



**HAL**  
open science

**Vécu du traumatisme vicariant chez les professionnels de  
la “ Maison d’Ella ” à Bordeaux ; structure  
pluridisciplinaire travaillant auprès des femmes victimes  
de violences**

Marie Duffieux

► **To cite this version:**

Marie Duffieux. Vécu du traumatisme vicariant chez les professionnels de la “ Maison d’Ella ” à Bordeaux ; structure pluridisciplinaire travaillant auprès des femmes victimes de violences. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03279647

**HAL Id: dumas-03279647**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279647>**

Submitted on 6 Jul 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Discipline : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 27 mai 2021 par :

Marie DUFFIEUX

Née le 02 janvier 1990, à Paris (75)

**Vécu du traumatisme vicariant chez les professionnels de la « Maison d'Ella » à Bordeaux ; structure pluridisciplinaire travaillant auprès des femmes victimes de violences**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Camille LEVEQUE

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Rapporteur de thèse/Juge
Madame le Docteur Julie Anne TJONCKE	Juge
Monsieur le Docteur Marco ROMERO	Juge
Monsieur le Docteur Hermann NEUFFER	Juge
Madame le Docteur Camille LEVEQUE	Directrice de thèse/Juge

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>5</b>
<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Les violences faites aux femmes .....</b>	<b>10</b>
1.1.1 Quelques chiffres.....	10
1.1.2 Les conséquences des violences.....	10
1.1.3 Prise en charge des patientes victimes de violences .....	12
<b>1.2 La « Maison d’Ella » (ME).....</b>	<b>14</b>
1.2.1 L’origine et les missions .....	14
1.2.2 L’équipe multiprofessionnelle .....	14
1.2.3 Les soins proposés .....	15
1.2.4 Profil des patientes suivies (15).....	16
<b>1.3 Répercussions chez le professionnel du travail auprès de victimes de violences .....</b>	<b>16</b>
1.3.1 Le burnout (BO) – syndrome d’épuisement professionnel .....	17
1.3.2 La fatigue compassionnelle – <i>compassion fatigue</i> (CF) .....	18
1.3.3 Le traumatisme vicariant– <i>vicarious trauma</i> (VT) .....	18
1.3.4 Le stress traumatique secondaire – <i>secondary traumatic stress</i> (STS).....	19
1.3.5 La résilience vicariante – <i>vicarious resilience</i> .....	20
1.3.6 Synthèse des différents concepts.....	20
1.3.7 Le rôle de l’empathie.....	21
1.3.8 Facteurs de risque et facteurs protecteurs de traumatisme secondaire .....	22
<b>1.4 Question de recherche.....</b>	<b>23</b>
<b>2 Matériel et méthodes.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 La population de l’étude et le recrutement.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Le protocole .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 L’analyse .....</b>	<b>25</b>
<b>3 Résultats.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Conséquences négatives personnelles .....</b>	<b>28</b>
3.1.1 Ressenti immédiat .....	28

3.1.2	Problèmes somatiques .....	29
3.1.3	Retentissement psychologique .....	29
3.1.4	Retentissement cognitif.....	30
<b>3.2</b>	<b>Modifications des relations interpersonnelles .....</b>	<b>31</b>
3.2.1	Modification de la vision du monde .....	31
3.2.2	Rapport aux hommes modifié .....	31
3.2.3	Relations aux autres impactées.....	32
3.2.4	Conséquences intrafamiliales et intimes.....	33
<b>3.3</b>	<b>Conséquences professionnelles .....</b>	<b>33</b>
3.3.1	Pratique professionnelle modifiée .....	33
3.3.2	Place en tant que professionnel .....	34
3.3.3	Remise en question de l'activité professionnelle .....	35
<b>3.4</b>	<b>Facteurs professionnels favorisant le traumatisme vicariant (VT) .....</b>	<b>36</b>
3.4.1	Facteurs favorisant le VT liés à la prise en charge des patients.....	36
3.4.2	Facteurs favorisant le VT liés au mode de travail .....	37
3.4.3	Facteurs favorisant le VT spécifiques à la « Maison d'Ella » (ME) .....	38
<b>3.5</b>	<b>Facteurs personnels favorisant le traumatisme vicariant.....</b>	<b>38</b>
<b>3.6</b>	<b>Absence de répercussions.....</b>	<b>39</b>
<b>3.7</b>	<b>Conséquences positives.....</b>	<b>39</b>
<b>3.8</b>	<b>Facteurs protecteurs professionnels .....</b>	<b>41</b>
3.8.1	Ressources professionnelles hors « Maison d'Ella » (ME).....	41
3.8.2	Ressources professionnelles spécifiques de la ME.....	42
<b>3.9</b>	<b>Facteurs protecteurs personnels.....</b>	<b>43</b>
3.9.1	Mode de vie et entourage personnel .....	43
3.9.2	Actions à mener sur le plan personnel afin de limiter les répercussions .....	44
<b>4</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>45</b>
4.1	Forces et limites .....	45
4.2	Analyse.....	46
<b>5</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>55</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>60</b>

**SERMENT D'HIPPOCRATE.....64**

**RESUME.....65**

## REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au président du jury, **Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH**, Professeur et Directeur du Département de Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et juger mon travail de thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au rapporteur de thèse, **Monsieur le Professeur Philippe CASTERA**, Professeur Associé au Département de Médecine Générale.

Je vous remercie d'avoir accepté cette tâche et de l'attention que vous avez porté à mon travail. Veuillez recevoir ma profonde reconnaissance.

A **Madame le Docteur Julie-Anne TJONCKE**, médecin légiste.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et d'évaluer mon travail qui je l'espère vous satisfera. Je vous témoigne ma sincère gratitude.

A ma directrice de thèse, **Madame le Docteur Camille LEVEQUE**, médecin généraliste.

Je te remercie pour ton accompagnement pendant tout ce parcours de thèse. Tu as été présente, réactive, et d'excellents conseils. Tu as réussi avec patience et pertinence à me guider et faire évoluer mon travail. Merci pour tout.

A **Monsieur le Docteur Marco ROMERO**, Maître de Conférence Associé au Département de Médecine Générale.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Veuillez recevoir ma grande reconnaissance.

A **Monsieur le Docteur Hermann NEUFFER**, médecin généraliste.

Hermann, tu as été l'un de mes derniers maîtres de stage et j'ai adoré travailler avec toi. Tu m'as beaucoup appris et tu incarnes la médecine générale que j'aime. Je suis très contente que tu aies accepté de faire partie de mon jury.

A **Emma FABRE**. Quelle belle rencontre ! Je suis très contente d'avoir travaillé avec toi sur ce projet. Je te remercie pour ta pertinence et tes analyses lors de toutes nos séances de codages. C'était un grand plaisir de t'avoir à mes côtés dans cette aventure.

A tous **les membres de la « Maison d'Ella »**. Vous avez très rapidement adhéré à notre projet et sans votre participation rien n'aurait été possible. Je vous remercie chaleureusement pour votre accueil, votre disponibilité et votre gentillesse à toutes.

Au **Docteur Micheline COURTINES**. Prendre ce SASPAS avec toi et Hermann était la meilleure des façons de terminer mon internat. Tu m'as apporté beaucoup de choses tant sur le plan professionnel qu'au niveau humain. C'est un véritable plaisir de travailler à tes côtés et je suis ravie de pouvoir continuer. Merci pour ton sourire et ta bienveillance.

A **Nadéra**. Pendant ces années de remplacements, tu as été un véritable soutien au quotidien et je t'en remercie du fond du cœur. C'est toujours un bonheur de discuter et de rire avec toi.

A tous les autres membres du **Pôle Santé Bastide**, à **Monique, Adèle, Gwénola, Cécile, Tiphaine, Mélanie, Laure, Eliza, Alex, Katy, Christine, Aurélie, Ny Aina** et anciens membres **Mika, Fabien et Christophe**. Vous êtes une super équipe, que c'est agréable de partager avec vous tous. Je suis contente de pouvoir vous rejoindre et je vous remercie tous pour votre soutien.

Aux **patients du PSB** qui viennent régulièrement me voir et qui toujours avec beaucoup de bienveillance s'interrogeaient sur ma thèse et sur son avancée, je vous remercie très sincèrement pour tous vos encouragements. J'ai hâte de pouvoir continuer avec vous.

A **mon chéri, Cédric**. Tu as toujours été présent pour moi, un véritable soutien au quotidien. Merci mon amour de faire partie de ma vie. Merci pour tout ce que l'on partage et tous nos projets à venir. Et dire que tout a commencé avec un maillet au camping ...

A **mon petit cœur, Jules**, 4 ans. Tu es un adorable petit garçon, gentil, curieux et plein de vie. J'adore te voir grandir, expérimenter et développer de nombreuses passions. Grâce à toi je suis devenue une maman experte en dinosaures.

Tu es mon rayon de soleil qui me rappelle quotidiennement là où se trouve le bonheur.

A **mes parents, Joëlle et Alain**. Ça y est, votre petite dernière a enfin terminé sa thèse, il était temps ! Merci d'avoir toujours cru en moi et pour tout l'amour que vous m'apportez.

Maman, je te remercie pour les relectures et ton analyse. Merci pour toutes tes petites attentions du quotidien, les bons repas et bons moments partagés ensemble.

Papa, merci pour tes encouragements remplis de zénitude. Entre le QI-GONG, le yoga et la méditation il y a de quoi faire.

A **Christine et Virginie**, mes grandes sœurs d'amour. Depuis ma naissance, je crois que vous m'avez emmenée partout avec vous en balade, au théâtre, à l'océan, à la montagne, en vacances, ... Je sais que je peux toujours compter sur vous. Merci de veiller sur moi. Merci pour tous les bons moments que l'on passe ensemble. Merci d'être là tout simplement.

A tous **mes neveux et nièces** ; Maxime, Benji, Ava, Alexandre, Antoine et Lily-Rose. Quelle belle équipe ! Avec vous, on ne s'ennuie jamais.

A **Corinne, ma Coco**. Tu feras toujours partie de ma vie. Ton sourire est gravé à jamais.

A mes meilleures amies, **Eowyn et Caro**. On a partagé tellement de choses ; des jeux, des voyages, des rires, des confidences, ... Merci d'être telles que vous êtes, des amies en or.

Un grand merci également à Eowyn pour la traduction de mon résumé, « coucou it's me » ne rentrait pas c'est dommage. Caro, merci de me faire rêver avec tes photos de Mayotte.

Vous êtes les meilleures les filles.

A ma belle-famille. **Brigitte**, je n'aurai pas pu rêver de meilleure belle-mère, vous m'avez tout de suite bien accueillie dans la famille, vous m'avez toujours encouragée pour mes études. Merci pour votre bienveillance.

Merci **Flo** d'avoir accepté que je te prenne ton grand frère. Je vous souhaite beaucoup de bonheur à toi et à Adeline.

**Philippe et Cécile**, c'est toujours un plaisir de partager des moments avec vous. Merci pour vos encouragements.

## **ABREVIATIONS**

**BO** : Burnout

**CACIS** : Centre Accueil Consultation Information Sexualité

**CASPERTT** : Centre d'Accueil Spécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes Psychiques

**CIDFF** : Centre Information sur les Droits des Femmes et des Familles

**CIM 10** : Classification Internationale des Maladies 10

**CF** : Compassion Fatigue – Fatigue Compassionnelle

**CMP** : Centre Médico Psychologique

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CNGE** : Collège National des Généralistes Enseignants

**CHU**: Centre Hospitalier Universitaire

**DSM 5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse

**MdF** : Maison des Femmes

**ME** : Maison d'Ella

**MIPROF** : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

**ProQOL** : Professionnal Quality of Life

**PTSD** : État de stress post traumatique

**STS** : Secondary Traumatic Stress – Stress Traumatique Secondaire

**VT** : Vicarious Traumatization – Traumatisme Vicariant

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Les violences faites aux femmes

### 1.1.1 Quelques chiffres

Les violences faites aux femmes sont nombreuses, que ce soient des violences physiques, verbales, psychologiques, sexuelles ou économiques. La violence, très fréquente, peut prendre différentes formes.

Les chiffres de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) concernant l'année 2018 (1) sont assez parlants : **213 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles** par leur compagnon ou ex-compagnon, **121 femmes ont été tuées** par leur conjoint ou ex-conjoint cette année-là **soit 1 femme tous les 3 jours**.

En France, on estime à **94 000 le nombre de femmes majeures ayant subi un viol ou une tentative de viol** et 9 fois sur 10 la victime connaissait son agresseur. En cas de violences sexuelles, seulement une femme sur 10 a déclaré avoir déposé plainte.

Dans une étude menée auprès d'étudiants durant l'année 2019 (2), 58% des étudiants interrogés ont déclaré avoir été victimes ou témoins de violence verbale.

**Une étudiante sur 10 a déclaré avoir été victime de violences sexuelles et 1 sur 20 de viol.**

La majorité des actes de violence ont été commis par des étudiants de sexe masculin.

### 1.1.2 Les conséquences des violences

Quel que soit le type de violences, elles ont un pouvoir destructeur sur la victime, il s'installe un rapport de force, de domination avec des **conséquences multiples physiques et psychologiques** (3). Cela fait des violences un facteur de risque important en matière de santé : leur fréquence en fait donc un **problème de santé publique**.

Les conséquences physiques sont nombreuses : on peut retrouver des atteintes cardiaques, gynécologiques, obstétricales, immunitaires, neurologiques, digestives, des douleurs chroniques ...

Les violences, en plus des conséquences physiques, ont des répercussions sur la santé mentale des victimes.

Une prise en charge rapide est nécessaire car il s'agit de prendre en compte le psycho-traumatisme que va développer la victime.

C'est ce qu'explique le Dr Muriel SALMONA dans son livre (4) : « **La violence est traumatisante**. Outre les risques directs d'être tué ou blessé physiquement, elle est à l'origine **de graves blessures psychiques : les psychotraumatismes** », « c'est l'incohérence de la violence, son non-sens, qui la rend particulièrement traumatisante pour le psychisme ».

Louis CROCQ, psychiatre et docteur en psychologie, définit le psychotraumatisme comme un « **phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur** » (5).

On parle de **psychotraumatisme complexe** lorsque les **traumatismes sont répétés ou prolongés et s'emmêlent entre eux** rendant la clinique complexe, cumulative et tardive (6).

