dans les six domaines de la vie professionnelle est associée à de hauts potentiels de SC ($r=0.52$; $p<0.01$). Une haute congruence dans la majorité des domaines de la vie professionnelle est associée à de faibles risques de FC ($r=-0.34$; $p<0.01$).

La perception de la charge de travail est étudiée par Cieslak et al. (116) dans leur analyse sur la prévalence et les déterminants du STS chez les thérapeutes exerçant avec des populations militaires ($n=224$). La charge de travail sur le mois précédent est mesurée par une question concernant la fréquence à laquelle les thérapeutes ont estimé avoir trop de travail administratif et/ou trop de patients. Nombre de patient et charge administrative sont tous deux associés au STS en analyse bivariée ; en régression logistique, un nombre estimé trop important de patients est associé à de plus hauts scores de STS ($r=0.27$; $p<0.001$). Ce lien entre risque majoré de STS chez les thérapeutes présentant une charge de travail plus importante ($r=0.24$; $p<0.05$; $n=152$) est confirmé dans l'étude de Devilly et al. (111).

Exposition à la violence émanant des patients sur le lieu de travail : L'étude de Zerach et al. (104) s'intéresse à la prévalence de l'ESPT en lien avec le travail, de la FC et de la CVPT et leurs facteurs déterminants dans une population d'IDE en santé mentale israélienne ($n=90$) et compare ces résultats aux données issues d'un échantillon contrôle d'IDE issues de services somatiques ($n=106$). L'exposition au stress au travail et plus particulièrement à la violence physique ou verbale émanant des patients est étudiée par les auteurs par le biais d'une échelle créée dans le

cadre de l'étude : l'Exposure to Stress Questionnaire. Les résultats des auteurs montrent que le groupe d'IDE en psychiatrie présente une exposition à la violence physique ou verbale significativement plus élevée que le groupe contrôle d'IDE de services somatiques. Aucune association statistiquement significative n'est retrouvée entre exposition au stress et à la violence au travail et symptômes d'ESPT ou de FC. Étonnamment, les niveaux d'exposition à la violence plus élevés sont associés à de plus hauts niveaux de CVPT ($r=0.23$; $p<0.01$).

Support organisationnel perçu : Ce facteur est reconnu comme jouant un rôle modérateur important dans le BO, il fait l'objet de cinq études dans le cadre des conséquences de la traumatisation indirecte.

L'impact du support organisationnel perçu sur le risque de FC est traité dans deux études dont les résultats sont non significatifs (100,122).

En revanche, l'association entre SC et support organisationnel perçu est statistiquement significative dans deux études. Le travail de Sodeke-Gregson et al. (100) mesure le support interpersonnel perçu au travail (de la part de la hiérarchie et de la part des collègues). Un support élevé de la hiérarchie perçu est associé à un plus haut potentiel de SC ($r=0.214$; $p<0.01$; $n=253$). Le travail de Mangoulia et al. (115) évalue les rapports avec les collègues perçus et l'estimation du travail d'équipe : de très bons rapports avec les collègues sont associés à de hauts scores de SC ($p<0.001$; $n=174$) et un travail d'équipe toujours perçu par le thérapeute prédisent un potentiel élevé de SC ($p=0.012$; $n=174$).

Concernant le STS et le TV, l'étude de Devilly et al. (111) teste le rôle de facteurs de risques psychosociaux (RPS) en marge du stress professionnel et mesure le support interpersonnel perçu par le biais de l'Interpersonal Support Evaluation List. Le modèle prédictif de la STS testé par les auteurs en régression logistique retrouve

une association négative entre support interpersonnel perçu et STS ($r=-0.23$; $p<0.01$; $n=152$). Concernant le TV, un support interpersonnel perçu élevé prédit des niveaux de TV plus faibles ($r=-0.43$; $p<0.005$; $n=152$) chez les thérapeutes.

Le lien entre CVPT et support interpersonnel perçu n'est pas étudié.

Les conséquences des RPS : Parmi les conséquences des RPS mesurables, la satisfaction au travail et le désir de quitter la profession et leurs associations à la présence de la FC, du STS et du TV sont étudiés dans deux des articles inclus. Devilly et al. (111) mesurent la satisfaction au travail globale du thérapeute après avoir évalué le niveau de stress professionnel de celui-ci. Dans leur modèle testé en régression logistique pour prédire le STS, les facteurs les plus associés au STS sont un faible support interpersonnel perçu, une charge de travail importante, et une faible satisfaction au travail ($r=-0.24$; $p<0.05$; $n=152$). La satisfaction globale au travail n'est pas associée de façon statistiquement significative au TV.

Le désir de quitter la profession et son association à la FC, à la SC, et au BO est mesurée par Mangoulia et al. (115) dans leur étude portant sur un échantillon d'IDE psychiatriques et d'étudiantes IDE en psychiatrie ($n=174$). La majorité (86.4%) des répondants prévoit de quitter la profession à plus ou moins long terme et les participants ayant prévu de la quitter bientôt présentent significativement de plus grands risques de FC ($p=0.006$), de BO ($p<0.001$), et significativement moins de potentiel de SC ($p<0.001$).

Les derniers facteurs de risque professionnels étudiés dans la littérature sont des facteurs de risque particuliers ayant trait à l'affectation du thérapeute : dans le cadre de l'exercice au contact de populations militaires et dans le cadre d'affectations lors des attentats du 11 septembre 2001.

d. Facteurs de risque particuliers

Le déploiement en zone de combat est un facteur de risque testé dans l'étude de Cieslak et al. (124) portant sur le STS et ses déterminants dans une population d'intervenants en santé mentale exerçant avec des populations militaires (n=224 ; la moitié en zone civile et la moitié dans des installations militaires). Environ un cinquième des participants rapporte avoir été déployé en zone de combat au moins une fois dans sa carrière. Le déploiement en zone de combat n'a aucun impact statistiquement significatif sur le risque de STS mesuré par la STSS.

Les facteurs liés à l'affectation lors des attentats du 11 septembre 2001 sont étudiés par Creamer et al. (43) dans leur travail portant sur un échantillon d'intervenants psycho-sociaux en poste suite aux attentats du 11 septembre 2001 (n=80). L'association entre facteurs de risque démographiques, antécédents traumatiques personnels, facteurs professionnels généraux y sont mesurés. Les facteurs liés à l'affectation lors des attentats mesurés sont : la durée de l'affectation, le temps passé avec des victimes, le type de population pris en charge (catégorie de victimes) et la teneur morbide de leurs récits. Les symptômes de répétition et d'évitement retrouvés dans le STS y sont mesurés par le biais de l'IES. Parmi les facteurs testés, le nombre de jours d'affectation ($r=0.27$; $p<0.05$), la teneur morbide du discours des victimes et les détails rapportés ($r=0.29$; $p<0.05$), le temps passé au contact d'enfants témoins ou victimes ($r=0.28$; $p<0.05$), et le travail avec des pompiers

victimes ou témoins ($p < 0.05$) sont associés à des symptômes significativement plus importants de STS.

L'essentiel de la littérature traitant de la FC, du STS et du TV s'intéresse à en définir les facteurs déterminants. Les facteurs de risque étudiés dans la littérature traitant des conséquences psychologiques de la traumatisation indirecte sont extrêmement variés et nombreux et rendent compte du flou existant autour de ces concepts et de leurs modèles étiopathogéniques. Les résultats discordants et le manque d'homogénéité de ceux-ci renforcent les questions soulevées autour de leurs existences. Afin de déterminer l'importance de poursuivre les recherches autour de ces concepts, certains auteurs tentent d'objectiver l'impact fonctionnel de la présence de la FC, du STS et du TV et en mesurent l'association à la détresse psychologique et à d'autres conséquences psychologiques pointées par les précurseurs de ces concepts. Ces mêmes auteurs souhaitent également clarifier les liens existant entre ces différents concepts, l'épuisement professionnel et l'ESPT. Ces études sont néanmoins peu nombreuses comme le sont les travaux concernant l'impact de mesures interventionnelles sur la prévalence supposée de ces concepts qui font l'objet d'un chapitre annexe.

IV) Impact fonctionnel de la Fatigue de Compassion, du Stress Traumatique Secondaire et du Traumatisme Vicariant ; lien des concepts entre eux et avec le Burnout et l'Etat de Stress Post- Traumatique :

Au regard de la littérature, peu d'études s'intéressent proportionnellement à l'impact fonctionnel associé à la FC, au STS et au TV. Certains auteurs insistent néanmoins sur la nécessité de définir précisément si ces conséquences supposées du travail psychotraumatique entraînent une souffrance cliniquement significative avant d'en déterminer les mesures interventionnelles et préventives adaptées. Différentes études incluses dans cette revue de la littérature traitent de la souffrance psychologique associée aux concepts de FC, STS, ou TV afin de préciser leurs impacts. Les outils de mesure utilisés sont variables et détaillés. Une étude traite du retentissement sur le fonctionnement social du thérapeute associé au STS (121) . Dans leurs travaux, les auteurs se penchent également sur la validité discriminante des concepts de FC, TV et STS entre eux et par rapport à l'épuisement professionnel ; les associations entre ces concepts et le BO sont donc retrouvées dans plusieurs études. Seules deux études mesurent de façon conjointe les symptômes d'ESPT et de FC afin d'en clarifier les similitudes.

1) Impact fonctionnel de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire, et du traumatisme vicariant :

La détresse psychologique : L'association des manifestations de TV, STS ou de FC à la souffrance psychologique générale est mesurée dans différentes études par le biais de la General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), de la SCL-90 R et par d'autres outils plus spécifiques parfois créés par les auteurs. Rossi et al. (123) s'intéressent à l'impact de la FC et de la SC mesurées par la ProQOL sur le fonctionnement global et la détresse psychologique mesurée par la GHQ-12 d'un groupe de 260 intervenants en santé mentale. La détresse psychologique est associée positivement à la présence de hauts risques de FC ($p < 0.0001$) quand la SC est associée à l'absence de détresse psychologique chez le thérapeute ($p < 0.0001$). L'étude de Jenkins et al. (3) s'intéresse aux validités concurrentes, discriminantes et constructives des outils de mesure des concepts de FC (la CFST) et de TV (la TSI-BSL) en les comparant entre eux et avec les outils de mesure du BO (la MBI) et de la détresse psychologique (via la SCL-90 R). Les auteurs concluent à une forte convergence entre les concepts de FC et TV ($r = 0.58$; $p < 0.001$) mais également à une forte convergence entre la FC et la détresse psychologique ($r = 0.61$; $p < 0.001$) et entre TV et détresse psychologique ($r = 0.65$; $p < 0.001$) traduisant un impact psychologique négatif de la présence de ces deux entités.

D'autres auteurs utilisent des outils plus spécifiques de mesure de l'impact négatif des concepts réactionnels à la traumatisation indirecte. Devilly et al. (111) mesurent l'association de la STS et du TV avec des symptômes anxieux et dépressifs dépistés par la Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Les résultats pointés par les auteurs sont une très forte association entre symptômes de STS et symptômes anxieux et dépressifs ($r = 0.61$; $p < 0.01$) et une forte association entre symptômes de

TV et symptômes anxieux et dépressifs ($r=0.51$; $p<0.01$).

Le travail de Zeidner et al. (105) utilise la Dundee Stress State Questionnaire (DSSQ) pour mesurer les affects négatifs de l'humeur éventuellement associés au risque de FC. Les résultats montrent une association significative entre affects négatifs de l'humeur et risque élevé de FC ($p<0.01$). L'étude originale de Deighton et al. (114) vise à mesurer la détresse psychologique spécifique aux thérapeutes travaillant au contact de victimes de torture et son association avec la présence d'un risque élevé de FC. Les auteurs créent une échelle originale pour mesurer la détresse psychologique et l'exposition au stress spécifique des thérapeutes comprenant plusieurs sous-échelles (surcharge de travail, vulnérabilité, somatisation, symptômes d'ESPT, stress en équipe). La présence de hauts risques de FC est associée de façon statistiquement significative à des symptômes de somatisation ($r=0.38$; $p>0.001$), à des symptômes d'ESPT ($r=0.48$; $p<0.001$) et à une surcharge de travail ($r=0.42$; $p<0.001$). Enfin, l'article rédigé par Beaumont et al. (112) mesure l'association entre FC, BO, SC, compassion et bien-être psychologique en utilisant respectivement la ProQOL et ses trois sous-échelles et la Short Warwick and Edinburgh Mental Well-Being Scale (Short WEMWBS). Les auteurs retrouvent une association inverse entre bien-être psychologique et FC ($r=-0.415$; $p<0.001$) et une association positive entre bien-être psychologique et SC ($r=0.336$; $p<0.05$).

Perturbation de la vie sociale : Le travail de Robinson-Keilig et al. (121) teste le modèle théorique du STS en étudiant notamment son retentissement sur le fonctionnement social de 320 professionnels de santé mentale recrutés au sein de différentes associations (APA, EMDR et structures sanitaires publiques américaines). Les perturbations de la vie sociale sont mesurées par la satisfaction globale dans les relations de couple (via la Relationship Assessment Scale), l'intimité sociale (par le

biais de la Miller Social Intimacy), les modèles de communication utilisés dans la gestion des conflits (Communication Patterns Questionnaire) et l'intérêt et la satisfaction quant à la vie sexuelle (Brief Sexual Function Questionnaire). Les résultats de cette étude originale retrouvent une association statistiquement significative entre hauts scores de STS et satisfaction moindre dans les rapports avec le conjoint ($p < 0.05$), plus faibles niveaux d'intimité sociale ($p < 0.01$) et plus faibles niveaux de communication constructive ($p < 0.01$).

Globalement, la totalité des études montre une association statistiquement significative entre FC, TV et détresse psychologique ou perturbation du fonctionnement social, traduisant bien l'impact fonctionnel négatif de l'exposition traumatique indirecte à travers le travail psychothérapeutique. L'existence de ces concepts reste néanmoins remise en question dans la littérature et certains auteurs s'interrogent sur les similitudes présentées par ces concepts en lien avec la traumatisation indirecte et le BO ou l'ESPT et la validité des modèles théoriques apportés par Figley. De nombreuses études incluent donc des mesures de l'association entre FC, STS, TV, et BO.

2) Liens existants entre les concepts de traumatisation

indirecte :

Les associations existantes entre la FC et la SC mesurées par les sous-échelles de la ProQOL sont abordées dans cinq études (94,106,109,116,117). Les résultats de ces études concluent unanimement à un lien inverse entre risque de FC et potentiel de SC avec un degré d'association r allant de -0.159 (123) à -0.418 (112).

Le lien entre FC et TV fait l'objet de l'étude de Jenkins et al. (3) qui retrouve une forte association entre symptômes de TV et risque de FC ($r=0.58$; $p<0.001$).

L'association entre STS et TV est enfin étudiée par Devilly et al. (111), les deux concepts corrèlent fortement entre eux ($r=0.49$; $p<0.01$).

3) Lien entre conséquences de la traumatisation indirecte et

burnout :

Six études incluses dans cette revue de la littérature s'intéressent au lien entre FC et BO mesurés par les sous-échelles de la ProQOL (100,112,114,115,122,123). Toutes concluent à une association positive statistiquement significative entre risque de BO et risque de FC avec un degré d'association r allant de 0.454 (100) à 0.819 (114).

L'étude de Temitope et al. (122) teste un modèle permettant de prédire le risque de FC dans un échantillon de thérapeutes néo-zélandais ($n=129$). Le modèle testé en régression logistique comprend quatre variables indépendantes (BO, SC, résilience et soutien social). Parmi les facteurs testés, seuls le BO et la résilience apportent une contribution statistiquement significative et le BO représente le prédicteur le plus puissant d'un haut risque de FC ($OR=2$; $IC95[1.11-3.6]$; $p<0.05$).

Le lien entre SC et BO mesurés par les sous-échelles de la ProQOL est traité dans quatre articles (100,112,115,123) concluant tous à une association négative entre

potentiel de SC et risque de BO, avec un degré d'association r allant de -0.376 (112) à -0.697 (100).

Certaines études traitent de l'association entre FC, SC, et BO mesurés respectivement par la ProQOL et par la MBI. L'étude de Deighton et al. (108) montre une association forte entre haut risque de FC et symptômes d'épuisement émotionnel (EE) mesuré par la MBI ($r=0.72$; $p<0.001$). Jenkins et al. (3) retrouvent également un lien statistiquement significatif entre haut risque de FC et symptômes de BO mesurés par la MBI ($r=0.38$; $p<0.001$). Enfin, le travail de Ray et al. (120) ayant pour objectif de déterminer les relations entre FC, SC, BO et conditions de travail chez les intervenants en santé mentale ($n=169$) mesure la FC et la SC grâce à la ProQOL et les symptômes de BO par le biais des deux sous-échelles d'EE et de cynisme de la MBI-General Survey. La FC est associée positivement aux symptômes d'EE ($r=0.59$; $p<0.01$) et de cynisme ($r=0.39$; $p<0.01$) quand la SC est inversement associée à ces symptômes d'EE ($r=-0.52$; $p<0.01$) et de cynisme ($r=-0.70$; $p<0.01$). Les auteurs concluent également qu'un risque faible de FC associé à un haut potentiel de SC et à une congruence forte personnelle/professionnelle dans les domaines de la vie professionnelle (reflet de bonnes conditions de travail) prédisent des niveaux moindres de BO conformément à leur postulat de base.

