

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ
Laboratoire d'éthique médicale
Professeure Marie-France MAMZER



DIPLÔME UNIVERSITAIRE
PSYCHOTRAUMATOLOGIE

TRAUMATISME VICARIANT ET CONCEPTS RELIÉS
Revue narrative de la littérature et focus sur les interprètes professionnel-les

Mémoire présenté et soutenu le 20 octobre 2022
par Dre Caroline GRÉPINET-AYEWUBO

Jury : **Professeur Louis JEHEL**
 Monsieur Malik AIT AOUDIA

Directrice de mémoire : **Docteure Marianne KEDIA**

Sigles et acronymes

CFST	Compassion Fatigue Self-Test
CIM-11	Classification Internationale des Maladies, 11 ^e révision (ICD-11 en anglais)
CS/CFST	Compassion Satisfaction/Compassion Fatigue Self-Test
CTG	Consultation pour victimes de Torture et de Guerre
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (de l'American Psychiatric Association)
DU	Diplôme Universitaire
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ICD-11	International Classification of Diseases, 11 th revision (CIM-11 en français)
IES-R	Impact of Event Scale - Revised
MBI	Maslach Burnout Inventory
ProQOL	Professional Quality Of Life (scale)
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder (TSPT en français)
SMPR	Service de Médecine de Premier Recours
STQ	Secondary Trauma Questionnaire
STS	Secondary Traumatic Stress
STSD	Secondary Traumatic Stress Disorder
STSS	Secondary Traumatic Stress Scale
TABS	Trauma and Attachment Belief Scale
TSI	Traumatic Stress Institute belief scale
TSPT	Trouble de Stress Post Traumatique (PTSD en anglais)
TV	Traumatisme Vicariant (VT en anglais)
VT	Vicarious Trauma (TV en français)

Le concept de « traumatisme vicariant » (TV) apparaît chez les anglo-saxons au début des années 90 sous le terme « *vicarious traumatization* » dans l'article fondateur de Lisa I. McCann & Laurie A. Pearlman [1], dans un élan de contraste avec les concepts jusque-là utilisés de « *burnout* » ou de « *countertransference* ». L'historique « *cost of caring* » avait lui fait son apparition au début des années 80, décrit par Charles R. Figley, qui en 1995 publie un ouvrage sur la fatigue de compassion ou trouble de stress traumatique secondaire (*Secondary Traumatic Stress Disorder* ou *STSD*) qu'il différencie des termes de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT ou PTSD), burnout et contre-transfert. Dans un chapitre dédié à la prise en charge des thérapeutes, Pearlman & Saakvitne décrivent le TV comme une forme particulière du STSD [2]. Dans la littérature francophone, on retrouve également les termes d'usure de compassion, d'épuisement professionnel, de stress cumulatif.

À l'heure actuelle, ni le traumatisme vicariant ni la fatigue de compassion n'apparaissent dans la classification internationale des maladies (CIM-11 ou ICD-11), contrairement au « burnout » (QD85) classé dans les « facteurs influant sur l'état de santé » et au « trouble de stress post-traumatique » (6B40) qui fait partie de la catégorie de « troubles spécifiquement associés au stress » (6B40-6B4Z).

À ce jour, tous ces termes sont encore mal définis et/ou non reconnus. Ils seraient des concepts reliés qui se recouvriraient souvent. Le terme générique de « traumatisme secondaire » ou « stress traumatique secondaire » est lui généralement utilisé pour englober tous les concepts décrivant une atteinte de la santé psychique d'un professionnel travaillant avec les personnes traumatisées [3].

En 1990, McCann & Pearlman limitent le risque de TV aux thérapeutes qui prennent en charge des clients victimes de trauma. Figley parlait de familles traumatisées, puis de risque de STSD ou fatigue de compassion chez tous les professionnels qui accompagnent les personnes souffrant de PTSD, citant les travailleurs de la Croix Rouge, les médecins, les infirmiers et autres soignants. Les populations qui peuvent être affectées par le TV sont donc ultérieurement élargies à l'ensemble des professions aidant des survivants. Sont désormais cités ou présents dans les études non seulement les soignants et les intervenants de première ligne (policiers, pompiers, ambulanciers), mais aussi les travailleurs sociaux, les professionnels du système judiciaire et les défenseurs des droits des victimes. Ces corps de métiers en contact avec des personnes qui ont vécu des traumatismes en contexte de violence criminalisée, familiale ou conjugale, sont de plus en plus souvent invités à s'informer et se former et commencent à se démocratiser soutien aux pairs, supervisions, defusing et débriefing.

Dans cet éventail, semblent oubliés les interprètes. Ils sont pourtant là, à l'hôpital, dans les tribunaux, dans les services de protection de l'enfance, dans les ONG, sur les terrains de guerre. On commence seulement à entendre parler de TV au sein de la communauté des interprètes au début des années 2000, pendant le procès de la guerre des Balkans à la CPI de La Haye, puis à l'Association Internationale des Interprètes de Conférence (AIIC) [4] [5]. Mais les études restent peu nombreuses, portent sur de très petites cohortes et ne sont pas ciblées au domaine de la santé.

Ce travail de mémoire a pour but d'explorer la façon dont sont définis et mesurés le TV et ses concepts reliés, dans les professions exposées et particulièrement chez les interprètes. Il se veut un travail préparatoire à une étude de novo sur le TV chez les interprètes exerçant dans le domaine de la santé en Suisse.

CONTEXTE et JUSTIFICATION de la question

Trouver une définition précise du traumatisme vicariant (TV) et le différencier du traumatisme secondaire et de la fatigue ou usure de compassion ne sont pas chose facile [6]. Il apparaissait donc important de voir comment la littérature scientifique récente traite ces questions et comment sont évalués ces troubles. Le burnout est par contre un terme clairement distinct, reconnu et défini dans la CIM-11 comme un « épuisement professionnel résultant d'un stress professionnel chronique qui n'a pas été géré avec succès ». Il est communément évalué par l'échelle de Maslach (ou MBI) et concerne toutes les professions. Il ne sera donc plus mentionné par la suite.

Dans le cadre du D.U. de Psychotraumatologie mais aussi dans d'autres formations et colloques, j'ai eu l'opportunité d'être sensibilisée au TV. Sont citées en exemple de nombreuses professions à risque, cependant les interprètes ne sont presque jamais mentionnés.