Sur le plan psychologique, les victimes de violences peuvent présenter de troubles anxieux, des états dissociatifs, des troubles dépressifs, des idées suicidaires, des troubles du comportement...

Sachant que plus de la moitié des victimes n'entameront d'elles-mêmes aucune démarche auprès des professionnels, le dépistage de ces violences et l'accompagnement des victimes sont indispensables. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2019

**incitent au dépistage des victimes de violence** (7,8), en particulier lors de certaines périodes de vie comme lors d'une grossesse ou en présence de signes d'appel.

Tous les professionnels de santé devraient être sensibilisés à cette problématique et devraient pouvoir repérer et orienter ces femmes. Souvent les femmes victimes de violences n'attendent qu'un geste pour les évoquer et regrettent l'absence de dépistage (9,10).

Les motifs de consultations les plus fréquents des victimes pouvant alerter le professionnel sont des troubles somatiques vagues ou récurrents, des troubles psychologiques (dépression, troubles du sommeil, addictions,...), des comportements inhabituels, d'évitement ou des comportements à risque, des plaintes gynécologiques, un IVG, le comportement des enfants (rupture scolaire, repli sur soi, hyperactivité,...) ou le comportement du conjoint qui peut être très présent, envahissant ou tenir des propos méprisants (8). Cette liste est loin d'être exhaustive et l'importance est de l'évoquer et de questionner la patiente.

### 1.1.3 Prise en charge des patientes victimes de violences

Une fois les violences repérées, l'attitude du professionnel va être importante. La personne victime de violences est généralement dans un **cercle de violences** et une **mécanique destructrice**. L'agresseur assure son emprise sur sa victime notamment en la dévalorisant, en l'humiliant, en la rendant responsable des violences subies et en lui affirmant que personne ne la croira (3).

Lorsque les violences sont découvertes, la victime a besoin d'être crue et rassurée. Le professionnel peut alors briser tous ces mécanismes destructeurs en lui affirmant qu'il la croit, que rien ne justifie la violence. Le seul responsable est l'auteur des violences et ses actes sont punis par la loi (9).

A ce moment-là, que ce soit le médecin, la sage-femme, la psychologue ou le dentiste qui repère les violences, il doit proposer des soins dans son champ de compétence, protéger la victime en cas d'urgence, lui donner des conseils en cas de situations graves et l'orienter.

Au fur et à mesure de son parcours, la victime sollicitera plusieurs professionnels en fonction de ses besoins : médecin généraliste, psychologue, assistante sociale, avocat, gynécologue...

Souvent la prise en charge d'une femme victime de violence est morcelée ce qui la rend compliquée.

Selon le rapport du sénat de 2018 concernant les violences faites aux femmes, une **prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire** pour ces victimes afin de « *les aider à se reconstruire et à retrouver des conditions de vie décentes [...] La reconstruction doit concerner tous les aspects de la vie* » (11).

Ce rapport souligne l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire dans un cadre partenarial et désigne la « **Maison des Femmes (MdF) de Saint-Denis** » fondée par le Dr **Ghada HATEM** en 2016 (12) comme **un exemple abouti de structure pluridisciplinaire permettant une prise en charge globale**.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de mai 2017 (13) avait déjà établi les mêmes conclusions, le but étant d'établir une modélisation de prise en charge unique des femmes victimes de violences. Ils ont notamment étudié le fonctionnement de la MdF de Saint-Denis.

Trois compétences devant être réunies ont été identifiées « *pour une réponse complète et efficace : des **compétences médicales incluant la santé mentale, des compétences de travail social et des compétences relatives au travail de coordination*** » (13).

L'ouverture de ce type structure est donc recommandée.

## 1.2 La « Maison d’Ella » (ME)

### 1.2.1 L’origine et les missions

A l’initiative du Centre Accueil Consultation Information Sexualité (CACIS) et en s’inspirant de la MdF de Saint-Denis, une nouvelle structure a vu le jour à Bordeaux : la « Maison d’Ella » (ME) ayant ouvert ses portes le 04 février 2019.

La ME se définit comme « *un lieu sécurisant et bienveillant où des salariés et des bénévoles, soignants, travailleurs sociaux, accompagnants sont rassemblés en un seul lieu pour soutenir les femmes victimes de violences* » (14).

**Une équipe pluriprofessionnelle prend en charge à moyen et long terme des femmes victimes de violences présentant un psychotraumatisme complexe (14).**

Le principe est d’avoir dans un même lieu plusieurs professionnels permettant une prise en charge optimale des patientes.

**Un lieu apaisant, unique et accessible à tous.**

Elle propose la gratuité des services, elle s’adresse donc en priorité aux femmes les plus démunies et/ou dont le traumatisme n'est pas associé à une pathologie psychiatrique.

### 1.2.2 L’équipe multiprofessionnelle

L’équipe est constituée de professionnelles **salariées** ou **bénévoles** ainsi que de **professionnelles dépendant d’autres structures** ou **indépendantes** :

- Professionnelles salariées du CACIS : une directrice, une coordinatrice, une éducatrice spécialisée, une conseillère conjugale et familiale – thérapeute familiale, une médecin, deux psychologues
- Professionnelles bénévoles : une psychologue, une gynécologue, une ostéopathe, une sophrologue, une art thérapeute, une danseuse psychologue

- Professionnelles prestataires venant d'autres structures ou indépendantes : deux psychiatres du Centre d'Accueil Spécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes Psychiques (CASPERTT), une psychologue, une socio-esthéticienne, une psychologue (analyse de pratique – régulation), une chirurgienne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
- Une assistante sociale mise à disposition par la police
- Une assistance sociale mise à disposition par le département
- Une juriste mise à disposition par le Centre Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF).

### 1.2.3 Les soins proposés

Un entretien d'accueil est effectué permettant de connaître l'histoire de la patiente, de savoir quel a été son parcours de vie et de soins puis d'identifier ses besoins. S'en suit une réunion de concertation pluri professionnelle pendant laquelle un projet de soins ou de réorientation est défini en fonction des problématiques de la victime puis proposé à la patiente. Il s'agit donc d'une **prise en charge individualisée, pluridisciplinaire et évolutive** au fil du suivi.

Selon leur rapport d'activité 2019 (15), en 11 mois la structure a reçu **207 patientes**.

- 99 d'entre elles ont bénéficié d'une thérapie à la « Maison d'Ella ». Celles qui n'ont pas bénéficié de suivis thérapeutiques étaient déjà suivies à l'extérieur, ou ont été orientées vers le libéral ou vers un lieu de soin mieux adapté tel qu'un CMP.
- 499 séances de thérapie ont été réalisées.
- 216 consultations ont été réalisées par les médecins travaillant à la ME (Psychiatre, Généraliste et Gynécologues).
- 28 rendez-vous ont été proposés à la ME par l'assistante sociale détachée par le service d'aide aux victimes du commissariat de Bordeaux.
- 142 séances ont été réalisées par la socio-esthéticienne, l'art thérapeute et l'ostéopathe.

#### 1.2.4 Profil des patientes suivies (15)

Les patientes suivies à la « Maison d’Ella » habitent à 89% dans la métropole de Bordeaux et 11% en zone plus rurale. L’organisation de séances délocalisées pour les zones rurales girondines est en cours.

La classe d’âge la plus représentée chez les patientes se situe **entre 30 et 40 ans**.

Les violences subies par ces femmes ont été perpétrées dans **63 % des cas par un conjoint**, 19 % un inconnu, 17 % un membre de la famille, 2 % par un professionnel ayant autorité. Dans 11 % des cas les femmes ont subi des mutilations sexuelles.

Les femmes rencontrées ont pour la plupart subi des violences multiples.

### 1.3 Répercussions chez le professionnel du travail auprès de victimes de violences

Dans une interview (12), le Dr Ghada HATEM parle de découragement, d’impuissance, de colère. L’écoute répétée de situations de violences qui n’évoluent pas peut engendrer chez le professionnel ce genre de sentiments ainsi que des perturbations plus profondes.

Ce questionnement est primordial, quel que soit le métier que nous exerçons la question de l’impact de notre travail dans notre vie est importante.

**En miroir du traumatisme vécu par la victime, le professionnel peut lui aussi être atteint d’un traumatisme** (16). Il peut être sujet à un impact de son travail sur lui-même, en particulier lorsqu’il accompagne fréquemment des victimes de violences.

Ce phénomène est étudié depuis quelques décennies par de nombreux chercheurs ayant mené à l’élaboration de plusieurs concepts.

Cependant leurs différences sont parfois assez minces et leur utilisation dans la littérature s’entremêle assez souvent (17).

### 1.3.1 Le burnout (BO) – syndrome d'épuisement professionnel

Actuellement, le burnout n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence (CIM-10, DSM-V) (18), cependant cette notion y est largement décrite.

Initialement conceptualisé par le psychologue américain d'origine allemande Herbert FREUDENBERG en 1974, le burnout ou le syndrome d'épuisement professionnel se traduit par un **épuisement physique, émotionnel et mental lié à un surinvestissement prolongé dans le travail** (19,20).

C'est l'implication dans le travail qui finalement n'est pas récompensée ou estimée à la hauteur de l'engagement du professionnel qui peut entraîner ce syndrome.

Christina MASLACH, psychologue, a poursuivi les recherches en 1976 et l'a défini comme **un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation ou cynisme et de réduction de l'accomplissement personnel** (18,21). Elle a conçu le *Maslach Burn out Inventory* (22), test d'inventaire de burnout composé de 22 items permettant d'obtenir 3 scores : un score d'épuisement professionnel, un score de dépersonnalisation et un score d'accomplissement personnel.

Il peut être décomposé en 4 phases :

- **L'enthousiasme** est la première phase. Le travail plait, la personne a des projets, est ambitieuse et elle retire une grande satisfaction de son travail.
- La deuxième phase est **le surinvestissement**. Le professionnel met tout en œuvre et même davantage pour réaliser ce qu'il souhaite sur le plan professionnel mais la situation n'avance pas et stagne.
- Puis c'est **la désillusion**, tous les efforts fournis ne sont pas récompensés à la hauteur de l'engagement.
- Et pour finir, la dernière étape est **le burnout** à proprement parlé. Le professionnel est épuisé par le manque de reconnaissance, d'aboutissement. L'épuisement a lieu tant sur le plan physique que psychique.

Le burnout n'est pas un concept décrit spécifiquement pour les professionnels au contact de personnes traumatisées.

### 1.3.2 La fatigue compassionnelle – *compassion fatigue* (CF)

La fatigue de compassion a été introduit en 1992 par Carla JOINSON, infirmière, qui l'a décrit chez les soignants comme **une usure de la relation empathique avec le patient** (23). La notion de *compassion fatigue* est ensuite reprise et approfondie en 1995 par Charles FIGLEY, psychologue. Il explique dans son livre (24) que les soignants peuvent ressentir les mêmes émotions de peur et de souffrance que leurs patients en écoutant de manière empathique les récits traumatiques des patients.

**« *There is a cost of caring* » (24).**

Il s'agit pour le professionnel d'une perte progressive d'empathie ou des difficultés à supporter la souffrance des patients (25). C'est un épuisement physique et émotionnel du soignant (26).

Elle se manifeste par une **usure progressive de l'empathie, la compassion et l'optimisme du professionnel** qui est exposé à la souffrance et aux traumatismes des patients. Il existe une **contagion traumatique**.

Sa vision du monde, son comportement peuvent être modifiés. Le professionnel peut remettre en question son rôle et sa manière de travailler. Les conditions de travail participeraient aussi à la survenue d'une fatigue compassionnelle.

### 1.3.3 Le traumatisme vicariant– *vicarious trauma* (VT)

Le traumatisme vicariant ou traumatisme par procuration, est introduit dans les années 1990 par des psychologues telles que Laurie Anne PEARLMAN, Lisa MCCANN, Karen W. SAAKVITNE.

Dans leur livre « Trauma and the Therapist » (27), Laurie Anne PEARLMAN et Karen SAAKVITNE définissent le traumatisme vicariant et les effets possibles chez le professionnel.

Le traumatisme vicariant est davantage **un processus** qu'un évènement, **par lequel l'expérience du professionnel est négativement transformée.**

L'écoute empathique des récits traumatisants des patients peut engendrer chez le professionnel des modifications subtiles ou plus profondes, conscientes ou inconscientes sur sa vie de manière générale.

Il peut entraîner de profondes perturbations chez le professionnel dans ses schémas de référence que ce soit au niveau de **son identité**, de **sa vision du monde** ou de **sa spiritualité.**

Initialement décrit chez les thérapeutes travaillant auprès de patients victimes de violences physiques ou sexuelles, le traumatisme vicariant a ensuite été élargi à tout professionnel travaillant avec des personnes ayant un vécu traumatisant : journaliste ; policier ; travailleurs sociaux ; urgentiste ; psychologue. **Il peut affecter toute personne qui s'engage de manière empathique avec ces patients (28).**

Les manifestations possibles sont variées et propres à chacun (28,29), on peut noter des troubles du sommeil à type d'insomnie et cauchemars, des pensées intrusives, un syndrome dépressif, des modifications dans les relations interpersonnelles, des comportements d'évitement, un sentiment de détresse, une perte d'estime de soi, ...

#### 1.3.4 Le stress traumatique secondaire – *secondary traumatic stress* (STS)

Pour FIGLEY le terme de *secondary traumatic stress* correspond à **un état de détresse psychologique** ressenti par le professionnel lorsqu'il est confronté au vécu traumatisant d'un patient (24). Les symptômes du STS sont assez comparables à ceux d'un état de stress post traumatique (PTSD) (30,31). Les critères de diagnostic du PTSD ont d'ailleurs été modifiés dans le DSM-V. La notion d'exposition secondaire a été rajoutée dans l'item A « Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles ».

Les **symptômes du STS sont d'apparition relativement rapide** tels que des pensées intrusives, des reviviscences, un état d'hypervigilance, des conduites d'évitement. Ils sont souvent **associés à un évènement particulier**.

### 1.3.5 La résilience vicariante – vicarious resilience

Les répercussions du travail auprès de patients traumatisés ne sont pas que négatives. FIGLEY décrit aussi ***the compassion satisfaction*** qui correspond aux aspects **positifs ressentis par le professionnel en exerçant son métier**.