L'association entre STS, TV et BO fait l'objet du travail de Devilly et al. (111) qui s'intéressent au diagnostic différentiel entre STS, TV et BO et à la participation des conséquences du travail psychotraumatique à la détresse psychologique du thérapeute au-delà du BO. Le STS et la TV y sont mesurés respectivement par la STSS et la TSI-BSL, et le BO par la Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Les symptômes de STS et de BO sont très fortement associés ($r=0.62$; $p<0.01$) et les symptômes de TV fortement associés aux symptômes de BO ($r=0.51$; $p<0.01$). Par ailleurs, les concepts de STS et de TV présentent une forte convergence ($r=0.49$;

$p < 0.01$). Les auteurs notent néanmoins que la STS et le TV corrélaient plus avec le BO qu'entre eux, indiquant que ces concepts traitent de conséquences plus larges que les conséquences de l'exposition traumatique indirecte à travers le travail thérapeutique. Enfin, l'étude de Jenkins et al. (3) montre une forte corrélation entre symptômes de TV (mesurés par la TSI-BSL) et symptômes de BO (mesurés par la MBI) ($r = 0.44$; $p < 0.001$).

4) Lien entre conséquences de la traumatisation indirecte et symptômes d'état de stress post-traumatique :

Seuls deux articles inclus s'intéressent de façon conjointe à la mesure de symptômes d'ESPT en lien avec le travail et aux symptômes de FC.

L'étude de Deighton et al. (114) portant sur une population de professionnels de santé mentale exerçant dans ces centres spécialisés dans les soins aux victimes de torture ($n = 100$) mesure la détresse psychologique en lien avec le travail à l'aide d'une échelle créée par les auteurs spécifique à cet exercice professionnel. L'échelle créée inclue une mesure des symptômes d'ESPT en lien avec le travail psychothérapeutique avec les victimes de torture. Les résultats montrent une association positive entre symptômes d'ESPT et hauts risques de FC (mesurés par la ProQOL) ($r = 0.48$; $p < 0.001$).

L'étude de Zerach et al. (104) est une étude cas-témoin comparant les symptômes d'ESPT en lien avec le travail et les risques de FC, et symptômes de CVPT dans un groupe d'IDE exerçant dans un service de psychiatrie ($n = 90$) et un groupe d'IDE exerçant dans des services somatiques ($n = 106$). La FC est mesurée par la ProQOL et l'ESPT grâce au PTSD Inventory qui mesure la présence des 17 symptômes

d'ESPT du DSM-IV-TR au cours du mois écoulé. Les auteurs modifient l'introduction du PTSD Inventory en interrogeant les participants sur leurs éventuelles réactions en lien avec le travail ou les patients qu'ils ont eu à traiter. La présence d'un symptôme au moins de répétition, de trois symptômes d'évitement au moins et de deux manifestations d'hyperactivation neurovégétative minimum signait un ESPT complet. Les auteurs ajoutent par ailleurs une question relative au critère F du DSM-IV-TR en interrogeant les participants sur la présence d'une perturbation de la vie sociale en lien avec les symptômes d'ESPT sur le mois précédent. Les résultats de cette étude montrent des risques similaires de FC dans les deux groupes d'IDE et significativement plus de symptômes d'ESPT chez les IDE psychiatriques. La prévalence de l'ESPT en lien avec le travail mesuré par la PTSD Inventory est de 6.7% chez les IDE psychiatriques mais devient nulle lorsque le critère F est considéré. Un quart environ des IDE en psychiatrie présente de hauts risques de FC. Les IDE en psychiatrie présentant les symptômes d'ESPT les plus importants en lien avec le travail ont les plus hauts risques de FC ($r=0.66$; $p<0.001$). La corrélation entre symptômes d'ESPT en lien avec le travail et risque de FC chez les IDE en psychiatrie est très forte dans cette étude (par ailleurs moins importante chez les IDE issues de services somatiques).

En marge des différents facteurs de risque largement étudiés dans la littérature, des études visant à valider les concepts de FC, STS et TV et à les comparer au BO et à l'ESPT, une proportion moindre d'auteurs ne remettant pas en question l'existence de la FC, du STS et du TV, s'intéresse aux méthodes interventionnelles permettant d'en réduire l'impact.

V. Mesures interventionnelles de réduction des conséquences de la traumatisation indirecte

Les études interventionnelles ne représentent qu'une proportion minime des études incluses dans cette revue de la littérature ciblée sur la population d'intervenants en santé mentale. Au nombre de trois, elles présentent toutes un modèle prospectif et utilisent des cohortes variées avec une mesure de l'intervention basée sur des données pré- et post-intervention. Les interventions testées dans ces études sont diverses : l'étude de Franza et al. (107) étudie l'impact de la participation à un programme de supervision groupale sur la présence de la FC et du BO ; l'étude de lfrach et al. (108) teste la participation à un groupe d'art-thérapie sur la diminution de symptômes de stress en lien avec la FC ; l'étude de Gentry et al. (109) mesure l'effet de la participation à un programme de prévention pour la FC sur la diminution du risque de FC et la potentialisation de la SC pour le participant. Chacune de ces études est décrite en fonction de l'intervention testée et les préconisations et limites respectives sont détaillées.

1) Participation à un programme de supervision groupale :

L'étude de Franza et al. (107) étudie l'impact de la participation au programme Balint (programme de supervision groupale) sur le risque de FC et de BO. La population de l'étude se compose des membres d'une équipe d'un service psychiatrique public de réhabilitation et d'hospitalisation de jour (n=47). Les soignants inclus sont psychiatres, psychologues, infirmiers en psychiatrie ou travailleurs sociaux. Le taux de participation à l'étude est de 76%. Le programme Balint est un programme de

supervision groupale initié par Michael Balint à la clinique de Tavistock, à Londres, qui met l'accent sur le rôle de la relation soignant-soigné comme outil thérapeutique. Le programme Balint consiste en la participation aux séances de supervision groupale à une fréquence hebdomadaire pendant une période d'un an. La supervision traite du travail quotidien des intervenants en santé mentale et les superviseurs identifiés du groupe encadrent les sessions et répondent aux questions de nature diverse. Les participants renseignent la CF-Short Scale (comportant deux sous-échelles, l'une relative à la FC et l'autre au BO) et la Caregiver Burden Inventory (pas d'information des auteurs sur la pertinence et l'indication de l'utilisation de cette échelle) en pré-test et en post-test, soit un an après. Les résultats montrent une diminution significative des scores de FC (pré-test : 15.54 ; post-test : 14.28 ; $p < 0.02880$) et de BO (pré-test : 31.07 ; post-test : 22.75 ; $p < 0.000001$) mesurés par la CF-Short Scale ainsi qu'une diminution significative des scores à la Caregiver Burden Inventory. Les auteurs concluent que la participation aux groupes Balint peut représenter une stratégie interventionnelle dans le cadre de la réduction du risque de FC. Les limites de l'étude sont représentées par sa faible puissance et son biais de sélection (pas de randomisation des participants ou de groupe contrôle) ainsi que les biais de confusion potentiels (pas de mesure des facteurs confondants pour la FC).

2) Participation à un groupe d'art-thérapie :

L'étude de Ifrach et al. (108) évalue l'impact de la participation à un groupe d'art-thérapie sur les symptômes de stress imputables à la FC. La population incluse est constituée de 30 thérapeutes de sexe féminin travaillant dans des foyers dédiés aux victimes de violence domestique et d'agression sexuelle. Les données

démographiques et professionnelles des participantes ne sont pas disponibles et la méthode de sélection ainsi que le taux de participation à l'étude ne sont pas détaillés. L'intervention testée est une action sociale par le biais de l'art-thérapie qui utilise les techniques traditionnelles d'art-thérapie en conjonction à l'activisme social. Les thérapeutes participants se voient remettre du matériel afin de créer une œuvre qui sera ajoutée aux travaux des autres participants puis exposée. Les questionnaires renseignés en pré-intervention sont la CFST pour mesurer la FC et la Psychological Stress Measure 9 (PSM9) afin de mesurer le stress psychologique. La PSM9 est renseignée par les participants après la participation au groupe d'art-thérapie. Les scores de stress psychologique mesurés par la PSM9 diminuent de façon significative après la participation au groupe d'art-thérapie (pré-test : 31.78 ; post-test : 23.9 ; $p < 0.001$) conformément aux hypothèses formulées par les auteurs. En revanche, la seconde hypothèse avancée par les auteurs selon laquelle les participants présentant les plus fortes diminutions sur l'échelle de mesure de stress sont les participants présentant les risques les plus importants de FC mesurés par la CFST en pré-test n'est pas confirmée. Les auteurs expliquent que l'intervention basée sur l'art-thérapie est efficace pour diminuer les niveaux de stress chez les participants indépendamment des risques présentés pour la FC. Ils échouent donc à mettre un lien entre réduction du risque de FC et participation à un groupe d'art-thérapie mais préconisent tout de même l'utilisation de l'art-thérapie pour réduire les risques de FC. Les limites de cette étude sont nombreuses, le manque de rigueur méthodologique ne permet pas de tirer de conclusion concernant l'impact de l'intervention sur le risque de FC, les biais de sélection, la faible puissance et les facteurs de confusion nombreux rendent la généralisation des résultats hasardeuse.

3) Participation à un programme de prévention pour la FC :

L'étude de Gentry et al. (109) teste l'efficacité de la participation à un programme de prévention pour la FC sur la diminution des risques de FC, de BO, et sur l'augmentation du potentiel de SC. Le programme de prévention créé et testé par les auteurs est le Certified Compassion Fatigue Specialist Training (programme CCFST). Ce programme est inspiré du programme de récupération accéléré (Accelerated Recovery Program : ARP) créé pour traiter les symptômes de STS, BO ou FC chez les professionnels de santé. Le programme ARP a été utilisé chez des professionnels rendant assistance aux victimes de l'attentat d'Oklahoma City en 1995 et a montré son efficacité sur la réduction des symptômes de FC, BO et sur l'augmentation du potentiel de SC chez ces professionnels (83). En réponse au succès de l'ARP, les auteurs créent le CCFST qui est un programme comprenant une partie théorique et une partie pratique (mise en situation) permettant aux professionnels de soins d'avoir une formation sur les interventions nécessaires pour aider d'autres professionnels souffrant des effets de la FC. Le CCFST est un programme d'une durée initiale de 20 heures réduit ultérieurement à 17 heures par les auteurs. Il se déroule sur deux journées consécutives de formation quelque soit le format du programme. Le premier jour se divise en données théoriques sur la FC, processus de transformation, aperçu et résumé du programme ARP, évaluation, énoncé de mission (exercice de groupe), exercice duel de narration, discussion. Le contenu du deuxième jour de formation est le suivant : gestion de l'angoisse et résolution du stress traumatique secondaire, sélection de cibles/auto-évaluation de l'anxiété, gestion de l'angoisse, thérapie par la pensée, désensibilisation et retraitement du stress traumatique secondaire par le biais d'un système d'ancrage de la programmation neuro-linguistique, debriefing, auto-supervision, auto-dialogue pour

l'auto-supervision (coercition versus guidance), discussion et clôture de la formation. La population incluse dans cette étude se compose de 83 professionnels de santé mentale (psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux) recrutés via internet et membres de l'institut de traumatologie. Les participants sont ensuite divisés en deux groupes : un groupe (n=76) participant à la formation de 20 heures et un autre groupe (n=7) participant à la formation de 17 heures. Les auteurs ne recueillent les données démographiques que pour le groupe de 7 personnes, aucune information n'est donnée sur les caractéristiques individuelles démographiques et professionnelles du groupe de 76 personnes. Les participants des deux groupes renseignent la Compassion Satisfaction/Fatigue Self Test (CSFST) et ses trois sous-échelles relatives à la FC, au BO, et à la SC, avant de participer à la formation et après la clôture de la formation. Les résultats en pré-test sont comparables dans les deux groupes et les résultats en post-test ne montrent pas de différence statistiquement significative aux sous-échelles de la CSFST entre le groupe ayant participé à la formation de 17 heures ou de 20 heures. Lorsque les résultats des deux groupes sont combinés, la comparaison des scores pré- et post-intervention montre une diminution significative du risque de FC ($p < 0.05$) et de BO ($p < 0.05$) ainsi qu'une augmentation statistiquement significative du potentiel de SC ($p < 0.05$). Les auteurs concluent donc à l'efficacité du programme CCFST sur la diminution du risque de FC et de BO et sur la potentialisation de la SC quelque soit le format proposé (17 ou 20 heures). Les auteurs préconisent donc son utilisation dans la formation des professionnels de santé mentale. Les limites présentées par cette étude sont un biais de sélection important puisqu'aucune randomisation et aucun groupe contrôle n'est constitué et qu'aucune information n'est donnée sur les caractéristiques du groupe de 76 participants. De potentiels facteurs de confusion ne sont pas inclus dans cette étude et peuvent également avoir biaisé les résultats.

Les vingt-quatre articles inclus dans cette revue de la littérature reprennent majoritairement des analyses des facteurs de risque et modérateurs des conséquences de la traumatisation indirecte ; peu s'attachent à en décrire l'impact sur le fonctionnement du thérapeute et moins encore à en étudier les potentielles méthodes interventionnelles. La diversité des populations incluses, des outils de mesure utilisée et des définitions rapportées pour les concepts est grande. Le tableau récapitulatif suivant reprend les objectifs des études, la population incluse, les facteurs mesurés et les outils psychométriques utilisés ainsi que les principaux résultats et les préconisations faites par les auteurs.

VI. Tableau récapitulatif des études incluses :

Auteurs	Objectifs	Population	Facteurs de risque mesurés	Outils	Résultats et Préconisations
Rossi et al. 2012	Etudier la qualité de vie professionnelle et les relations entre BO, FC, SC et détresse psychologique.	Psychiatres, internes, psychologues, IDE, cadres IDE, AS. 84% de participation.	Genre, poste occupé, années d'expérience dans l'établissement de santé mentale, formation spécialisée, histoire traumatique personnelle et événement de vie stressant sur l'année précédente.	ProQOL III GHQ 12	Psychiatres et AS ont les plus hauts scores de BO et FC (non significatif). Détresse psychologique associée à la FC et au BO, association inverse à la SC. Années d'expérience dans la structure, sexe féminin, et événement de vie stressant sur l'année précédente associés à la FC (pas l'histoire traumatique personnelle). Pas d'association entre formation spécialisée et BO, FC, SC. Aucune préconisation.
Sprang et al. 2007	Explorer les relations entre BO, FC, SC et des caractéristiques individuelles et organisationnelles.	Psychiatres, psychologues, AS, thérapeutes de couple ou familiaux, addictologues. 19.5% de participation.	Age, genre, niveau d'éducation, années d'expérience, profession exercée, formation spécialisée, exposition traumatique indirecte (% ESPT file active), lieu d'exercice (rural versus urbain).	ProQOL 5	Prévalence FC :13% BO :13% SC :48.7%. Sexe féminin, âge jeune, expérience moindre, profession médicale, exposition traumatique indirecte forte sont des FR de FC et de BO. Formation spécialisée augmente la SC. Exercer en milieu rural augmente le BO. Préconisent d'encourager l'accès aux formations spécialisées et de diversifier les files actives.
Beaumont et al. 2016	Mesurer l'association entre compassion, bien-être psychologique, FC et BO.	54 étudiants en psychologie et étudiants en TCC en dernière année.	Auto-compassion et ses composantes et compassion pour autrui et ses sous-échelles.	ProQOL, Self Compassion Scale, Compassion for others scale.	Hauts niveaux d'auto-compassion ou de bien-être psychologique prédisent moins de FC et de BO. Hauts niveaux de compassion pour autrui associés à moins de BO et de FC et plus de SC et de bien-être psychologique. Développer les techniques d'auto-compassion (type pleine conscience).
Sodeke-Gregson et al. 2013	Déterminer la prévalence de la FC et de la SC et les facteurs prédictifs pertinents.	253 thérapeutes travaillant dans des centres spécialisés dans le psychotrauma (psychologues).	Age, stratégies de coping, histoire traumatique personnelle, niveau d'exposition traumatique indirecte (% ESPT file active), formation spécialisée, supervision, support organisationnel perçu.	ProQOL 5 Coping Strategies Inventory	Prévalence FC : 70%, 38.8% hauts potentiels pour la SC. Facteurs de risque de FC : temps en supervision, temps passé dans activités d'auto-soin, histoire traumatique personnelle. Facteurs potentialisant la SC : maturité, temps passé dans activités recherche et développement, qualité supervision, support organisationnel perçu. Pas d'impact du niveau d'exposition traumatique indirect sur FC. Poursuivre études sur qualité supervision et en apprécier la satisfaction des professionnels.