Dans le cadre de mon exercice médical actuel auprès de patients migrants traumatisés à la Consultation pour victimes de Torture et de Guerre (CTG) aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), une des cinq unités du réseau suisse *Support for Torture Victims*, je mène la grande majorité des consultations avec l'aide d'interprètes (80% de nos patients en 2022). En situation d'entretien, j'ai déjà eu à être témoin d'émotions vécues et manifestées par des interprètes au moment de l'évocation des psychotraumatismes par le patient.

Il est certain que les interprètes sont exposés aux discours traumatiques. Au-delà de notre unité, ils naviguent entre les différents services hospitaliers, en psychiatrie, cancérologie, soins palliatifs, aux urgences, en pédiatrie. Non seulement ils sont en première ligne en étant la première écoute des récits de nos patients mais ils retranscrivent ensuite à la première personne ces parcours de vie difficiles et participent à l'annonce de diagnostics graves. La proximité culturelle pourrait également accroître le risque d'identification à la souffrance du patient.

En Suisse, 49% des interventions de l'interprétariat communautaire se fait dans le domaine de la santé [7]. Dans le domaine du soin, les interprètes jouent un rôle primordial dans l'alliance thérapeutique triadique formée avec le patient et le soignant. Ils ne peuvent être considérés comme de simples outils utilisés pour traduire mot à mot des informations d'un langage à un autre, parce qu'ils ne sont ni des machines ni de simples traducteurs, mais bien des interprètes capables de manier les nuances de langage et d'expressions. Ceci fait d'eux des collaborateurs précieux et indispensables, capables de partager en partie l'approche de la maladie qui peut différer d'une culture à une autre, moteurs de l'interaction transculturelle dans ce dialogue, maillon essentiel de la relation soignant-patient et du succès de la prise en charge.

On constate que les interprètes sont souvent eux-mêmes migrants de 1^{ère} ou 2^e génération. Les histoires traumatiques personnelles et familiales sont supposées plus fréquentes dans cette population de professionnels que dans les autres professions exposées citées en introduction. Mais les données de la littérature aboutissent à des résultats mitigés qui ne permettent d'affirmer que ces antécédents sont un facteur de risque de TV [8].

Nous partons de l'idée principale que la prévalence de TV ou traumatisme secondaire pourrait être plus élevée chez les interprètes que chez les autres professions exposées, mais qu'elle n'est à ce jour pas clairement connue. En parallèle de cette prévalence, il semblerait intéressant d'étudier les facteurs de risque et les facteurs protecteurs, et d'essayer de clarifier à quelle catégorie de facteurs appartient l'antécédent d'histoire traumatique. Sans ces données, le problème est potentiellement ignoré, les stratégies de prévention collectives et individuelles ne seront pas mises en place, ce qui pourrait entraîner un impact sur la qualité des soins.

MÉTHODE

1) Questions de recherche

Ce travail de mémoire vise à répondre à une question de recherche générale ainsi qu'à une question spécifique :

- Comment le concept de traumatisme vicariant et ses concepts reliés sont-ils abordés dans la littérature scientifique récente (définitions, échelles de mesure, prévalence) ?
- Le traumatisme vicariant et/ou ses concepts reliés ont-ils été étudiés dans des populations d'interprètes, notamment auprès de ceux intervenant dans le domaine de la santé ?

2) Hypothèses

Le TV est un terme de plus en plus entendu mais sa place par rapport au concept général de traumatisation secondaire (*secondary traumatization* ou *secondary traumatic stress* dans la littérature anglophone) reste floue et la frontière entre le TV et la fatigue ou l'usure de compassion semble toujours poreuse.

Le risque de TV chez les interprètes, pourtant en première ligne pour accueillir les récits traumatiques des patients, apparaît négligé dans la littérature spécialisée. Il ne semble pas y avoir de prévalence chiffrée ni du TV, ni de la traumatisation secondaire, ni de la fatigue de compassion, dans cette population de professionnels.

Nous explorerons ces hypothèses via une revue narrative de la littérature, une revue systématique n'étant pas réalisable dans le cadre de ce mémoire.

3) Recherche documentaire

Une recherche de la littérature a été menée sur les bases de données PubMed, Google Scholar, PsycINFO, Cairn, le catalogue de l'université de Paris Cité (Primo), la base LISSA (Littérature scientifique en santé). Différentes combinaisons de mots clés ont été utilisées, incluant les termes : *vicarious trauma*, *secondary traumatization*, *secondary traumatic stress*, *interpreter*, *health care*, *prevalence*, *scale*, *evaluation*. Par « effet boule de neige », d'autres articles non issus de la recherche originale ont été considérés quand leurs titres et résumés apparaissaient tout aussi pertinents et correspondaient aux informations recherchées pour ce travail de mémoire. Ont été inclus les articles accessibles en anglais et en français.

Pour les définitions, ont également été utilisés des ouvrages de références, notamment dans le domaine du psychotraumatisme et ceux écrits par des auteurs ayant publié de nombreux articles sur le TV.

Le terme de TV est né dans les années 1990 et le sujet arrive dans le milieu de l'interprétariat au début des années 2000. Mais, dans le but de se baser sur des données scientifiques récentes, les articles publiés avant 2012 ne sont pas retenus. Ont aussi été exclus les articles qui mentionnaient le burnout de façon exclusive.

Pour la présentation des résultats, les articles ont été organisés en trois catégories : ceux qui définissent le TV et les concepts reliés, ceux qui en mesurent l'importance et/ou la prévalence avec des échelles, et enfin ceux qui concernent spécifiquement le TV et/ou ses concepts associés chez les interprètes.

Les définitions princeps du TV et de ses concepts associés sont reprises en annexe [[Annexe 1](#)].

RÉSULTATS

TRAUMA VICARIANT

On retrouve peu d'articles qui se penchent exclusivement sur le TV.