En 2007 Pilar HERNANDEZ-WOLFE décrit ***the vicarious résilience*** lors d'une étude menée auprès de praticiens colombiens travaillant avec des patients ayant subis des actes de torture (32). Certains professionnels se sont remis positivement en question en faisant une **introspection** et ont pu se sentir plus **libre et en paix avec eux-même**. Sur le plan professionnel certains ont constaté une meilleure compréhension de leur rôle dans les soins apportés aux patients obtenant ainsi **une grande satisfaction**. Cela a pu permettre de prendre du recul au travail et de mieux séparer le professionnel du privé **renforçant ainsi le sentiment de bien-être global** (32).

Les professionnels au contact de personnes traumatisées peuvent être **impactés de manière positive en étant exposés à leur résilience**.

### 1.3.6 Synthèse des différents concepts

Le ProQOL (Professional Quality of Life Scale) (30) est **une échelle de qualité de vie professionnelle** élaborée à partir du test d'usure de compassion de FIGLEY puis complétée et modifiée avec Beth Hudnall STAMM, docteur en psychologie. Il permet de **mesurer les effets positifs (*compassion satisfaction*) et négatifs (*compassion fatigue*) du travail d'aide auprès de personnes ayant un vécu traumatique**. Cette échelle peut permettre une articulation et une meilleure compréhension de certains concepts.

Dans le ProQOL, la fatigue de compassion est une entité qui comprend le BO et le STS.

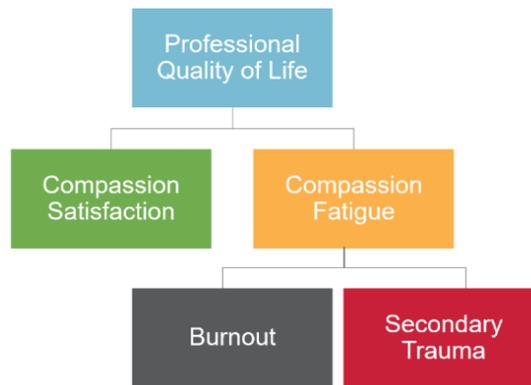


Figure 1 : diagramme du ProQOL (30)

Cependant, cette échelle n'inclut pas le traumatisme vicariant, il est seulement mentionné comme partageant de nombreuses similitudes avec le STS.

En conclusion, différents termes ont été utilisés au cours de ces dernières années, leurs différences restent minces et leurs utilisations dans la littérature dépendent souvent des préférences des auteurs.

Le BO, la CF et le VT semblent avoir des répercussions d'apparition plus progressives que le STS. Le BO comparé aux autres n'est pas spécifique du travail auprès de personnes traumatisées.

Quel que soit le terme utilisé, les chercheurs se rejoignent sur l'existence d'une « traumatisation secondaire » des professionnels en lien avec leur mode d'exercice ou avec leur activité auprès de personnes en souffrance ou traumatisées.

### 1.3.7 Le rôle de l'empathie

L'empathie est impliquée dans la plupart de ces traumatismes secondaires. Elle est pourtant **essentielle dans la relation de soin**.

Selon Carl ROGERS, « Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » » (33). **L'empathie est une façon de percevoir les émotions, les réactions du patient tout en conservant son indépendance émotionnelle (34).**

Pour DECETY l'empathie est **multidimensionnelle** et comprend **l'empathie affective, l'empathie cognitive, le souci de l'autre, la régulation des émotions et la distinction soi-autrui** (35,36).

**Tableau 1**

Les composantes fonctionnelles de l'empathie et leurs définitions. Ces composantes interagissent mais sont dissociables en termes de mécanismes neurobiologiques, fonctions adaptatives et racines évolutives. La majorité des modèles en neurosciences sociales mettent l'accent sur l'interaction intrinsèque entre les processus cognitifs, affectifs et motivationnels en suscitant une expérience empathique à part entière.

---

*Empathie affective* : reflète la capacité de partager l'état émotionnel d'autrui en termes de valence et d'intensité. Ce composant de l'empathie (parfois appelé contagion émotionnelle) joue un rôle fondamental dans la communication non verbale.

*Empathie cognitive* : permet de se mettre consciemment à la place de l'autre pour comprendre ce qu'il pense ou ressent. Cette capacité de prise de perspective partage en grande partie les mécanismes impliqués dans la théorie de l'esprit.

*Souci de l'autre* ou *compassion* (*sympathy* en anglais) : reflète la motivation à se préoccuper du bien-être d'autrui.

*Régulation émotionnelle* : ou la capacité à évaluer et modifier (atténuer, accentuer ou de maintenir) sa propre réaction émotionnelle pour atteindre un objectif.

*Distinction soi-autrui* : par laquelle la personne est consciente que son état émotionnel et cognitif est secondaire à l'interaction avec une autre personne.

---

*Tableau 1 : Composantes fonctionnelles de l'empathie (36)*

Différents travaux de neuro-imagerie montrent que ces différents composants déclenchent des processus psychologiques spécifiques et engagent des mécanismes neurobiologiques relativement distincts. Cependant ils ne s'opposent pas, interagissent et s'entremêlent dans les circuits neuronaux (36). **Cette approche multidimensionnelle de l'empathie peut permettre d'expliquer la survenue d'un traumatisme secondaire.**

DECETY émet l'hypothèse qu'un excès d'empathie affective, un manque de régulation émotionnelle et de distinction avec autrui pourrait être responsable d'une CF ou d'un BO chez les praticiens.

### 1.3.8 Facteurs de risque et facteurs protecteurs de traumatisme secondaire

Au cours des dernières années, **plusieurs facteurs de risque** ont été mis en évidence.

Il existe certains facteurs de risque personnels comme le fait d'être une femme (37), le niveau d'étude (37), ou encore le fait d'avoir subi un traumatisme personnel (38,39).

Sur le plan professionnel, le fait d'avoir moins d'expérience dans le domaine du traumatisme (39), une mauvaise organisation (40) ou la surcharge de travail seraient aussi des facteurs de risque (41).

A l'inverse, de nombreux **facteurs protecteurs** ont aussi été mis en avant comme la sociabilité (38), prendre soin de soi (40) ou avoir une bonne qualité de sommeil et une stabilité émotionnelle (42).

La durée de l'expérience professionnelle notamment dans la prise en charge du traumatisme (37), avoir une bonne supervision (40) et être dans un environnement professionnel favorable (43) sont aussi des facteurs protecteurs retrouvés dans la littérature.

#### 1.4 Question de recherche

Les violences faites aux femmes sont importantes à repérer pour orienter et prendre en charge rapidement ces femmes et limiter ainsi les conséquences de ces violences. Si les recommandations encouragent à accompagner les victimes de traumatismes, les professionnels s'exposent dans ces situations à développer un traumatisme vicariant.

Dans cette étude, j'ai voulu explorer l'impact chez les professionnels de santé de leur travail auprès de victimes de violences, ainsi que l'intérêt de travailler dans une structure pluridisciplinaire.

Objectif principal : Explorer le vécu du traumatisme vicariant chez les professionnels travaillant à la « Maison d'Ella » auprès des femmes victimes de violences.

Objectif secondaire : Rechercher l'intérêt de travailler dans une structure multidisciplinaire telle que la « Maison d'Ella » dans la prévention du traumatisme vicariant.

## 2 Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude qualitative visant à explorer l'impact du travail auprès de victimes de violences et l'intérêt de travailler dans une structure pluridisciplinaire. Ce travail est réalisé en miroir avec celui d'Emma FABRE ayant pour objectif d'explorer le vécu et le ressenti des femmes victimes de violences par rapport à leur prise en charge, ainsi que l'intérêt d'une prise en charge en structure pluridisciplinaire notamment dans la prévention de la victimisation secondaire.

### 2.1 La population de l'étude et le recrutement

Les professionnels inclus dans cette étude devaient être volontaires et travailler à la « Maison d'Ella ». Tous les types de professionnels, salariés comme bénévoles étaient invités à participer.

Dans un premier temps, leur recrutement s'est fait à la ME lors de réunions d'équipe ou de rencontres sur place où une fiche d'informations complémentaires leur était donnée (cf annexe 1). Puis à partir de mars 2020, le recrutement s'est principalement fait par e-mail avec la fiche d'informations en pièce jointe en raison des conditions sanitaires en lien avec le COVID-19.

### 2.2 Le protocole

Lorsque les professionnels manifestaient un intérêt pour l'étude, un rendez-vous était convenu pour la réalisation de l'entretien.

Les entretiens ont été effectués sur la période de février à octobre 2020. Une partie a été réalisée en présentiel de février à mars 2020 puis en visioconférence par WhatsApp, Skype et Zoom à partir de fin mars jusqu'en octobre 2020 en raison de la pandémie.

Les consentements étaient recueillis en début de rencontre puis les entretiens pouvaient avoir lieu et étaient enregistrés à l'aide de deux dictaphones.

Les entretiens ont été semi-dirigés et réalisés à partir d'un guide d'entretien (cf annexe 2) préalablement établi puis adapté au fur et à mesure des entretiens. Il permettait d'explorer dans une première partie le vécu de leur travail auprès des femmes victimes de violences avant ou en dehors de la ME. La deuxième partie traitait plus spécifiquement de la ME.

Ces deux parties n'ont pas forcément pu être respectées pour tous les entretiens car avant de travailler à la ME certaines professionnelles n'avaient jamais travaillé auprès de femmes victimes de violences.

Les données personnelles ont été recueillies en dehors de l'enregistrement et anonymisées sur un fichier protégé.

Le recrutement a été fait jusqu'à atteinte de la saturation des données, définie par deux entretiens consécutifs n'apportant pas d'idées nouvelles.

### 2.3 L'analyse

La retranscription du verbatim a été faite mot à mot sur Word.

Un double codage a été réalisé via le logiciel RQDA et Excel avec Emma FABRE, et avec intervention de la directrice de recherche en cas de désaccord, permettant une triangulation des données.

Les verbatims ont ensuite été analysés par théorisation ancrée.

Ce travail de thèse a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et a reçu également un avis favorable du comité d'éthique du CNGE.

### 3 Résultats

Neuf entretiens ont été réalisés et analysés jusqu'à saturation des données.

Ils duraient entre 24 et 55 minutes et avec une moyenne 35 minutes.

Les neuf professionnelles interrogées étaient toutes des femmes entre 25 et 73 ans exerçant la fonction de psychologue, médecin généraliste, socio-esthéticienne, coordinatrice ou éducatrice spécialisée.

Sept d'entre elles étaient salariées, une était bénévole et la dernière indépendante. La grande majorité exerçait à temps partiel sauf une à temps complet.

Les caractéristiques ont été résumées dans le tableau 1. Pour des raisons d'anonymats, les citations n'ont pas été reliées à un entretien.

<b>Profession</b>	<b>Statut</b>	<b>Age</b>	<b>Activité</b>
Psychologue	Salariée	35 ans	Temps partiel
Éducatrice spécialisée	Salariée	33 ans	Temps partiel
Psychologue	Indépendante	45 ans	Temps partiel
Coordinatrice	Salariée	58 ans	Temps partiel
Médecin généraliste	Salariée	47 ans	Temps partiel
Socio esthéticienne	Intervenante extérieure	35 ans	Temps partiel
Psychologue	Salariée	45 ans	Temps partiel
Psychologue	Bénévole	73 ans	Temps partiel
Psychologue	Salariée	25 ans	Temps complet

*Tableau 2 : Principales caractéristiques de la population*

Les principaux résultats ont été schématisés dans la carte heuristique ci-dessous :

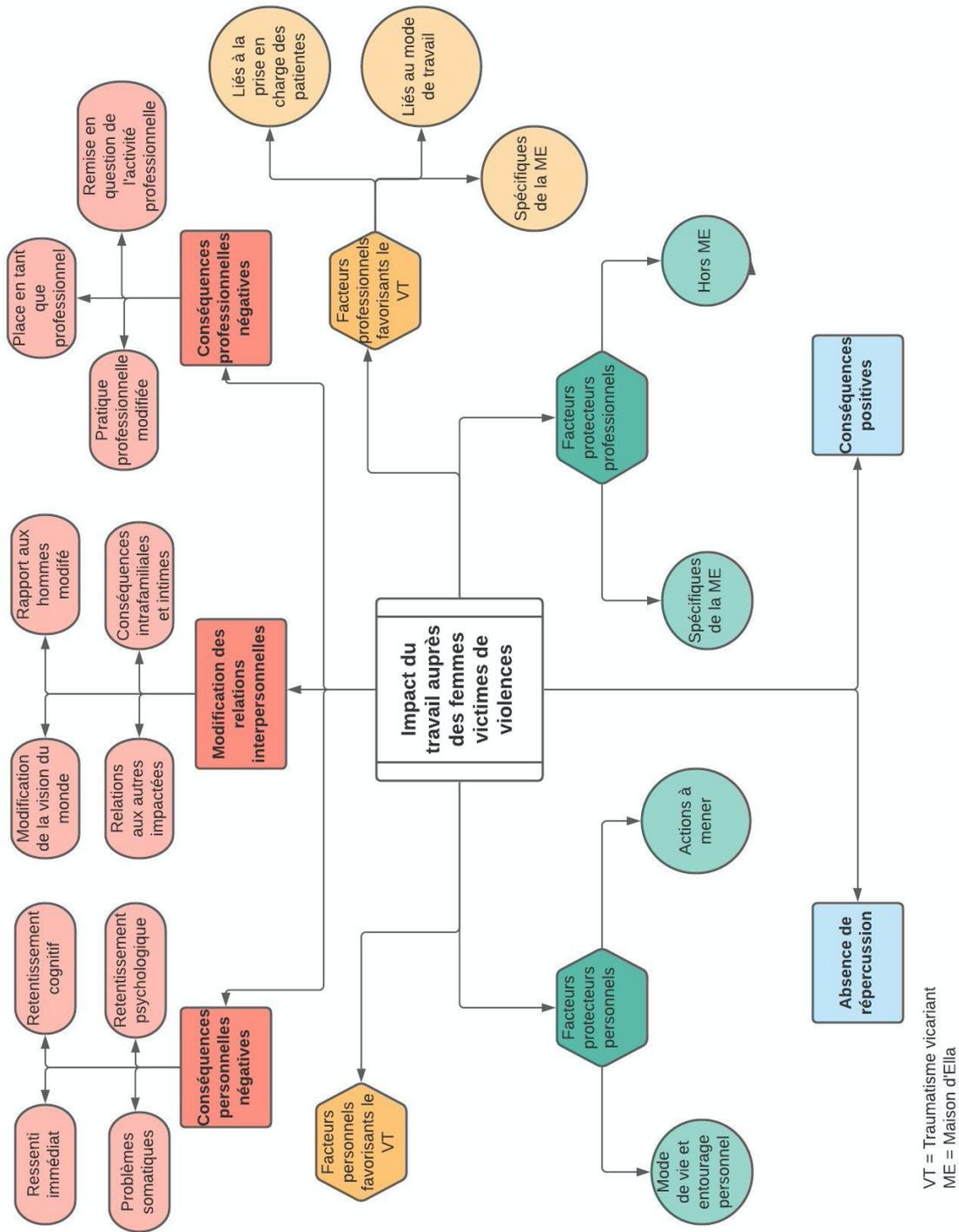


Figure 2 : Carte heuristique

### 3.1 Conséquences négatives personnelles

#### 3.1.1 Ressenti immédiat

La plupart des professionnelles ont évoqué un panel d'émotions ressenties lors des consultations notamment de **l'anxiété** « *j'ai peut-être pu devenir un peu plus stressée, plus vite que d'habitude* » et parfois même de **la peur** « *elle me racontait des violences physiques qui étaient extrêmement dures à entendre et là quelqu'un a toqué à la porte et puis on a été prise par cette peur qui était injustifiée, complètement* ».