Deighton et al. 2007	Evaluer liens entre formation spécialisée dans le psychotrauma et mise en pratique effective des techniques psychothérapeutiques sur la FC, la SC, le BO, et la souffrance psychologique.	100 thérapeutes travaillant dans des centres spécialisés pour les victimes de torture (psychiatres, psychologues, AS, art-thérapeutes, médecins généralistes). 55% de participation	Formation spécialisée dans le psychotrauma et mise en pratique effective, années d'expérience, histoire personnelle traumatique, nombre de patients vus par semaine.	ProQOL, MBI (version allemande), Echelles originales pour mesurer la détresse psychologique et la sensibilisation/ pratique effective de techniques validées dans le psychotrauma.	Déséquilibre entre formation et faible niveau de pratique effective de techniques validées dans le psychotrauma associé à BO, FC, souffrance psychologique. Histoire traumatique personnelle associée à BO et FC, nombre de patients vus par semaine associés à FC. Etudier et limiter les conduites d'évitement chez les thérapeutes afin de prévenir le stress professionnel.
Ray et al. 2013	Déterminer les relations entre FC, SC, BO et conditions de travail.	169 psychiatres, psychologues, IDE, AS, case-managers travaillant dans services de santé mentale ambulatoires ou hospitaliers. 45% de participation.	Genre, niveau d'éducation, profession, histoire personnelle traumatique, formation spécialisée dans le psychotrauma, congruence privée/professionnelle dans 6 domaines de la vie professionnelle.	ProQOL version 4 révisée, MBI-GS, AWS	Haute congruence privée/professionnelle prédit des niveaux élevés de SC et bas de FC. Aucune association entre genre, niveau d'éducation, profession, histoire traumatique personnelle et FC. De hauts niveaux de SC, bas niveaux de FC, cohérence privée/pro élevée prédisent des taux inférieurs de BO.
Mangoulia et al. 2015	Déterminer la prévalence de la FC, de la SC et du BO et en déterminer les facteurs de risque.	174 IDE et étudiants IDE en psychiatrie exerçant dans des services de santé mentale hospitaliers. 59% de participation.	Genre, histoire traumatique personnelle, deuil précédentes années, difficultés financières, santé mentale et physique perçue, relations avec les collègues et esprit d'équipe, désir de quitter la profession, participation à un programme de réduction du stress.	ProQOL version 4 révisée.	Prévalence FC :44.8%, BO :49.4%, SC :8.1%. FC associée au genre féminin, peu de week-ends ouverts, difficultés financières, désir de quitter la profession. SC associée à un fort esprit d'équipe perçu, et à une santé mentale excellente. Aucune association entre histoire traumatique personnelle et FC mais association entre deuil sur les précédentes années et FC. Pas d'incidence de la participation à un programme de réduction du stress sur la FC, ou le SC.
Franza et al. 2015	Etude de l'efficacité d'un programme de supervision groupale (programme Balint) sur la FC.	47 psychiatres, psychologues, AS, IDE membres de l'équipe d'une structure hospitalière de jour et de réhabilitation en santé mentale. 76% participation	Participation à un programme de supervision groupale à une fréquence hebdomadaire pendant un an (programme Balint). Evaluation de l'impact de la participation au groupe Balint sur le BO et la FC.	CFS, Caregiver Burden Inventory .	La participation au programme Balint diminue significativement les scores à la CFS et à la Caregiver Burden Inventory. Les groupes Balint représentent une piste stratégique pour lutter contre les facteurs de stress professionnels.
Cieslak et al. 2013	Déterminer la prévalence du STS et les facteurs de risque potentiels de STS particulièrement le rôle de l'exposition traumatique indirecte.	224 psychologues, psychothérapeutes, AS travaillant avec des populations militaires. 66% de participation.	Age, genre, histoire traumatique personnelle, profession, expérience en zone de combat, approche thérapeutique, perception charge de travail, exposition traumatique indirecte (volume, fréquence, ratio) et estimation de son impact.	STSS, Outil original de mesure de l'exposition indirecte.	Prévalence STS : 19.2%. Association entre STS et histoire traumatique personnelle, volume de patients pris en charge sur la carrière, appréciation négative de l'impact de l'exposition indirecte. Aucune association avec genre, âge, approche thérapeutique, déploiement en zone de combat. Surveillance particulière des thérapeutes percevant un fort potentiel de l'impact traumatique de l'exposition indirecte.

Robinson-Keilig et al. 2014	Mesurer l'association entre symptômes de STS et perturbations du fonctionnement social.	320 psychologues travaillant avec des adultes présentant une problématique psychotraumatique.	Genre, années d'expérience, niveau d'exposition traumatique indirecte (% ESPT file active), perturbations de la vie sociale (satisfaction, intimité, modèles de communication, vie sexuelle).	STSS, Relationship Assessment Scale, Miller Social Intimacy Scale, Communication Patterns Questionnaire, Brief Sexual Function Questionnaire.	STS associé au genre féminin, peu d'années d'expérience, niveau d'exposition traumatique indirecte élevé. STS associé à peu de satisfaction dans la vie relationnelle, perturbation intimité sociale, modèles de communication basés sur évitement et communication type demande-retrait.
Temitope et al. 2015	Déterminer la prévalence de la FC, du BO et de la SC et leurs associations à l'histoire traumatique personnelle, au niveau d'exposition indirecte, à la résilience et au soutien social.	129 psychologues.	Histoire traumatique personnelle, degré de soutien social (nombre de supports sociaux identifiés), niveau d'exposition traumatique indirecte (nombre de patients ESPT pris en charge dans le mois), capacités de résilience.	ProQOL 5, Brief Resilience Scale.	Prévalence FC : 21.7%, BO : 24.8%, SC : 21.7%. FC associée à un niveau d'exposition traumatique indirecte fort, à de faibles niveaux de résilience. Pas d'association avec l'histoire traumatique personnelle et le soutien social. Intérêt à contrôler la diversité de la file active du thérapeute, à dépister régulièrement la FC par des auto-mesures et à améliorer les capacités de résilience des thérapeutes.
Ifrach et al. 2016	Etudier l'impact de la participation à un groupe d'art-thérapie sur les symptômes de stress imputables à la FC.	30 Thérapeutes travaillant dans des foyers spécialisés pour victimes de violences domestiques ou sexuelles (pas de détail donné).	Symptômes de stress psychologique avant et après participation au groupe d'art-thérapie.	CFST, PSM-9.	Diminution significative des symptômes de stress mesurés par la PSM-9 en post-test. Aucune corrélation avec les symptômes de CFST mesurés en pré-test. La participation à un groupe d'art-thérapie peut être une intervention efficace dans la réduction des symptômes de stress chez les thérapeutes spécialisés dans le soin aux victimes de violences domestiques ou sexuelles.
Iyamuremye et al. 2015	Développer un modèle théorique permettant de diminuer les effets du TV (cycle 1 : mesure prévalence TV, cycle 2 : analyse qualitative des effets du TV, cycle 3-4 : mise en place et diffusion du modèle théorique).	180 participants. Psychiatres, psychologues, médecins généralistes, IDE, AS, conseillers spécialisés dans le psychotrauma. 90% de participation.	Prévalence du TV avant et après mise en place et diffusion du modèle théorique. Interviews auprès d'une partie de l'échantillon pour apprécier l'impact du travail psychotraumatique, et interviews réitérées après la diffusion du modèle théorique.	TABS.	Scores pathologiques à la TABS pour la plupart de l'échantillon (pas de donnée chiffrée). Impact du travail psychotraumatique estimé stressant, associé à un impact fonctionnel important, avec un délai de latence élevé. Six semaines après la diffusion du modèle, thérapeutes rapportent changements dans leurs stratégies de coping pour faire face au stress en lien avec le travail. Ce modèle pourrait représenter un cadre conceptuel utile pour les thérapeutes.
Zerach et al. 2015	Comparer les symptômes d'ESPT en lien avec le travail, de FC et de CVPT dans un groupe d'IDE somatiques versus psychiatriques. Etudier les facteurs de risque associés à l'ESPT, à la FC et à la CVPT dans ces populations.	90 IDE psychiatriques ; 106 IDE de services somatiques (néonatalogie, service communautaire et familial).	Exposition au stress et à la violence au travail, événements de vie négatifs, locus de contrôle de la santé.	PTSD Inventory (adapté à l'exposition spécifique au travail), ProQOL 5, PTGI, Multidimensional Health Locus	Prévalence FC comparable chez IDE psy et somatiques (24.4% /21.3%), prévalence CVPT également comparable entre deux groupes (pas donnée chiffrée). ESPT en lien avec le travail 6.7% chez IDE psy, significativement plus élevé que chez IDE somatiques. Quand ajout critère F, prévalence nulle dans les deux groupes. Symptômes d'ESPT en lien avec travail corrèlent très fortement avec risque de FC chez les IDE psy. Exposition à la violence et au stress au travail > chez IDE psy, exposition à événements de vie négatifs identique dans les deux groupes. Exposition au stress et à la violence au travail, et locus de contrôle externe associés

				of Control Scale, LEC, Outil original de mesure du stress et de la violence au travail.	positivement à la CVPT chez IDE psy.
Way et al. 2004	Déterminer et comparer les niveaux de TV, facteurs de risque et facteurs modérateurs, chez les thérapeutes d'auteurs et/ou de victimes d'agressions sexuelles.	347 thérapeutes membres d'associations nationales américaines répartis en 2 groupes : groupe thérapeutes auteurs (n=252) ou thérapeutes victimes (n=95). 23% de participation.	Années d'expérience, histoire personnelle traumatique dans l'enfance, stratégies de coping.	IES (pour mesurer symptômes de répétition et d'évitement en lien avec le TV) ; CTQ (violences physiques, sexuelles, négligences) ; Outil original de mesure des stratégies de coping.	Prévalence TV mesurée par IES : 52% tout groupe confondu (pas de différence significative entre les deux groupes). Symptômes de répétition en lien avec TV > chez thérapeutes victimes les moins expérimentés (versus thérapeutes auteurs). Pas d'association entre antécédent maltraitance dans l'enfance et TV dans les 2 groupes. Stratégies de coping personnelles (positives ou négatives) associées aux symptômes de TV, pas d'impact des stratégies de coping professionnelles dans les 2 groupes. Attention toute particulière à accorder aux thérapeutes les moins expérimentés.
Devilly et al. 2009	Déterminer les différences des concepts, l'impact fonctionnel respectif, et les validités discriminantes des outils de mesure du STS, TV, BO. Evaluer l'impact du travail psychotraumatique sur la détresse du thérapeute.	152 participants. Psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, AS, IDE. 32% de participation.	Histoire traumatique personnelle, profession exercée, années d'expérience, orientation thérapeutique, soutien social, stress professionnel et satisfaction au travail, niveau d'exposition traumatique indirecte (% ESPT file active), estimation subjective de l'impact du travail psychotraumatique sur le personnel, empathie, détresse affective.	STSS , TSI-BSL , CBI , DASS-21, Interpersonal reactivity Index , Interpersonal Support Evaluation List. Echelle originale de mesure du stress professionnel.	Pas de différence significative des risques de STS, TV, BO, détresse affective en fonction de la profession, de l'orientation thérapeutique ou du niveau d'exposition traumatique indirect. STS associé à faible support social perçu, charge de travail importante et faible satisfaction au travail. TV associé au stress professionnel et à un faible support social perçu. STS et TV fortement associés entre eux, avec la détresse affective et le BO. STS et TV convergent plus avec le BO qu'entre eux. Facteurs prédictifs les plus importants de la détresse affective sont le BO, le TV, et le peu d'expérience professionnelle. Vigilance à avoir quant à une potentielle surestimation des concepts de FC et de TV.
Zeidner et al. 2013	Comparer prévalence FC dans un groupe de professionnels de santé mentale et un groupe de médecins somatiques. Déterminer et comparer le rôle de l'intelligence émotionnelle, des stratégies de coping, des affects négatifs dans la FC dans les deux groupes.	89 professionnels de santé mentale (psychologues, psychiatres, AS) et 93 médecins issus de services somatiques (neurologie, pédiatrie, chirurgie, anesthésie) exerçant en hôpitaux publics ou privés.	Genre, années d'expérience, intelligence émotionnelle (« trait » et « aptitude »), stratégies de coping (centrées sur le problème, sur l'émotion, de type évitement), affects négatifs en lien avec le travail.	ProQOL III-R, Schutte self-report inventory (intelligence émotionnelle "trait"), Mayer Salovey Caruso emotional intelligence scale (intelligence émotionnelle "aptitude"), Coping Inventory for Stressful Situations- situation specific coping,	Les professionnels de santé mentale sont plus jeunes, moins expérimentés, de sexe féminin que le groupe de médecins somatiques et présentent plus d'intelligence émotionnelle « trait », plus de stratégies d'évitement, plus d'affects négatifs que le groupe somatique. Prévalence FC identique dans les deux groupes. Tout groupe confondu, FC associée aux affects négatifs et coping centré sur l'émotion ou de type évitement. Association inverse entre FC et intelligence émotionnelle (« trait » ou « aptitude ») et stratégies de coping centrées sur le problème. Repérer précocement les thérapeutes à risque de FC pour participer à programmes préventifs centrés sur stratégies de coping efficaces et meilleure gestion émotionnelle.

				DSSQ (affects négatifs en lien avec le travail).	
Creamer et al. 2005	Déterminer les relations entre caractéristiques professionnelles, caractéristiques de l'assignation et symptômes de STS chez les intervenants psychosociaux (IPS) en poste lors du 11/09/2001.	80 IPS : psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, case-managers, IDE psy, thérapeutes familiaux, IDE impliqués dans associations humanitaires, en poste suite au 11/09/2001. 80% de participation.	Age, genre, histoire traumatique personnelle, ATCD de suivi psy (discussion de traumas antérieurs ou de difficultés en lien avec le travail psychotraumatique), années d'expérience, niveau d'exposition traumatique indirecte avant les attentats. Durée d'affectation, temps passé avec les victimes, catégories de victimes prises en charge lors des attentats du 11/09/2001	IES (introduction modifiée pour référer aux symptômes en lien avec l'exposition spécifique à l'occasion de l'intervention comme IPS suite aux attentats). LEC.	STS associé à âge jeune, expérience professionnelle moindre, exposition traumatique indirecte forte avant attentats, ATCD suivi psy. Pas d'impact du genre ou histoire traumatique personnelle. Durée d'affectation, travail avec pompiers ou enfants victimes, teneur morbide du discours des victimes associé à hauts scores STS. Superviseurs devraient adapter l'affectation des IPS en fonction des FR cités.
Jenkins et al. 2002	Examiner les validités concurrentes, discriminantes et constructives des outils de mesure de la FC et du TV en les comparant entre eux et avec des outils de mesure du BO et de la détresse psychologique.	99 thérapeutes spécialisés dans le traitement des victimes d'agressions sexuelles ou de violences domestiques (pas de précision). Estimation taux de participation : 50 à 100%.	Histoire traumatique personnelle de violences domestiques ou sexuelles .	CFST, TSI-BSL, MBI, SCL-90-R, Echelle dérivée de la LEC pour mesure histoire traumatique personnelle.	Bonne validité concurrente et discriminante de la CFST et de la TSI-BSL et associations appropriées entre détresse psychologique (SCL-90-R) et CFST, TSI-BSL et MBI. Association trop faible entre sous-échelle BO de la CFST et MBI. Histoire traumatique personnelle associée à la FC mais pas au TV. Poursuite de l'utilisation de ces outils de mesure, idéalement de façon simultanée pour affiner les modèles conceptuels.
Brockhouse et al. 2011	Evaluer association entre niveau d'exposition traumatique indirecte et CVPT et l'effet du sens de la cohérence, de l'empathie, et du support organisationnel comme facteurs modérateurs de cette association.	118 psychologues ayant une expérience dans le psychotrauma. 6.4% de participation.	Age, antécédent de suivi psy, histoire traumatique personnelle, niveau d'exposition traumatique indirecte (formule créée par les auteurs pour estimer l'exposition cumulative sur la carrière), empathie, support organisationnel, sens de la cohérence.	PTGI (questions axées sur modifications en lien avec l'exercice professionnel) Physician Empathy Scale of Jefferson, Sense of Coherence scale, Perceived Organisational Support Scale.	Prévalence CVPT 57.5%. CVPT associée à antécédent de suivi psy, maturité, exposition traumatique vicariante cumulative importante, forte empathie, faible sens de la cohérence. Pas d'association entre histoire traumatique personnelle, soutien organisationnel et CVPT. Empathie, sens de la cohérence et soutien organisationnel perçu ne modulent pas la relation entre niveau d'exposition traumatique vicariante cumulative et CVPT. Rôle de l'empathie à valoriser lors de la formation des thérapeutes.
Gentry et al. 2004	Tester l'efficacité de la participation au programme Certified Compassion Fatigue Specialists Training (CCFST) sur la diminution de la FC et du BO et l'augmentation de la SC	83 professionnels de santé mentale (psychologues, psychothérapeutes, AS) membres de l'institut de traumatologie. Répartis en programme de 17 heures (7 participants) et de 20 heures (76 participants).	Symptômes de FC, BO, et SC en pré-test et en post-test. Intervention basée sur la participation à un programme de prévention et d'intervention pour les individus souffrant de FC.	CSFST	Diminution significative des risques de FC et de BO et augmentation du potentiel de SC suite à la formation. Pas de différence statistiquement significative entre l'efficacité des deux programmes (17 h versus 20h). Le programme CCFST pourrait être proposé lors de la formation des professionnels de santé mentale afin de prévenir et limiter les conséquences de la traumatisation indirecte à travers l'exercice

	chez les professionnels de santé mentale.				professionnel.
Van Minnen et al. 2000	Mesure de l'impact de l'exposition traumatique indirecte sur le TV, le fonctionnement personnel et professionnel, les stratégies de coping, par le biais d'une étude cas-témoin de modèle mixte.	39 thérapeutes (sans précision) randomisés appartenant à différentes organisations et institutions de santé mentale. 1 groupe spécialisé dans le psychotrauma (n=20) et un groupe n'ayant pas d'expérience dans le psychotrauma (n=19). 100% participation.	Exposition traumatique indirecte (cas-témoin), fonctionnement personnel et professionnel, changements cognitifs en lien avec le travail, stratégies de coping (self-care et mesures préventives).	TSI-BS, SCL-90-R, WAS. Interviews de 1 heure avec questions ouvertes (impact travail, changements cognitifs, stratégies de coping utilisées).	Scores identiques et dans les normes à la TSI-BS, SCL-90-R et à la WAS, entre trauma-thérapeutes et non-trauma-thérapeutes. Lors des interviews, trauma-thérapeutes rapportent significativement plus de changements cognitifs négatifs en lien avec le travail. Nombreux effets positifs également rapportés par les trauma-thérapeutes en lien avec l'exercice professionnel. Les effets du trauma work ont pu être surestimés, études futures à axer sur effets positifs du travail psychotraumatique.
Craig et al. 2010	Identifier l'impact de la pratique de techniques empiriquement validées dans le champ du psychotrauma sur la FC, le BO et la SC.	532 psychologues et AS spécialisés dans le psychotrauma. 27.1% de participation.	Age, genre, années d'expérience, formation spécialisée dans le psychotrauma, niveau d'exposition traumatique indirecte (% ESPT file active), pratique techniques empiriquement validées dans le psychotrauma.	ProQOL III, Trauma Practices Questionnaire (outil créé par les auteurs regroupant différentes psychothérapies empiriquement validées dans le psychotrauma)	Prévalence FC : 5% BO : 5% SC : 46%. L'utilisation de pratiques empiriquement validées dans le psychotrauma réduit la FC, le BO et augmente la SC. FC associée à hauts niveaux d'exposition traumatique indirecte et SC associée à expérience professionnelle importante (pas d'association avec les autres facteurs mesurés). L'utilisation de pratiques empiriquement validées dans le champ du psychotrauma est bénéfique pour le thérapeute et le patient.
Baird et al. 2003	Examiner les facteurs déterminants de la FC, du TV, du BO et de la souffrance psychologique générale parmi le personnel travaillant avec les victimes de violences domestiques ou sexuelles.	101 participants. Psychologues, psychothérapeutes, conseillers, travailleurs de crise, case managers, éducateurs, AS, superviseurs. Entre 50 et 100% de participation.	Age, années d'expérience, niveau d'éducation, niveau d'exposition traumatique indirecte (sur le mois précédent), rémunération (bénévoles versus salariés).	CFST, TSI-BSL, MBI, SCL-90-R, Questionnaire original d'exposition aux victimes (calcul l'exposition traumatique indirecte sur le mois précédent).	Age et expérience ne sont pas associés à FC et TV. Professionnels les plus jeunes sont les plus à risque de BO. Professionnels les plus diplômés ont le moins de TV. Pas d'association entre niveau d'exposition traumatique indirecte et FC, professionnels présentant l'exposition traumatique indirecte la plus grande rapportent le moins de TV. Pas de différence aux scores de FC, TV, BO et détresse psychologique entre les salariés et les bénévoles. Cibler les recherches futures sur les types de traumatisme auxquels sont confrontés de façon indirecte les thérapeutes et à la sévérité des troubles présentés par les patients versus le volume de patients rencontrés.