Selon Woolhouse, le TV est un phénomène sous étudié chez les médecins de famille canadiens. En 2012, il présente des résultats d'une étude menée auprès d'une petite cohorte de dix médecins généralistes prenant en charge des femmes consommatrices de drogues illicites en utilisant des entretiens approfondis. Le thème principal mis en avant est l'impact émotionnel de leur travail : challenges, tristesse mais aussi joie. Les stratégies de coping sont l'adaptation et l'évolution de leur style de pratique, le travail en équipe, et la modification de leurs attentes. Bien que l'auteur parle de 'TV' dans son titre et introduction, il conclut avec le terme de 'fatigue de compassion, forme spécifique de burnout' [13]. En 2014, Mishori distribue un questionnaire non standardisé à des travailleurs du réseau '*asylum network of Physicians for Human Rights*' qui doivent documenter les évidences de torture et persécution aux USA : sur les 197 participants (principalement psychologues, médecins de famille et internistes), 65% répondent « non » à la question « Pensez-vous avoir expérimenté quelque forme que ce soit de TV ? ». Les facteurs de risque de TV sont le sexe féminin, la spécialité de santé mentale et le fait d'avoir effectué un plus grand nombre d'évaluations. Dans son introduction, l'auteur écrit que le 'TV' est aussi appelé 'trauma secondaire', 'stress professionnel', 'burnout' ou 'fatigue de compassion' [14]. En 2019, Newman mène une étude auprès de 135 soignants en santé mentale dans les domaines de la médecine légale et pénitentiaire en utilisant la *Vicarious Trauma Scale* et la *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) et retrouve une majorité de TV modéré ou élevé (n = 78, 57.8%, et n = 40, 29.6%, respectivement), associés au risque majoré de symptômes de TSPT, d'évitement, d'intrusion et d'hypervigilance [15].

FATIGUE DE COMPASSION

Dans sa revue méta-narrative de 2017 incluant 90 articles sur la fatigue de compassion chez les soignants, Sinclair met en avant que la santé physique, émotionnelle, sociale et spirituelle des soignants est altérée par le stress cumulatif associé à leur travail, ce qui peut avoir un impact sur la qualité des soins. Ce travail de synthèse indique qu'il est difficile de montrer la nature précise de cette fatigue de compassion et la preuve de son association avec une offre de soins bienveillants. La fatigue de compassion est mesurée dans les études avec l'échelle ProQOL (*Professional Quality Of Life scale*). Les facteurs de risque de fatigue de compassion retrouvés sont les conditions de travail, le manque de qualification et le manque d'expérience. Cependant, aucune étude ne démontre que les soignants exemplaires en termes de compassion sont plus susceptibles à la fatigue de compassion [16].

En 2020, Cavanagh propose une revue systématique et méta-analyse sur la fatigue de compassion chez les soignants incluant 71 articles. La fatigue de compassion est retrouvée chez tous les sous-groupes de professionnels de santé étudiés avec des prévalences très variables. Les relations avec les données démographiques, personnelles et/ou professionnelles, notamment les années d'expérience et la spécialité, ne sont pas statistiquement significatives voire contradictoires. L'instrument de mesure de référence utilisé pour la fatigue de compassion est l'échelle ProQOL [17].

TRAUMA SECONDAIRE

On retrouve plus d'études abordant exclusivement le concept de trauma secondaire.

Hensel publie en 2015 une méta-analyse de 38 études sur les facteurs de risque de stress traumatique secondaire. Ce thème historique est décrit comme une réaction face à l'exposition répétée aux détails des récits traumatiques vécus par d'autres, et il est mis en avant que la 5^e édition du DSM en 2013 clarifie le fait que l'exposition secondaire peut mener au développement de symptômes de TSPT. Les principaux facteurs de risque retrouvés sont le volume et la fréquence des victimes de trauma suivies ainsi que des antécédents personnels de trauma. Les facteurs protecteurs mis en avant sont le soutien au travail et le réseau social [18].

Dans leur revue systématique sur la traumatisation secondaire chez les intervenants de premier recours, Greinacher prend ouvertement parti d'inclure les trois concepts de 'stress traumatique secondaire', 'TV' et 'fatigue de compassion' sous le terme unique de trauma secondaire, insistant sur le fait qu'il est difficile de trouver une définition précise de chacun de ces termes, qu'ils sont différenciés dans certaines études alors que dans d'autres ils sont utilisés de manière interchangeable. Dans les 31 études retenues, les instruments de mesure utilisés sont le CFST, le CS/CFST, l'échelle ProQOL, l'échelle STSS, le STQ. La prévalence de trauma secondaire oscille entre 4% et 13%. Les hypothèses avancées pour ces chiffres bas sont des biais de réponse liés à la peur de perte d'emploi et la notion d'effet immunisant du fait de la confrontation répétée à des expériences traumatiques [19].

Dans son étude auprès de 135 défenseurs des droits des victimes, Benuto retrouve une prévalence de stress traumatique secondaire de 50% liée à l'exposition cumulative aux traumas [20].

DES CONCEPTS RELIÉS

Plus nombreux encore sont les articles qui s'affichent dès leur titre à l'étude simultanée de plusieurs de ces concepts reliés, avec diverses tentatives de classification [Annexe 2].

Dans l'article de Pirelli publié en 2020, le TV peut se développer quand un professionnel est exposé au récit traumatique ; il peut alors souffrir des mêmes symptômes que ceux décrits chez les victimes directement exposées au trauma. La fatigue de compassion va se manifester par les mêmes symptômes mais ne nécessite pas d'exposition à du matériel traumatique ; elle se développe via un processus d'« empathisation » avec la douleur émotionnelle du client/patient. Quant au burnout, il est clairement distingué par le fait qu'il apparaît lors d'un stress au travail non lié au contact avec le client, sans aucune relation avec la détresse ou la souffrance d'autrui [21].

Dans la revue systématique de 2015 sur l'épuisement professionnel et la fatigue de compassion chez les professionnels exerçant aux soins intensifs, Van Mol retrouve les prévalences suivantes : 7.3% à 40% de fatigue de compassion, 0% à 38.5% de stress traumatique secondaire et 0% à 70.1% d'épuisement professionnel ou burnout. Dans l'introduction est précisé que le terme de 'fatigue de compassion' est utilisé de manière interchangeable avec le 'stress traumatique secondaire' et le 'trauma vicariant'. Les instruments de mesure utilisés sont la *Professional Quality of Care*, *Compassion Fatigue subscale*, la *Post-traumatic Diagnostic Scale*, *Post Traumatic Stress Syndrome 10 Questions Inventory* et la *Davidson Trauma Scale* [22].