Et cette peur a pu persister jusqu'à leur domicile, « *dans ce cas-là, oui j'ai ramené chez moi un sentiment d'insécurité du coup, je me suis retrouvée voilà à regarder si quelqu'un me suivait ou autre alors qu'en temps normal je n'agis pas comme ça* ».

Les émotions de la patiente ont pu déteindre sur la professionnelle « *C'était vraiment de ressentir sa détresse, de voir sa détresse à elle et en fait j'ai été débordée, j'ai pris sa détresse en pleine face alors que ça n'évoquait rien de particulier à part qu'elle était dans une détresse terrible face à moi* » et en être **complètement déstabilisée** « *oui c'était vraiment comme une grande claque vraiment j'aurais jamais pensé que c'était vraiment possible* », « *du coup à partir de là, bon j'ai appelé ma maman en pleurs* ».

Parfois au contraire **une forme de sidération** était ressentie « *je pense que mon cerveau il prend certaines informations et il n'y a pas d'émotions. Il n'y a pas d'émotions face à ça parce que je ne sais forcément comment les appréhender sur le moment* ».

« *Parfois il y a des choses qui prennent le dessus qui mettent en colère* » surtout face à **l'impuissance** et **l'injustice** de la situation « *et puis on est confronté à l'impuissance parfois, aux procédures judiciaires ou à la justice où parfois on se met en colère* ».

« *Ça c'est compliqué : notre impuissance face à une souffrance que l'on sait évitable* ».

### 3.1.2 Problèmes somatiques

Les professionnelles ont évoqué des répercussions physiques comme **des poussées de maladie chronique** « *j'ai une maladie de type inflammatoire [...] je sens que quand il y a une journée compliquée ou des situations stressantes et des signalements à faire, les inflammations peuvent revenir plus rapidement* » ou des troubles amenant à des **consultations médicales** « *j'ai eu un problème de santé, de tachycardie donc j'ai fait un petit tour chez le cardiologue qui m'a dit « non mais c'est le surmenage madame, il va falloir s'arrêter un peu » (rires) ».*

**Une consommation de tabac** plus importante a été mentionnée par une professionnelle « *je fume un peu plus* ».

« *Après la question de **la fatigue*** » a souvent été ressentie, « *j'ai fait le job et ça s'est très bien passé mais c'était épuisant, j'ai terminé, en 6 ans, mais lessivée* ».

### 3.1.3 Retentissement psychologique

Cet épuisement a été également décrit comme psychologique « *dans ce genre d'accompagnement, un **épuisement physique et psychique** ouais ça peut vite arriver [...] donc c'est une vigilance permanente de notre part et ça peut être vraiment épuisant* ».

Du fait de la complexité des consultations, plusieurs professionnelles ont décrit une **charge mentale importante avec des ruminations** « *Il y a avait cette charge mentale qui finalement on y pensait tout le temps* », « *Certaines situations qui m'ont pris la tête pas mal* ».

Ces ruminations ont pu perdurer chez certaines entraînant des **troubles du sommeil** « *Il y a des choses qui nous dépassent voilà, on a du mal à trouver le sommeil, on réfléchit là-dessus, ou on se dit mais est-ce que c'était vraiment ça que la patiente était en train de me dire* », conduisant parfois à **la prise de psychotropes** « *du coup, comme je dormais pas bien, je prenais un quart de LEXOMIL pour m'endormir* ».

Certaines l'ont évoqué « *c'est traumatisant de ne s'occuper que de femmes qui ont été violentées, tabassées, malmenées* », et d'autres ont véritablement reconnu avoir vécu un **traumatisme par procuration** « *il y a une dizaine de jours, il y a peut-être deux semaines maintenant, j'ai subi un traumatisme vicariant (rire gêné) [...] ça paraît un peu improbable d'être traumatisée par le traumatisme de quelqu'un et en fait si, c'est incroyable mais si en fait* ».

#### 3.1.4 Retentissement cognitif

Une des professionnelles décrit ce traumatisme comme **une intrusion dans son corps et son esprit** « *j'ai vraiment senti mon corps, enfin c'était quelque chose de vraiment incroyable dans la tête et dans mon corps (passe ses mains devant son buste et remonte jusqu'à la tête)* » ainsi qu'**une modification de sa pensée** « *Quelque chose qui se tissait dans mon cerveau qui m'envahissait, ouais. Une construction psychique qui n'avait aucun sens, j'avais les images d'une série que j'avais vue, j'avais le récit de la personne et c'était vraiment quelque chose qui prenait sens alors qu'il n'y en avait pas et c'était ma pure construction psychique à moi en fait, d'une histoire horrible avec des images que je mettais dessus alors qu'il n'y avait pas ces images, ces images-là n'appartenaient pas à cette histoire* » , « **j'étais en train de me construire psychiquement une histoire qui ne m'appartenait pas** ».

D'autres ont aussi rapporté aussi des modifications de pensée sans avoir vécu le traumatisme « *ça a impacté ma façon de penser* ».

Quelques-unes ont évoqué une certaine **déconnexion de la réalité** « *oui par moment comme un détachement, comme cette idée d'être un peu détachée de ce que j'étais en train de faire, de ma vie de famille* ».

## 3.2 Modifications des relations interpersonnelles

### 3.2.1 Modification de la vision du monde

« *On finit par voir le monde uniquement par le prisme des violences* » avec cette sensation d'**omniprésence de la violence** « *tout le temps, tout l'temps, tout l'temps et en fait on a l'impression de voir la violence, de la violence faites aux femmes partout* ».

Plusieurs professionnelles ont évoqué avoir **une image des violences modifiée ou affinée** « *j'ai pu voir et avoir connaissance d'un panel de violences physiques [...] et au niveau psychologique le coté insidieux de cette violence et l'impact de la violence psychologique que ça peut avoir, j'en voyais pas forcément les impacts* » et parfois même stéréotypée « *ça m'a un peu enfermée dans des représentations stéréotypées, la violence viendrait d'un certain type de population [...] ça m'a biaisée d'une certaine forme de tolérance* ».

Les **représentations de la sexualité** ont aussi été décrites comme modifiées « *Avec la prostitution [...] ça a repoussé les limites de ma représentation sexuelle, de mes représentations sur les demandes qui pouvaient y avoir, sur ce que qui existait* ».

### 3.2.2 Rapport aux hommes modifié

**La perception de l'homme a pu être modifiée** pour certaines professionnelles « *ça renvoie à des images masculines extrêmement amochées quand même* » et notamment dans le milieu de la prostitution « *c'est toujours des hommes les clients, les demandes sont toujours les mêmes et puis on fait un focus, c'est pas le meilleur de l'humanité quoi, le meilleur de la masculinité, je ne sais pas comment dire ça ou de la virilité* ».

Elles ont décrit l'apparition d'une certaine **méfiance vis-à-vis de l'homme** « *j'ai l'impression que la moindre dispute de mes couples d'amis, je soupçonne ou j'accuse le mec d'être violent envers ma copine ou mon amie* » avec **l'image de l'homme agresseur** « *je ne peux*

*pas dégenrer la violence parce que ce serait me mentir et on peut me faire croire des choses, en vrai 90%, 99% des auteurs sont des mâles ».*

**L'homme a pu être perçu comme une menace** « *l'homme que je ne connais pas ou en groupe est devenu menaçant. Là c'est un impact* ».

Cette image modifiée de l'homme a entraîné chez certaines **l'éviction des hommes** « *j'ai une petite fille et [...] par exemple je ne peux pas accepter un nounou homme, ce qui est débile, ce qui n'a aucun sens mais ce n'est pas possible. Voilà, ça je pense que c'est un effet direct de ma pratique. [...] je suis cortiquée quand même (rire) mais ça n'est pas possible, ça n'est pas raisonnable. C'est comme ça, ça ne peut pas être un homme* ».

### 3.2.3 Relations aux autres impactées

Elles ont évoqué aussi des changements dans leurs relations avec les autres tel qu'un **manque de disponibilité** « *peut-être que j'ai été moins disponible pour mes amis à un moment donné parce que j'avais des situations qui m'ont pris la tête* ».

**Des conflits** ont pu même arriver « *peut-être une incompréhension ou une banalisation de la part des autres qui peut nous amener à conflit, ça c'est évident* », « *je suis devenue assez virulente sur certains sujets où je peux démarrer au quart de tour sur le non-respect qu'on peut avoir* ».

Certaines ont décrit **un état d'alerte ou d'hypervigilance** à l'égard des violences dans leur quotidien « *à chaque fois qu'on va allumer la télé qu'on va entendre parler de telle ou telle situation dans les journaux, les réseaux sociaux, on se dit [...] il y a sûrement un truc, sûrement il y a une violence* » et même au sein de leur couple « *rapidement il s'est retourné dans la cuisine et j'ai été surprise et du coup il y avait son bras qui pouvait imiter un mouvement de gifle ou autre et je pense qu'il a été surpris de ma réaction en se disant mais tu pensais vraiment que voilà ...* ».

### 3.2.4 Conséquences intrafamiliales et intimes

Comme mentionné plus haut, quelques professionnelles ont perçu un **retentissement dans leur vie de couple** « *ça a impacté ma façon de penser certaines choses de ma vie de couple et de mon intimité, ça oui, c'est clair* » et notamment **un retentissement sur la sexualité** « *c'est très compliqué de réintégrer certaines pratiques sexuelles à la vie intime [...], d'oublier quel enjeu ça peut être et là peut-être l'idée de ne pas se sentir soi-même utilisée alors qu'on n'est pas dans le même contexte et que ça n'a rien à voir en fait* ».

Le **comportement de certaines en tant que parent** a été impacté « *alors j'ai deux enfants qui sont en bas âge il y a des moments j'ai peut-être pu devenir un peu plus stressée, plus vite que d'habitude ou me mettre en colère un peu plus vite que d'habitude* ».

Le fait d'**élever une fille** a soulevé davantage de questionnements et d'inquiétude « *j'ai l'angoisse de la sexualité de ma fille étant adolescente, j'ai l'angoisse de la corporalité de ma fille maintenant mais ça c'est pas vraiment une angoisse parce que je la vois et je mets des barrières où je le souhaite [...] Je me projette face à ma propre fille qui sera adolescente et comment ça se passera sur sa vie amoureuse et le respect du corps qu'elle pourra avoir* ».

**« Oui parce que le focus que j'ai fait et le travail que j'ai fait a impacté, m'a impactée dans ma vie de couple et dans ma vie tout court ».**

## 3.3 Conséquences professionnelles

### 3.3.1 Pratique professionnelle modifiée

Après une situation particulièrement difficile en consultation, une professionnelle a déclaré **avoir été complètement perturbée** pendant le reste de sa journée « *oui mes 4 rendez-vous d'après bah j'étais pas dedans, j'avais intériorisé quelque chose forcément* ».

Comme sur le plan personnel **l'éviction des hommes** a aussi été réalisée au niveau professionnel « *j'ai viré les hommes de ma patientèle, c'est une évidence, je ne vois quasiment plus d'hommes* ».

**La surcharge de travail** a été mentionnée par beaucoup de professionnelles « *je fais en sorte de moins travailler parce que je travaille trop déjà donc la question quand même du surmenage se pose quand même pas mal* » nécessitant une **réorganisation de son travail** « *j'ai pris un peu de recul sur mon engagement militant aussi, je suis extrêmement engagée, et du coup en janvier j'ai essayé de lever un peu le pied* ».

L'une des professionnelles a évoqué une possibilité **d'enfermement des professionnels** « *une clinique répétitive et qui à long terme à mon sens a des risques d'enfermement pour le soignant dans quelque chose qui est une grille de lecture unique* ».

### 3.3.2 Place en tant que professionnel

Quasiment dans tous les entretiens est évoquée la difficulté **de maintenir une bonne distance professionnelle** « *j'ai eu du mal et j'ai encore du mal à poser un cadre qui est ... bon je dirais plutôt à pas sortir du cadre* » dans une **relation patient-professionnelle parfois complexe** « *c'est très compliqué parce qu'il faut trouver la juste place pour entrer en relation et après restaurer une distance mais c'est compliqué* ».

Cette distance a pu être plus difficile à conserver notamment pour cette professionnelle qui a elle aussi vécu des violences « *ça allait parfois peut-être être compliqué de garder cette distance professionnelle au vu de l'écho (sourire) que pouvait faire les situations des personnes avec la mienne* ».

**Ce cadre a parfois été dépassé** par quelques professionnelles « *je l'ai eu fait pour une personne où effectivement j'ai été au-delà du professionnel* », « *j'avais pris une fois une nénette à la maison, enfin c'est très débordant parce qu'on n'avait rien avec aucune solution et des violences gravissimes* ».

Elles ont éprouvé par moment **des difficultés à bien séparer la vie professionnelle de la vie privée** « *moi je trouve que c'est compliqué pour moi personnellement de faire un petit peu comme des espaces cloisonnés entre ma vie privée et ma vie professionnelle* ».

### 3.3.3 Remise en question de l'activité professionnelle

Plusieurs professionnelles ont expliqué **avoir été dépassées** par certaines situations « *Dépassée, oui, beaucoup en tant que généraliste et en plus on y va quoi, allez on commence aujourd'hui, on a rien, on n'a pas de valisette avec ce qu'il faut faire en cas de ou quoi (rires)* », ce qui a pu engendrer chez certaines **un découragement voire du désespoir** « *je me vois déjà désespérée face à des situations [...] Oui effectivement j'ai peur de tomber dans le « de toute façon il n'y a rien à faire »* ».