Abréviations utilisées : AS : assistante sociale; AWS : Areas of Work Life Scale; BO: burnout; CBI : Copenhagen Burnout Inventory ; CFS: Compassion Fatigue Short Scale; CFST: Compassion Fatigue Self-Test for Practitioners; CSFST : Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test ; CTQ : Childhood Trauma Questionnaire ; CVPT : croissance vicariante post-traumatique ; DASS-21 : Depression Anxiety and Stress Scale ; DSSQ : Dundee Stress State Questionnaire ; ESPT: état de stress post-traumatique ; FC: fatigue de compassion ; GHQ-12 : General Health Questionnaire 12 ; IDE : infirmières ; IES : Impact of Event Scale ; LEC : Life Events Checklist ; MBI : Maslach Burnout Inventory ; MBI-GS : Maslach Burnout Inventory-General Survey ; ProQOL : Professional Quality of Life ; PSM-9: Psychological Stress Measure-9; Psychotrauma: Psychotraumatisme ; PTGI: Post-Traumatic Growth Inventory; SC : satisfaction de compassion ; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised; STS : stress traumatique secondaire ; STSS: Secondary Traumatic Stress Scale; TABS: Trauma and Attachment Belief Scale; TSI-BSL: Traumatic Stress Institute Belief Scale revision L; TV : traumatisme vicariant ; WAS: World Assumption Scale.

D. Discussion :

Les objectifs de cette revue systématique de la littérature étaient de déterminer la prévalence de la FC, du STS, du TV et des concepts associés dans une population de professionnels de santé mentale, d'en étudier les facteurs de risque et facteurs modérateurs, leurs conséquences sur la détresse et le fonctionnement du professionnel et leurs associations entre eux et avec le BO et l'ESPT ; mais aussi d'étudier l'efficacité des mesures interventionnelles testées dans cette population.

Pour ce faire, l'analyse des 24 articles inclus a porté tour à tour sur la prévalence de ces concepts ; les facteurs de risque individuels, professionnels ; l'impact fonctionnel et l'association au BO et à l'ESPT; et les mesures interventionnelles testées.

1) Prévalence de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire, du traumatisme vicariant et des concepts associés :

Les résultats de cette revue de la littérature retrouvent des prévalences peu homogènes.

Les études incluant une mesure de la FC et de la SC par le biais de l'utilisation de la ProQOL montrent des taux de haut risque de FC allant de 5% à 70% selon les études et des taux de haut potentiel pour la SC allant de 8.1% à 48,7% chez les professionnels de santé mentale. Ces différences importantes peuvent être expliquées par les diversités des populations incluses selon les études. En effet, les études traitant de la prévalence des concepts associés à la traumatisation indirecte sont menées aux USA, en Grèce, en Hollande et en Nouvelle-Zélande ; les taux de participation sont également variables entre les études et s'étendent de 20% à 60%.

Les populations, bien qu'incluant de façon globale des intervenants en santé mentale sont parfois difficilement comparables. Les études de Sprang et al. (119), Sodeke-Gregson et al. (100) et de Craig et al. (113) incluent des professionnels de santé mentale (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux) se définissant comme spécialistes du psychotraumatisme quand l'étude de Mangoulia et al. (115) porte sur une population d'IDE en psychiatrie et d'étudiantes IDE. Les études portant sur des intervenants se définissant comme spécialistes du psychotraumatisme (100,113,119) retrouvent des taux de FC très hétérogènes, les échantillons au sein des mêmes études pourraient ainsi manquer d'homogénéité.

Concernant le TV, les résultats des études incluses ne fournissent pas de données de prévalence estimée chiffrée grâce aux outils psychométriques spécifiques du TV (TSI-BS ou TABS). Seule l'étude de Way et al. (117) estime la prévalence du TV uniquement dans une partie de leur échantillon par le biais de l'IES. La prévalence estimée du TV mesurée sur la présence de symptômes de répétition et d'évitement chez les thérapeutes traitant des victimes d'agression sexuelle est de 52%. La population cible extrêmement restreinte malgré des taux de participation initialement faibles (23%), l'utilisation d'une échelle de mesure non spécifique de la traumatisation indirecte, et l'absence de données comparatives rendent impossible la généralisation des résultats.

La prévalence estimée du STS n'est abordée que dans l'étude de Cieslak et al. (116) qui inclut une population particulière de thérapeutes travaillant avec des populations militaires. Si la prévalence estimée de 19.2% du STS est bien mesurée par un outil spécifique (la STSS), les spécificités de la population incluse et les nombreux facteurs de confusion potentiels représentés par le déploiement en zone de combat, l'exposition traumatique directe accrue (100% des répondants exposés à un événement potentiellement traumatique) représentent un biais de sélection important

et limitent la généralisabilité des résultats.

La CVPT fait l'objet de l'étude de Brockhouse et al. (48) ; sa prévalence estimée mesurée par la PTGI est de 57.5% dans un échantillon de thérapeutes anglais ayant déjà travaillé avec des patients présentant une problématique psychotraumatique. Malheureusement, les très faibles taux de participation (6.4%), le manque de données concernant les caractéristiques démographiques de l'échantillon et l'absence de résultats similaires rendent la généralisabilité des résultats impossible.

Les principales limites méthodologiques concernant l'estimation de la prévalence des conséquences de la traumatisation indirecte sont représentées par les outils utilisés dans les différentes études. Les outils spécifiques aux troubles en lien avec la traumatisation secondaire (CFST, ProQOL, STSS, TSI-BS et TABS) sont les outils les plus adaptés pour traiter de ces concepts mais ne constituent que de simples outils de dépistage ne permettant que d'estimer une prévalence. Les outils plus génériques utilisés dans certaines études comme l'IES sont des outils validés dans la mesure de l'ESPT mais ne le sont pas dans le cadre de la traumatisation indirecte de même que les cut-offs scores fournis par les auteurs concernent la traumatisation directe et non secondaire. Conclure à une prévalence sur la base de l'utilisation de ces outils reviendrait à estimer une prévalence de l'ESPT plutôt qu'une mesure des conséquences de la traumatisation indirecte. Enfin, les différentes populations incluses souffrent d'un manque d'homogénéité et de représentativité ce qui rend difficile la généralisabilité des résultats et ne permet pas de conclure à une estimation de la prévalence de la FC, du STS et du TV dans la population des intervenants en santé mentale bien que ces concepts semblent effectivement présents chez ces professionnels. Ces conclusions ont également été pointées par Sabin-Farrell et Turpin (35) qui estimaient à travers leur revue de la littérature que les

preuves d'une prévalence accrue du TV et des conséquences de la traumatisation indirecte chez certains professionnels étaient maigres et inconsistantes.

2) Facteurs de risque de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire, du traumatisme vicariant et des concepts associés :

L'évaluation des facteurs de risque et modérateurs des conséquences de la traumatisation indirecte faisait l'objet de la majorité des études incluses et était analysée en facteurs de risque individuels ou professionnels et organisationnels.

a. Facteurs de risque individuels :

Parmi les facteurs de risque individuels testés, revenaient de façon récurrente l'âge, le genre, l'histoire traumatique personnelle et les stratégies de coping du thérapeute.

L'âge du thérapeute et son association à la présence de la FC est étudiée dans de nombreuses études dont la majorité ne concluent à aucun impact de ce facteur sur la présence d'un risque de FC. Les études traitant de l'impact de l'âge sur le STS montrent des résultats contradictoires (étude de Cieslak et al. (116) ne retrouvant pas d'association et étude de Creamer et al. (43) mettant en évidence que l'âge du thérapeute serait inversement associé au risque de STS). L'impact de l'âge sur le TV ne montre aucun résultat statistiquement significatif (118).

Les études traitant de l'association entre l'âge du professionnel de santé mentale et la présence de conséquences positives du travail psychotraumatique sont plus rares. L'impact de l'âge sur la présence de la CVPT est abordé par Brockhouse et al. (48)

qui mettent en évidence un potentiel supérieur pour la CVPT chez les thérapeutes les plus âgés ; l'association mesurée est statistiquement significative bien que faible ($r=0.21$). Quant au potentiel de SC, les résultats issus de cette revue de la littérature sont hétérogènes : les études de Sprang et al. (119) et de Sodeke-Gregson et al. (100) montrent une association positive entre âge du thérapeute et potentiel de SC bien que l'association mesurée soit toujours faible ($r=0.265$), alors que deux autres études ne retrouvent pas d'association entre âge et SC (113,120).

L'âge du thérapeute ne semble pas influencer sur la présence de la FC, du STS et du TV. En revanche et malgré des résultats hétérogènes, il semblerait que la maturité de l'intervenant en santé mentale soit un facteur potentialisant la présence de la SC et de la CVPT. Ces résultats sont à croiser avec le rôle des années d'expérience professionnelle souvent plus élevées chez les thérapeutes plus âgés qui pourraient montrer des résultats plus équivoques et occuper un rôle plus important que l'âge dans l'étiologie des concepts de traumatisme indirecte. Dans une revue de la littérature antérieure sous la forme d'une méta-analyse des facteurs de risque de STS et de FC menée par Hensel et al. (101), les facteurs démographiques tels que l'âge n'avaient que très peu d'influence sur la présence de ces concepts.

Le genre du professionnel est également étudié dans de nombreux articles inclus. Les études testant l'association entre genre et risque de FC montrent pour la majorité (4 sur 7 études) un risque significativement plus élevé de FC chez les intervenants en santé mentale de sexe féminin en comparaison à leurs homologues masculins (RR allant de 1.2 à 8) (105,115,119,123). Les trois autres études ne concluent à aucune association entre genre et risque de FC.

Les résultats concernant le risque de STS sont hétérogènes : l'étude de Robinson-

Keilig et al. (121) montre une association statistiquement significative bien que faible ($r=0.135$) entre sexe féminin et risque de STS quand deux autres études ne mettent pas en évidence une telle association.

Les articles inclus n'étudient pas le lien entre genre et risque de TV ou potentiel pour la CVPT et la SC.

Malgré le peu de résultats disponibles, il semblerait au regard de cette revue de la littérature que le sexe féminin soit un facteur de risque de FC et de STS. Ces résultats sont cohérents avec les études menées sur l'ESPT qui montrent que les femmes exposées seraient plus à risque que les hommes exposés de développer des troubles psychotraumatiques (125) . Ces résultats sont néanmoins à croiser avec l'exposition traumatique directe et indirecte dans ces études car il est possible que les femmes incluses soient plus exposés que les hommes, ce qui constituerait un facteur de confusion potentiel. Malheureusement, les études incluses ne contrôlent pas l'effet de l'exposition traumatique directe et indirecte sur l'impact du genre sur les risques de FC et de STS.

L'histoire traumatique personnelle et son impact sur la présence de la FC, du STS et du TV sont largement abordés dans la littérature. Le rôle d'une exposition traumatique directe du thérapeute dans l'étiopathogénie des symptômes de traumatisme secondaire est soulevée par les créateurs de ces concepts (6,14). Pearlman et Saakvitne hypothétisent que l'exposition du thérapeute aux réactions et expériences traumatiques d'un patient et les distorsions cognitives associées peuvent déclencher des réactions du thérapeute renvoyant à ses propres expériences traumatiques et s'apparentant au STS ou au TV (6).

Les résultats issus de cette revue de la littérature sont très hétérogènes et l'étude de l'association entre histoire traumatique personnelle et symptômes de FC, STS ou TV est rendue complexe par la diversité des méthodes de mesure utilisées. L'exposition traumatique directe du thérapeute est en revanche toujours mesurée sur la vie entière dans les articles inclus.

Concernant les liens entre FC et histoire traumatique personnelle ; 3 études montrent une association statistiquement significative entre antécédents d'exposition traumatique primaire du thérapeute et risque de FC (3,100,114). Les études de Sodeke-Gregson et al.(100) et Deighton et al. (114) ne donnent aucune information sur la méthode de recueil des antécédents traumatiques personnels mais montrent des risques de FC significativement plus importants chez les thérapeutes ayant eux-mêmes une histoire traumatique personnelle. L'étude de Jenkins et al. (3) explore spécifiquement les antécédents de violence domestique ou sexuelle par le biais d'une échelle déviée de la LEC chez les thérapeutes travaillant au contact de victimes de violences domestiques ou sexuelles. Les résultats de cette étude retrouvent des taux de FC significativement plus élevés chez les thérapeutes ayant eux-mêmes des antécédents de violence domestique ou sexuelle avec un coefficient de corrélation relativement élevé ($r=0.42$) (3). Ces résultats questionnent le rôle joué par le type de traumatisme expérimenté par le thérapeute ; et concordent avec les constats de Figley et Salston selon lesquels un thérapeute avec une histoire traumatique similaire à celle des patients qu'il prend en charge serait plus à risque d'expérimenter la réactivation de problématiques personnelles non résolues en réponse au matériel traumatique des patients (126).

Les quatre autres études portant sur l'impact de l'histoire traumatique personnelle sur la présence de risques de FC ne concluent à aucune association statistiquement significative (115,120,122,123) bien que les résultats du travail de Ray et al. (120)

montrent une association entre l'histoire traumatique personnelle et des plus hauts risques de FC de façon non significative.

Le lien entre histoire traumatique personnelle et risque de STS est abordé dans trois des études incluses. L'étude de Devilly et al. (111) ne permet de porter aucune conclusion sur la présence d'une association. L'étude de Cieslak et al. (116) portant sur une population de thérapeutes travaillant avec des populations militaires étudie la présence d'une exposition traumatique directe en utilisant les 10 types de traumatismes listés dans la STSS et en interrogeant les participants sur la confrontation directe avec ce type d'événement. Les participants sont également invités à renseigner le nombre d'événements traumatiques auxquels ils ont directement été confrontés. Aux difficultés de généralisation des résultats au vu de la spécificité de la population incluse s'ajoute l'utilisation d'une partie d'un outil mesurant initialement l'exposition traumatique secondaire pour apprécier l'exposition traumatique directe du thérapeute. Ces facteurs rendent l'interprétation des résultats complexe. De plus, les résultats de cette étude retrouvent une histoire traumatique personnelle chez 100% des thérapeutes inclus (moyenne d'événements vécus de 3) et ne permettent donc pas d'apprécier l'impact de l'existence d'une histoire traumatique personnelle mais une appréciation quantitative en fonction du nombre de traumatismes vécus par les thérapeutes. Les auteurs concluent que les thérapeutes directement exposés à un plus grand nombre d'événements traumatiques présentent les plus hauts scores de STS avec un faible coefficient de corrélation ($r=0.17$) (116). Enfin, l'étude de Creamer et al. (43) incluant une population d'intervenants psychosociaux déployés lors des attentats du 11 septembre 2001 composée de psychiatres, psychologues et psychothérapeutes, IDE et case-managers s'intéresse à l'association entre symptômes de STS et histoire traumatique personnelle mesurée par la LEC mais aussi aux antécédents de

thérapie chez les intervenants psychosociaux et leur association aux symptômes de STS. Les résultats de cette étude ne montrent pas d'association statistiquement significative entre histoire traumatique personnelle mesurée par la LEC et symptômes de STS mais montrent une association statistiquement significative entre antécédents de thérapie personnelle et symptômes de STS. Les auteurs précisent ces résultats : 84% de l'échantillon aurait suivi une thérapie avant les attentats du 11 septembre 2001 au cours de laquelle 79% auraient évoqué des problèmes en lien avec une exposition traumatique personnelle et 39% des difficultés en lien avec le travail psychothérapeutique au contact avec des victimes de psychotraumatisme (43). Ces résultats suggèrent qu'au-delà d'une exposition potentiellement traumatique directe ou indirecte de l'intervenant en santé mentale, c'est la détresse psychologique qui en découle et qui a pu le pousser à consulter pour évoquer ces difficultés qui serait le plus à risque d'entraîner des symptômes de STS. Ces résultats soulèvent également la question du rôle joué par la présence d'antécédents éventuels de STS sur la fragilisation du thérapeute quant à une exposition traumatique indirecte future ; malheureusement aucune autre étude incluse ne traite de la présence de tels antécédents.