Une autre revue systématique plus récente (2020), réalisée auprès de professionnels et volontaires travaillant avec des personnes déplacées de force, retrouve une prévalence de haut niveau de burnout de 29.7% et une prévalence

de stress traumatique secondaire modéré, élevé et sévère de 45.7%, avec une hétérogénéité considérable entre les études selon les instruments de mesure utilisés [23].

Dans sa thèse (revue systématique de la littérature) autour des concepts de TV, stress traumatique secondaire et fatigue de compassion, Auxenfants conclut dans ses résultats que la prévalence de ces concepts chez les professionnels de santé mentale n'a pas pu être mesurée [24].

ÉCHELLES

Dans un article publié en 2019, Quitangon explique qu'un certain nombre d'instruments de mesure standardisés sont utilisés pour évaluer le TV, mais que ces outils ont été développés à la base pour mesurer d'autres concepts reliés sans être validés pour la mesure psychométrique spécifique du TV [Annexe 3]. On retrouve cependant une étude de 2013 qui examine les propriétés psychométriques de la *Vicarious Trauma Scale*, une échelle de mesure à huit items développée en 2008 par Vrkleviski & Franklin. L'étude conclut à des résultats 'bons' voire 'excellents' et que cette échelle pourrait être un outil de dépistage mesurant les impacts affectifs et cognitifs sur les personnes exposés à du matériel traumatique et/ou à des clients en détresse [Annexe 4].

Il existe plusieurs études de validation de l'échelle STSS (*Secondary Traumatic Stress Scale*) avec de bons résultats de fiabilité, par exemple chez des infirmières [25], chez des défenseurs des droits des victimes [26]. Sa version française fait l'objet d'une étude de validation auprès d'un échantillon de sages-femmes exerçant en Suisse : les résultats montrent un niveau 'acceptable' à 'bon' de fiabilité [27].

INTERPRÈTES

Notre recherche retrouve 13 articles publiés entre 2012 et 2022 concernant spécifiquement les interprètes et le TV et ses concepts reliés.

Avant 2015, on ne retrouve qu'une étude réalisée auprès d'un très petit échantillon de quatre interprètes, construite sous la forme d'entrevues semi-structurées [28].

En 2015, sont étudiés l'exposition à du matériel traumatique et son impact, ainsi que les stratégies utilisées par les interprètes du service public australien en obtenant 271 retours des interrogés sur dix questions. 80% des interprètes rapportent avoir souffert de détresse après avoir été exposés à du matériel traumatique [29].

Les résultats d'une revue systématique de la littérature publiée en 2016 sur le contre-transfert et le TV chez les interprètes indiquent que les interprètes vivent la dynamique transférentielle dans le cadre de leur travail tout en suggérant la présence d'un TV chez ces professionnels. De plus, il est constamment démontré que les « prestataires de services » et les « agents de santé mentale » sous-estiment immensément le rôle des interprètes, car ils ne tiennent pas compte de l'impact émotionnel de leur travail et ignorent les complexités linguistiques de la traduction en n'évaluant pas leur besoin d'information afin d'assurer une traduction efficace [30].

Stahlbrodt publie les résultats d'un travail auprès de 174 interprètes dans le domaine de la santé et met en avant que le facteur de risque principal de TV est une histoire personnelle de trauma, sachant que la population étudiée avait une prévalence de 42% d'antécédent personnel ou familial de psychotrauma [31].

Une étude en ligne analysant les réponses de 119 interprètes à l'échelle ProQOL montre un niveau élevé de stress traumatique secondaire mais également un haut niveau de '*compassion satisfaction*' par rapport à la norme dans la population générale [32].

Une étude transversale de 2017 auprès de 64 interprètes montre une prévalence de 9% de TSPT et 33% de TSPT subclinique. Par ailleurs 21% souffrent de traumatisme secondaire (dont 6% sévères) et sont retrouvés des scores plus élevés de dépression, d'anxiété et de stress que dans la population générale, notamment chez les interprètes de sexe féminin. Les facteurs protecteurs sont un sentiment de cohérence, la présence d'un réseau de soutien social, les styles d'attachement sécure ou anxieux. Un lien statistiquement significatif est présent entre TSPT et traumatisme secondaire [33].

Une étude de 2018 faite auprès d'un groupe hétérogène de 84 aidants (assistants sociaux, psychothérapeutes, médecins et interprètes) impliqués auprès d'une population de femmes et d'enfants qui ont subi des violences extrêmes dans le cadre d'un programme humanitaire en Iraq retrouve une prévalence de traumatisme secondaire de 22.9% dont 8.6% avec des symptômes sévères. Les facteurs de risque mis en avant sont une histoire personnelle de trauma, un nombre élevé d'heures de travail avec les réfugiés, ainsi qu'un style d'attachement anxieux. Le style d'attachement sécure est identifié comme un facteur de résilience [34].

Une étude explore les stratégies d'adaptation de 222 interprètes de langue des signes qui exercent dans le domaine de la santé mentale. 83 % ont déclaré avoir expérimenté un TV à la suite de séances d'interprétation dans des établissements de santé mentale. Cependant, 58 % ont indiqué qu'ils n'avaient reçu aucune formation sur la gestion de l'impact émotionnel de telles missions d'interprétation. Le débriefing a été choisi comme la stratégie la plus utilisée (80 %), mais a également été identifié par certains interprètes comme une violation potentielle de la confidentialité. Alors que certains interprètes ont affiné leurs propres routines d'auto-soins, il y a encore un manque important dans la formation des interprètes à la gestion des effets du TV [35].

Un autre travail réalisé auprès d'interprètes de langue des signes dans le domaine de la santé mentale au Canada (n = 85) montre une relation significative entre stress traumatique secondaire et burnout. Il est indiqué que formation et soutien spécialisés seraient à prévoir pour s'assurer qu'ils possèdent les compétences nécessaires pour gérer les effets potentiels de l'exposition au matériel traumatique [36].

Une étude qualitative australienne met en évidence que les 47 interprètes participants emploient diverses stratégies pour faire face au contenu traumatique du client et à d'autres facteurs de stress au travail, mais que des inhibiteurs culturels empêchent certains de partager leur vulnérabilité émotionnelle ou de demander de l'aide professionnelle. Ils ont indiqué qu'ils veulent être traités avec respect et comme faisant partie de l'équipe professionnelle, plutôt que comme une machine ou une ombre. Le perfectionnement professionnel est fondamental pour clarifier les limites de la confidentialité, expliquer ce qu'est le trauma et le TV, et il est nécessaire d'établir le droit professionnel des interprètes au briefing et au débriefing [37].

Une étude récente a soumis l'échelle ProQOL à des interprètes travaillant dans le domaine de la santé pour mesurer les niveaux de '*compassion satisfaction*', de burnout et de Stress Traumatique Secondaire. Il en ressort des scores modérés (34.1%) ou élevés (65.9%) de '*compassion satisfaction*' et aucun individu ne présente de score élevé sur les échelles de burnout ou de STS (le burnout étant plus fréquent chez les 18-30 ans). Les inquiétudes les plus fréquentes sont de ne pas connaître le contenu avant une discussion et de se sentir coupable d'annoncer de mauvaises nouvelles. Les pistes d'amélioration les plus fréquentes sont le pré-briefing avec les équipes médicales et la possibilité d'expliquer les préoccupations culturelles [38].

Une revue systématique de la recherche sur les interprètes auprès de réfugiés dans les services de santé mentale, incluant 25 études, conclut à un niveau élevé de stress dans cette population. Dans les études quantitatives, les

interprètes montrent des niveaux accrus de stress émotionnel et d'anxiété, ainsi que des réactions de stress traumatique secondaire. Dans plusieurs études qualitatives, les interprètes décrivent un système de soins dévalorisant et des conditions de travail stressantes avec un manque de structures de soutien [39].

Une enquête en ligne a été réalisée en Allemagne auprès d'interprètes travaillant dans l'aide aux réfugiés, qui comprenait plusieurs questionnaires concernant la détresse, l'épuisement lié au travail et aux clients, la satisfaction au travail et l'exposition au trauma. Les résultats indiquent une augmentation des niveaux de stress chez ces interprètes (n = 164) et environ 7 % ont été dépistés positifs pour le TSPT. L'âge plus jeune apparaît comme un corrélât de la détresse psychologique, tandis que l'insatisfaction à l'égard du paiement, le niveau plus élevé d'exposition au contenu traumatique et le manque de reconnaissance sont associés à l'épuisement lié au travail [40].

IMPACT POSITIF du TRAUMA

Cette recherche bibliographique mène également à des articles qui mettent en avant l'impact positif potentiel du trauma, sous les termes anglophones de '*vicarious post-traumatic growth*', '*secondary trauma self-efficacy*' et '*compassion satisfaction*' [41] [42] [43] [44] [45] [46]. Elles font écho à une étude plus ancienne datant de 2009 mais qui mérite d'être citée car cette étude contredit la théorie des créateurs du STS et du TV en montrant que l'exposition au matériel traumatique des patients n'affecte pas le risque de STS, de TV ou d'épuisement professionnel. Au contraire, il est constaté que ce sont plutôt les facteurs de stress liés aux conditions de travail qui prédisaient le mieux la détresse du thérapeute [47]. D'ailleurs, une étude longitudinale avec 2'345 réponses montre que des efforts organisationnels peuvent améliorer le niveau de détresse perçue d'un individu et qu'une attention particulière à la question du trauma secondaire dans une organisation peut améliorer les résultats organisationnels et individuels [48].

DISCUSSION

Une revue narrative dans son approche traditionnelle ne permet pas de juger la qualité de la preuve, ni l'exhaustivité de la recherche, ni les biais potentiels. Nous nous sommes cependant attachés à tendre vers une approche systématisée dans le but d'apporter une certaine clarté aux messages clés de cette revue et de limiter les biais [49] [50].

Il n'en reste pas moins que la recherche bibliographique a été complexe. Les recherches initiales n'utilisant que les termes « TV » et « interprètes » ont mené à de nombreux articles sur la fatigue de compassion et la traumatisation secondaire ou le stress traumatique secondaire, ainsi qu'à des études qui ne concernaient souvent pas les interprètes mais d'autres professions exposées. Le nombre d'articles proposés par certains moteurs de recherche était par ailleurs très conséquent (environ 16'700 références sur Google Scholar pour « *vicarious trauma* » et « *interpreters* » entre 2012 et 2022). Un document proposant une bibliographie complète effectuée en 2016 avec les termes de « *Compassion Fatigue* », « *Compassion Satisfaction* », « *Secondary Traumatic Stress* », « *Vicarious Traumatization* », « *Vicarious Transformation* » and « *ProQOL* » retrouve 2'017 publications scientifiques [51].

Les termes TV / trauma secondaire ou stress traumatique secondaire / fatigue ou usure de compassion sont tantôt décrits comme similaires (ex. : Mishori, 2013), tantôt comme proches mais distincts (ex. : Pirelli, 2020). Autant les ouvrages et guides de références tentent d'établir des définitions précises en se référant aux concepts princeps, autant les études jonglent entre les différents termes sans toujours les différencier, sauf à revenir brièvement aux définitions données par leurs créateurs.

Des résultats chiffrés de prévalence sont difficiles à trouver et finalement très variables. On remarque que les outils de mesures psychométriques utilisés sont très hétérogènes et quasiment exclusivement des outils d'auto-évaluation. La seule échelle employant le terme de TV et destinée à explorer uniquement ce problème, la *Vicarious Trauma Scale* développée en Australie par Vrkleviski & Franklin en 2008 [Annexe 4] n'est retrouvée que dans deux études, l'une l'utilisant en tant qu'outil de mesure, l'autre cherchant à examiner ses propriétés psychométriques. Elle a l'avantage d'être un auto-questionnaire et d'être brève (8 items) et pourrait effectivement être un outil de dépistage grossier mais intéressant auprès des personnes exposées à du contenu traumatique. L'outil qui revient le plus souvent est le ProQOL (Stamm, 2009) ou échelle de qualité de vie professionnelle ; cependant, cet outil en 30 items est initialement conçu pour mesurer la satisfaction par la compassion et l'usure de la compassion. Elle est accessible en version française. L'autre outil fréquemment utilisé dans les études est l'échelle STSS (Bride, 2004) en 17 questions, échelle d'auto-évaluation qui pose la question de l'exposition à des personnes psychotraumatisées.

Ainsi, comme Auxenfant dans sa thèse de 2017, on s'accorde avec son constat que « les études quantitatives répertoriées sur le sujet manquent d'homogénéité tant par les populations étudiées que par les outils psychométriques utilisés et peinent à mettre en évidence une association entre exposition traumatique et souffrance clinique ou changements des systèmes de croyance qui sont les piliers du concept de TV. Les études qualitatives listées par les auteurs sont plus pertinentes mais souffrent d'un manque de rigueur méthodologique. Les auteurs concluent à travers leur revue de la littérature que les preuves pour soutenir l'existence du TV sont maigres et inconsistantes et préconisent d'axer les recherches futures sur la distinction entre le TV et d'autres manifestations du stress professionnel avec un souci de rigueur méthodologique plus important ».

Dans le milieu de l'interprétariat, les premiers et les plus actifs sur le sujet du TV sont les pays anglo-saxons (Australie, USA, Ireland). Le domaine de l'interprétariat de la langue des signes a été pionnier dans la prise de conscience de l'existence du TV chez les interprètes [52]. Les travaux de recherche sont souvent des études qualitatives basées sur des entretiens de professionnels et réalisées sur de petites voire très petites cohortes.

Les facteurs de risque les plus fréquemment rencontrés sont similaires pour les différents concepts, à savoir l'exposition répétée à du contenu traumatique (notamment par l'exercice professionnel dans les services de santé mentale), le sexe féminin et les antécédents personnels de psychotrauma. Sur ce dernier point, les interprètes sont une population particulièrement à risque car ils présentent une prévalence élevée d'antécédents personnels ou familiaux de psychotrauma. On note que sont cités les possibles biais de réponses liés à la peur de perte d'emploi si un stress au travail venait à être dépisté et également liés à des aspects culturels (inhibition à partager ses émotions). Par ailleurs, sont répétitivement mis en avant les conditions de travail et le réseau de soutien social qui peuvent être à la fois pourvoyeurs de trauma secondaire ou protecteurs selon qu'ils sont bons ou mauvais. La formation, les années d'expérience et le style d'attachement sécure pourraient être des facteurs protecteurs.

En parallèle, il faut garder en tête que tous les professionnels exposés à du matériel traumatique ne développent pas des symptômes de TV ou concepts reliés. Certes la réponse à la gestion de ce stress particulier au travail peut être négative, mais elle peut aussi être neutre voire positive comme le montrent certaines études qui parlent de satisfaction et de développement personnel et comme le met en avant le département de la justice américain [Annexe 5].

La très grande majorité des études s'accordent à conclure qu'il faut poursuivre la recherche dans ce domaine car celle-ci est à ce jour trop hétérogène et insuffisante, et ceci afin de pouvoir mettre en place des mesures de prévention nécessaires et efficaces. Pour clore cette discussion, si les termes TV / trauma secondaire / fatigue de compassion sont difficilement discriminables, si les facteurs de risque et les facteurs protecteurs sont les mêmes, et si les leviers de prévention ainsi que la prise en charge sont identiques, on peut se poser la question de l'importance réelle de différencier ces différents concepts ?

Aussi, nous proposerions de poursuivre ce travail préliminaire par une étude de novo de type étude transversale descriptive (étude de prévalence des TV et concepts associés chez les interprètes exerçant dans le domaine de la santé en Suisse) puis analytique (étude des facteurs de risque et facteurs protecteurs de TV, au niveau des professionnels, des clients/patients, et de la structure professionnelle, chez les interprètes dans le domaine de la santé en Suisse). La Suisse se prêterait particulièrement à ce genre d'étude. Au premier semestre 2022, la Suisse a enregistré un solde migratoire positif net de 37'816 personnes. Fin juin 2022, 2'213'077 étrangers résidaient en Suisse (soit 25% de la population totale), dont 74'297 réfugiés reconnus avec asile (source : www.sem.admin.ch). La Suisse a la particularité d'avoir quatre langues officielles, mais est aussi un pays où les « autres langues » dépassent en fréquence trois des quatre langues nationales (source : www.bfs.admin.ch). En parallèle, il existe un nombre conséquent d'interprètes professionnels exerçant sur le territoire suisse : 1'573 personnes certifiées (interprétariat communautaire depuis 2005) et 153 personnes brevetées (brevet fédéral pour interprètes communautaires et médiateurs / médiatrices interculturel-le-s, depuis 2009) (source : www.inter-pret.ch 2022). Aux HUG, environ 15% des consultations ambulatoires du SMPR se font avec interprètes, 80% à la CTG (source : statistiques admin. 2021).

CONCLUSION

Divers groupes de professionnels travaillant auprès de victimes psychotraumatisées sont à risque de TV ou autres concepts reliés. Des progrès ont été faits dans la reconnaissance de ces diagnostics, notamment grâce à la révision des critères diagnostiques du PTSD dans la DSM-V de 2015, qui désormais clarifient qu'une exposition traumatique indirecte peut entraîner le développement de symptômes invalidants, notamment « en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants) » (critère A4). Ce n'est malheureusement pas le cas dans la CIM-11.

La prévalence, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de ces troubles restent peu clairs car les études sont pour l'essentiel menées sur des petites cohortes avec des outils de mesure psychométriques pas toujours standardisés ou validés. Ceci freine la mise en place de mesures de prévention pour atténuer le risque de TV.

Il est évident que ces troubles sont liés à l'exposition à des récits et du matériel traumatique, mais on peut penser que le stress au travail favorise le développement de TV et de ses concepts reliés. Or on sait que les professionnels exerçant dans le domaine de la santé (en citant par exemple les services de santé mentale, d'urgences, de soins intensifs, de soins palliatifs, d'addictologie, d'accueil de patients précaires ou migrants), ainsi que les soignants impliqués dans des ONG, ne sont pas épargnés par le stress au travail.

Les interprètes naviguent dans ces différents services et ils sont exposés au trauma au même titre que les médecins, psychologues, infirmiers et autres soignants. Ils entendent puis retranscrivent des récits traumatiques et des annonces de diagnostics graves. Les interprètes sont souvent eux-mêmes migrants, de 1^{ère} ou 2^e génération, avec de potentielles histoires personnelles et/ou familiales de psychotrauma, sont souvent impliqués dans leur communauté localement et imprégnés par leur culture d'origine. Rappelons par ailleurs qu'être migrant de 1^{ère} génération peut également signifier avoir un réseau socio-familial local plus limité. Le fait d'ignorer l'importance du risque de TV dans cette population de professionnels joue en défaveur de la mise en place des mesures nécessaires de prévention (formation initiale et continue, débriefing et supervision, etc.) et peut mettre en péril la qualité des soins. De plus, il existe un potentiel enjeu de respect de la confidentialité : en l'absence de formation, de supervision ou débriefing, les professionnels n'ont pas accès aux clés de compréhension et d'analyse, ni à une soupape de décompression ; ils pourraient alors chercher du soutien et des confidents en dehors de la structure professionnelle, notamment dans leur environnement personnel ou auprès d'autres ressources inadaptées. Les interprètes sont un élément clé dans la prise en charge de nos patients et des collaborateurs au sein de nos institutions. L'évaluation du bien-être au travail et la prévention des risques psychosociaux chez ces partenaires sont essentiels.

Pour finir, rappelons-nous que l'exposition à du contenu traumatique peut aussi avoir un impact positif. Les professionnels accompagnants des victimes et personnes traumatisées peuvent se sentir utiles et grandis par leur expérience professionnelle. Ainsi, à l'opposé du traumatisme vicariant existent la « résilience ou transformation vicariante » et/ou la « satisfaction par la compassion ».

BIBLIOGRAPHIE

1. McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
2. Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150–177). Brunner/Mazel
3. Bouvier, G. & Dellucci, H. (2017). Chapitre 25. Les traumatismes vicariants. Dans : , C. Tarquinio, M. Brennsthul, H. Dellucci, M. Iracane-Coste, J. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmerman (Dir), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 269-278). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2017.01.0269>
4. <http://www.ata-divisions.org/ID/vicarious-trauma-and-interpreters/>
5. <https://institute.masterword.com/product/vicarious-trauma-and-professional-interpreters/>
6. Greinacher A, Derezza-Greeven C, Herzog W, Nikendei C. (2019). Secondary traumatization in first responders : a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Jan 22;10(1):1562840. doi: 10.1080/20008198.2018.1562840. PMID: 30719236; PMCID: PMC6346705
7. Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle. Statistiques d'interventions ICMI 2021. <https://www.inter-pret.ch/fr/service/statistiques-77.html>
8. Pearlman, L. A., McKay, L. (2008). Module four. Understanding & addressing vicarious trauma. Headington Institute. <https://www.headington-institute.org/resource/understanding-vt-reading-course/>
9. Rosenheck R, Nathan P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hosp Community Psychiatry*. 1985 May;36(5):538-9. doi: 10.1176/ps.36.5.538. PMID: 4007811
10. Richarson, J. (2001). Guide sur le traumatisme vicariant : solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence. Agence de santé publique du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-asp/H72-21-178-2000F.pdf
11. Figley C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-97172-001>
12. Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992 Apr;22(4):116, 118-9, 120. PMID: 1570090
13. Woolhouse S, Brown JB, Thind A. (2012). "Building through the grief": vicarious trauma in a group of inner-city family physicians. *J Am Board Fam Med*. 2012 Nov-Dec;25(6):840-6. doi: 10.3122/jabfm.2012.06.120066. PMID: 23136324
14. Mishori R, Mujawar I, Ravi N. (2014). Self-reported vicarious trauma in asylum evaluators: a preliminary survey. *J Immigr Minor Health*. 2014 Dec;16(6):1232-7. doi: 10.1007/s10903-013-9958-6. PMID: 24306284
15. Newman C, Eason M, Kinghorn G. (2019). Incidence of Vicarious Trauma in Correctional Health and Forensic Mental Health Staff in New South Wales, Australia. *J Forensic Nurs*. 2019 Jul/Sep;15(3):183-192. doi: 10.1097/JFN.0000000000000245. PMID: 31259816
16. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud*. 2017 Apr;69:9-24. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003. Epub 2017 Jan 12. PMID: 28119163
17. Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, Guichon JR, Page S, Mitchell I, Doig CJ. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Ethics*. 2020 May;27(3):639-665. doi: 10.1177/0969733019889400. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31829113
18. Hensel JM, Ruiz C, Finney C, Dewa CS. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *J Trauma Stress*. 2015 Apr;28(2):83-91. doi: 10.1002/jts.21998. PMID: 25864503
19. Greinacher A, Derezza-Greeven C, Herzog W, Nikendei C. (2019). Secondary traumatization in first responders: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2019 Jan 22;10(1):1562840. doi: 10.1080/20008198.2018.1562840. PMID: 30719236; PMCID: PMC6346705

20. 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 Sep-Oct;15(5):494-509. doi: 10.1080/23761407.2018.1474825. Epub 2018 Jun 1. PMID: 29856279
21. Pirelli, G., Formon, D. L., & Maloney, K. (2020). Preventing vicarious trauma (VT), compassion fatigue (CF), and burnout (BO) in forensic mental health: Forensic psychology as exemplar. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51(5), 454–466. <https://doi.org/10.1037/pro0000293>
22. Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015 Aug 31;10(8):e0136955. doi: 10.1371/journal.pone.0136955. PMID: 26322644; PMCID: PMC4554995
23. Roberts F, Teague B, Lee J, Rushworth I. The Prevalence of Burnout and Secondary Traumatic Stress in Professionals and Volunteers Working With Forcibly Displaced People: A Systematic Review and Two Meta-Analyses. *J Trauma Stress*. 2021 Aug;34(4):773-785. doi: 10.1002/jts.22659. Epub 2021 Mar 27. PMID: 33772884
24. Auxenfants, E. (2017). 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). Université de Lille, Lille. <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e14f9c8e-de7a-40bf-9b4b74562bcaeacc>
25. Kellogg MB, Dowling JS, Knight M, Crawford SL. Validating the Secondary Traumatic Stress Scale for Pediatric Nurses. *J Nurs Meas*. 2018 Dec;26(3):E114-E126. doi: 10.1891/1061-3749.26.3.E114. PMID: 30593581
26. Benuto LT, Yang Y, Ahrendt A, Cummings C. The Secondary Traumatic Stress Scale: Confirmatory Factor Analyses With a National Sample of Victim Advocates. *J Interpers Violence*. 2021 Mar;36(5-6):2572-2591. doi: 10.1177/0886260518759657. Epub 2018 Mar 11. PMID: 29528798
27. Jacobs I, Charmillot M, Martin Soelch C, Horsch A. Validity, Reliability, and Factor Structure of the Secondary Traumatic Stress Scale-French Version. *Front Psychiatry*. 2019 Apr 12;10:191. doi: 10.3389/fpsy.2019.00191. PMID: 31031651; PMCID: PMC6474258
28. Lor, Mailee. (2012). Effects of Client Trauma on Interpreters: An Exploratory Study of Vicarious Trauma. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository website: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/53
29. Lai, Miranda and Heydon, Georgina (2015) "Vicarious Trauma Among Interpreters," *International Journal of Interpreter Education*: Vol. 7: Iss. 1, Article 3. Available at: <https://tigerprints.clemson.edu/ijie/vol7/iss1/3>
30. Darroch, E., & Dempsey, R. (2016). Interpreters' experiences of transference dynamics, vicarious traumatization, and their need for support and supervision: A systematic literature review. In *The European Journal of Counselling Psychology* (Vols. 4, Issues 2, pp. 166–190). PsychOpen GOLD. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2029>
31. Stahlbrodt PN. (2016). Behavioral health medical interpreters: cluster analysis of vicarious traumatization and posttraumatic growth [PhD Thesis]. Walden University; 2016
32. Mehus, C. J., & Becher, E. H. (2016). Secondary traumatic stress, burnout, and compassion satisfaction in a sample of spoken-language interpreters. *Traumatology*, 22(4), 249–254. <https://doi.org/10.1037/trm0000023>
33. Kindermann D, Schmid C, Derreza-Greeven C, Huhn D, Kohl R.M., Junne F, Schleyer M, Daniels J.K., Ditzen B, Herzog W, Nikendei C. (2017). Prevalence of and Risk Factors for Secondary Traumatization in Interpreters for Refugees: A Cross-Sectional Study. *Psychopathology* 2017;50:262-272 <https://doi.org/10.1159/000477670>
34. Denkinger JK, Windthorst P, Rometsch-Ogioun El Sount C, Blume M, Sedik H, Kizilhan JI, Gibbons N, Pham P, Hillebrecht J, Ateia N, Nikendei C, Zipfel S and Junne F. (2018) Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the "Islamic State". *Front. Psychiatry* 9:234. doi: 10.3389/fpsy.2018.00234
35. Knodel, Rebekah K. (2018) "Coping with Vicarious Trauma in Mental Health Interpreting," *Journal of Interpretation*: Vol. 26: Iss. 1, Article 2. Available at: <https://digitalcommons.unf.edu/joi/vol26/iss1/2>
36. Daly B, Chovaz CJ. (2020). Secondary traumatic stress: Effects on the professional quality of life of sign language interpreters. *American Annals of the Deaf*. Fal 2020;165(3):353-68

37. Lai M, Costello S. (2021). Professional Interpreters and Vicarious Trauma: An Australian Perspective. *Qual Health Res.* 2021 Jan;31(1):70-85. doi: 10.1177/1049732320951962. Epub 2020 Aug 28. PMID: 32856540
38. James H, Crawford GB. (2021). Healthcare interpreters and difficult conversations: a survey. *BMJ Support Palliat Care.* 2021 Jul 26;bmjspcare-2021-003045. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003045. Epub ahead of print. PMID: 34312185
39. Geiling A, Knaevelsrud C, Böttche M, Stammel N. (2021). Mental Health and Work Experiences of Interpreters in the Mental Health Care of Refugees: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2021;12:710789
40. Geiling A, Knaevelsrud C, Böttche M, Stammel N. (2022). Psychological distress, exhaustion, and work-related correlates among interpreters working in refugee care: results of a nationwide online survey in Germany. *Eur J Psychotraumatol.* 2022 Apr 5;13(1):2046954. doi: 10.1080/20008198.2022.2046954. PMID: 35401951; PMCID: PMC8986238
41. Cieslak, R., Shoji, K., Luszczynska, A., Taylor, S., Rogala, A., & Benight, C. C. (2013). Secondary trauma self-efficacy: Concept and its measurement. *Psychological Assessment*, 25(3), 917–928. <https://doi.org/10.1037/a0032687>
42. Barrington AJ, Shakespeare-Finch J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma: An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly.* 2013;26(1):89-105
43. Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2015). Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review. *International Journal of Wellbeing*, 5(2), 125-139. doi:10.5502/ijw.v5i2.8
44. Yaakubov L, Hoffman Y, Rosenbloom T. (2020). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth and their association in emergency room physicians and nurses. *European Journal of Psychotraumatology.* déc 2020;11(1). Disponible sur: <https://ezproxy.u-paris.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2020-93522-001&lang=fr&site=ehost-live>
45. Gonzalez-Mendez R, Díaz M, Aguilera L, Correderas J, Jerez Y. (2020). Protective Factors in Resilient Volunteers Facing Compassion Fatigue. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Mar 9;17(5):1769. doi: 10.3390/ijerph17051769. PMID: 32182798; PMCID: PMC7084609
46. Cummings C, Singer J, Hisaka R, Benuto LT. (2021). Compassion Satisfaction to Combat Work-Related Burnout, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic Stress. *J Interpers Violence.* 2021 May;36(9-10):NP5304-NP5319. doi: 10.1177/0886260518799502. Epub 2018 Sep 18. PMID: 30226092
47. Devilly GJ, Wright R, Varker T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009 Apr;43(4):373-85. doi: 10.1080/00048670902721079. PMID: 19296294
48. Sprang G, Lei F, Bush H. (2021). Can organizational efforts lead to less secondary traumatic stress? A longitudinal investigation of change. *Am J Orthopsychiatry.* 2021;91(4):443-453. doi: 10.1037/ort0000546. Epub 2021 Apr 29. PMID: 33914557
49. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf
50. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2019/revue-medicale-suisse-664/comment-rediger-un-article-scientifique-de-type-revue-narrative-de-la-litterature>
51. https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/vt_bibliography_on_vt_sts-508.pdf
52. <https://cit-asl.org/vicarious-trauma-among-interpreters-7-1/>