Elles ont pu **s'interroger sur leur pratique** « *Comment on va pouvoir faire face à des histoires qui sont si violentes, qui sont quand même d'une violence incroyable, qu'est-ce qu'on va pouvoir apporter ?* ».

Certaines ont perçu **une perte de confiance en soi** associée à un **sentiment d'illégitimité** « *ça commençait à tourner dans ma tête qu'en fait j'étais trop fragile pour ce travail, qu'en fait j'arriverai jamais à être une bonne professionnelle dans la « Maison d'Ella » et que finalement je suis pas si légitime que ça à faire ce métier-là, à cette place-là* ».

**Un arrêt de l'activité professionnelle** a même été envisagé « *le premier mois j'étais vraiment mal j'ai failli mettre fin à ma période d'essai* ».

### 3.4 Facteurs professionnels favorisant le traumatisme vicariant (VT)

#### 3.4.1 Facteurs favorisant le VT liés à la prise en charge des patients

Dans le cadre de la prise en charge de femmes victimes de violences, les patientes ont **des parcours de vie particulièrement difficiles** « *quand on est spécialisé dans le champ du psycho trauma on entend des trucs horribles toute la journée en fait* » associées à beaucoup d'**injustice** « *On est quand même confronté aussi à des récits qui sont très injustes* ».

Quasiment toutes ont expliqué que cette **clinique difficile et répétitive** a pu être éprouvante « *il y a eu des après-midis entières de certificats d'excision et de coups et blessures et au bout de 2-3 c'est compliqué [...] à un moment donné on n'a plus envie d'entendre en fait c'est trop ça dépasse notre capacité d'entendement je pense.* », « *il y a eu les après-midis où il y a des horreurs, des horreurs et des horreurs je sors de là je suis contente d'arrêter enfin c'est une évidence* ».

**Le devenir incertain des patientes** a aussi été mis en avant « *une difficulté personnelle c'est d'avoir la population de femmes qui arrive avec des parcours migratoires [...] où il faut en prendre soin mais d'une façon maternante et qu'est-ce qu'elles vont faire après ?* » ainsi que **l'imprévisibilité des consultations** « *Quand on reçoit quelqu'un, on sait jamais comment va tourner l'entretien donc parfois on se dit j'aurais pu l'assurer toute seule et puis parfois on est bien content que l'autre était là pour qu'on puisse un peu s'épauler* ».

Parfois la professionnelle a dû **prendre des décisions difficiles** « *Et pour des prises de décisions comme par exemple faire un signalement ou une information d'information préoccupante on n'est pas suffisamment en confiance avec le système juridique et pourtant on est obligé de le faire on n'a pas d'autre ... parce qu'effectivement il y a danger mais on n'est pas en confiance par rapport au système. Ça c'est dur* » avec le **risque de perdre la confiance de la patiente** « *elles peuvent prendre ça comme une trahison et être vraiment en colère contre nous* » dans une **relation patiente-soignant souvent particulière** « *il y a des femmes qui ont besoin qu'on soit hors cadre pour pouvoir tisser une relation de*

*confiance, c'est très particulier* ». Prendre en charge des patientes qui ont subi une **victimisation secondaire** a été une source de préoccupation supplémentaire « *Des fois, ça nous impacte beaucoup parce qu'on ne trouve pas que le relais se fait dans de bonnes conditions, des fois c'est pas juste, c'est la victime qui se retrouve en position d'accusée et ça, ça peut nous mettre à mal mais vraiment* ».

### 3.4.2 Facteurs favorisant le VT liés au mode de travail

Certaines professionnelles ont expliqué que leur travail était prenant et qu'elles avaient **peu de moment de pauses et étaient surchargées** « *Le problème dans nos métiers aussi c'est qu'on ne s'arrête jamais [...] on se retrouve hyper vite sans s'en rendre compte à ne faire que ça et qu'on n'est plus jeune (sourire). On se dit qu'il faut se calmer* ».

Le fait de **manquer d'expérience** a été évoqué également comme facteur favorisant « *mais je pense que je viens de commencer c'est normal tout ça* ».

Plusieurs ont exprimé la difficulté d'**être dépendante vis-à-vis du système judiciaire et des différentes institutions** « *En fait la difficulté qu'on a il me semble c'est qu'on est un maillon d'un système en fait sur lequel on n'a pas de prise. C'est très dur de ne pas avoir de prise sur l'ensemble du système, sur les aspects précarité, les problèmes sociaux, du logement, dans le domaine de la justice ça c'est très dur* » qui a pu entraîner professionnellement **un sentiment d'isolement et aggraver le sentiment d'impuissance** « *Et c'est ça au quotidien des ordonnances de protection avec après voilà des audiences de conciliation alors qu'il y a des signalements pour viol chez 3 enfants il y a quand même une confrontation, on oublie qu'il y a une ordonnance de protection ... c'est se battre seule* ».

**L'absence de pluridisciplinarité** a été un facteur soulevé par plusieurs professionnelles « *c'était toujours un problème pour les orienter, on trouvait jamais de lieu idéal, c'était toujours éparpillé, à gauche pour l'assistante sociale, à droite pour la thérapie, l'hébergement c'était une chose, on avait vraiment du mal avec ces suivis pour être cohérent dans l'accompagnement donc c'est de là qu'est né le projet de la « Maison d'Ella »* », **en particulier lors d'un exercice isolé en libéral** « *Oui je suis seule en libérale et oui ça change. Alors en libéral c'est un peu le bazar (rires) mais c'est vrai parce que parfois*

*quand tu es amenée à recevoir des personnes qui sont vraiment dans une souffrance très intense qui sont justement là aussi confrontées à des situations très violentes et bien on se retrouve en fait un peu seul ».*

### 3.4.3 Facteurs favorisant le VT spécifiques à la « Maison d'Ella » (ME)

Les situations rencontrées à la ME sont généralement d'une **extrême gravité** « *Oui et puis les situations qu'on reçoit à la « Maison d'Ella » sont plus lourdes c'est pas très technique comme terme mais c'est quand même des contextes qui sont en général plus graves* ».

L'une des professionnelles a évoqué une difficulté propre au fonctionnement de la ME à savoir **une importante pluridisciplinarité** qui peut parfois être responsable d'un **manque de visibilité pour les professionnelles** « *En réunion c'est le sentiment qu'il y a tellement d'intervenants et on a pas le temps [...] les gens sont confrontés à devoir gérer de nombreuses situations et on a du mal à avoir une visibilité globale* ».

Ajouté à la pluridisciplinarité, **le manque de moyens financiers** a également été évoqué, desservant le professionnel « *ça donne une insécurité enfin que je perçois moi l'idée que ça tient à des budgets qui vont être attribués, il n'y a pas de prix de journée donc il y a un bricolage de plein de gens qui sont là dont beaucoup de bénévoles, je trouve qu'il y a une multiplicité d'intervenants qui est, pour moi, problématique dans la prise en charge* ».

### 3.5 Facteurs personnels favorisant le traumatisme vicariant

**Avoir un antécédent personnel de violences** a pu causer une identification aux patientes « *il y a beaucoup de femmes que je reçois, euh, qui en fait, ont exactement la même histoire que moi, la même histoire de relation conjugale et de violence mais aussi le même parcours après pour s'en sortir, les soins psychiatriques* » pouvant entraîner des conséquences sur sa pratique ou sur le plan personnel « *je me disais mais j'y arriverai jamais en fait, moi je reçois des femmes mais c'est moi qui devrais être à leur place* ».

**L'engagement, le militantisme** ont pu être perçus comme facteur favorisant et entraîner des répercussions négatives « *je suis aussi très militante et donc bah parfois il y a des choses qui prennent le dessus qui mettent en colère, des accompagnements où finalement on ne devrait pas mais quand même. Voilà cet engagement qu'il y a derrière, c'est compliqué de trouver la juste distance* ».

### 3.6 Absence de répercussions

Il est à noter que quelques professionnelles n'ont pas décelé de répercussions sur elles-mêmes « *alors c'est pas somatique, j'ai pas fait de cauchemar, ça ne m'a pas donné d'angoisse* », ou au niveau des relations avec les autres « *Oh ben non. Absolument pas non (rire). Ah non alors là pas du tout* » ou même sur plan professionnel.

L'une déclare que ses activités professionnelles antérieures, hors accompagnement de femmes victimes de violences, étaient plus impactantes « *mon expérience auprès des enfants malades, j'ai subi, [...] ça oui, ça m'a traumatisée. Là bon l'histoire de ces femmes, non.* ».

### 3.7 Conséquences positives

A l'inverse on retrouve des répercussions positives de leur activité professionnelle auprès des femmes victimes de violences.

Les **interrogations vis-à-vis de leur pratique et la remise en question ont été considérées comme indispensables** pour certaines « *Ça fait même partie du travail le fait d'y réfléchir à nouveau, de trouver aussi que certaines situations nous pèsent c'est normal que ce soit présent dans notre vie privée même* » et même **bénéfiques et positives** « *je me remets en question, je me dis est-ce que j'ai été adaptée dans cet entretien, mais je crois que la remise en question est positive aussi* ».

La confrontation à ces violences a pu pousser certaines à **repenser leurs représentations de la vie** « *travailler du coup sur mes propres représentations culturelles et éducatives et de*

*prendre du recul sur comment j'ai pu grandir, quelle place dans ma famille la femme avait et comment moi je me suis construite comme ça et d'autant plus maintenant que j'ai une fille » entraînant un **travail personnel sur soi** « il y a forcément aussi une réaction, réflexion personnelle qui doit se faire ».*

Certaines ont ressenti **une forme de révolte et un engagement positif** qui leur ont permis d'avancer dans cette voie « *utiliser le corps des femmes comme objet m'a tellement choquée qu'il fallait que j'aie plus loin pour je puisse participer à la reconstruction de ces personnes qui ont été complètement cassées par un parcours de vie difficile* ».

« *On est passionné par notre boulot* », en effet pour la plupart des interrogées leur métier est **une véritable passion** « *je travaille dans l'interculturalité et sur le côté corporalité et c'est vrai que c'est quelque chose qui me passionne* » leur permettant de **s'épanouir** « *c'est beaucoup de bonheur, ce bonheur compense le voile d'horreur qu'on soulève de la société [...] on se dit ouais ben c'est cool ça c'est du bon travail, ça compense, ce plaisir là il compense. Je suis satisfaite de ça en fait* ».

Beaucoup ont décrit **l'importante satisfaction** de voir certaines patientes aller mieux et **d'accompagner leur résilience** « *Oui un chirurgien qui réussit son opération tout le temps bah tant mieux, voilà nous c'est l'inverse quand on réussit parmi toutes ces femmes qui ne vont pas bien et bien c'est hyper satisfaisant, on se dit oui il y a quand même des choses qui se passent* ».

Toutes répercussions positives peuvent correspondre à la résilience vicariante.

### 3.8 Facteurs protecteurs professionnels

#### 3.8.1 Ressources professionnelles hors « Maison d'Ella » (ME)

Certaines ont réussi à bien **cloisonner leur vie professionnelle de leur vie privée** « *j'ai toujours très très cloisonné ma vie privée et ma vie... Je suis quelqu'un qui ne va jamais parler de boulot à la maison. Jamais.* ».

La plupart avait d'**autres activités professionnelles** en dehors de la ME ce qui semblait être nécessaire pour elles « *Je pense que oui il faut avoir, à mon avis **il ne faut pas travailler à plein temps** dans ce genre de structure, déjà.* », « *Exactement, et oui ça c'est nécessaire par contre, je ne pourrai pas faire que ça.* ».

**Connaitre ses propres limites** a été évoqué « *On ne peut pas être bon pour tout et c'est bien normal, on ne peut pas tout entendre et c'est bien normal. Il vaut mieux ne pas savoir et dire je ne sais pas ou je ne sais pas faire et déléguer. C'est pas pour ça qu'on sera pas un bon soignant.* » permettant ainsi d'éviter les répercussions négatives « *Et je trouve que tout le truc il est là, de ne pas se culpabiliser si on sait pas faire et si on ne veut pas faire et de le respecter parce que se forcer à le faire ça va être une catastrophe et pour nous. C'est là où il peut y avoir des impacts* ».

« *Donc voilà mon seul truc ce serait de dire : attention formez-vous, soyez clair avec vos limites, ne jouez pas.* », **la formation** a aussi été mentionnée comme élément limitant les répercussions négatives « *je me sentais suffisant armée [...] sur le plan, oui enfin professionnel par mes formations, mes connaissances* ».

**L'expérience professionnelle** a été notée comme un facteur protecteur « *J'ai une vieille expérience [...] je pense que je suis prête à tout entendre (rire)* » et donc limiter les répercussions « *Après sur l'écoute des femmes je crois que mon expérience au CACIS en fait m'avait armée à entendre et écouter ces femmes, je n'ai pas ressenti de difficultés à l'écoute des récits* ».

En réponse à l'absence de coupure et la surcharge de travail comme facteur favorisant, le fait **d'aménager son planning de travail** a été décrit comme protecteur « *j'essaye de mettre en place des choses de me réduire des jours* ».

La **supervision** a aussi été évoquée « *j'ai une supervision personnelle [...] c'est ce genre de suivi qui nous apprend encore plus sur le métier et sur ces personnes et leur profil. C'est des cas d'école en fait, on va beaucoup plus loin dans la compréhension et dans l'échange* ».

### 3.8.2 Ressources professionnelles spécifiques de la ME

Un élément central de la ME évoqué par presque toutes les professionnelles a été la **pluridisciplinarité** « *Je considère que le fait de travailler avec plusieurs professionnels et plusieurs professions différentes est un énorme atout parce que ça permet de discuter et d'aborder des problématiques et des situations et de voir des situations sous différents angles et ça c'est un énorme avantage pour pouvoir prendre du recul* », avec un véritable **travail d'équipe** « *c'est inédit de la façon de prendre en charge les personnes victimes de psycho trauma et que c'est une façon de travailler que moi je recherche en fait en tant que professionnelle et ce serait pas la « Maison d'Ella » ce serait pareil je chercherais ça ailleurs ; une équipe réellement pluridisciplinaire* ».