Les travaux portant sur l'impact de l'histoire traumatique personnelle sur le risque de TV ne montrent unanimement aucune association statistiquement significative (3,111,117).

Aucune association statistiquement significative n'est retrouvée entre histoire traumatique personnelle et SC (123) ou CVPT (48).

Il est difficile de conclure à travers cette revue de la littérature sur le rôle joué par la présence d'une histoire traumatique personnelle dans l'étiopathogénie des concepts de FC et de STS. Il semblerait néanmoins que la présence d'une histoire traumatique

personnelle soit un facteur de risque de FC et de STS ; ces résultats concordent avec les conclusions tirées par Hensel et al. (101) qui mettent en évidence un impact, bien que faible, de l'histoire traumatique personnelle sur la présence de symptômes de traumatisation secondaire. Les difficultés rencontrées dans les articles inclus dans notre revue de la littérature sont la variété des outils de mesure utilisés, les caractéristiques des traumatismes étudiés et le manque de représentativité de certaines des populations incluses qui rendent une généralisabilité des résultats complexe. La prévalence de la présence d'une histoire traumatique personnelle chez les professionnels de santé mentale est par ailleurs généralement élevée dans les études incluses ; celle-ci a pu être surestimée par la méthode de mesure utilisée, reposant dans de nombreuses études sur une simple question ouverte. Une autre explication possible à ces prévalences élevées est que de nombreux professionnels de la relation d'aide identifient la présence d'un traumatisme personnel comme une motivation pour choisir ce genre de profession(127) . Soutenir l'association entre symptômes traumatiques primaires et secondaires soulève également la question de la validité du traumatisme secondaire comme distinct de l'ESPT, question qui est d'actualité depuis la parution des nouveaux critères de l'ESPT du DSM-5. Les recherches futures mériteraient de mesurer de façon simultanée les symptômes d'ESPT et de FC ou STS afin de préciser cette distinction. Le TV et les conséquences psychologiques positives de la traumatisation indirecte ne semblent en tout cas pas affectées par la présence d'une exposition traumatique directe antérieure.

Les stratégies de coping et leurs implications dans les concepts de FC, SC et de TV sont abordées dans seulement trois études. Cet intérêt fait probablement écho aux critiques qui ont pu être faites concernant les modèles conceptuels du FC, du STS et

du TV qui incluait peu de facteurs modérateurs en lien avec les caractéristiques individuelles du sujet. L'étude de ces associations se fait également en miroir de précédentes études menées sur l'association entre le BO et les stratégies de coping utilisées par le sujet, qui ont pu montrer des résultats statistiquement significatifs dans la littérature (87). L'étude de Sodeke-Gregson et al. (100) étudie, entre autres, le rôle joué par les stratégies de coping dans la FC et la SC. Testées en régression logistique à côté d'autres facteurs comme l'âge du thérapeute, son expérience professionnelle et la présence d'une formation spécialisée dans le psychotraumatisme ; les résultats retrouvent une association statistiquement significative entre temps engagé dans la supervision individuelle (versant quantitatif de la supervision) et temps passé dans les activités d'auto-soin qui prédisent de hauts risques de FC. Bien que la variance expliquée par ce modèle soit faible (10%), les résultats en restent néanmoins surprenants. Concernant la SC, le temps passé dans les activités de recherche et de développement, le support hiérarchique perçu et la qualité perçue de la supervision associés à la maturité du thérapeute prédisent de plus grands potentiels de SC (variance expliquée du modèle de 22.6%) (100). Les résultats de cette étude montrent de façon intéressante que la qualité de la supervision plutôt que la quantité de supervision reçue prime concernant la prévention des manifestations de traumatisme secondaire. Les potentiels de SC expliqués par le temps dédié aux activités de recherche et de développement peuvent être en lien avec la prise de recul du lieu de travail et des patients présentant une problématique psychotraumatique et renvoient à l'impact joué par l'exposition traumatique indirecte traité plus loin dans cette étude. Étonnamment, plus les thérapeutes inclus passaient de temps dédié à la supervision ou aux activités d'auto-soin plus ils présentaient de risque de FC. Ces résultats peuvent être expliqués par le modèle transversal de l'étude ; en effet, il est possible que les

thérapeutes présentant le plus de symptômes de FC aient tenté de pallier à ces symptômes en s'engageant plus activement dans des activités d'auto-soin ou en sollicitant plus de supervision.

Dans l'étude de Zeidner et al. (105), les stratégies de coping utilisées par la population incluse sont mesurées par le biais de la Coping Inventory for Stressful Situations-Situation Specific Coping et divisées en stratégies de coping centrées sur le problème, stratégies de coping centrées sur les émotions, et stratégies de coping de type évitement. L'utilisation de plus de stratégies de coping centrées sur les émotions ou de type évitement prédisent plus de risque de FC alors que l'utilisation de stratégies de coping centrées sur le problème prédisent moins de risque de FC. Ces résultats concordent avec le modèle transactionnel du stress de Lazarus qui précise que dans des situations où le sujet a la possibilité de modifier et de contrôler l'interaction personne-environnement, les stratégies de coping centrées sur le problème sont considérées comme des stratégies adaptatives alors que les stratégies de coping centrées sur les émotions seront considérées comme maladaptatives (128).

Le lien entre TV et stratégies de coping est étudié par Way et al. (117) qui visent à comparer les symptômes de TV chez les thérapeutes soignant les auteurs ou les victimes d'agression sexuelle. Les stratégies de coping sont évaluées à l'aide d'un questionnaire original créé par les auteurs répertoriant différentes stratégies de coping secondairement divisées en stratégies de coping positives ou négatives personnelles, stratégies de coping positives ou négatives professionnelles. Les analyses de l'association entre stratégies de coping utilisées et symptômes de TV sont faites au sein des sous-groupes thérapeutes des auteurs/ thérapeutes des victimes. Les résultats de cette étude ne soutiennent pas l'hypothèse formulée par les auteurs et semblent même paradoxaux. L'utilisation de stratégies de coping

personnelles positives et négatives est associé à un nombre plus important de symptômes de TV dans les deux groupes et l'utilisation de stratégies de coping professionnelles n'est pas associé aux symptômes de TV (117). Le modèle transversal de cette étude peut être à l'origine de ces résultats surprenants car la temporalité entre développement des symptômes et mise en place des stratégies de coping ne peut pas être précisée.

L'analyse des stratégies de coping et de leurs impacts sur les conséquences de la traumatisation indirecte faite dans cette revue de la littérature est rendue complexe par le modèle transversal de toutes les études incluses et par la grande diversité des outils de mesure utilisés. Des études futures devraient s'intéresser à mieux caractériser le rôle joué par la supervision et à en étudier les modalités (temps passé en supervision, fréquence de celles-ci, supervision individuelle versus groupale, thèmes abordés lors des supervisions) afin de préciser le rôle protecteur qu'elle pourrait jouer dans la FC. Des études longitudinales prospectives utilisant des instruments de mesure uniformisés permettraient de clarifier le rôle joué par les stratégies de coping.

Autres facteurs individuels : Dans cette revue de la littérature sont abordés de façon individuelle différents facteurs de risque tels que la résilience, l'empathie, la compassion et le sens de la cohérence. Les résultats de ces études suggèrent que les intervenants en santé mentale présentant le plus d'auto-compassion, et de hautes capacités de résilience sont les moins à risque de FC (106,116). La présence de hauts niveaux d'empathie est également associée à la présence de plus de symptômes de CVPT (48). L'effet bénéfique de l'auto-compassion comme stratégie d'auto-soin sur le risque de FC mis en évidence par l'étude de Beaumont et al. (112) doit être pris en compte avec prudence. En effet, cette étude porte sur une petite

population (n=54) spécifique d'étudiants en psychologie en dernière année de cursus, le taux de participation n'est pas renseigné par les auteurs et le cursus des étudiants ainsi que les modalités d'exposition traumatique (prise en charge individuelle de patients présentant un psychotraumatisme ? présence sur un terrain de stage ?) n'y sont pas précisées. La généralisabilité des résultats est complexe au vu de ce biais de sélection et des nombreux facteurs de confusion potentiels non pris en compte. Le rôle de la résilience abordé dans l'étude de Temitope et al. (122) comme potentiel facteur modérateur de la FC mériterait d'être creusé davantage dans de futures études et représente une piste intéressante en marge des stratégies de coping afin de préciser le modèle conceptuel de la FC. Le rôle de l'empathie dans le potentiel de CVPT est étudié par Brockhouse et al. (48) dans leurs travaux portant sur une population de thérapeutes anglais (6.4% de taux de participation). De hauts niveaux d'empathie prédisent les plus hauts potentiels de CVPT. Les auteurs testent également un modèle prédictif de la CVPT en régression logistique : l'exposition vicariante cumulative aux patients présentant un psychotraumatisme, l'empathie et le sens de la cohérence prédisent les hauts niveaux de CVPT. L'empathie joue un rôle modérateur entre exposition vicariante traumatique et CVPT. Ces résultats sont étonnants quand on considère le rôle potentiellement délétère joué par l'empathie dans la genèse de la FC et du STS. Les auteurs postulent que les personnes présentant les plus hauts niveaux d'empathie présenteraient également de plus grandes capacités de flexibilité psychologique et donc une accommodation plus facile et souple de leurs schémas cognitifs. A l'inverse, les thérapeutes présentant de hauts sens de la cohérence, avec des schémas de pensée probablement moins souples présentent moins de potentiel pour la CVPT car présentent plus de difficultés à accommoder leurs schémas cognitifs.

En conclusion, l'étude des facteurs de risque individuels potentiellement impliqués dans les concepts de traumatisation indirecte montre un lien probable entre maturité et SC et CVPT ; sexe féminin, ATCD traumatiques personnels et FC et STS ; et un impact potentiel des stratégies de coping utilisées par le professionnel de santé mentale restant à détailler. Les recherches futures devraient par une plus grande rigueur méthodologique préciser ces facteurs de risque à travers des études prospectives longitudinales et davantage d'études cas-témoin.

b. Facteurs de risque professionnels ou organisationnels :

Le type de profession exercée et son rôle dans les conséquences potentielles de la traumatisation secondaire fait l'objet de nombreuses études.

Le type de profession exercée au sein d'un échantillon de professionnels de santé mentale est étudié dans un premier temps. Concernant la FC, parmi les 4 études étudiant l'impact de la profession dans le risque de FC dans des échantillons incluant psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux et infirmiers ; seule l'étude de Sprang et al. (119) met en évidence un risque plus élevé de FC chez les psychiatres (versus psychologues et travailleurs sociaux). Ces hauts risques de FC chez les psychiatres sont expliqués de façon contextuelle par les auteurs qui rapportent une désertification des spécialités médicales dans l'état et à la période où a été menée cette étude avec en conséquence une augmentation de la file active des psychiatres et une diminution du soutien professionnel par les pairs probables. Ceci constitue un potentiel biais de confusion ne permettant pas de conclure à un rôle prédictif direct de la profession médicale sur le développement de la FC. L'impact de la profession exercée sur le STS fait l'objet de trois études qui ne retrouvent aucune association significative entre type de profession exercée et symptômes de STS (43,111,116).

L'association avec les symptômes de TV (111) est étudiée dans un article qui conclue à une absence de lien statistiquement significatif. Enfin, l'influence potentielle de la profession exercée sur la SC est traitée dans une étude qui ne permet pas de porter de conclusion sur la présence d'une association (113).

Enfin, les travaux de Zeidner et al. (105) se présentent sous la forme d'une étude cas-témoin visant notamment à comparer les risques de FC présentés par une population d'intervenants en santé mentale (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) et de médecins issus de différents services somatiques (chirurgie, neurologie, anesthésie, urgences, pédiatrie) en Israël. Les risques de FC retrouvés dans les deux groupes sont comparables (105). De nombreuses limites méthodologiques empêchent la généralisabilité de ces résultats : on note une hétérogénéité intra- et inter-groupe importante avec un groupe de professionnels de santé mentale significativement plus jeune et de genre féminin ce qui constitue un facteur de confusion non négligeable au vu de l'impact du genre sur la FC. Les professionnels de santé (tout groupe confondu) ont tous été engagés dans des soins à des personnes ayant subi un traumatisme psychique ou physique selon les auteurs; de grandes variations sont probables concernant le volume, le ratio et la fréquence de patients pris en charge présentant une telle problématique ou encore de la proximité du professionnel de santé avec le patient (exposition différente entre un anesthésiste, un pédiatre, et un psychologue). Ces facteurs de confusion majeurs limitent le degré de preuve scientifique de cette étude et ne permettent pas de porter de conclusion sur le rôle de la spécialisation en santé mentale sur la FC.

A la lumière de ces résultats, le type de profession exercée par les intervenants en santé mentale ne semble pas influencer sur les manifestations de FC, STS ou TV.

Années d'expérience professionnelle : Les années d'expérience du professionnel de santé mentale sont abordées dans de nombreux articles inclus dans cette revue de la littérature et traitent de façon quasi unanime le nombre d'années d'expérience en tant que professionnel de santé mentale. Concernant la FC : les résultats sont hétérogènes avec la plupart des études ne mettant en évidence aucune association entre expérience professionnelle et risque de FC (105,113,114,118,120). Les deux études retrouvant des associations statistiquement significatives montrent des résultats contradictoires : Sprang et al. (119) concluent que les thérapeutes les moins expérimentés présentent les plus hauts risques de FC alors que Rossi et al. (123) démontrent que les scores de FC augmentent avec le nombre d'années passées au sein de la structure de soins en santé mentale où l'étude est menée. La différence des méthodes de mesure (années d'expérience en qualité de professionnel de santé mentale versus années passées dans une même structure de soins en santé mentale) peut expliquer ces résultats contradictoires. Dans l'étude de Rossi et al. (123) des facteurs de confusion d'ordre organisationnel inhérents au fonctionnement du service (support hiérarchique, charge administrative, qualité de la supervision, soutien social) pourraient biaiser les résultats et expliquer l'association surprenante mise en évidence par les auteurs. Les résultats de cette étude sont donc peu recevables au vu de ces biais de confusion importants.

L'impact des années d'expérience professionnelle sur le STS est étudié dans trois des articles inclus dont deux retrouvent des scores de STS significativement plus élevés chez les thérapeutes les moins expérimentés (43,121). La dernière étude ne met en évidence aucune association entre expérience professionnelle et risque de STS (111) .

Concernant le TV, deux études sur trois ne montrent aucun impact statistiquement significatif de l'expérience professionnelle sur les symptômes de TV (111,118) alors

que l'étude de Way et al. montre que les thérapeutes les moins expérimentés présentent le plus de symptômes de TV (117).

L'impact de l'expérience professionnelle sur la SC est abordé par Craig et al. (113) qui montrent que les thérapeutes les plus expérimentés sont également ceux présentant les plus hauts potentiels pour la SC. Ces résultats concordent avec l'observation faite plus haut sur l'association positive entre maturité du thérapeute et potentiel de SC.

Les résultats de cette revue de la littérature semblent montrer que les thérapeutes les moins expérimentés présentent les risques les plus importants de FC, STS ou TV et qu'à l'inverse les années d'expérience semblent potentialiser la SC chez les thérapeutes. Plus que l'âge, les années d'expérience professionnelle impacteraient les conséquences de la traumatisation indirecte. Ces résultats concordent avec les conclusions tirées de précédentes revues de la littérature sur le sujet (101,102). Ces conclusions sont également à rapprocher de celles qui ont pu être faites sur d'autres formes de stress professionnel comme le burnout où l'association entre expérience professionnelle moindre et symptômes de BO plus important a déjà pu être notée. Une hypothèse qui peut être soulevée concernant l'association entre expérience professionnelle et risques de FC, STS et TV est que les thérapeutes présentant les plus hauts niveaux de FC, STS ou TV quittent prématurément la profession. Cette hypothèse est étayée dans un des articles inclus dans notre revue de la littérature : l'étude de Mangoulia et al. (115) met en évidence que les IDE et étudiantes IDE en psychiatrie présentant les plus hauts risques de FC sont également celles qui expriment le désir de quitter la profession prochainement.

Formation spécialisée dans le psychotraumatisme et mise en pratique de techniques psychothérapeutiques empiriquement validées dans le cadre du psychotraumatisme :

L'impact d'une formation spécialisée dans le psychotraumatisme et de la mise en pratique de techniques empiriquement validées dans le cadre de la psychothérapie sont étudiées conjointement car recourent tous deux les mêmes déterminants. La mesure de la présence d'une formation spécialisée repose souvent sur une simple question ouverte dans les articles inclus.

Le rôle joué par la formation spécialisée dans le risque de FC et le potentiel de SC est traité dans quatre études. Trois de ces études ne parviennent pas à mettre en évidence d'association statistiquement significative entre formation spécialisée et risque de FC ou potentiel de SC (100,113,123). En revanche, l'étude de Sprang et al. (119) montre que la participation à une formation spécialisée diminue significativement le risque de FC et augmente significativement le potentiel de SC. Cette étude présente une rigueur méthodologique plus importante que les autres études concernant l'évaluation d'une formation spécialisée. En effet, si les autres travaux mesuraient cette formation par une simple question ouverte, Sprang et al. (119) ont questionné les intervenants en santé mentale inclus par une question ouverte dans un premier temps, précisée par la suite par le répondant. Pour éviter les biais, les résultats étaient comparés par des experts aux guides de bonne pratique concernant le champ du psychotraumatisme. Ainsi, si les répondants rapportaient une formation spécialisée dans un des domaines ayant une preuve empirique validée dans le champ du psychotraumatisme ou s'ils avaient une expérience professionnelle dans un centre expert, ils étaient considérés comme spécialisés dans le psychotraumatisme. Les auteurs évitent ainsi des biais de confusion en lien avec l'auto-identification abusive des professionnels de santé

mentale comme spécialiste dans le psychotraumatisme (tendance des thérapeutes à s'auto-définir comme trauma-thérapeutes suite à la participation à des formations annexes ou suite à une expérience positive en pratique au cours de leurs carrières). Les résultats de cette étude sont à croiser avec les travaux étudiant l'impact de la pratique de techniques psychothérapeutiques basées sur des preuves empiriques dans le champ du psychotraumatisme.