Ce travail d'équipe a permis un **partage d'expérience** « *j'apprends énormément des autres psys, la directrice, ... Je pense que c'est un métier où l'expérience vous aide beaucoup aussi* » et **de connaissances** « *quand on a créé le groupe ben j'ai dû m'intéresser à ce qu'étaient les techniques respiratoires et tout ça [...] j'ai acquis des connaissances sur les mécanismes et ça permet toujours d'avoir du recul* » .

Certaines ont expliqué avoir à la ME un **cadre de travail bien défini**, ce qui était rassurant et permettait donc de travailler dans de bonnes conditions « *c'est vraiment ce qui m'a attiré, j'avais l'impression que même s'il y avait tout à faire dans cette association il y avait déjà des idées qui étaient claires, voilà une population concrète, une pathologie concrète. C'était très rassurant* ».

L'environnement a été décrit comme **bienveillant et sécurisant** « *Ici, il y a quand même cette notion de violence qui est très présente et il y a quand même cette dynamique d'équipe qui fait qu'on se sente épaulée, on peut partager avec l'équipe si on ne se sent pas bien* » avec **une équipe à l'écoute et soutenante** « *Ils mettent tout pour que je me sente bien que*

*ce soit de façon économique, loisir, protectrice » où régnait **la confiance** « je ne peux pas travailler autrement qu'en équipe mais là j'ai vraiment senti ce soutien, je trouve que ça encore plus renforcer la confiance que j'ai en l'équipe par la suite » .*

En cas de situations difficiles, la plupart ont trouvé la possibilité de **débriefer avec ses collègues** « *Après si j'en ai besoin d'en parler ça va être avec des collègues. On a suffisamment de liens entre collègues et je me sens suffisamment en confiance avec mes collègues, et puis on se voit très souvent presque au quotidien, c'est avec elles que je débrieфе.* » et si nécessaire d'avoir recours à **la supervision** « *On a une supervision aussi à la « Maison d'Ella », c'est une fois par mois sur le staff du jeudi de 10h 30 à 12h je crois, donc là où on parle des cas qui peuvent être difficiles et puis après on essaye de mettre des choses en place » .*

### 3.9 Facteurs protecteurs personnels

#### 3.9.1 Mode de vie et entourage personnel

**L'âge et l'expérience personnelle** ont été évoqués comme facteur limitant aux répercussions négatives « *Mais j'ai l'impression que ça impacte pour beaucoup, moi non, bon il doit y avoir l'âge d'abord je dois reconnaître que moi je suis mariée, des enfants, grand-mère bon... euh j'ai déjà vécu des choses, là je sais pas si j'avais 30 ans ce qu'il se passerait ».*

**L'entourage protecteur** a été aussi une ressource évoquée par plusieurs professionnelles « *on a des ressources extérieures pour pouvoir poser ça, comme je disais, des amis, des collègues ou une supervision. On peut quand même discuter de ça. Moi si j'ai pas d'espace ailleurs, ça serait compliqué pour moi »* avec lequel elles pouvaient **discuter et débriefer** « *Alors si je parle quand même beaucoup du coup avec mon mari. Quand j'ai commencé à la « Maison d'Ella », je me disais que c'est comme si je recommençais avec la prostitution, j'avais un besoin de parler, parler, parler pour désamorcer ».*

Le fait d’être **heureuse** et d’avoir **une vie stable** a été noté aussi par certaines comme un facteur protecteur « *Voilà je suis installée, je me suis mariée [...], j’ai eu deux enfants que j’aime et je suis heureuse dans ma vie* ».

### 3.9.2 Actions à mener sur le plan personnel afin de limiter les répercussions

Ajouté à la stabilité personnelle, certaines professionnelles ont noté qu’avoir une **bonne hygiène de vie** était protecteur « *Mais je pense, enfin moi je j’accorde vraiment une importance primordiale à avoir une stabilité un cadre de vie très sain à côté* » avec notamment **la pratique du sport** « *Et puis après dans ma vie personnelle je prends assez souvent soin de moi que ce soit par le sport [...] que ce soit juste aller 1h toute seule à un café et me poser avec un bouquin qui me plaît* ».

Dans le même ordre d’idée, le fait de **se divertir et prendre soin de soi** a également été mentionné « *il faut continuer à avoir le temps de faire d’autres choses et de se connecter à des choses belles pour que notre cerveau puisse intégrer autre chose (sourire et petit rire) que des abus, des incestes, les violences physiques sur les femmes, sur les enfants parce que sinon on vit que là-dedans* ».

Certaines ont expliqué qu’avoir **un suivi psychologique personnel** était protecteur voire même indispensable « *je vois régulièrement ma psy et je trouve que ça aide beaucoup et je trouve en général, moi je pense toujours que c’est quand même fondamental pour quelqu’un qui intervient auprès de l’autre d’avoir cette présence envers soi-même, d’être vigilant et de faire tout ce qu’on peut faire pour veiller à ce qu’on soit bien parce que si on n’est pas bien on ne peut pas donner aussi aux autres* ».

**Prendre conscience** de ce qui se passe pour soi « *J’essaye de le conscientiser au maximum, voilà* » et tenter de **l’accepter** « *Donc on voit que des fois ça prend un peu le pas sur le privé mais il faut rester vigilant et on se forme à ça petit à petit, on apprend à le repérer, on apprend à y prêter attention et à l’accepter aussi* » avec **la méditation** par exemple « *c’est un peu comme la méditation pleine conscience, je crois, qu’il faut vraiment apprendre à l’accepter, c’est là, et puisque c’est là ben je l’accepte et comment je le gère* » ont été, pour finir, des pistes souvent évoquées pour limiter des répercussions négatives.

## 4 Discussion

### 4.1 Forces et limites

L'exploration du traumatisme vicariant chez les professionnels travaillant auprès de femmes victimes de violences est une thématique peu explorée en France, ce qui rend ce travail original. S'intéresser à une structure pluridisciplinaire comme la « Maison d'Ella », prenant en charge les victimes de violence sur le modèle de la « Maison des Femmes de Saint-Denis » promu par les recommandations, apportait un intérêt supplémentaire à cette étude.

Le double objectif, s'intéresser au VT tout en explorant le vécu avant et après intégration dans ce type de structure a permis de faire ressortir les forces et améliorations possibles dans la prévention de la traumatisation secondaire.

En combinaison au travail d'Emma FABRE réalisé en miroir portant sur la victimisation secondaire des femmes victimes de violences et l'impact ressenti de la prise en charge dans une structure pluridisciplinaire telle que la ME permettra une complémentarité intéressante des résultats avec les différents points de vue des professionnels et des patientes.

De plus, l'atteinte de la saturation des données et le double codage, avec validation par la directrice de recherche en cas de désaccord permettaient d'assurer une bonne validité interne à cette étude.

La population interrogée était diversifiée en termes d'âge, d'expérience et de type de professionnels. Néanmoins, une des limites est que ces résultats ne sont peut-être pas extrapolables à l'ensemble de la population prenant en charge des victimes de violences. En effet, le recrutement fait par volontariat et uniquement à la ME fait que tous les participants étaient des femmes, engagées ou militantes dans la lutte contre les violences faites aux femmes et donc non représentatifs des professionnels dont l'activité n'est pas dédiée à cet effet.

Par ailleurs, si les professionnelles ne connaissaient pas forcément le terme de traumatisme secondaire ou de traumatisme vicariant, toutes étaient sensibilisées aux répercussions possibles de leur exercice.

Une autre limite a été celle inhérente à la pandémie de COVID-19, entraînant des difficultés de recrutement : la première phase de présentation de l'étude en présentiel a permis un recrutement plus facile que celui par email. Les entretiens, initialement prévus en face à face, ont dû en partie se dérouler par visioconférence : des problématiques techniques ont pu entraîner des pertes d'informations et diminuer l'apport des relances et de la communication non verbale. Un biais de mémorisation n'a pu non plus être écarté.

Enfin, la ME étant une petite structure, le biais de désirabilité sociale n'a pas pu être évité. D'autre part certaines, du fait de leur différence de statuts (bénévoles, salariées, prestataires venant d'autres structures, ...), ont hésité à participer à cette étude ne se sentant pas forcément légitime.

## 4.2 Analyse

La plupart des professionnelles ont reconnu un impact de leur travail. Certaines n'avaient cependant pas le même discours. Initialement, les plus expérimentées niaient un impact de leur travail sur elle-même mais au cours de l'entretien des aspects relatifs au VT finissaient par émerger.

L'écoute des récits des violences vécues par les victimes étaient une expérience non anodine pour la plupart des professionnelles de la « Maison d'Ella », qui reconnaissaient des répercussions personnelles, professionnelles ou sur leurs relations aux autres. Ces répercussions sont connues dans la littérature et sont classées en fonction des auteurs dans différents concepts comme le burnout, le traumatisme vicariant ou le stress traumatique secondaire.

Sur le plan professionnel, il existait une vraie remise en question de soi en tant que professionnel ou concernant l'activité elle-même (44).

Face à des situations difficiles, certaines des professionnelles ressentait un sentiment d'illégitimité, une perte de confiance en leur capacité d'aider les victimes qui les amenaient à s'interroger sur leur pratique voire d'envisager une cessation d'activité. Le suivi long, la difficulté des récits, la charge de travail semblaient aggraver cet impact (39,45).

De plus, ne pas arriver à maintenir une distance dans la relation victime-professionnel ou entre vie privée et professionnelle était un facteur aggravant voir déclenchant (46).

Pour limiter ces répercussions, certaines ont réduit leur activité professionnelle ou l'ont diversifiée afin de diminuer leur exposition à la violence, ces adaptations étant des facteurs connus pour limiter la survenue d'un traumatisme secondaire (44).

Sur le plan personnel, les professionnelles rapportaient différents types de conséquences : certaines étaient plutôt immédiates, d'autres s'inscrivant sur le long terme.

A court terme, les récits des victimes provoquaient diverses émotions négatives comme la colère, l'impuissance ou même la sidération (44). Parfois, l'impact était tel qu'ils entraînaient des répercussions physiques et psychologiques sur la santé du professionnel. FIGLEY appelle ce phénomène la contagion traumatique (24). A travers l'écoute de l'histoire des victimes, les professionnelles vivaient le même traumatisme : ainsi, beaucoup rapportaient des symptômes de stress aigu comme des troubles du sommeil, des ruminations, un envahissement psychique ou une intrusion de la pensée et certaines même des éléments rappelant l'état de stress post traumatique avec une hypervigilance et des reviviscences. Ce phénomène est souvent rapporté dans la littérature au concept de STS défini par FIGLEY et STAMM comme un état de détresse psychologique pour le praticien dont les symptômes sont similaires au PTSD (24,30). Souvent consécutif à un événement, il se manifeste assez rapidement.

Quelques professionnelles suspectaient même un lien entre les récits qui les avaient impactés avec une poussée de leur maladie chronique ou encore à leur consommation de substance addictive comme le tabac (44).

A plus long terme, il semblait exister un impact sur leur relation aux autres et au monde. L'exposition aux récits de violences donnait une impression d'omniprésence dans la

société, modifiant la vision du monde des professionnelles ce qui engendrait des adaptations dans leur comportement ou leur manière de penser (27,44,46–48). Par exemple, beaucoup ont noté une vigilance et une méfiance exacerbée auprès des hommes. Ces modifications de la perception du monde ont été retrouvées dans plusieurs travaux et s'apparentent plutôt au concept de VT. En effet, le VT d'après PEARLMANN se définit comme une transformation négative de l'expérience intérieure du professionnel. Les perturbations sont d'apparition progressive, insidieuses et touchent leur identité, leur spiritualité, leur façon de penser et de voir le monde (27).

Leur vie sociale et familiale s'en retrouvait donc impactée. Par exemple, dans leur parentalité, beaucoup rapportaient des inquiétudes concernant l'éducation et la protection de leur enfant contre cette violence. Leur vie intime et leur sexualité ont aussi été atteintes : beaucoup de questionnements naissent sur l'identité, leur rapport à leur partenaire, le consentement ou encore sur les pratiques sexuelles. Plusieurs études retrouvaient cette notion d'impact de la vie professionnelle sur la vie intime (44,46). Travailler auprès de victime de violences modifie donc les relations avec l'autre, que la personne soit inconnue ou faisant partie de l'entourage.

Paradoxalement, l'exposition répétée à des récits de violences et l'expérience dans la prise en charge des victimes étaient protectrices. Cette notion ressortait dans le discours des professionnelles interrogées les plus âgées. En effet celles qui n'avaient pas constaté de répercussions majeures dans leur vie étaient surtout les plus expérimentées sur le plan professionnel mais aussi personnel.

Il est probable qu'il y ait aussi un biais de mémorisation ou une minimisation. Lors de la suite de l'entretien, l'une a finalement reconnu un changement dans la perception du monde, de la société et de l'homme que l'on peut lier à des symptômes du VT. L'autre professionnelle a indiqué avoir eu une difficulté à maintenir une distance professionnelle adaptée ayant entraîné un mélange entre vie professionnelle et privée. Néanmoins, elles retenaient un aspect plutôt positif de leurs expériences sur le long terme.

L'expérience comme facteur limitant les répercussions est connu dans la littérature (44–46), permettant d'appréhender les choses de manières différentes et probablement d'avoir un éventail plus large de gestion de ses propres émotions.

Le mécanisme du traumatisme vicariant ou encore de la traumatisation secondaire semble passer par la régulation des émotions. C'est ce qu'explique DECETY dans ses recherches sur l'empathie (36). Une des composantes fonctionnelles essentielles de l'empathie est la régulation des émotions qui permet notamment d'éviter d'être submergé par les pensées et émotions d'autrui.

Elle permet d'influer sur son ressenti par différents mécanismes, décrits par GROSS, dont la réévaluation cognitive (49,50). Il s'agit d'un processus cognitif permettant d'ajuster la situation en l'évaluant tout en prenant du recul sur les émotions. Elle dépend aussi des antécédents émotionnels de la personne (49–51).

On rejoint alors l'hypothèse posée dans plusieurs travaux (44–46,51) : par les expériences personnelles et professionnelles, les praticiens développent plus de stratégies de régulation des émotions et seraient donc moins à risque d'avoir des répercussions négatives de leur travail auprès de victime de violence.

De plus l'écoute et l'accompagnement de personnes traumatisées ont permis à plusieurs professionnelles une remise en question et une introspection considérées parfois comme bénéfiques par les professionnels (27,48).

La satisfaction professionnelle et l'impact professionnel positif renforcent leur sens du travail, limitant le risque de burnout.

Cela pourrait s'expliquer aussi sur la résilience, processus qui permet de dépasser les traumatismes vécus, de les accepter et de se reconstruire.

*« Apprendre à résister aux traumatismes en faisant appel à la confiance enfouie en chacun de nous et qui tarde parfois à s'exprimer. C'est un refus de la résignation à la fatalité du malheur. C'est l'art de naviguer dans les torrents ». (Boris CYRULNIK) (52)*

L'expérience permettrait alors d'avoir une résilience plus développée, y compris via l'expérience professionnelle par le phénomène de résilience vicariante. En effet, l'apprentissage via le suivi de victimes qui trouvent des clés pour s'en sortir, qui s'adaptent, pourrait servir de modèle aux professionnels comme le constate une étude qualitative de 2019 réalisée auprès de psychologues (48). Cette résilience vicariante pourrait être une piste pour expliquer les résultats contradictoires des études concernant l'antécédent de

violences chez le professionnel comme facteur aggravant (39,40) ou protecteur (45,53,54) du traumatisme vicariant. On peut supposer qu'en fonction du rapport qu'entretient le professionnel avec son traumatisme passé, il pourra être plus facilement influencé par le récit de la victime ou au contraire apporter un soutien plus solide et être aidé par sa résilience.

Certaines professionnelles ont vécu ce qu'elles nomment un traumatisme vicariant avec une détresse intense, des pensées modifiées et une construction psychique qui ne leur appartenait pas.

Face à cette intrusion, ces professionnelles connaissant la notion de traumatisation secondaire et son fonctionnement ont rapidement pu s'en défaire seule ou en sollicitant des collègues et d'autres professionnels attachés à la ME.

Cette connaissance et la pluridisciplinarité de la ME semblent être essentielles pour les professionnel.le.s travaillant auprès de personnes traumatisées.

La majorité des professionnelles de la ME a considéré cette pluridisciplinarité comme protectrice et enrichissante pour leur pratique. Ce mode de fonctionnement a été perçu comme sécurisant et bienveillant avec une équipe soutenante et à l'écoute.

Ce modèle de prise en charge pluridisciplinaire en un lieu unique est recommandé pour les femmes victimes de violence. D'ailleurs d'autres structures arrivent en France, la « Maison de Soie » à Brive a ouvert ses portes en novembre 2020 et une nouvelle maison des femmes est en projet à Marseille.

Il est très intéressant de constater que ce fonctionnement tout en permettant une offre de soins centralisée pour les patientes, est aussi bénéfique pour les professionnels.

Les professionnels sont spécialisés dans les violences et formés au traumatisme vicariant, ils ont accès à une supervision avec des débriefings. Ces éléments permettent de prévenir le VT, ce qui est confirmé par de nombreuses études (40,44,45,55).

Un des intérêts à travailler dans ce genre de structure est la prévention du VT, même s'il apparaît important de varier son activité professionnelle et de limiter ses heures de travail.

Il est essentiel d'inclure la coordination à la pluridisciplinarité, en effet certaines professionnelles ont évoqué qu'une importante pluridisciplinarité sans organisation risquait d'être délétère pour le professionnel créant un manque de clarté. La coordination

est d'ailleurs l'une des compétences requises par l'IGAS dans son rapport pour la prise en charge des femmes victimes de violences (13).

Le modèle de prise en charge que propose la ME est intéressant pour les patientes, les professionnels y travaillant et également pour tous les autres professionnels intervenant auprès des victimes y compris les médecins généralistes. En effet, ces derniers peuvent s'appuyer sur ces structures pluridisciplinaires facilitant l'orientation, la prise en charge des victimes et limitant ainsi la traumatisation secondaire.

Si la complexité de la prise en charge semble justifier le développement de ce type de structure, elles restent encore trop peu nombreuses et la prise en charge reste souvent réalisée par des professionnels isolés et non formés.

Les recommandations de la HAS incitent au dépistage systématique des femmes victimes de violences par les médecins généralistes et par tous les professionnels de santé. Ce dépistage systématique des violences conduit inévitablement à une prise en charge plus importante des femmes victimes de violences, ce qui est nécessaire mais qui expose à un risque de traumatisation secondaire plus important chez un public professionnel souvent non spécialisé, non sensibilisé au VT et isolé.

En effet, ces professionnels n'ont pas forcément accès à la supervision ou à des débriefings que peut offrir le travail en structure pluridisciplinaire.

Les médecins généralistes ayant une place essentielle dans le dépistage, l'orientation et le suivi des victimes de violences, on peut s'interroger sur leur risque de développer un traumatisme secondaire. Une étude sur le VT chez les médecins généralistes pourrait être intéressante.

La médecine générale dispose d'ailleurs de certains atouts dans la prévention du VT. Contrairement à la ME où la clinique est répétitive et centrée sur les violences faites aux femmes, les motifs de consultations en médecine générale peuvent être très variés et donc les récits de violences moins fréquents. Cette diversité de l'activité en médecine générale est un élément protecteur du traumatisme secondaire. De plus avec l'évolution de la pratique au fur et à mesure des années, les MG pensent davantage à l'aménagement de leur emploi du temps afin de profiter de leur vie privée et ils renforcent leurs réseaux,

comme le montre ce travail de thèse réalisé en 2016 auprès de MG dans les Alpes-Maritimes (56).

Ces différents facteurs sont intéressants et participent à la prévention du VT mais ne sont probablement pas suffisants pour exclure l'apparition d'un traumatisme secondaire d'autant que le MG peut être exposé à d'autres formes de violences et de traumatismes chez un public plus large.

Afin de sécuriser les professionnels de santé et d'améliorer le dépistage, il apparaît nécessaire de proposer des actions de sensibilisation au VT et de s'appuyer sur un réseau de professionnels spécialisés dans l'accompagnement de victimes permettant d'orienter au mieux les patientes et de débriefer lorsque cela est nécessaire. Le débriefing peut aussi avoir lieu pour le médecin généraliste en groupe de pairs ou groupe BALINT. Plusieurs travaux de thèse (57,59) ont montré que la participation à l'un de ses deux groupes contribuait à la prévention du BO chez les MG.

« *Transforming The Pain- A Workbook on Vicarious Traumatization* »(59) est un livre écrit Laurie Anne PEARLMAN et Karen W. SAAKVITNE afin d'aider les professionnels qui travaillent auprès de patients traumatisés. Elles y reprennent la définition du VT, expliquent les différents symptômes puis accompagnent les professionnels à contrer le VT et à retrouver un équilibre. Cela peut être un bon outil pour les professionnels.

A côté de cela, la thérapie personnelle (44,46) est aussi un facteur limitant le VT qui est tout à fait accessible à tous les professionnels.

De plus, il y a aussi tout un volet de prévention personnelle du VT que chaque professionnel peut appliquer. Il s'agit de prendre soin de soi, pratiquer une activité sportive, avoir une bonne hygiène de vie, pratiquer la médiation et se détendre (40,44,45).

## 5 Conclusion

Il apparaît dans cette étude que le travail auprès de patients ayant vécu des violences peut avoir des conséquences sur le praticien. Quel que soit le terme employé (BO, STS, CF ou VT), la notion de traumatisme secondaire est retrouvée chez cette population à risque. Toutes les personnes interrogées ont perçu à un moment donné des répercussions dans leur vie que ce soit sur le plan professionnel, personnel ou dans leurs relations avec les autres.

Sur le plan professionnel, une perte de confiance en soi et un sentiment d'illégitimité ont pu être constatés entraînant des remises en question sur leur activité et leur place en tant que professionnel.

Sur le plan personnel, de nombreuses émotions négatives telle que la colère, la peur et la détresse ont pu être ressenties. Certaines ont décrit un retentissement physique et psychologique avec un épuisement, des troubles du sommeil et des poussées de maladie chronique. Un impact cognitif a aussi été remarqué avec notamment des schémas de pensées modifiés.

Que ce soit au niveau amical ou familial, la relation aux autres a été impactée ainsi que la perception du monde. L'impression d'une violence omniprésente causée majoritairement par des hommes a pu générer au fil du temps des modifications de comportement avec les autres et avec les hommes.

Ces impacts sont multiples et non négligeables avec des facteurs favorisants tels que la surcharge de travail ou encore le manque d'expérience.

Les répercussions ne sont pas uniquement négatives, il est apparu que les professionnels pouvaient aussi développer une grande satisfaction professionnelle et s'épanouir dans leur travail notamment lorsque leurs patientes arrivaient à dépasser leurs traumatismes et à s'en sortir.

Ce travail a permis également de repérer des facteurs protecteurs personnels comme le fait de prendre soin de soi et professionnels tels que la diversité, la réduction de l'activité et la pluridisciplinarité.

Le travail pluridisciplinaire de la ME participe à la prévention du traumatisme secondaire et ce type de structure mérite d'être développé.

Il est également important que les médecins généralistes, acteurs aussi dans la prise en charge des victimes de violences, soient sensibilisés au concept de traumatisme secondaire afin de pouvoir le reconnaître, ainsi que le prévenir comme en participant à des groupes d'analyse de pratique ou BALINT et en adaptant leur mode d'exercice. Le médecin généraliste devrait également pouvoir s'appuyer sur un réseau formalisé de professionnels afin d'améliorer l'orientation et la prise en charge complexe des victimes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. MIPROF. Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018. nov 2019 ;
2. Observatoire étudiant des violences sexuelles et sexistes dans l'enseignement supérieur. (page consultée le 16 oct 2020). Paroles étudiantes sur les violences sexuelles et sexistes - Rapport complet. 12 oct 2020, [en ligne]. <https://observatoire-vss.com/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-complet-de-lObservatoire.pdf>
3. MIPROF. Violences envers les femmes, la formation des professionnel-le-s : Le livret d'accompagnement du court métrage « Anna ». 2019.
4. Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. 2ème édition. Malakoff : Dunod ; 2018.
5. Niewiadomski C, Courbet LP, Seret I. Traumatisme. In : Dictionnaire de sociologie clinique. ERES ; 2019. p. 666-8.
6. Fossard O, Lahya S. Le psychotrauma complexe : diagnostic et prise en charge. Rhizome. 2018 ; N° 69-70(3) : 12-12.
7. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 15 oct 2019) Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple COMMENT AGIR. 2019 juin, [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_femmes\\_violence\\_agir\\_092019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf)
8. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 15 oct 2019) Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple COMMENT REPÉRER - ÉVALUER. 2019 juin, [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_femmes\\_violence\\_reperer\\_092019.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_reperer_092019.pdf)
9. Bes De Berc A, Guessoum Y, Leveque C. Femmes victimes de violences sexuelles - Une étude qualitative sur les freins ressentis à une prise en charge en médecine générale. Exercer. 2020 fev ; 160 : 52-8.
10. Lazimi G. Repérage et accompagnement par le médecin généraliste des femmes victimes de violences. La Revue de l'Infirmière. 2014 nov ; 63(205) : 25-7.
11. Cohen L, Durantou N, Hervé L, Laborde F, Rauscent N, Rossignol L. (page consultée le 27/10/2020). Rapport d'informations fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur les violences faites aux femmes. 2018 juin, [en ligne]. <https://www.senat.fr/rap/r17-564/r17-5641.pdf>

12. Géry Y. Santé des femmes victimes de violences. *La santé en action*. 2017 mars ; 439 : 45-7.
13. Inspection Générale des Affaires Sociales. (page consultée le 27/10/2020). La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation. 2017 mai, [en ligne]. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-001R.pdf>
14. CACIS Centre Accueil Consultation Information Sexualité. (page consultée le 03/11/2019). Maison d'Ella, [en ligne]. [http://cacis-pro.fr/?page\\_id=850](http://cacis-pro.fr/?page_id=850)
15. Rapport d'activité Maison d'Ella. 2019.
16. Crumpei I, Dafinoiu I. The relation of clinical empathy to secondary traumatic stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012 ; 33 : 438-42.
17. Auxenfants-Bonord E. 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 de doctorat en médecine : Lille : 2017 ; [en ligne]. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e14f9c8e-de7a-40bf-9b4b-74562bcaeacc>
18. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 13/02/2021). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. 2017, [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche\\_memo\\_burnout.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf)
19. Salembier-Trichard A. Epuisement professionnel, burn out. *Information psychiatrique*. 2019 mai 5 ; 95(5) : 311-5.
20. Derdour-Campos J. La fatigue de compassion: état des lieux des connaissances, aspects cliniques: enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral. Thèse de doctorat en médecine : Caen : 2018 ; [en ligne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02044005/document>
21. Maslach C. The burn out syndrom. In : *Burnout : The Cost of Caring*. ISHK ; 2003. p. 1-24.
22. Maslach C. (page consultée le 10/10/2020). Test d'inventaire de Burnout de Maslach - MBI. [en ligne]. <https://www.atousante.com/wp-content/uploads/2013/06/Test-dInventaire-de-Burnout-de-Maslach-MBI.pdf>
23. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992 Avril ; 22(4) : 116-20.
24. Figley CR. Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In: *COMPASSION FATIGUE: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. 1995. p. 1-20.

25. Figley CR, Figley KR. Compassion Fatigue Resilience. Seppälä EM, Simon-Thomas E, Brown SL, Worline MC, Cameron CD, Doty JR, éditeurs. Vol. 1. Oxford University Press ; 2017.
26. Borenstein M. Fatigue compassionnelle et traumatisme vicariant chez les soignants. Soins Pédiatrie/Puériculture. 2018 sept ; 39(304) : 13-5.
27. Perlman LA, Saakvitne K. Trauma and the Therapist - Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. Norton. 1995.
28. Bouvier G. Les traumatismes vicariants : définition, contexte et propositions de prise en charge. European Journal of Trauma & Dissociation. 2019 sept 1 ; 3(3) : 163-9.
29. Richardson J. Guide sur le traumatisme vicariant : solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence. 2001.
30. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. 2010 ;
31. Goundiss M. Le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des urgentistes. Master en sciences psychologiques : Liège : 2016.
32. Edelkott N, Engstrom DW, Hernandez-Wolfe P, Gangsei D. Vicarious resilience: Complexities and variations. American Journal of Orthopsychiatry. 2016 ; 86(6) : 713-24.
33. Rogers CR. A Way of Being. Houghton Mifflin Harcourt ; 1995.
34. Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». Recherche en soins infirmiers. 2009 Sept ; 98(3) : 28-31.
35. Decety J. Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. Revue de neuropsychologie. 2010 ; 2(2) : 133-44.
36. Decety J. L'empathie en médecine. Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique. 2020 févr 1 ; 178(2) : 197-206.
37. Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A. Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. Journal of Loss and Trauma. 2007 mai 7 ; 12(3) : 259-80.
38. O'Mahony S, Ziadni M, Hoerger M, Levine S, Baron A, Gerhart J. Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service. Am J Hosp Palliat Care. 2018 févr ; 35(2) : 343-7.
39. Pearlman LA, Mac Ian PS. Vicarious Traumatization: An Empirical Study of the Effects of Trauma Work on Trauma Therapists. Professional Psychology: Research and Practice. 1995 ; 26(6) : 558-65.
40. Kulkarni S, Bell H, Hartman J, Herman-Smith R. Exploring Individual and Organizational Factors Contributing to Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic

- Stress, and Burnout in Domestic Violence Service Providers. *Journal of the Society for Social Work and Research*. 2013 avr 3 ; 4 : 114-30.
41. Benuto LT, Newlands R, Ruork A, Hooft S, Ahrendt A. Secondary traumatic stress among victim advocates: prevalence and correlates. *J Evid Inf Soc Work*. 2018 oct ; 15(5) : 494-509.
  42. Bellicoso D, Trudeau M, Fitch MI, Ralph MR. Chronobiological factors for compassion satisfaction and fatigue among ambulatory oncology caregivers. *Chronobiol Int*. 2017 ; 34(6) : 808-18.
  43. Boscarino JA, Figley CR, Adams RE. Compassion Fatigue Following the September 11 Terrorist Attacks: A Study of Secondary Trauma among New York City Social Workers. *Int J Emerg Ment Health*. 2004 ; 6(2) : 57-66.
  44. Cohen K, Collens P. The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious trauma growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. nov 2013 ; 5(6) : 570-80.
  45. Bober T, Regehr C. Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma: Do They Work?. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2005 ; 6(1) : 1-9.
  46. Goldblatt H, Buchbinder E, Eisikovits Z, Arizon-Mesinger I. Between the Professional and the Private: The Meaning of Working With Intimate Partner Violence in Social Workers' Private Lives. *Violence Against Women*. 2009 mars ; 15(3) : 362-84.
  47. Salston M, Figley CR. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *J Traum Stress*. 2003 avril ; 16(2) : 167-74.
  48. Michalchuk S, Martin SL. Vicarious resilience and growth in psychologists who work with trauma survivors: An interpretive phenomenological analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*. juin 2019 ; 50(3) : 145-54.
  49. Gross JJ, John OP. Wise emotion regulation. In : Barrett LF, Salovey P, éditeurs. *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence*. New York, NY : The Guilford Press ; 2002. p. 297-319.
  50. Gross JJ, John OP. Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003 août ; 85(2) : 348-62.
  51. Christophe V, Antoine P, Leroy T, Delelis G. Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. *European Review of Applied Psychology*. 2009 janv 1 ; 59(1) : 59-67.

52. Robertson G. XIXèmes journées d'études 2005 La Résilience. Recherche en soins infirmiers. 2005 ; N° 82(3) : 3-3.
53. Benatar M. A qualitative study of the effect of a history of childhood sexual abuse on therapists who treat survivors of sexual abuse. Journal of Trauma & Dissociation. 2000 ; 1(3) : 9-28.
54. VanDeusen KM, Way I. Vicarious trauma: an exploratory study of the impact of providing sexual abuse treatment on clinicians' trust and intimacy. J Child Sex Abus. 2006 ; 15(1) : 69-85.
55. Zawieja P. Fatigue compassionnelle : quand l'empathie se retourne contre le soignant. Soins Cadres. 2017 sept ; 26(103) : 59-61.
56. Chevalier J. Évolution des conditions de travail en médecine générale : points de vue de médecins généralistes installés depuis au moins 10 ans dans les Alpes-Maritimes, recueillis lors d'entretiens individuels. Thèse de doctorat en médecine : Nice : 2016.
57. Liegeois A, Georget M. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019 : existe-t-il un lien?. Thèse de doctorat en médecine : Bordeaux : 2019.
58. Mangen MH. Etude du Burn Out chez les médecins généralistes luxembourgeois. Thèse de doctorat en médecine : Paris 6 : 2007.
59. Pearlman LA, Saakvitne K. Transforming The Pain. A Workbook on Vicarious Traumatization. W.W. Norton Company. 1996.

## ANNEXES

### Annexe N°1 : Fiche d'information à destination des professionnels de la ME

#### Fiche d'information

Avant de vous demander si vous consentez à participer à ce projet de recherche, je vais vous présenter des renseignements sur cette étude et sur ce qui est attendu de votre participation. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles pour bien comprendre ces renseignements.

Je m'appelle Marie Duffieux, je suis médecin généraliste remplaçante.

Mon travail de thèse vise à explorer le vécu des professionnels travaillant auprès des femmes victimes de violences et les répercussions possibles sur leur vie et sur leur santé.

Votre participation consiste à réaliser un entretien individuel de 45 minutes environ au cours duquel nous aborderons votre vécu, votre ressenti en tant que professionnel travaillant auprès de ces femmes traumatisées et des répercussions possibles de ce travail et de cet engagement dans votre vie de manière générale.

Si certaines des questions vous mettent mal à l'aise ou que vous ne souhaitez pas en parler vous pouvez refuser d'y répondre sans avoir besoin de vous justifier, voire interrompre l'entretien si vous le souhaitez.

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et de vous en retirer à tout moment sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si vous mettez fin à votre participation le matériel et les données que vous aurez fournies seront détruits immédiatement, à moins que vous ne nous autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait.

Puisqu'en recherche, les chercheurs sont tenus de protéger la vie privée des participants, voici les mesures qui seront appliquées pour assurer la confidentialité du matériel et des données :

Durant la recherche, votre nom sera remplacé par une lettre et un chiffre, et par un pseudonyme que vous pouvez choisir.

Tout le matériel de la recherche, la fiche de données et les enregistrements seront conservés sous clé.

Les données en format numériques seront conservées sur des ordinateurs protégés par des mots de passe.

Seules les deux investigatrices et la directrice de recherche auront un accès aux données collectées.

Lors de la diffusion des résultats, les noms des participants n'apparaîtront dans aucun rapport et les résultats de la recherche seront anonymes.

Tout le matériel et toutes les données seront détruits, au plus tard dans 24 mois.

Par ailleurs, nous vous signalons que nous n'avons pas de financement pour cette étude et que nous n'avons pas de conflit d'intérêt. Vos données ne seront pas transférées hors de l'Union Européenne.

Je vous invite à me poser toute question qui n'aurait pas trouvé réponse dans cette fiche d'information.

Nous vous ferons parvenir, si vous le souhaitez, les résultats de l'étude.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés) et d'une demande d'avis au comité d'éthique.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) mis en œuvre le 8 mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez nous contacter aux coordonnées suivantes :

Marie Duffieux 06-XX-XX-XX-XX xxx@gmail.com

## Annexes n°2 : Guide d'entretien

### Guide d'entretien

Bonjour,

*Je vous remercie d'accepter de participer à mon travail de thèse. Ma thèse vise à explorer le vécu des professionnels travaillant auprès des femmes victimes de violence et les répercussions possibles sur leur vie et leur santé autrement dit le vécu du traumatisme vicariant.*

*Si vous souhaitez faire une pause pendant l'entretien, ne pas répondre à une question ou encore interrompre la rencontre, n'hésitez pas à me le dire, il n'y a aucune obligation. L'entretien est enregistré mais anonyme. Dans le cas où cet entretien ferait ressortir un mal être, n'hésitez pas à contacter votre médecin généraliste ou votre médecin du travail pour en discuter. Est-ce que ces conditions vous conviennent et êtes-vous d'accord pour participer à cette étude ?*

### 1<sup>ère</sup> partie :

**Quel a été votre parcours professionnel *et/ou* personnel qui a vous conduit à travailler avec des patientes victimes de violence ?**

**Pendant ces années d'accompagnement de victimes de violence, quelles sont les difficultés que vous avez pu ressentir ? De quelles manières ?**

*Quel a été votre ressenti à ce moment-là ?*

**Quelles ont été les conséquences sur le plan professionnel de ces situations compliquées ? En quoi ça a changé votre façon de travailler ?**

**Quelles ont été les conséquences sur votre vie personnelle ?**

*Quel en a été l'impact ?*

**Quelles ont été les conséquences sur votre santé ?** *Avez-vous consulté davantage de médecins, quelles étaient les conclusions ?*

**Quelles ont été les conséquences sur votre relation avec les autres ?**

**Qu'avez-vous mis en place afin d'y remédier ?**

2<sup>ème</sup> partie :

Maintenant vous travaillez depuis presque un an à la maison d'Ella. **Pourquoi avoir choisi cette structure ?**

**Quels aspects diffèrent par rapport à votre pratique antérieure ?**

**Concernant les difficultés que nous avons déjà évoquées, avez-vous ressenti les mêmes choses depuis que vous travaillez ici ?**

*« si oui → Lesquelles ? / si non → Pourquoi à votre avis ? »*

**Quelles mesures pourraient être prises à la maison d'Ella pour limiter ces répercussions ?**

On a évoqué tout au long de l'entretien les conséquences, les répercussions de votre travail sur votre vie de manière générale et votre santé. **Est-ce que vous auriez des choses à rajouter que l'on n'aurait pas évoqué ? Que pourriez-vous rajouter sur ce sujet ?**

**Que pouvez-vous rajouter sur les répercussions du travail auprès de victimes de violences sur la vie personnelle et la santé des soignants ?**

*Et pour terminer le traumatisme vicariant, est-ce une notion que vous connaissiez ?  
Vous vous sentez-vous concerné(es) ?*

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

## RESUME

**TITRE :** Vécu du traumatisme vicariant chez les professionnels de la « Maison d’Ella » à Bordeaux ; structure pluridisciplinaire travaillant auprès des femmes victimes de violences

**CONTEXTE :** La prise en charge des victimes de violence représente un axe de prévention majeur de santé publique. De nombreuses recommandations, dont celle de la Haute Autorité de Santé de 2019, encouragent les professionnels de santé à dépister systématiquement les violences. Cependant, peu d’attention est encore portée aux conséquences possibles de ce dépistage sur les professionnels : le traumatisme vicariant, la fatigue de compassion ou encore de stress traumatique secondaire. **OBJECTIFS :** L’objectif principal de cette étude est d’explorer le traumatisme vicariant chez les professionnels travaillant dans une structure pluridisciplinaire auprès de femmes victimes de violences ainsi que l’intérêt de travailler dans une structure pluridisciplinaire dans sa prévention. **MATERIEL ET METHODE :** Des entretiens semi dirigés ont été réalisés courant 2020 auprès des professionnels travaillant à la « Maison d’Ella » à Bordeaux. Après recueil de leur consentement, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Le verbatim a ensuite été double codé et analysé par théorie ancrée. **RESULTATS :** Les soignants ont tous rapportés un impact sur les plans personnel, interpersonnel et professionnel de leur travail auprès de victimes de violences. Sur le plan personnel, il était source d’émotions négatives, des conséquences psychosomatiques ou encore de troubles du sommeil ou d’épuisement, avec parfois un impact cognitif avec une modification de leur schéma de pensée. Sur le plan interpersonnel, ils soulignaient un rapport aux hommes modifiés, une modification de leur vision du monde et de leur sexualité ainsi que sur leur rapport à leur entourage. Professionnellement, cela les conduisait à des remises en question sur leur place en tant que professionnel ou à adapter leur pratique. Certains soulignaient aussi des répercussions positives entraînant une satisfaction et un épanouissement dans leur vie professionnelle. Les soignants précisaient que certains facteurs pouvaient être protecteurs ou aggravant, et le travail en structure pluridisciplinaire semblait permettre de limiter cet impact vicariant. **CONCLUSION :** L’impact vicariant semble toucher tous les professionnels travaillant auprès de victimes de violences. La sensibilisation au concept, le travail en coordination, le soutien interprofessionnel et la diversification des activités sont à promouvoir pour en limiter l’impact.

**Mots clés :** soins primaires, violences, traumatisme vicariant, fatigue de compassion, stress traumatique secondaire, résilience vicariante, impact vicariant

## ABSTRACT

**TITLE:** Experience of the vicarious trauma endured by the professionals from “Maison d’Ella” in Bordeaux; a multidisciplinary structure working with women victims of violence.

**BACKGROUND:** Caring for the victims of violence represents a major public health prevention axis. Numerous recommendations, including the one from the Haute Autorité de Santé (HAS) in 2019, encourages health professionals to systematically detect the violence. Nevertheless, little attention is yet to be paid to the possible consequences of this screening on the professionals: the vicarious trauma, the compassion fatigue or the secondary traumatic stress.

**OBJECTIVES:** The main objective of this study is to explore the vicarious trauma endured by the professionals who work in a multidisciplinary structure with women victims of violence, as well as the benefits of working in a multidisciplinary structure to prevent it. **MATERIAL AND METHOD:** During the course of the year 2020, semi-directed interviews have been conducted with professionals working at “Maison d’Ella” in Bordeaux. After obtaining their consent, the interviews have been entirely recorded and transcribed. The verbatim record has then been double coded and analyzed through grounded theory. **RESULTS:** The healthcare professionals have all reported the fact that their work with victims of violence has had an impact on them on the personal, interpersonal and professional level. On the personal level, it was a source of negative emotions, psychosomatic consequences, or even sleeping disorders or exhaustion, with sometimes a cognitive impact through a modification of their thinking patterns. On the interpersonal level, they highlighted a modified relation to men, a modification of their view of the world and of their sexuality, as well as of their relationships with others. Professionally, it led them to question their role as professionals or to adapt their practice. Some emphasized positive repercussions which led to satisfaction and thriving in their professional lives. The healthcare professionals specified that some factors could be protective or aggravating, and working in a multidisciplinary structure seemed to be able to limit this vicarious impact. **CONCLUSION:** The vicarious impact seems to affect every professional working with victims of violence. Awareness of the concept, coordinating work, interprofessional support and diversification of the activities are to be promoted to limit the impact.

**Keywords:** primary care, violence, vicarious trauma, compassion fatigue, secondary traumatic stress, vicarious resilience, vicarious impact