Les résultats concernant l'impact de la formation spécialisée sur les symptômes de TV explorés par Van Minnen et al. (106) dans leur étude mixte ne montrent pas de différence statistiquement significative concernant les symptômes de TV mesurés par la TSI-BS chez les trauma-thérapeutes versus les non trauma-thérapeutes. En revanche, les auteurs signalent que lors des interviews, les trauma-thérapeutes rapportent significativement plus de changements cognitifs réactionnels à leur travail que les non trauma-thérapeutes. Ces résultats sont à étayer par d'autres études.

Craig et al. (113) évaluent l'impact de la pratique de techniques psychothérapeutiques empiriquement validées dans le champ du psychotraumatisme (EMDR, thérapie cognitive, thérapie comportementale, thérapie psychodynamique, thérapie éclectique, thérapie orientée vers les solutions) sur les risques de FC et de SC. La mise en pratique de ces techniques mesurée par le Trauma Practice Questionnaire est associée à un risque moindre de FC et à un plus grand potentiel de SC.

Certains auteurs vont plus loin et mesurent de façon intéressante le déséquilibre entre formation spécialisée dans le psychotraumatisme et mise en pratique effective des techniques empiriquement validées. Deighton et al. (114) mettent ainsi en évidence qu'un déséquilibre entre forte sensibilisation et faible mise en pratique des techniques psychothérapeutiques empiriquement validées dans le champ du psychotraumatisme majore le risque de FC. Les auteurs assimilent cette association

au rôle joué par les stratégies de coping de type évitement, qui sont, en effet associées à de plus grands risques de FC.

Malgré des résultats inconsistants, certaines études faisant preuve d'une rigueur méthodologique plus importante mettent en évidence un lien certain entre formation spécialisée dans le champ du psychotraumatisme et réduction des risques de FC. Ce constat est également fait par Hensel et al. (101) dans leur méta-analyse portant sur les facteurs de risque de traumatisation secondaire. Ces résultats concordent également avec le rôle protecteur supposé de l'expérience professionnelle dans le développement de la FC ; les thérapeutes ayant le plus d'années d'expérience seraient peut-être les plus formés dans le champ du psychotraumatisme et donc les moins à risque de FC. Le rôle protecteur joué par la formation spécialisée dans le psychotraumatisme peut également être lié à la sensibilisation possible des thérapeutes aux concepts de FC, STS et TV. En effet, ces concepts ayant émergé il y a une vingtaine d'années, il est possible que certaines informations et recommandations soient effectuées lors de ces formations dédiées à des thérapeutes à risque d'exposition traumatique indirecte. Or, le rôle de la sensibilisation aux concepts de traumatisation secondaire est abordé dans la littérature comme potentiel facteur protecteur et est détaillé plus loin dans cette discussion.

L'exposition traumatique indirecte : Le degré d'exposition traumatique indirecte est un facteur historiquement supposé influencer sur les conséquences psychologiques de la traumatisation secondaire (6,12,18), il est donc abordé dans de nombreuses études incluses dans cette revue de la littérature avec des méthodes de mesure variées.

Son association à la FC est testée dans six études dont la majorité concluent à une association statistiquement significative entre niveau élevé d'exposition traumatique secondaire et haut risque de FC (113,114,119,122). Les méthodes de mesure du niveau de traumatisation indirecte reposent principalement sur le calcul du pourcentage de patients présentant une problématique psychotraumatique dans la file active du thérapeute, correspondant donc à une exposition actuelle. Seule l'étude de Deighton et al. (114) mesure le volume de patients vus par semaine ; ce choix des auteurs repose sur le fait que leur étude porte sur une population de thérapeutes exerçant dans des centres spécialisés dans le traitement des victimes de torture où l'intégralité de la population prise en charge présente une problématique psychotraumatique. Les deux autres études ne retrouvent aucune association statistiquement significative entre niveau d'exposition traumatique indirecte et risque de FC (100,118).

Le lien entre STS et niveau d'exposition traumatique secondaire est testé dans 3 études. L'étude de Robinson-Keilig et al. (121) retrouve une association statistiquement significative entre un pourcentage plus élevé de patients présentant un psychotraumatisme dans la file active du thérapeute et des risques majorés de STS. Le travail de Cieslak et al. (116) précise le niveau d'exposition traumatique vicariante en fonction du volume de patients présentant un ESPT vus sur la carrière, de la fréquence à laquelle les patients sont vus par le thérapeute, et du pourcentage de patients présentant une problématique psychotraumatique dans la file active du thérapeute. Le pourcentage de patients dans la file active du thérapeute est associé significativement au risque de STS en analyse bi-variée mais en régression logistique, seul le volume de patients présentant une problématique psychotraumatique vus sur l'ensemble de la carrière du thérapeute est associé significativement au risque de STS. L'exposition traumatique vicariante cumulative

est ici la seule associée au risque de STS. Les auteurs précisent par ailleurs l'impact subjectif que le travail psychotraumatique implique pour les thérapeutes en leur demandant de renseigner à quel point le fait d'être témoin indirect des événements rapportés les impacte. Une appréciation subjective négative de l'impact du travail psychotraumatique est associée à des risques plus importants de STS.

L'étude de Devilly et al. (111) portant sur l'exposition traumatique vicariante actuelle du thérapeute ne conclue à aucune association statistiquement significative avec le STS.

Le rôle de l'exposition traumatique indirecte dans le développement du TV est abordé dans seulement deux études. L'étude de Devilly et al. (111), qui ne met pas en évidence d'association entre exposition traumatique vicariante actuelle et symptômes de TV et l'étude de Baird et al. (118). Dans cette étude, les professionnels de santé mentale inclus travaillent exclusivement avec des victimes de violence domestique ou d'agression sexuelle et présentent tous une problématique psychotraumatique ; les auteurs créent donc un indice calculant l'exposition traumatique indirecte cumulative sur le mois précédent. Les résultats de cette étude ne montrent aucune association entre exposition traumatique secondaire cumulative sur le mois précédent et risque de FC mais de façon surprenante une présence de symptômes de TV moindres chez les professionnels les plus exposés sur le mois précédent. Ce constat est inverse à l'hypothèse formulée initialement par les auteurs qui postulaient que les thérapeutes les plus exposés étaient ceux qui présenteraient le plus de symptômes de TV. Les auteurs expliquent que la mesure de la sévérité des troubles présentés par les patients aurait pu être plus pertinente dans la mesure de l'association au TV que l'exposition cumulative. Ces résultats concordent en tout cas avec les conclusions faites par Brockhouse et al. (48) qui mettent en évidence des potentiels de CVPT plus élevés chez les thérapeutes

présentant les taux d'exposition traumatique vicariante cumulative les plus importants sur leurs carrières.

Enfin, les trois études traitant de l'association entre niveau d'exposition traumatique indirecte et potentiel de SC ne permettent pas de mettre en évidence d'association particulière (100,113,119).

En conclusion, il semblerait exister un effet dose-dépendant de l'exposition traumatique indirecte actuelle (basée sur le pourcentage de patients présentant un psychotrauma dans la file active) sur le risque de FC chez les intervenants en santé mentale. Hensel et al. (101) font les mêmes observations dans leur méta-analyse des facteurs de risque de FC chez les thérapeutes. Ces résultats concordent avec les postulats avancés par les créateurs des concepts relatifs à la traumatisation secondaire (6,14). Cela-dit, cet effet reste à préciser car la littérature ne nous fournit pas de notion d'exposition seuil et le niveau d'exposition traumatique indirecte reste difficile à conceptualiser et à mesurer (102). Les études sont également à poursuivre pour les concepts de STS et de TV ; les données issues de cette revue de la littérature ne permettent pas de conclure de façon tranchée à une association particulière entre ces concepts et le niveau d'exposition traumatique indirecte. Les mesures de l'effet de l'exposition traumatique indirecte sur la présence du STS dans les études futures ne devraient inclure que des données actuelles et non cumulatives car le STS est un phénomène décrit comme soudain et brutal par les pionniers du concept. En revanche, l'association entre exposition traumatique indirecte et TV devrait reposer sur des mesures cumulatives, de préférence sur de longues périodes, car le TV est décrit comme un phénomène se développant en réaction à des expositions répétées et à des changements cognitifs progressifs. Des études prospectives longitudinales étayeraient cette association entre TV et exposition

traumatique indirecte. Enfin, il serait intéressant d'inclure des données concernant l'issue des thérapies menées au contact des personnes présentant un psychotraumatisme : le rétablissement des patients pourrait jouer un rôle protecteur dans le développement des symptômes de traumatisation secondaire.

Facteurs de risque et indicateurs de RPS : Dans la littérature, de nombreux auteurs s'intéressent aux liens existant entre indicateurs de RPS (stress professionnel ou satisfaction au travail), facteurs de risque plus spécifiques identifiés de RPS (charge de travail, demandes contradictoires, support organisationnel perçu...), et concepts en lien avec la traumatisation indirecte. Les interrogations existantes sur les similitudes entre BO et conséquences de la traumatisation secondaire motivent l'évaluation du rôle des facteurs de risque identifiés pour le BO dans le développement de la FC, du STS et du TV.

Les études inclues abordant ce sujet sont peu nombreuses et testent des risques spécifiques variés avec des outils divers sur des populations cibles parfois difficilement comparables ce qui rend l'homogénéisation des résultats complexe. La charge de travail est mesurée par Cieslak et al. (116) en fonction de la quantité de travail administratif et du nombre de patients pris en charge. Les auteurs retrouvent une association entre nombre de patients pris en charge estimé trop élevé par le thérapeute et symptômes plus importants de STS. L'étude de Devilly et al. (111) retrouve la même association entre charge de travail perçue et symptômes de STS. L'exposition à la violence sur le lieu de travail n'est pas associée au risque de FC dans le travail de Zerach et al. (104).

Le rôle spécifique joué par le support interpersonnel perçu dans le développement de la FC, du STS, du TV et des concepts associés est étudié par plusieurs auteurs. Concernant la FC, Sodeke-Gregson et al. (100) et Temitope et al. (122) ne

parviennent pas à montrer un lien entre support organisationnel perçu et risque de FC. Un haut support interpersonnel perçu prédit en revanche des scores plus faibles de STS et de TV selon Devilly et al. (111). Les potentiels de SC sont également majorés par un haut support organisationnel perçu dans deux des études incluses (100,115). Ces résultats sont à rapprocher du rôle joué par la qualité perçue de la supervision qui peut être considérée comme une forme de soutien organisationnel et qui majorait les potentiels de SC dans l'étude de Sodeke-Gregson et al. (100).

L'étude de Ray et al. (120) mesure l'impact joué par les incongruences privé/professionnel dans les domaines de la vie professionnelle et conclue que les thérapeutes présentant de hauts niveaux de congruence personnelle/professionnelle ont des risques plus faibles de FC et des potentiels majorés de SC.

Le stress professionnel et la satisfaction au travail sont également mis en lien avec les conséquences de la traumatisation secondaire dans l'étude de Devilly et al. (111) qui mettent en évidence des résultats peu consistants (association positive entre stress professionnel et symptômes de TV mais pas de STS, lien entre satisfaction professionnelle et faibles scores de STS mais pas de TV). Le désir de quitter la profession d'intervenant en santé mentale est associé à de hauts risques de FC et à de faibles potentiels de SC dans l'article de Mangoulia et al. (115).

Au total, les liens existants entre facteurs de risque psychosociaux et conséquences du travail psychotraumatique chez les intervenants en santé mentale sont hétérogènes mais semblent être en faveur d'une association entre charge de travail (nombre élevé de patients dans la file active) et manifestations de STS. Ce lien pourrait dans ce contexte être assimilé au rôle joué par le niveau élevé d'exposition traumatique indirecte plus qu'à un véritable impact de la charge de travail. Le support interpersonnel perçu semble également être un facteur modérateur des

conséquences psychologiques de la traumatisation indirecte. Hensel et al. (101) tirent les mêmes conclusions dans leur méta-analyse sur les facteurs de risque de FC et STS. De précédentes études ont montré que le support interpersonnel perçu pouvait avoir un rôle protecteur dans les symptômes de l'ESPT, essentiellement par un effet cumulatif dans le temps et dans le cadre des réactions les plus sévères (129). Ce constat est également intéressant quand on connaît le rôle protecteur joué par le support interpersonnel perçu dans le développement du BO ; les liens et différences existants entre les concepts de FC, STS et TV et l'épuisement professionnels sont abordés dans la suite de cette discussion. Enfin, les liens existants entre stress professionnel, satisfaction professionnelle et FC, STS et TV sont trop peu traités et trop hétérogènes pour qu'une conclusion puisse être tirée à la lumière de cette revue de la littérature.

3) Impact fonctionnel de la fatigue de compassion, du stress traumatique secondaire et du traumatisme vicariant ; liens des concepts entre eux et avec le burnout et l'état de stress post-traumatique :

L'impact fonctionnel associé aux concepts secondaires à la traumatisation indirecte est étudié dans six articles inclus essentiellement par la mesure de la détresse psychologique du thérapeute mais également par la mesure d'affects négatifs de l'humeur et de l'impact sur le fonctionnement social du thérapeute. Les résultats tirés de ces travaux concluent unanimement à une association marquée entre détresse psychologique, affects négatifs de l'humeur, détérioration du fonctionnement social et symptômes plus importants de FC, STS et TV (3,105,111,112,114,123). A l'inverse, de hauts potentiels de SC prédisent des niveaux moindres de détresse psychologique (112,123).

L'étude de l'impact fonctionnel associé aux conséquences de la traumatisation indirecte répond à des critiques faites sur le modèle conceptuel de la FC et du STS de Figley. Dans sa définition des concepts, Figley précise que le STS peut être considéré comme une réaction normale résultant de la connaissance d'un événement traumatisant vécu par une personne proche de l'individu (14). Il s'agirait donc pour lui de réactions normales et consécutives au travail au contact de personnes présentant un psychotraumatisme. Différents auteurs questionnent alors la nécessité de poursuivre les études autour de ces concepts notamment dans un cadre préventif ou interventionnel (35,50). En effet, ne risque-t-on pas d'être iatrogène en mettant en place de telles mesures alors que les concepts testés ne sont que des réactions normales ne traduisant pas une souffrance cliniquement

significative ? Dans leur revue de la littérature parue en 2011 traitant des symptômes de traumatisme secondaire chez les professionnels de santé, Elwood et al. (102), déplorent le fait que trop peu d'études s'intéressent à l'impact fonctionnel associés aux symptômes de FC, du STS et du TV. Dans notre revue exhaustive de la littérature, six articles inclus dont la moitié parus après 2011 abordent cette association et concluent de façon homogène à un impact fonctionnel négatif associé aux symptômes de FC, STS et TV. Ces constats rendent compte de l'existence d'une souffrance cliniquement significative associée au travail en lien avec le psychotraumatisme chez les intervenants en santé mentale et justifient la poursuite d'études interventionnelles permettant de limiter les conséquences négatives de ce travail.

Lien des concepts de traumatisation indirecte entre eux : Les études incluses dans cette revue de la littérature montrent unanimement un lien inverse entre FC et SC (100,112,115,122,123) chez les intervenants en santé mentale, confirmant les modèles théoriques développés par Figley et Stamm (30,86). Selon les auteurs, tous les thérapeutes exposés à la traumatisation indirecte ne développent pas de symptômes de FC en raison des potentiels aspects positifs du travail psychotraumatique regroupés sous le terme de SC par Stamm modérant les effets de la FC. La FC et la SC peuvent donc coexister chez un même thérapeute avec un lien inverse c'est-à-dire que plus les risques de FC sont importants chez le thérapeute, moins le potentiel de SC est grand. Les symptômes de TV sont également associés à de plus grands risques de FC (3) et à des symptômes plus importants de STS (111). Ce constat est logique quand on sait que tous ces concepts mesurent les conséquences négatives d'une exposition traumatique indirecte à travers le travail et incluent tous des symptômes psychotraumatiques.

Liens avec le BO : Les articles inclus étudiant les liens existants entre la FC, la SC et le BO mesurés grâce aux sous-échelles de la ProQOL ou de la CFST montrent des résultats homogènes traduisant tous d'une association positive et forte entre symptômes de BO et de FC (100,112,115,122,123) et d'une association inverse entre symptômes de BO et SC (100,112,115,123). Les liens entre le BO et la FC et la SC sont vérifiées par l'utilisation d'outils psychométriques spécifiques du BO (MBI) dans trois autres études (3,114,120) qui montrent les mêmes associations positives entre BO et FC et inverses entre SC et BO.

La mesure de ces liens existants entre manifestations d'épuisement émotionnel et FC et SC répond au besoin des auteurs de confirmer l'existence des conséquences de la traumatisation indirecte comme conceptualisés par Figley et Stamm. En effet, les créateurs des concepts précisent que la symptomatologie de la FC inclut à la fois des manifestations d'ordre psychotraumatique et des manifestations d'épuisement professionnel (30). De même, Stamm avance que la SC est inversement liée à la FC et à ses composantes à savoir la dimension psychotraumatique et la dimension d'épuisement professionnel (86). Les constats tirés de cette revue de la littérature appuient donc les modèles théoriques de la FC et de la SC définis par Figley et Stamm chez les intervenants en santé mentale.

Un nombre minime d'articles inclus s'intéressent aux liens existant entre les autres conséquences adverses possibles du travail psychotraumatique chez les intervenants en santé mentale (TV et STS) et le BO (3,111). Ces études utilisent pour ce faire des outils spécifiques de la mesure du BO (la MBI et la CBI). Les conclusions de ces études montrent une association statistiquement significative et forte ($r = 0.44$ à 0.51) entre symptômes de TV mesurés par la TSI-BSL et symptômes de BO mesurés par la MBI ou la CBI. Les symptômes de STS mesurés par la STSS corréleront également de façon très positive et statistiquement significative avec les

symptômes de BO mesurés par la CBI ($r=0.62$). Les conclusions des auteurs quant aux liens existants entre STS, TV et BO sont inverses dans ces deux études. Devilly et al. (111) concluent que le STS et le TV corrént plus avec le BO qu'entre eux quand Jenkins et al. (3) prouvent que le TV et la FC corrént plus entre eux qu'avec le BO. Ces résultats, bien que contradictoires, mettent en évidence le caractère spécifique des manifestations psychotraumatiques retrouvées dans les concepts de FC, STS, et TV ; mais aussi la présence d'une possible susceptibilité commune au BO et aux conséquences de la traumatisation indirecte. Les validités discriminantes des outils de mesure de BO, FC, STS, et TV sont par ailleurs suffisamment importantes pour que ces concepts soient bien différenciés. Ces constats sont similaires à ceux effectués par Hensel et al. (101) dans une précédente revue de la littérature. Il apparaît donc nécessaire de poursuivre les investigations sur les facteurs de risque partagés avec le BO notamment sur les facteurs de RPS car leurs implications dans les conséquences de la traumatisation indirecte sont peu traités et de façon hétérogène comme l'indiquent les résultats tirés de cette revue de la littérature dans le chapitre précédent.

Liens avec l'ESPT : Les études traitant des liens entre symptômes d'ESPT en lien avec le travail et de FC chez les intervenants en santé mentale sont malheureusement peu nombreuses dans cette revue de la littérature. Seuls les travaux de Deighton et al. (114) et de Zerach et al. (104) montrent une forte association entre risque de FC et symptômes d'ESPT en lien avec le travail avec un rapport d'association élevé ($r=0.48$ et $r=0.66$ respectivement). Malheureusement, les limites méthodologiques sont importantes dans l'étude de Deighton et al. (114) avec une population incluse peu représentative de l'ensemble des professionnels de santé mentale (professionnels exerçant dans des centres dédiés aux soins des victimes de

torture) et la mesure des symptômes d'ESPT en lien avec le travail reposant sur la création d'un outil original dont les items ne sont pas détaillés. Ces biais rendent la généralisabilité des résultats rendus de cette étude difficile. L'étude de Zerach et al. (104) fait preuve d'une rigueur méthodologique nettement plus importante, utilise un outil validé dans le cadre de la mesure de l'ESPT, mais ne porte que sur une population restreinte d'IDE en psychiatrie exerçant dans un service de psychiatrie public en Israël. Les résultats de cette étude sont donc également difficilement généralisables à l'ensemble de la population des professionnels de santé mentale.

La comparaison des manifestations d'ESPT et de FC ou de STS est une problématique contemporaine avec la parution des nouveaux critères diagnostiques de l'ESPT du DSM-5. En effet, l'apparition du critère A4 qui implique que la confrontation de façon répétée ou extrême à des détails aversifs d'événements traumatiques dans le cadre professionnel constitue un événement traumatique en soi, questionne l'existence des concepts historiques de FC et de STS. Finalement, ces deux entités pourraient n'être qu'un ESPT en lien avec une exposition professionnelle. La pauvreté des données de la littérature quant à la comparaison entre ESPT et FC et STS est également pointée par Elwood et al. (102) dans leur revue de la littérature. Il apparaît indispensable de préciser ce lien entre FC et ESPT en lien avec l'exposition professionnelle chez les intervenants en santé mentale dont la profession implique régulièrement une confrontation répétée à des détails aversifs d'événements traumatiques lors de la thérapie. Les études futures devraient ainsi mesurer conjointement les manifestations de FC et d'ESPT avec des outils éventuellement adaptés aux nouveaux critères de l'ESPT afin de préciser si les concepts de FC et de STS doivent disparaître ou être englobés dans la définition de l'ESPT.

4) Mesures interventionnelles de réduction des conséquences de la traumatisation indirecte :

De nombreuses recommandations individuelles et organisationnelles quant à la prévention et au traitement de la FC, du STS et du TV chez les intervenants en santé mentale ont pu être émises dans la littérature sans que ces recommandations ne soient validées par des études interventionnelles (35,102). Sont notamment citées les stratégies de self-care, la surveillance des symptômes par une auto-mesure régulière, l'équilibration de la balance vie privée vie professionnelle mais aussi la diversification et le contrôle de la file active du professionnel, l'augmentation de la supervision, l'amélioration du travail d'équipe et l'augmentation du temps libre des médecins (6,126).

Notre revue de la littérature n'inclut que trois études interventionnelles visant à tester des mesures de réduction des conséquences de la traumatisation indirecte chez les intervenants en santé mentale. Les méthodes interventionnelles testées sont différentes et comprennent la participation à un groupe de supervision groupale (107), la participation à un groupe d'art-thérapie (108), et la participation à un programme de prévention pour la FC (109). Toutes ont pour objectif de montrer une diminution des risques de FC grâce à une mesure de la FC en pré-test et en post-test par des méthodes différentes (CF-Short Scale, PSM9, CSFST) et utilisent des cohortes d'intervenants en santé mentale différentes. Les auteurs concluent tous à une efficacité des méthodes interventionnelles testées dans leurs études.

L'étude de Franza et al. (107) conclue que la participation aux groupes de supervision groupale Balint peut représenter une stratégie interventionnelle dans le cadre de la réduction des risques de FC chez les intervenants en santé mentale. Ces

résultats concordent avec les recommandations précédemment émises par Salston et Figley (126) et avec nos constats faits sur le rôle de la qualité de la supervision dans la potentialisation de la SC. Cette étude souffre néanmoins de nombreuses limites : la faible puissance de cette étude, les biais de sélection (population incluse non randomisée, absence de population contrôle) et les biais de confusion présents limitent la généralisabilité des résultats. L'étude de Ifrach et al. (108) portant sur l'impact de la participation à un groupe d'art-thérapie sur la diminution des facteurs de stress imputables à la FC dans un groupe d'intervenants en santé mentale souffre d'un manque de rigueur méthodologique important. Les auteurs tirent même des conclusions sur la diminution du risque de FC non recevables au vu des méthodes de mesure utilisées (pas d'utilisation de méthodes de mesure spécifique de la FC, mesure de symptômes de stress génériques). De plus, la faible puissance de cette étude, les biais de sélection et les nombreux facteurs de confusion non pris en compte limitent sérieusement les preuves scientifiques apportées par cette étude. Enfin, l'étude de Gentry et al. (109) évalue la participation à un groupe de formation pour la prévention de la FC sur la réduction des manifestations effectives de FC et la potentialisation de la SC sur un échantillon de professionnels de santé mentale (programme Certified Compassion Fatigue Specialist Training). Les résultats en post-test montrent une diminution significative des niveaux de FC et une augmentation des potentiels de SC chez les intervenants en santé mentale. La seule limite de cette étude est représentée par un potentiel biais de sélection car la population incluse n'est ni randomisée ni contrôlée pour certains facteurs de confusion. Cela-dit, la méthodologie y est globalement plus pointue que dans les autres études interventionnelles. Les conclusions de cette étude sont à croiser avec le rôle joué par la formation spécialisée dans le psychotraumatisme dans la réduction des risques de FC et l'augmentation du potentiel de SC mis en évidence par Sprang et al. (119),

également identifié comme facteur de risque prépondérant dans la méta-analyse de Hensel et al. (95). En conclusion, la participation à ce programme de formation portant sur la prévention de la FC pourrait être incluse dans la formation des intervenants en santé mentale afin de prévenir l'apparition de manifestations de FC ou d'en atténuer les symptômes déjà présents. De façon plus globale, une sensibilisation accrue aux concepts de FC, STS et TV lors de la formation des intervenants en santé mentale pourrait prévenir ou corriger les manifestations associées à la traumatisation indirecte. D'autres études utilisant un modèle longitudinal prospectif et incluant une population randomisée avec un groupe contrôle permettraient de confirmer le rôle joué par la sensibilisation des populations d'intervenants en santé mentale dans la prévention et le traitement de la FC.

Les études portant sur les mesures préventives et interventionnelles de la FC et des conséquences de la traumatisation indirecte sont encore trop peu nombreuses. Les différentes recommandations portant sur les mesures préventives individuelles et organisationnelles listées plus hauts nécessitent également d'être validées par des études de modèle longitudinal et prospectif incluant idéalement un groupe contrôle.

5) Limites de notre étude :

Les limites de cette étude reposent sur la méthode de sélection des articles qui utilisait un algorithme de mots-clefs recouvrant les conséquences de la traumatisation indirecte et la population ciblée à savoir les intervenants en santé mentale. Cette méthode de recherche a permis, après inclusion secondaire de plusieurs articles, d'obtenir un total de 24 études exploitables. Cela-dit, nous ne sommes pas parvenus à récupérer un certain nombre d'articles en intégralité malgré

plusieurs relances effectuées auprès des auteurs. Ceci pourrait avoir entraîné un biais de sélection.

De plus, aucun contrôle qualité n'a été effectué suite à l'inclusion des articles en raison de l'hétérogénéité des études et des difficultés à trouver des indicateurs qualité communs. La majorité des études incluses utilise un modèle transversal descriptif, on compte deux études incluant des données quantitatives et qualitatives qui n'ont pas été exclues au vu de l'originalité des données traitées, et seules trois études présentent un modèle longitudinal prospectif. Les facteurs de risque étudiés par les différents auteurs retrouvent parfois des résultats inconsistants voire contradictoires. L'étude des facteurs de risque des effets de la traumatisation indirecte aurait nécessité l'utilisation de plus d'études longitudinales afin de pouvoir conclure à un véritable lien de causalité. Il est également difficile de hiérarchiser la place occupée par les différents facteurs de risque identifiés dans de cette revue de la littérature.

Enfin, cette revue systématique de la littérature était volontairement restreinte aux conséquences psychologiques négatives de la traumatisation indirecte et aux concepts associés chez les professionnels de santé mentale afin de répondre notamment aux précédentes revues de la littérature qui insistaient sur la nécessité de cibler les populations les plus à risque de telles conséquences (35). Ce groupe de professionnels apparaît comme une population particulièrement exposée à la traumatisation indirecte à travers leur exercice professionnel. L'intérêt à porter à cette population est justifié avec la parution des nouveaux critères de l'ESPT du DSM-5 qui valide l'impact traumatique de l'exposition traumatique indirecte à travers l'exposition professionnelle. Malgré le filtre représenté par les mots-clefs utilisés dans l'algorithme de recherche de cette revue systématique de la littérature, les populations de professionnels de santé mentale incluses sont parfois très

hétérogènes au sein même des études. Certains des articles inclus portent également sur des populations très spécifiques (thérapeutes de victimes de torture, thérapeutes spécialisés dans les soins aux populations militaires). Ce manque de représentativité rend parfois les conclusions des auteurs difficilement généralisable à l'ensemble des professionnels de santé mentale. Généraliser les conclusions de cette revue de la littérature à l'ensemble des professions incluant une exposition traumatique vicariante semble encore plus hasardeux.

CONCLUSION

En conclusion, cette revue de la littérature confirme l'existence de conséquences psychologiques négatives de la traumatisation indirecte à travers l'exposition professionnelle chez les intervenants en santé mentale. La prévalence exacte des concepts de FC, STS et de TV chez ces professionnels reste impossible à déterminer au regard de la littérature actuelle. Les modèles conceptuels développés par les créateurs des conséquences de la traumatisation indirecte sont appuyés dans cette étude et incluent une palette de symptômes d'ordre psychotraumatique et d'épuisement professionnel associés à une détresse psychologique marquée et à une altération du fonctionnement social du thérapeute. La parution du DSM-5 et les modifications des critères diagnostiques de l'ESPT validant le potentiel traumatique de l'exposition indirecte à travers l'exercice professionnel rendent nécessaire de clarifier les similitudes et les différences existantes entre l'ESPT et la FC, le STS, le TV afin d'en faire éventuellement des entités nosographiques autonomes ou de les englober définitivement dans le champ de l'ESPT. Les facteurs de risque identifiés dans cette revue de la littérature recourent des facteurs démographiques, individuels, et organisationnels. Le genre féminin et l'histoire traumatique personnelle semblent majorer les risques de FC et de STS alors qu'un âge avancé, et de hauts niveaux de résilience semblent potentialiser la SC et la CVPT. Le rôle des stratégies de coping utilisées par le professionnel de santé mentale doit être précisé par d'autres études. Une expérience professionnelle moindre et un nombre élevé de patients présentant une problématique psychotraumatique dans la file active du thérapeute (effet dose-dépendant) majorent les risques de FC et de STS.

La présence d'une formation spécialisée dans le champ du psychotraumatisme et la qualité du support interpersonnel perçu et de la supervision constituent des facteurs modérateurs de la FC, du STS et du TV. L'impact de ces différents facteurs de risque est difficile à définir et à hiérarchiser au regard de cette revue de la littérature, davantage d'études longitudinales prospectives et d'études cas-témoin permettrait de clarifier les liens de causalité et de préciser l'impact quantitatif des différents facteurs sur la FC, le STS et le TV. Enfin, la sensibilisation des professionnels de santé mentale aux conséquences possibles de la traumatisation indirecte à travers l'exposition professionnelle semble modérer les risques de FC et permettrait également de s'en prévenir. Le rôle de la sensibilisation et l'intérêt de l'inclure de façon systématique dans la formation des professionnels de santé mentale sont à confirmer par d'autres études longitudinales prospectives. Enfin, la littérature souffre d'un manque important d'études interventionnelles testant l'impact des recommandations émises par les pionniers des concepts sur la prévention des conséquences de la traumatisation indirecte. De nouvelles études de modèle longitudinal prospectif testant le rôle des stratégies d'auto-soin, du contrôle de la file active du thérapeute, et de la qualité de la supervision permettraient d'étayer de façon empirique les recommandations précédemment émises sur la prévention de la FC, du STS et du TV.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cavet M, Coutrot T, Rivalin R. Les risques professionnels en 2010: de fortes différences d'exposition selon les secteurs.
2. Tarquinio C, Brennstul M-J, Dellucci H, Iracane-Blanco M, Rydberg JA, Silvestre M, et al. Pratique de l'EMDR: Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques [Internet]. Dunod; 2017 [cité 2 mars 2017]. Disponible sur:
https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=lang_en|lang_fr&id=rRowDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=evelyne+josse+pratique+de+l%27EMDR&ots=EjdRYBYnd5&sig=2OH3-7kwn2yl8FCdN3KM-hziU2o
3. Jenkins SR, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *J Trauma Stress*. 1 oct 2002;15(5):423- 32.
4. Gentry JE. Compassion fatigue: A crucible of transformation. *J Trauma Pract*. 2002;1(3- 4):37–61.
5. Fauth J. Toward more (and better) countertransference research. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2006;43(1):16.
6. Pearlman LA, Saakvitne KW. Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. *Compassion Fatigue Coping Second Trauma Stress Disord Those Who Treat Traumatized*. 1995;23:150–177.
7. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract*. 1975;12(1):73.
8. Maslach C. Burnout—the cost of caring: how to recognize, prevent, and cure the burnout syndrome for nurses, teachers, counsellors, doctors, therapists, police, social workers, and anyone else who cares about people. New York: Prentice Hall; 1982.
9. Pines A, Aronson E. Career burnout: Causes and cures. [Internet]. Free press; 1988 [cité 22 août 2016]. Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1988-98289-000>
10. Marchand CT. An investigation of the influence of compassion fatigue due to secondary traumatic stress on the Canadian youth worker. ProQuest; 2007.
11. Figley CR. Catastrophes: An overview of family reactions. *Stress Fam Hamilt McCubbin Charles R Fisley* [Internet]. 1983 [cité 22 août 2016]; Disponible sur: <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US201301424112>

12. Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. 1995 [cité 22 août 2016]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-97172-001>
13. Rosenheck R, Nathan P. Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hosp Community Psychiatry* [Internet]. 1985 [cité 2 mars 2017]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1986-11997-001>
14. Figley CR. Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorders from treating the traumatized. N Y BrunnerMazel. 1995;7.
15. Stamm BH, others. Secondary traumatic stress. *Self-Care Issues Clin Res*. 1995.
16. Pichot P, GUELFY JD, BOYER P, HENRY J. DSM-III: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 1983.
17. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1990;3(1):131–149.
18. Pearlman LA, Mac Ian PS. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Prof Psychol Res Pract*. 1995;26(6):558.
19. Pearlman LA. Self-care for trauma therapists: ameliorating vicarious traumatization. 1995 [cité 22 août 2016]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-97172-004>
20. Saakvitne KW, Pearlman LA, Abrahamson DJ. Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization [Internet]. WW Norton New York; 1996 [cité 22 août 2016]. Disponible sur: http://dissertation.argosy.edu/chicago/Summer%2009/PP8950_Sul09Zakowski.doc
21. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing (Lond)*. avr 1992;22(4):116, 118-9, 120.
22. Herman JL. Trauma and recovery [Internet]. Vol. 551. Basic books; 1997 [cité 22 août 2016]. Disponible sur: https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=3cn2R0KenN0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=herman+judith&ots=-_sRR09rRv&sig=sIIbjNRQy6Vm7D5-iuX1XFbbv0
23. Figley CR. BURNOUT AS SYSTEMIC TRAUMATIC STRESS: A MODEL FOR HELPING TRAUMATIZED FAMILY MEMBERS. *Burn Fam Syst Costs Caring*. 1997;15.
24. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview In CR Figley. *Compassion Fatigue Coping Second Stress Disord Those Who Treat Traumatized* BrunnerMazel Bristol UK. 1995.

25. L' État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5? [cité 9 sept 2015]; Disponible sur: http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt_dsm_ptsd_asd.pdf
26. Association AP, others. DSM IV: Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux. Masson, Paris; 1996.
27. Association AP, Association AP, others. DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. Wash DC Am Psychiatr Assoc. 2000;75.
28. Stone A. DSM-5 and posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014;42:146–58.
29. Serniclaes O. Intervenants psychosociaux face aux victimes. Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte. *J Int Vict*. 2003;1–12.
30. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 1 nov 2002;58(11):1433-41.
31. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study. *Am J Orthopsychiatry*. janv 2006;76(1):103-8.
32. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2011 [cité 4 oct 2016];16(1). Disponible sur: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Concept-of-Compassion-Fatigue.aspx>
33. Walker KM, Alligood MR. Empathy from a nursing perspective: Moving beyond borrowed theory. *Arch Psychiatr Nurs*. 2001;15(3):140–147.
34. Stamm BH. The concise ProQOL manual [Internet]. Pocatello, ID: ProQOL. org; 2010 [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
35. Sabin-Farrell R, Turpin G. Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clin Psychol Rev*. mai 2003;23(3):449-80.
36. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatr Serv*. 1986;37(3):241–249.
37. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev*. 1996;103(4):670.
38. Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. *Trauma Its Wake*. 1985;1:15–35.
39. Blair DT, Ramones VA, others. Understanding vicarious traumatization. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1996;34(11):24–30.

40. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000;38(4):319–345.
41. Wee DF, Myers D. Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. In: *Treating compassion fatigue.* New York, NY, US: Brunner-Routledge; 2002. p. 57-83. (Psychosocial stress series, no. 24.).
42. Palm KM, Polusny MA, Follette VM. Vicarious traumatization: Potential hazards and interventions for disaster and trauma workers. *Prehospital Disaster Med.* 2004;19(01):73–78.
43. Creamer TL, Liddle BJ. Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *J Trauma Stress.* 1 févr 2005;18(1):89-96.
44. Valent P. Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. *Treat Compassion Fatigue.* 2002;17–37.
45. Stamm BH. Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Res Q.* 1997;8(2):1–6.
46. Newell JM, MacNeil GA. Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best Pract Ment Health.* 2010;6(2):57–68.
47. Robertson N, Perry A. Institutionally based health care workers' exposure to traumatogenic events: Systematic review of PTSD presentation. *J Trauma Stress.* 1 juin 2010;23(3):417-20.
48. Brockhouse R, Msetfi RM, Cohen K, Joseph S. Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *J Trauma Stress.* 1 déc 2011;24(6):735-42.
49. Boscarino JA, Adams RE, Figley CR. Secondary Trauma Issues for Psychiatrists. *Psychiatr Times.* 25 nov 2010;27(11):24-6.
50. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers – a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1 août 2003;10(4):417-24.
51. Zimering R, Munroe J, Gulliver SB. Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatr Times [Internet].* 2003 [cité 9 mai 2016];20(4). Disponible sur:
<http://www.georgiadisaster.info/Healthcare/HC13%20SecondaryStress/Link%201%20--%20Secondary%20Traumatization%20in%20MH%20Care%20Providers.pdf>
52. Pryce JG, Shackelford KK, Pryce DH. *Secondary traumatic stress and the child welfare professional.* Lyceum Books, Incorporated; 2007.

53. Hunsaker S, Chen H-C, Maughan D, Heaston S. Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *J Nurs Scholarsh.* 1 mars 2015;47(2):186-94.
54. Meadors P, Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *J Pediatr Health Care.* 2008;22(1):24–34.
55. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *J Trauma Stress.* oct 2013;26(5):537-47.
56. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher FC, Vidaver R, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(3):493-9.
57. Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophr Res.* 2002;53(1):123–143.
58. Coverdale JH, Turbott SH. Sexual and physical abuse of chronically ill psychiatric outpatients compared with a matched sample of medical outpatients. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(7):440–445.
59. Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull.* 1997;23(4):685.
60. Switzer GE, Dew MA, Thompson K, Goycoolea JM, Derricott T, Mullins SD. Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *J Trauma Stress.* 1999;12(1):25–39.
61. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med.* 2001;31(07):1237–1247.
62. Sacco WP, Beck AT. Cognitive theory and therapy. 1995 [cité 17 oct 2016]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-98831-011>
63. Boscarino JA. Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosom Med.* 1997;59(6):605–614.
64. Lérias D, Byrne MK. Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress Health.* août 2003;19(3):129-38.
65. Dunkley J, Whelan TA. Vicarious traumatization: Current status and future directions. *Br J Guid Couns.* 2006;34(1):107–116.

66. Nelson-Gardell D, Harris D. Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare* [Internet]. 2003 [cité 17 oct 2016];82(1). Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=00094021&AN=9018593&h=Rr9DzDF37U2BtT4t54%2BeP7%2BAp5uNHJvnFabqxHMYMu38YC8XTzlcXXIyIFsbaONEE25uRwi9pVbPj%2BF9op9HZw%3D%3D&crl=c>
67. Schauben LJ, Frazier PA. Vicarious trauma the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychol Women Q.* 1995;19(1):49–64.
68. CATHERALL D. Preventing Institutional Secondary Traumatic. Compassion Fatigue Coping Second Trauma Stress Disord Those Who Treat Traumatized. 1995;(23):232.
69. Bell H, Kulkarni S, Dalton L. Organizational prevention of vicarious trauma. *Fam Soc J Contemp Soc Serv.* 2003;84(4):463–470.
70. Bride BE. Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Res Soc Work Pract.* 1 janv 2004;14(1):27-35.
71. Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring Compassion Fatigue. *Clin Soc Work J.* 9 août 2007;35(3):155-63.
72. Kahill S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Can Psychol Can.* 1988;29(3):284.
73. Bober T, Regehr C. Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma: Do They Work? *Brief Treat Crisis Interv.* 2 janv 2006;6(1):1.
74. Neumann DA, Gamble SJ. Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1995;32(2):341.
75. Sexton L. Vicarious traumatization of counsellors and effects on their workplaces. *Br J Guid Couns.* 1999;27(3):393–403.
76. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 1979;41(3):209–218.
77. Elliott DM, Briere J. Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse Negl.* 1992;16(3):391–398.
78. Derogatis LR. *Manual for the SCL-90-R.* Towson MD Clin Psychom Res. 1983;
79. Derogatis LR, Spencer PM. *Brief symptom inventory: BSI* [Internet]. Pearson Upper Saddle River, NJ, USA.; 1993 [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.statisticssolutions.com/brief-symptom-inventory-bsi/>
80. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition.* Univ Calif Palo Alto CA. 1986;

81. Stamm BH. The ProQOL manual. Retrieved July. 2005;16:2007.
82. Stamm BH, Figley CR. Compassion satisfaction and fatigue test. Retrieved Sept. 1996;23:2001.
83. Gentry JE, Baranowsky AB, Dunning K. ARP: The accelerated recovery program (ARP) for compassion fatigue. *Treat Compassion Fatigue*. 2002;123–137.
84. Motta RW, Kefer JM, Hertz MD, Hafeez S. Initial evaluation of the secondary trauma questionnaire. *Psychol Rep*. 1999;85(3):997–1002.
85. Motta RW, Hafeez S, Sciancalepore R, Diaz AB. Discriminant validation of the Modified Secondary Trauma Questionnaire. *J Psychother Indep Pract* [Internet]. 2001 [cité 3 nov 2016]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-01874-002>
86. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. 2002 [cité 22 août 2016]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-17425-005>
87. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397–422.
88. Leiter MP, Laschinger HKS. Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nurs Res*. 2006;55(2):137–146.
89. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
90. Brady JL, Guy JD, Poelstra PL, Brokaw BF. Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Prof Psychol Res Pract*. 1999;30(4):386.
91. Eidelson RJ, D'Alessio GR, Eidelson JI. The impact of September 11 on psychologists. *Prof Psychol Res Pract*. 2003;34(2):144.
92. Steed LG, Downing R. Vicarious traumatization amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australas J Disaster Trauma Stud*. 1998;2:1998–2.
93. Tedeschi RG, Calhoun LG, Cann A. Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Appl Psychol*. 2007;56(3):396–406.
94. Linley PA, Joseph S, Loumidis K. Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychother Psychosom*. 2005;74(3):185–188.
95. Tedeschi RG, Calhoun LG. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications; 1995.

96. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*. 2004;15(1):1–18.
97. Arnold D, Calhoun LG, Tedeschi R, Cann A. Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *J Humanist Psychol*. 2005;45(2):239–263.
98. Linley PA, Joseph S. Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *J Soc Clin Psychol*. 2007;26(3):385–403.
99. Larsen D, Stamm BH. Professional quality of life and trauma therapists. *Trauma Recovery Growth Posit Psychol Perspect Posttraumatic Stress*. 2008;275–293.
100. Sodeke-Gregson EA, Holttum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatology* [Internet]. 30 déc 2013 [cité 10 nov 2016];4. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877781/>
101. Hensel JM, Ruiz C, Finney C, Dewa CS. Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims. *J Trauma Stress*. 1 avr 2015;28(2):83-91.
102. Elwood LS, Mott J, Lohr JM, Galovski TE. Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clin Psychol Rev*. févr 2011;31(1):25-36.
103. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. 2015;15(157):39–44.
104. Zerach G, Shalev TB-I. The Relations between Violence Exposure, Posttraumatic Stress Symptoms, Secondary Traumatization, Vicarious Post Traumatic Growth and Illness Attribution among Psychiatric Nurses. *Arch Psychiatr Nurs*. juin 2015;29(3):135-42.
105. Zeidner M, Hadar D, Matthews G, Roberts RD. Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety Stress Coping*. nov 2013;26(6):595-609.
106. van Minnen A, Keijsers GP. A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2000;31(3):189–200.
107. Franza F, Del Buono G, Pellegrino F. Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. *Psychiatr Danub*. sept 2015;27 Suppl 1:S321-327.
108. Reim Ifrach E, Miller A. Social action art therapy as an intervention for compassion fatigue. *Arts Psychother*. sept 2016;50:34-9.

109. Baranowsky A. Training-as-treatment: Effectiveness of the Certified Compassion Fatigue Specialist Training J. Eric Gentry Private Practice, Tampa, Florida Jennifer Baggerly University of South Florida. [cité 19 janv 2017]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Jennifer_Baggerly/publication/8235714_Training-as-treatment_Effectiveness_of_the_Certified_Compassion_Fatigue_Specialist_Training/links/570bbd5108aea660813b1092.pdf
110. Iyamuremye JD, Brysiewicz P. The development of a model for dealing with secondary traumatic stress in mental health workers in Rwanda. *Health SA Gesondheid*. juin 2015;20(1):59-65.
111. Devilly GJ, Wright R, Varker T. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009;43(4):373–385.
112. Beaumont E, Durkin M, Hollins Martin CJ, Carson J. Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioural psychotherapists: a quantitative survey. *Couns Psychother Res*. mars 2016;16(1):15-23.
113. Craig CD, Sprang G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping*. mai 2010;23(3):319-39.
114. Deighton RM, Gurrin N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *J Trauma Stress*. févr 2007;20(1):63-75.
115. Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs*. oct 2015;29(5):333-8.
116. Cieslak R, Anderson V, Bock J, Moore BA, Peterson AL, Benight CC. Secondary Traumatic Stress Among Mental Health Providers Working With the Military. *J Nerv Ment Dis*. nov 2013;201(11):917-25.
117. Way I, VanDeusen KM, MartIn G, Applegate B, Jandle D. Vicarious Trauma: A Comparison of Clinicians Who Treat Survivors of Sexual Abuse and Sexual Offenders. *J Interpers Violence*. 1 janv 2004;19(1):49-71.
118. Baird S, Jenkins SR. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence Vict*. févr 2003;18(1):71-86.
119. Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A. Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *J Loss Trauma*. 7 mai 2007;12(3):259-80.

120. Ray SL, Wong C, White D, Heaslip K. Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*. 2013;19(4):255.
121. Robinson-Keilig RA. Secondary traumatic stress and disruptions to interpersonal functioning among mental health therapists. *J Interpers Violence*. 2014;29(8):1477–1496.
122. Temitope KM, Williams MWM. Secondary traumatic stress, burnout and the role of resilience in New Zealand counsellors. *N Z J Couns [Internet]*. 2015 [cité 31 déc 2016];35(1). Disponible sur: http://www.nzac.org.nz/journal/1_secondary_traumatic_stress.pdf
123. Rossi A, Cetrano G, Pertile R, Rabbi L, Donisi V, Grigoletti L, et al. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Res*. 30 déc 2012;200(2-3):933-8.
124. Cieslak R, Shoji K, Douglas A, Melville E, Luszczynska A, Benight CC. A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychol Serv*. 2014;11(1):75-86.
125. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):748-66.
126. Salston M, Figley CR. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *J Trauma Stress*. 1 avr 2003;16(2):167-74.
127. Jenkins SR, Mitchell JL, Baird S, Whitfield SR, Meyer HL. The counselor's trauma as counseling motivation: Vulnerability or stress inoculation? *J Interpers Violence*. 2011;26(12):2392–2412.
128. Lazarus RS, Folkman S. The concept of coping. 1991 [cité 23 févr 2017]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1991-97822-009>
129. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2008;S(1):3-36.

ANNEXE

ÉCHELLE DE QUALITÉ DE VIE PROFESSIONNELLE (ProQOL)

Satisfaction par la compassion et usure de la compassion (ProQOL) Version 5 (2009)

[Aider] les autres vous met en contact direct avec leur vie. Comme vous l'avez probablement constaté, votre compassion pour les personnes que vous [aidez] peut vous affecter de manière à la fois positive et négative. Les questions ci-dessous concernent votre expérience, tant positive que négative, dans votre fonction d'[aide]. Lisez chacune des questions ci-après sur vous et votre situation professionnelle actuelle. Choisissez la note qui reflète honnêtement la fréquence à laquelle vous avez fait les expériences suivantes au cours des *30 derniers jours*.

1=Jamais 2=Rarement 3=Parfois 4=Souvent 5=Très souvent

1	Je suis heureux.
2	Je suis préoccupé par plus d'une des personnes que j'[aide].
3	Je ressens de la satisfaction à pouvoir [aider] les autres.
4	Je me sens lié à autrui.
5	Je sursaute ou suis surpris par des bruits inattendus.
6	Travailler avec ceux que j'[aide] me donne de l'énergie.
7	Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'[aidant].
8	Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne que j'[aide].
9	Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que j'[aide].
10	Je me sens pris au piège par mon travail d'[aide].
11	En raison de mon travail d'[aide], je me suis senti « sur les nerfs » pour diverses raisons.
12	J'aime mon travail d'[aide].
13	Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'[aide].
14	J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai [aidée].
15	Mes croyances/convictions me soutiennent.
16	Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles d'[aide].
17	Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.
18	Mon travail me procure de la satisfaction.
19	Je me sens épuisé par mon travail d'[aide].
20	J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'[aide] et la façon dont j'ai pu les aider.
21	Je me sens submergé parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable.
22	Je crois que mon travail me permet de faire la différence.
23	J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'[aide].
24	Je suis fier de ce que je peux faire pour [aider].
25	Du fait de mon travail d'[aide], je suis envahi par des pensées effrayantes.
26	Je me sens « coincé » par le système.
27	J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'[aide].
28	Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme.
29	Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui.
30	Je suis heureux d'avoir choisi de faire ce travail.

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*.
/www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org.

AUTEUR : Nom : AUXENFANTS

Prénom : Eugénie

Date de Soutenance : 21 Avril 2017

Titre de la Thèse : Traumatisme Vicariant, Stress Traumatique Secondaire et Fatigue de Compassion : une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : fatigue de compassion, stress traumatique secondaire, traumatisme vicariant, exposition professionnelle, santé au travail, professionnels de santé mentale.

Résumé

Contexte : Les révisions des critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique dans la cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders clarifient qu'une exposition traumatique indirecte peut entraîner le développement de symptômes invalidants. Historiquement nommés fatigue de compassion (FC), stress traumatique secondaire (STS) et traumatisme vicariant (TV), ces effets pourraient particulièrement toucher les professionnels de santé mentale (PSM).

Méthode : Nous avons mené une revue systématique de la littérature afin de mesurer la prévalence, les facteurs de risque, les mesures interventionnelles testées, l'impact fonctionnel et les liens avec d'autres formes de stress professionnel de la FC, du STS et du TV chez les PSM. Pour cela, un algorithme de recherche comprenant des mots-clés associant FC, STS, TV, et termes relatifs aux PSM a été utilisé sur les bases de données PubMed et Science Direct. Les articles en français et en anglais ont été inclus sans restriction de période.

Résultats : Vingt-quatre articles correspondant aux objectifs de la revue ont été inclus. La prévalence de la FC, du STS, et du TV chez les PSM n'a pu être mesurée. Malgré des résultats peu homogènes, il semble que le genre féminin, l'histoire traumatique personnelle, une expérience professionnelle moindre et un nombre élevé de patients présentant une problématique psychotraumatique pris en charge majoraient les risques de FC et de STS chez les PSM. Les manifestations de FC, STS, ou TV, s'accompagnent d'un impact fonctionnel majeur dans la vie quotidienne des PSM. Une formation spécialisée dans le psychotraumatisme, la qualité de la supervision et du support interpersonnel constituent des facteurs modérateurs de la FC, du STS, et du TV chez les PSM. Le rôle de la sensibilisation sur la prévention primaire et secondaire des conséquences possibles de l'exposition traumatique indirecte reste à confirmer dans cette population.

Conclusion : L'exposition traumatique indirecte à travers l'exercice professionnel peut entraîner des manifestations symptomatiques assorties d'un impact fonctionnel majeur chez les PSM. Ce constat justifie la poursuite de l'évaluation de mesures préventives chez les PSM.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME

