

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CARACTÉRISTIQUES DISTINCTIVES DE LA SUPERVISION DANS LE CONTEXTE DES THÉRAPIES DU  
FONCTIONNEMENT TRAUMATIQUE : UNE ANALYSE THÉMATIQUE DU POINT DE VUE DES  
SUPERVISÉS ET SUPERVISEURS

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

LOUIS-VICTOR MARTIN BOURRET

MARS 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Merci à mon directeur de recherche J. Éric Dubé, sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pu être possible.

Merci à mes parents et à ma famille pour leur soutien indéfectible tout au long de mon parcours scolaire allant bien au-delà de la rédaction de cette thèse. Une mention toute spéciale à ma mère Lucie qui avec patience et sagesse a su raffiner l'écriture de cette thèse par ses innombrables relectures, et ce, depuis les premières lignes.

Merci à mon amoureuse Gabrielle pour toutes les attentions au quotidien, grandes ou petites. Elles auront facilité les nombreuses journées de rédaction. Merci également à mes ami(e)s Philippe, Jean-Philippe, Christine, Cassandra, Catherine, Roxanne, Gabriel qui ont su porter et partager mes déceptions, les frustrations, les embuches, mais aussi les joies et les succès qui parsèment tout processus d'écriture, quel qu'il soit.

Je suis infiniment reconnaissant à tous ceux qui, de près ou de loin, ont su m'apporter réconfort, affection et rigolade tout au long du processus d'écriture. Mille fois merci.

## DÉDICACE

À mon père François, lequel j'aime pour toujours, parti trop  
tôt pour célébrer la fin de ce projet.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
DÉDICACE .....	iii
LISTE DES FIGURES.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
1.1 Le traumatisme dans l’histoire.....	4
1.1.1 Les premières traces de la notion du traumatisme .....	4
1.1.2 L’essor de l’intérêt médical envers le traumatisme au 18 <sup>e</sup> siècle .....	5
1.1.2.1 Les accidents de transport ferroviaire .....	5
1.1.2.2 Les études sur l’hystérie .....	5
1.1.3 L’apport des guerres dans la compréhension du traumatisme .....	6
1.1.4 Le traumatisme dans les DMS-III à DSM-5.....	7
1.1.5 Critiques du DSM et trauma complexe.....	8
1.2 Les distinctions psychanalytiques quant au concept de traumatisme : traumatisme, traumatique et trauma .....	10
1.3 Le traumatisme en psychanalyse .....	11
1.3.1 Freud : l’après-coup et la réalité interne .....	12
1.3.2 Freud : l’aspect quantitatif du traumatisme.....	13
1.3.3 Freud : l’atteinte narcissique .....	13
1.4 Rank et le traumatisme de la naissance.....	14
1.5 L’apport de Ferenczi.....	14
1.5.1 La disqualification .....	15
1.5.2 Le clivage du moi.....	15
1.5.3 L’identification à l’agresseur .....	16
1.6 Le traumatisme selon l’approche britannique des relations d’objet.....	16
1.6.1 Fairbairn et la visée de la pulsion .....	16
1.6.2 La conception winnicottienne.....	17
1.6.3 La fonction alpha de Bion .....	17
1.6.4 Balint et le défaut fondamental.....	18
1.7 Kohut et la psychologie du soi .....	18
1.8 L’intégration contemporaine de Roussillon .....	20
1.9 Définition du traumatisme et portrait clinique lui étant associé dans la présente thèse .....	21

1.9.1	Le type de souffrance et l'échec des processus psychiques.....	22
1.9.2	Les modes relationnels .....	22
1.9.3	La nature du contre-transfert .....	24
1.10	L'impact de la clinique des traumatismes.....	24
1.10.1	L'épuisement professionnel.....	25
1.10.2	Le traumatisme secondaire et la fatigue de compassion .....	25
1.10.3	Le traumatisme vicariant .....	26
1.11	Facteurs de protection contre le traumatisme vicariant .....	29
1.11.1	La création d'un sens personnel .....	29
1.11.2	Le soutien émotionnel .....	30
1.12	La supervision comme moyen de prévention du traumatisme vicariant .....	30
1.13	L'émergence du courant de recherche sur les soins sensibles aux traumatismes .....	32
1.13.1	La sécurité.....	33
1.13.2	La confiance .....	34
1.13.3	La collaboration .....	34
1.13.4	Le choix .....	34
1.13.5	L'agentivité.....	34
1.14	La supervision sensible aux traumatismes.....	35
CHAPITRE 2 CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....		<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
2.1	Évolution du projet .....	37
2.2	Objectif et question de recherche générale .....	37
2.3	Questions de recherche auprès des superviseurs .....	38
2.4	Sous-question de recherche auprès des superviseurs.....	38
2.5	Question de recherche auprès des supervisés .....	39
2.6	Le choix d'une méthodologie qualitative.....	39
2.7	Recrutement et participants .....	40
2.7.1	Critères de sélection et brève description des participants .....	41
2.8	Procédures et entretiens individuels .....	42
2.9	Paradigme de recherche et présupposés théoriques .....	43
2.10	Canevas d'entrevue et saturation du matériel .....	44
2.11	Analyses des entretiens et saturation.....	45
2.12	Considérations éthiques .....	47
CHAPITRE 3 CARACTÉRISTIQUES ET LIMITES DE LA SUPERVISION PSYCHODYNAMIQUE DES THÉRAPIES DU FONCTIONNEMENT TRAUMATIQUE .....		49
3.1	Résumé.....	49
3.2	Abstract.....	49

3.3	Introduction .....	50
3.3.1	Les effets délétères potentiels de la pratique « traumatique » pour les psychothérapeutes et leurs patients.....	51
3.3.2	La supervision comme moyen de protection .....	52
3.4	Méthode.....	53
3.4.1	Participants .....	53
3.4.2	Procédures et entretiens individuels .....	54
3.4.3	Canevas d’entrevue .....	55
3.4.4	Analyses des entretiens .....	55
3.5	Résultats.....	56
3.5.1	Les caractéristiques cliniques du fonctionnement traumatique .....	56
3.5.2	Les éléments essentiels de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique .....	57
3.5.2.1	L’attention à accorder au supervisé .....	57
3.5.2.2	Le soutien à l’élaboration du contre-transfert .....	58
3.5.2.3	Le maintien de la distinction entre supervision et thérapie personnelle.....	59
3.5.3	L’importance accordée à la thérapie personnelle du clinicien .....	59
3.5.4	Un travail de modelage de la posture du supervisé .....	60
3.5.5	L’exploration des autres moyens pour « survivre » à la pratique de la thérapie des traumatismes .....	60
3.5.6	La perception du traumatisme vicariant.....	61
3.6	Discussion.....	61
3.6.1	L’attention particulière accordée à l’état affectif du supervisé .....	63
3.6.2	Le soutien à l’élaboration du contre-transfert négatif .....	63
3.6.3	L’accompagnement dans la désillusion .....	64
3.6.4	La distinction entre la supervision et la thérapie personnelle du clinicien .....	64
3.7	Limites .....	65
3.8	Conclusion et recommandations .....	67
3.9	Déclarations de liens d’intérêts .....	68
3.10	Références.....	68
CHAPITRE 4 APPORTS ET LIMITES DE LA SUPERVISION PSYCHODYNAMIQUE DES THÉRAPIES DU FONCTIONNEMENT TRAUMATIQUE DU POINT DE VUE DE SUPERVISÉS NOVICES .....		72
4.1	Résumé.....	72
4.2	Abstract .....	72
4.3	Introduction .....	73
4.3.1	La supervision comme moyen de protection .....	74
4.4	Méthode.....	76
4.4.1	Participants .....	76
4.4.2	Procédures et entretiens individuels.....	77
4.4.3	Canevas d’entrevue et saturation du matériel .....	78
4.4.4	Analyses des entretiens .....	78

4.5	Résultats.....	79
4.5.1	Éléments distinctifs de la thérapie des traumatismes : contrastes par rapport à d'autres types de pratique.....	79
4.5.1.1	Intensité de la charge affective à contenir .....	79
4.5.1.2	Usure de la clinique .....	80
4.5.2	Ce qui aiderait dans la supervision des thérapies des traumatismes.....	81
4.5.2.1	Établir et entretenir la confiance dans la relation de supervision.....	81
4.5.2.1.1	La bienveillance perçue chez le superviseur.....	81
4.5.2.1.2	L'ouverture et l'accueil de l'état de vulnérabilité du supervisé .....	81
4.5.2.1.3	La contenance transformative ressentie du superviseur .....	82
4.5.2.1.4	La disponibilité rapide et flexible du superviseur.....	82
4.5.2.2	Permettre l'élaboration du contre-transfert .....	83
4.5.2.2.1	Le partage du vécu.....	83
4.5.2.2.2	La fonction de dégageant .....	84
4.5.2.2.3	La compréhension clinique.....	84
4.5.2.3	Aider à prévenir les effets délétères de la pratique de la thérapie des traumatismes .....	84
4.5.2.4	Préserver la distinction entre supervision et thérapie personnelle du supervisé.....	85
4.5.3	Ce qui aiderait hors de la STT.....	86
4.5.3.1	Profiter d'espaces réflexifs autres .....	86
4.5.3.2	S'engager dans une thérapie personnelle .....	86
4.5.3.3	Prendre les moyens pour maintenir une bonne hygiène de vie .....	88
4.5.3.3.1	Équilibrer sa pratique .....	88
4.5.3.3.2	Exister hors du soin et investir la vie .....	88
4.5.3.3.3	Y trouver du beau .....	89
4.5.4	Ce qui nuirait dans la STT.....	89
4.5.4.1	La fermeture de la parole .....	89
4.6	Discussion.....	90
4.6.1	La réalité du travail en thérapie des traumatismes : intensité et usure.....	91
4.6.2	Autour de ce qui aide en supervision .....	92
4.6.2.1	La confiance envers le superviseur.....	92
4.6.2.2	La disponibilité rapide du superviseur au service du développement de la fonction contenantante du psychothérapeute.....	93
4.6.3	Autour de ce qui aide hors de la supervision.....	94
4.6.3.1	L'emphase sur l'hygiène de vie.....	94
4.7	Limites.....	95
4.8	Conclusion et recommandations .....	96
4.9	Références.....	98
CHAPITRE 5 DISCUSSION .....		104
5.1	La population clinique présentant un fonctionnement traumatique.....	104
5.2	L'usure en tant que considération centrale .....	105
5.2.1	Hypothèse sur les processus usant à l'œuvre.....	106
5.3	La supervision, un outil indispensable mais insuffisant.....	106
5.4	Les quatre fondamentaux de la fonction de prévention de la supervision .....	107



5.4.1	La fonction de prévention au-devant de celle d'enseignement .....	107
5.5	Recommandation aux psychothérapeutes supervisés .....	108
5.6	Recommandations aux superviseurs .....	110
5.6.1	Première proposition : repenser la position « attentiste » .....	110
5.6.1.1	Mettre en place une période de préparation pré-supervision.....	111
5.6.1.1.1	Les défis relationnels .....	111
5.6.1.1.2	Le contre-transfert négatif .....	112
5.6.1.1.3	L'hygiène de vie .....	112
5.6.2	Deuxième proposition : adopter une position plus active envers le non dévoilement et la honte du supervisé .....	113
5.6.2.1	Questionner plus activement le supervisé .....	113
5.6.2.2	Le dévoilement du superviseur .....	115
5.6.3	Troisième proposition : accompagner le supervisé dans une expérience de désillusion sécuritaire et enrichissante .....	116
5.6.3.1	Les attentes irréalistes.....	116
5.7	Recommandation aux milieux universitaires.....	118
5.8	Limites .....	119
	CONCLUSION .....	122
	ANNEXE A DOCUMENT DE SOLlicitATION À L'ÉTUDE – SUPERVISEUR(E)S .....	124
	ANNEXE B DOCUMENT DE SOLlicitATION À L'ÉTUDE – SUPERVISÉ(E)S .....	126
	ANNEXE C FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR SUPERVISEUR(E)S .....	129
	ANNEXE D FICHE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES – SUPERVISEUR(E)S .....	134
	ANNEXE E FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR SUPERVISÉ(E)S .....	139
	ANNEXE F FICHE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES – SUPERVISÉ(E)S.....	145
	ANNEXE G CANEVAS D'ENTREVUE - SUPERVISEUR(E)S.....	151
	ANNEXE H CANEVAS D'ENTREVUE – SUPERVISÉ(E)S .....	154
	ANNEXE I CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE.....	157
	RÉFÉRENCES .....	159

## LISTE DES FIGURES

- Figure 3.1 Les éléments essentiels ou emphases distinctives de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique..... 71
- Figure 4.1 Schéma des thèmes, sous-thèmes et facettes des sous-thèmes se dégageant des entrevues des participants concernant leur perception de la supervision en thérapie des traumatismes. .... 103

## RÉSUMÉ

Les demandes d'aide psychothérapeutique à la suite d'un traumatisme sont de plus en plus fréquentes étant donné l'état de désorganisation du fonctionnement qu'il engendre. Dans une perspective psychanalytique, on utilise le terme de « fonctionnement traumatique » pour parler de ce genre d'organisation mentale marquée par le traumatisme. De nombreux psychothérapeutes entreprennent d'en faire une spécialité. Toutefois, les thérapies du fonctionnement traumatique (TFT) sont reconnues pour poser des défis substantiels et placer le psychothérapeute à risque d'effets néfastes potentiels, dont le traumatisme vicariant (TV). Pour faire face à ces importantes difficultés et aux risques qui en découlent, il est habituellement préconisé de s'engager dans un processus de supervision. Il demeure néanmoins incertain si la supervision doit prendre une forme particulière pour réellement aider le psychothérapeute exerçant dans ce type de clinique. Très peu d'études ont porté sur les spécificités de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT). Ce faisant, cette thèse vise à identifier et à décrire les spécificités de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique (objectif #1) ainsi qu'à obtenir le point de vue de psychothérapeutes novices pour tenter de déterminer les éléments qu'ils jugent aidant de ce type de supervision (objectif #2). Parallèlement, la thèse a pour objectif d'explorer la manière dont les participants conçoivent que la STFT puisse prévenir – ou minimalement amoindrir – les effets négatifs des thérapies du fonctionnement traumatique sur le psychothérapeute supervisé (objectif #3). Afin de répondre aux objectifs de recherche, une méthodologie qualitative fut choisie étant donné l'importance qu'elle accorde à la subjectivité du participant. Deux séries d'entretiens semi-structurés furent effectuées. Dans un premier temps avec des superviseurs (6) possédant une vaste expérience en STFT ( $M = 25,8 \pm 7,2$  années). Une deuxième ronde d'entrevue fut ensuite réalisée auprès de supervisés novices (7) possédant en moyenne 3,5 années d'expérience ( $\bar{E.-T.} = 2,2$  années) et travaillant majoritairement auprès de personnes présentant un fonctionnement traumatique. Les deux articles qui composent cette thèse sont divisés entre les participants superviseurs et les participants supervisés respectivement. Ils permettent de présenter les résultats obtenus à la suite des analyses thématiques des entretiens.

Le premier met l'accent sur l'identification des éléments distinctifs de la STFT selon l'avis des participants superviseurs très expérimentés. Les résultats indiquent que les défis de la supervision découlent directement des caractéristiques du fonctionnement traumatique, notamment leur rapport interpersonnel teinté de destructivité et les récits horrifiants auxquels sont soumis les psychothérapeutes. Les résultats mettent également à l'avant-plan l'attention particulière que les participants superviseurs accordent à l'état affectif de leur supervisé. Cette attention s'exprime par un soutien marqué à l'élaboration du contre-transfert négatif, à maintenir la distinction entre la thérapie personnelle et la supervision ainsi qu'en favorisant le développement d'une posture propre à recevoir le trauma de la personne. Le deuxième article se penche sur la perception des participants supervisés novices quant à ce qui leur apparaît être aidant dans leur expérience de la STFT. L'étude suggère l'existence d'un principe organisateur de l'expérience des participants soit l'intensité de la relation transférentielle auquel doit répondre la supervision. Les résultats soulignent l'importance d'un climat de confiance, de l'élaboration du contre-transfert ainsi que le rôle de la supervision dans la prévention des effets néfastes des thérapies des traumatismes. L'étude met aussi en lumière les limites de la supervision et les moyens disponibles aux psychothérapeutes pour appuyer la supervision.

La discussion générale et la conclusion de cette thèse résument les éléments centraux de nos résultats desquels découlent des recommandations pour l'amélioration de la pratique de la STFT pour les

superviseurs, les supervisés et les milieux universitaires. Finalement, nous témoignons des apports et des limites du projet, en plus de proposer des pistes pour des recherches futures.

Mots clés : Supervision psychodynamique, Thérapies du fonctionnement traumatique, Superviseurs, Supervisés novices, Trouble de stress post-traumatique.

## ABSTRACT

Requests for psychotherapeutic help after experiencing trauma are becoming more common due to the disorganized mental state it can cause. According to psychoanalytic theory, this type of mental organization is referred to as 'traumatic functioning'. Many therapists specialize in this field. However, therapies for traumatic functioning are known to pose significant challenges and can put the therapist at risk of potential adverse effects, including vicarious trauma (VT). To address the significant challenges and associated risks, it is typically recommended to engage in a process of supervision. However, it is unclear whether supervision needs to take a specific form to effectively assist therapists practicing in this type of clinic. Few studies have examined the unique aspects of psychodynamic supervision for traumatic functioning therapies (STFT) to accomplish this. This thesis aims to identify and describe the specifics of psychodynamic supervision of traumatic functioning therapies (objective #1). Additionally, it seeks to obtain the views of novice therapists to determine the elements they consider helpful in this type of supervision (objective #2). The thesis aims to explore how participants perceive STFT as preventing or minimizing the negative effects of traumatic functioning therapies on the supervised therapist (objective #3). To meet the research objectives, a qualitative methodology was chosen. Two series of semi-structured interviews were conducted. The first series was conducted with supervisors (6) who had extensive STFT experience ( $M = 25.8 \pm 7.2$  years). A second series of interviews was conducted with novice supervisees (7) who had an average of 3.5 years of experience ( $SD = 2.2$  years) and mainly worked with people with traumatic functioning. This thesis comprises two articles, one focusing on supervisors and the other on supervisees. Both articles present the results of thematic analyses of the interviews conducted.

The first article focuses on the distinctive elements of STFT as perceived by highly experienced supervisors. The results indicate that the challenges of supervision stem directly from the characteristics of traumatic functioning, notably the hostile interpersonal relationships and the horrifying narratives to which therapists are exposed. Additionally, the results highlight the particular attention that supervisors pay to their supervisees' emotional state. This article expresses strong support for the elaboration of negative countertransference, maintaining the distinction between personal therapy and supervision, and fostering a posture conducive to receiving the person's trauma. The second article examines how novice supervisees perceive what they find helpful in their STFT experience. The study indicates that the intensity of the transferential relationship is an organizing principle of the participants' experience, to which supervision must respond. The results emphasize the significance of a climate of trust, the development of countertransference, and the role of supervision in preventing the harmful effects of trauma therapy. The study also underscores the limitations of supervision and the means available to therapists to complement supervision.

The general discussion and conclusion of this thesis summarize our findings and provide recommendations for improving STFT practice in academic settings for supervisors and supervisees. We also report on the project's contributions and limitations and suggest avenues for future research.

Keywords : Psychodynamic supervision, Therapies of traumatic functioning, Supervisors, Novice supervisees, Post-traumatic stress disorder.

## INTRODUCTION

La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5 : American Psychiatric Association [APA], 2013) définit le trouble de stress post-traumatique (TSPT) comme un syndrome découlant de l'exposition directe ou indirecte à un événement pouvant entraîner la mort ou des blessures sérieuses ou encore à des violences sexuelles. Or, selon la charte d'évaluation de la charge de morbidité qui permet de classer les problèmes de santé selon l'ampleur de l'incapacité ou de la mortalité qui leur sont associés (Hsairi et al., 2021), le trouble de stress post-traumatique serait parmi les plus répandus des diagnostics de trouble de santé mentale dans la population mondiale (Whiteford et al., 2015). À titre d'exemple, Hoppen et Morina (2019) estimaient que 242 millions d'adultes survivants de guerre souffriraient d'un TSPT et ce, seulement dans les pays ayant été récemment éprouvés par un conflit armé ou par une guerre. Pour leur part Benjet et al. (2016) notaient que dans la population générale des pays développés, on estime qu'entre 28 % et 90 % des personnes seraient exposés à un événement traumatique au cours de leur vie. Les événements traumatogènes les plus communs seraient la mort subite et inattendue d'un proche, les accidents de voitures et le fait d'être victime d'une agression violente (*mugged*).

Bien que toutes les personnes exposées à un événement traumatique ne développent pas nécessairement un TSPT, Trippany et al. (2004) estimaient qu'aux États-Unis 6,8 % de la population générale de 18 ans et plus se verrait éventuellement diagnostiquée ce syndrome. Au Canada, près de trois quarts des Canadiens seraient exposés à un ou plusieurs événements au cours de leur vie qui pourraient causer des traumatismes psychologiques (Van Ameringen et al., 2008). Cette étude basée sur des données représentatives de la population nationale mentionnait que la prévalence du TSPT au cours d'une vie au Canada est de 9,2 %. Chez les enfants canadiens, ce serait 32 % d'entre eux qui subiraient une forme de sévices infantiles (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Selon Kessler (2017), différentes variables influenceraient la probabilité d'obtenir le diagnostic de TSPT. Par exemple, l'exposition à des événements interpersonnels violents serait l'un des principaux facteurs de risque associé au TSPT.

Les chiffres rapportés précédemment montrent que les psychothérapeutes d'aujourd'hui, peu importe le milieu dans lequel ils travaillent (hospitalier, privé, communautaire), seront fort probablement confrontés au travail clinique avec des survivants d'expériences traumatiques (Trippany et al., 2004). Devant l'augmentation des consultations pour ce genre de problématique, certains psychothérapeutes ont choisi

d'en faire une spécialité en œuvrant principalement avec les victimes de traumatismes. Par exemple, on retrouve au Québec des cliniques psychologiques desservant uniquement les populations souffrant de traumatisme psychologique comme Traumatys et l'institut Alpha.

Néanmoins, cette pratique spécialisée n'est pas dénuée de risques réels pour les psychothérapeutes (Knight, 2004; Sommer, 2008; Walker, 2004). Depuis les 30 dernières années, la recherche sur la clinique des traumatismes s'est en effet penchée sur les périls potentiels auxquels s'exposent les psychothérapeutes travaillant majoritairement avec des populations traumatisées (Fortin, 2014; Gaboury et Kimber, 2023; Pearlman et Mac Ian, 1995; Trippany et al., 2004; ). Ces études ont permis de mettre en évidence les différents périls auxquels s'exposent les psychothérapeutes se spécialisant auprès de ce genre de population clinique. De ceux-ci, le traumatisme vicariant (TV) semble être celui entraînant les conséquences les plus importantes et les plus durables. Si certains auteurs comme DeTosta (2014) soulignent l'importance de la supervision pour s'en prémunir, il demeure peu clair si la supervision des thérapies des traumatismes se doit de prendre une forme particulière pour éviter aux psychothérapeutes travaillant en clinique des traumatismes de subir de manière excessive les effets négatifs de ce genre de travail.

Nous tenterons dans cette thèse d'identifier et de décrire avec le plus de détails possible les spécificités de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique. Mais avant tout, il importe de situer le contexte théorique de cette étude. Dans ce qui suit, nous distinguerons le concept de traumatisme au regard des théories psychanalytiques comparativement à la définition du DMS-5. De plus, nous détaillerons certaines des grandes avancées théoriques permettant à la psychanalyse d'expliquer de manière intrapsychique le phénomène du traumatisme. Le deuxième chapitre est consacré à détailler précisément les objectifs et sous-objectifs en plus de la méthodologie utilisée dans cette thèse. On y retrouve des informations sur les participants, sur la cueillette des données et leur analyse ainsi que sur le déroulement des entrevues. Les considérations relatives au respect des normes éthiques encadrant cette thèse s'y trouvent également. Il s'en suivra la présentation des deux articles écrits dans le cadre de ce projet de recherche doctoral. Le premier article (chapitre 3) vise à identifier quelles sont les particularités de ce travail de supervision aux yeux de superviseurs possédant une très vaste expérience dans ce domaine. Dans le second article (chapitre 4), nous avons interrogé des psychothérapeutes novices sur ce qui leur apparaît être le plus aidant dans leur expérience de ce genre de supervision. Lors du chapitre 5, nous proposons une discussion générale reprenant de manière détaillée et enrichie les principaux résultats

obtenus dans le cadre de cette thèse. En guise de conclusion, nous offrirons des propositions visant à améliorer le processus de supervision des thérapies des traumatismes ainsi que des pistes de réflexion pour de futures recherches.



# CHAPITRE 1

## CONTEXTE THÉORIQUE

### 1.1 Le traumatisme dans l'histoire

Depuis toujours, l'humanité a été affligée par la violence, la maladie, les guerres et les catastrophes naturelles. Dès lors, avant même notre compréhension contemporaine du traumatisme, les personnes exposées à des événements traumatiques présentaient des souffrances et des symptômes que l'on associe maintenant au tableau clinique du trouble de stress post-traumatique (TSPT). C'est donc dire que le traumatisme est à la fois un concept ancien et récent (Figley et al., 2017). Avant le 19<sup>e</sup> siècle, on ne retrouve que de rares occurrences d'écrits témoignant d'une connaissance du phénomène traumatique. Ce n'est qu'au tournant des années 1800, à la suite de la prolifération des accidents ferroviaires et des guerres, que le traumatisme piquera la curiosité d'un nombre restreint de chercheurs, médecins et éventuellement de psychiatres (Josse, 2019). Dans ce qui suit, nous retracerons les grands moments de l'évolution de la conceptualisation du traumatisme dans l'histoire de la civilisation.

#### 1.1.1 Les premières traces de la notion du traumatisme

Il est extrêmement difficile de retracer avec précision à quand remontent les toutes premières traces du concept de traumatisme<sup>1</sup> dans l'histoire. On a toutefois retrouvé des tablettes de l'ère de la civilisation sumérienne, datant d'environ 4000 AEC, détaillant des manifestations post-traumatiques à la suite de grands combats (Ben-Ezra, 2011). Bien que ces manifestations étaient alors comprises et expliquées autrement, Ben-Ezra souligne qu'on retrouverait des indices de symptômes propres au TSPT dans ces descriptions ainsi qu'à chacune des grandes périodes de l'humanité.

Les symptômes du TSPT n'étaient pas répertoriés encore dans les écrits médicaux de l'époque. Que ce soit dans l'Antiquité, au Moyen-Âge ou à la Renaissance, c'était dans les romans, les écrits poétiques et mythiques (tels que *l'Odyssée* d'Homère) et les pièces de théâtre (dont celles de Shakespeare) que l'on retrouvait des traces des conséquences d'événements que l'on considérerait aujourd'hui comme traumatiques (Ben-Ezra, 2011). On remarque dans ceux-ci, à la suite de l'exposition à la guerre, à la mort et au viol, des descriptions qui s'apparentent à des symptômes tels que les reviviscences associées à

---

<sup>1</sup> L'usage du terme traumatisme réfère uniquement à son volet psychologique sans tenir compte de sa composante physique ou corporel.

l'événement, des pensées intrusives, et des perturbations du sommeil se développant chez les protagonistes. À ce stade-ci, ce sont les scribes, les écrivains ou les poètes plutôt que les médecins qui semblaient s'intéresser au phénomène traumatique. Ce n'est que vers la fin du 18<sup>e</sup> siècle que la médecine commencera à réellement y porter attention.

## 1.1.2 L'essor de l'intérêt médical envers le traumatisme au 18<sup>e</sup> siècle

### 1.1.2.1 Les accidents de transport ferroviaire

L'essor de l'industrialisation occupe une place centrale dans l'attention que quelques médecins et psychiatres de l'époque commencèrent à accorder au traumatisme. Le voyage ferroviaire ainsi que le travail dans les usines étaient tous deux peu sécuritaires et sources de nombreux accidents (Josse, 2019; Lasiuk et al., 2006). En Angleterre par exemple, ce type d'accidents était si fréquent que les médecins commencèrent à remarquer que les accidentés présentaient de nombreux symptômes tels que des problèmes de sommeil, des cauchemars au sujet de la collision, une peur des trajets en train ainsi que des douleurs chroniques (Lasiuk et al., 2006). La particularité de ces symptômes était qu'ils perduraient parfois des mois après l'incident, mais surtout qu'ils pouvaient survenir en l'absence de fracture de la colonne vertébrale. Avec le temps, cette entité médicale fut popularisée sous le nom « *railway spine*<sup>2</sup> » (Gasquoine, 2020).

En Angleterre, dans la foulée du « *Fatal Accidents Act*<sup>3</sup> » permettant aux victimes de réclamer des dédommagements aux compagnies ferroviaires, les médecins étaient appelés à établir la véracité des troubles sans blessures majeures apparentes (Josse, 2019). À cette époque, il était fréquent que les personnes rapportant des symptômes sans que l'on puisse en identifier la cause soient considérées comme feignant leurs maux. Des mouvements de contestation permirent néanmoins d'engendrer un premier vrai débat scientifique sur l'authenticité et sur l'étiologie de ce qu'on nommait le « *railway spine* » (Figley et al., 2017; Josse, 2019).

### 1.1.2.2 Les études sur l'hystérie

En France, c'est à Jean-Martin Charcot et Pierre Janet que l'on doit certaines des avancées sur le traumatisme grâce à leurs recherches sur l'hystérie à la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Leurs travaux —, ainsi que ceux

---

<sup>2</sup> Traduit en français de manière littérale par « colonne du chemin de fer ».

<sup>3</sup> Aussi communément appelé le « *Lord Campbell's Act* ».

de Breuer et Freud sur lesquels nous reviendrons plus amplement ultérieurement — contribuèrent largement à promouvoir l'idée du traumatisme comme un trouble de nature psychologique. Charcot remarqua qu'il existait des similarités entre les symptômes de ses patientes hystériques et ceux de personnes rapportant avoir vécu des événements extrêmes tels que les abus durant l'enfance (Figley et al., 2017). Dès lors, pour Charcot, c'est l'événement en soi qui engendre la survenue des symptômes. Il s'agissait d'une avancée importante, car elle marque l'une des premières fois en médecine où était reconnue la possibilité que des symptômes d'expression physique puissent être attribuables à des causes psychologiques.

### 1.1.3 L'apport des guerres dans la compréhension du traumatisme

Aux 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles, la guerre civile américaine, les deux guerres mondiales et celle du Vietnam jouèrent un rôle déterminant dans la recherche sur les effets psychologiques des traumatismes alors qu'on porte de plus en plus attention à leurs manifestations chez les soldats revenant du front (Figley et al., 2017; Josse, 2019; Lasiuk et Hegadoren, 2006). Effectivement, on observait chez les soldats ayant combattu dans les affres de la Première Guerre mondiale un tableau symptomatique similaire à celui du « *railway spine* » où ces personnes se trouvaient affligées par un état de détresse qui perdurait bien au-delà des combats. Encore une fois la véracité du trouble était remise en cause. Pour certains, il s'agissait d'une mascarade servant à s'évader du devoir militaire et pour d'autres, d'une réelle affliction. Cependant, au fil du temps la compréhension médicale des effets des combats sur les soldats se raffine. Médecins et aliénistes proposèrent des explications pour la plupart physiologiques pour expliquer les phénomènes observés (Lasiuk et Hegadoren, 2006). C'est alors qu'apparaît la notion de « *shell shock* <sup>4</sup> » qui décrivait l'état traumatique des soldats ayant subi les bombardements de la Première Guerre. Cependant, les manifestations de détresse psychologique se voyaient encore essentiellement expliquées par de quelconques lésions du système nerveux ou par des prédispositions biologiques (Lasiuk et Hegadoren, 2006).

Ce n'est que lors de la Deuxième Guerre mondiale que les événements propres à la guerre prendront plus d'importance que les causes physiologiques et atteintes anatomiques pour expliquer les symptômes qu'on observait chez les soldats. Les mêmes symptômes que lors de la Première Guerre étaient observés chez les soldats. En raison d'une crainte de défections massives pour des raisons psychologiques, l'armée

---

<sup>4</sup> Traduit en français de manière littérale par « choc d'obus ».

hésitait toutefois à reconnaître la nature psychiatrique de la détresse de ses combattants (Josse, 2019). Durant le recrutement, des tests furent effectués pour tenter de sélectionner les personnes les plus aptes à supporter le stress des combats (Lasiuk et Hegadoren, 2006). Le constat que même les plus braves pouvaient ensuite présenter d'importants symptômes obligèrent les médecins et les psychiatres à revoir l'hypothèse de failles constitutives jusqu'alors considérée comme l'explication principale. C'est à la suite de cette révision que les psychiatres commencèrent à attribuer les symptômes aux causes contextuelles et environnementales de la guerre (Josse, 2019). C'est alors qu'Abram Kardiner proposa la notion de « névrose de guerre » qui servira d'esquisse au modèle du TSPT qui sera développé en 1980 dans le DSM-III (Lasiuk et Hegadoren, 2006).

Les réticences aux 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles à reconnaître l'aspect psychologique du TSPT nous rappellent que l'évolution de la conception du trouble n'est pas que médicale. Elle était aussi sociale, culturelle et politique. Les années qui suivront la guerre du Vietnam furent particulièrement révélatrices à cet effet. Il fallut plusieurs années après la fin de la guerre du Vietnam pour que le TSPT apparaisse à nouveau dans les nosographies psychiatriques. C'est sous la pression du lobbyisme collectif de groupes sociaux et de chercheurs que l'American Psychiatric Association (APA) entamera plus de recherches pour mieux cerner, comprendre et traiter les problèmes des militaires (Figley et al., 2017). C'est donc en 1980 que la notion de TSPT verra le jour officiellement dans le DSM-III. De ce fait, l'APA légitimera le concept de traumatisme psychologique et donnera le coup d'envoi à plusieurs travaux de recherche sur le sujet.

#### 1.1.4 Le traumatisme dans les DMS-III à DSM-5

L'apparition du TSPT dans le DMS-III et l'essor de la recherche qui s'ensuivit permirent de peaufiner notre compréhension de ce qu'est un traumatisme (Figley et al., 2017). Selon cette perspective, le traumatisme était compris comme découlant d'un événement si extraordinaire qu'il affecterait d'une manière similaire quiconque le subirait. Toutefois, la prévalence dans la population générale d'événements tels que le meurtre, le viol et l'inceste était si haute que ces événements ne pouvaient plus être considérés comme des événements anormaux ou exceptionnels (Figley et al., 2017; Kessler et al., 2017). La quatrième mouture du DSM proposait donc de nouvelles pistes de réflexion pour expliquer les facteurs déterminants dans l'avènement du TSPT. À la sortie du DSM-IV, l'événement n'était plus considéré comme étant à la source du développement du TSPT. On accordait dorénavant plus d'importance à la réaction subjective qu'il suscite. La présence d'émotions telles que la peur intense, l'impuissance et l'horreur devenaient déterminantes dans l'obtention du diagnostic de TSPT.(Figley et al., 2017).

Lors de la publication du DSM-5 (APA, 2013), l'un des grands changements apporté concernant le TSPT était de le retirer de la catégorie des troubles anxieux. La présence de multiples émotions négatives telle que la honte, la colère et la culpabilité, qui se trouvent hors du spectre peur-anxiété, rendait difficile sa justification au sein de ce groupe diagnostique (Pai et al., 2017). Il fut alors placé au sein d'une nouvelle catégorie nommée « *Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress* ». Dès lors, cette version du DSM met l'emphase sur la relation qui existe entre les symptômes et l'événement. Il s'agit d'une nouveauté alors que toutes les autres catégories de diagnostic sont organisées autour du type de symptômes qui leur sont associés. De plus, la définition de ce qu'est un événement traumatique fut clarifiée en précisant qu'un traumatisme requiert un risque immédiat pour la vie, la sécurité et l'intégrité physique ou sexuelle. Finalement, pour objectiver le plus possible le concept de traumatisme, la dimension subjective de la réponse à l'événement traumatique tel que la terreur ou le sentiment d'impuissance fut retirée du DSM-5 (Pai et al., 2017).

#### 1.1.5 Critiques du DSM et trauma complexe

Jusqu'à présent, nous avons présenté le TPST comme étant un événement unique et circonscrit dans le temps. Cependant, au début des années 1990 lors de la révision de la quatrième édition du DSM (DSM-IV-TR), des chercheurs furent mandatés de revoir les critères du diagnostic de TSPT car ils ne rendaient pas toujours bien compte du portrait clinique de certaines personnes (Tarquinio et al., 2017). De plus, certains émirent des critiques à l'endroit des volontés d'objectiver le traumatisme tel que présenté dans le DSM. Auxemery (2013) déplorait tout particulièrement la sursimplification du traumatisme comme une réaction normale à un événement anormal. D'ailleurs, la conceptualisation rigide des symptômes était une autre critique de la part d'Auxemery. Il se désolait qu'on ne tienne aucunement compte de l'évolution des symptômes qui sont à l'inverse conçus comme étant figés dans le temps. Pour Auxemery, le tableau clinique du TSPT est un portrait en mouvement qui évolue dans le temps. Dès lors, l'expression du diagnostic dans sa forme « pure » serait plutôt l'exception que la règle. Le TSPT peut se transformer en une pathologie chronique qui s'exprime au travers de comorbidités psychiques et physiques où la personne se « blesse de nouveau » par ses comportements. Des auteures telles que Terr et Herman ont aussi proposé des conceptualisations plus dynamiques du TSPT. Il est ici respectivement question des concepts de traumatisme de type I et de type II ainsi que de traumatisme simple et complexe<sup>5</sup>. Dans son

---

<sup>5</sup> Nous utiliserons la terminologie de traumatisme complexe au lieu de traumatisme de type II étant donné qu'il semble que ce soit celle que l'on retrouve le plus souvent dans les écrits. Il est à noter que les deux sont conceptuellement très similaires.

livre *Trauma and recovery*, Herman (1992) décrivait le traumatisme complexe comme résultant d'une victimisation chronique et prolongée. Effectivement, c'est sur le caractère répétitif de la situation traumatique qu'Herman insistait pour différencier le trauma simple du trauma complexe. Dans ce second cas, les symptômes seraient plus persistants, plus variés et moins prototypiques du TSPT. Par exemple, on remarquerait chez ces personnes d'importantes difficultés de régulation émotionnelle qui s'exprimeraient entre autres par une répétition de comportements à haut risque. Ceux-ci permettraient non seulement l'atteinte d'un plaisir ou d'une euphorie, mais également l'apaisement d'une souffrance psychique (Tarquinio et al., 2017). Les conséquences de ce type de trauma se feraient également sentir sur le plan relationnel. Elles s'exprimeraient dans une perspective défensive servant à nier une partie de la violence de l'expérience en intériorisant l'agresseur comme étant un « bon objet » pour éviter l'effondrement psychique. On remarquerait alors d'importantes conséquences sur les relations subséquentes de l'individu alors qu'elles sont marquées par un mécanisme de clivage. L'entourage serait continuellement perçu dans une alternance d'amour-haine. Les comportements d'automutilation seraient également fréquents servant le plus souvent à retrouver un sentiment de contrôle et d'apporter un apaisement à une douleur psychologique. On retrouverait des troubles dissociatifs et somatiques un risque suicidaire décuplé. Pour Herman, le traumatisme complexe ne serait possible que si la victime est captive de son bourreau, ce qui implique un contact prolongé avec l'agresseur. Herman parle alors de contexte de vie (famille, groupe religieux) qui cloisonne la personne dans des répétitions de contraintes aliénantes les empêchant de fuir. Ce contexte répétitif se démarque de celui caractérisant le traumatisme simple où l'événement traumatique est unique et facilement identifiable.

Finalement, van der Kolk (2005) a pour sa part tenté de proposer une vision développementale du traumatisme en y présentant les conséquences physiques et psychologiques. Son intention était de proposer une nouvelle entité clinique, soit le trouble du traumatisme développemental (*developmental trauma disorder*), à inclure dans le DSM. La proposition de van der Kolk accorde une attention prononcée aux perturbations développementales soutenant l'émergence du trouble. Le bris du lien d'attachement occupe ainsi une place prépondérante dans la survenue du traumatisme. À l'heure actuelle, cette proposition n'a pas été retenue et ne figure pas dans le DSM-5 (Tarquinio et al., 2017).

Il nous semble que l'approche du DSM concernant le TSPT apparaît se distinguer nettement des approches proposées par Herman et van der Kolk. Premièrement, contrairement au DSM qui se limite à une description symptomatique, les théories du trauma complexe mettent en évidence que les symptômes

occupent une fonction, c'est-à-dire qu'ils jouent un rôle au sein de l'organisation psychique permettant au sujet de lutter contre l'angoisse et la dépression. De plus, les théorisations du trauma complexe accordent une place importante au volet subjectif de la réaction traumatique, ce qui est presque complètement absent du DSM. Effectivement, parmi ceux confrontés à une situation stressante similaire, tous ne développeront pas un TPST. C'est la manière dont l'événement est investi et reconstruit qui serait déterminante dans la formation de symptômes. À ce sujet, Auxemery (2013) expliquait que : « C'est la caractérisation élaborée de se ressenti qui fera sens pour le sujet, mais qui, on le comprend alors, s'éloigne du simple paradigme du stress » (p. 645). Le tableau clinique du trauma complexe se démarque du TSPT en ce qu'il affecterait la structure même de la personnalité ainsi que la nature des relations interpersonnelles. Le traumatisme est alors beaucoup plus proche d'un mode de fonctionnement en pénétrant « toutes les dimensions d'être et d'éprouver le monde » (p. 646). De ce fait, le trauma complexe semble se rapprocher des idées préconisées par les auteurs psychanalytiques et tout particulièrement de celles de Bokanowski pour qui l'élément subjectif est au centre de ce qui fait trauma. Comme nous le verrons ci-après (voir section 1.2), le traumatisme dans cette perspective dépasse l'événement et ses conséquences pour devenir un type de fonctionnement psychique à proprement parler. À ce sujet, nous détaillerons dans ce qui suit l'usage des termes trauma, traumatisme et traumatique dans la perspective de Bokanowski.

## 1.2 Les distinctions psychanalytiques quant au concept de traumatisme : traumatisme, traumatique et trauma

S'inscrivant dans le courant psychanalytique, Smolak et Brunet (2017) soulignaient que l'approche syndromale adoptée par le DSM permettrait au clinicien d'avoir un regard sur les manifestations « en positif » du traumatisme, mais que cette perspective négligerait ce qui s'y joue sur le plan de la structuration psychique de l'individu. De ce fait, cette approche syndromale ne permettrait pas de décrire les processus mentaux inhérents à la réalité interne du sujet qui fait face au traumatisme. Il apparaît alors pertinent de distinguer cette perspective de celle qu'offre la psychanalyse qui s'attarde à expliquer les processus psychiques et les vécus subjectifs qui sous-tendent les manifestations des divers symptômes (Bourrat, 2012; Smolak et Brunet, 2017).

Selon Marty (2011), les différences entre ces deux conceptions induiraient une certaine confusion dans l'utilisation courante du terme « traumatisme ». Effectivement, on négligerait de prendre en compte l'existence d'une réorganisation des événements externes au sein d'une réalité interne. La psychanalyse

permettrait donc un regard nouveau sur les effets du traumatisme sur le fonctionnement mental du sujet. Marty (2011) explique que la réalité externe ou événementielle serait reprise dans une subjectivité qui lui attribuerait un sens nouveau. Dans cette perspective, les mondes interne et externe deviendraient indissociables alors que l'événement réel ne pourrait prendre sens que dans la mesure où il est perçu et interprété par le psychisme de la personne. C'est ce qui permettrait d'expliquer que deux personnes exposées au même événement ne seront pas nécessairement affectées de la même façon par celui-ci. Le traumatisme devient alors un processus interne à une personne devant répondre à une situation traumatisante soudaine, effroyable et imprévisible (Bourrat, 2012). Bien qu'il existerait également des différences culturelles dans la représentation du traumatisme, des auteurs comme Baubet et Moro (2003) proposaient que certains vécus se retrouveraient invariablement dans toute expérience traumatique. Ils mentionnaient à ce sujet les sentiments d'effroi et de sidération qui altèreraient la vision et la perception du monde de la personne.

Dans un effort de clarification terminologique, Bokanowski (2002) établissait une distinction entre les termes « traumatisme », « traumatique » et « trauma ». Le *traumatisme* réfèrait à la conception générique (événement) du trauma et donc à ses effets représentables. Le *trauma* désignait quant à lui les atteintes au moi sous la forme de blessures narcissiques qui viendraient perturber ou renforcer les mécanismes défensifs tels que le déni, le clivage et la projection. Finalement, et c'est ce à quoi nous accorderons le plus d'importance dans cette thèse, le *traumatique* renverrait pour sa part à l'effet quantitatif du traumatisme, ce qui fait l'effraction de la membrane pare-excitation. Il désigne donc un type de fonctionnement mental que Bokanowski (2011) nomme comme étant « en traumatique » et qui entraîne la compulsion de répétition. Ce fonctionnement traumatique nous apparaît être au plus près de ce que décrit Herman (1992) avec son idée de trauma complexe. Tout au long de cette thèse, nous nous référerons au « fonctionnement traumatique » pour désigner les particularités de la population clinique dont il sera question. Avant tout, il nous semble important de bien détailler dans ce qui suit l'évolution historique de la notion de traumatisme dans la théorie psychanalytique.

### 1.3 Le traumatisme en psychanalyse

Le traumatisme est un concept qui est au cœur de la psychanalyse depuis ses débuts. Il fut d'ailleurs une pierre d'assise majeure tout au long de l'œuvre de Freud qui y faisait référence à partir de 1895 dans *Études sur l'hystérie* jusqu'à *Moïse et le monothéisme* en 1939 (Bourrat, 2012). Les auteurs ayant écrit sur le sujet s'entendent pour dire qu'il y a trois moments marquants de l'évolution de la pensée freudienne



au sujet du traumatisme : celui du traumatisme sexuel en après-coup (soit la période 1895-1920), celui de l'effraction de la membrane pare-excitation (datant de 1920) et celui des blessures narcissiques du traumatisme (en 1939). Il s'agit d'une notion qui aura donc évolué de concert avec la psychanalyse en étant reprise et enrichie par plusieurs psychanalystes contemporains de Freud. Les différentes conceptualisations de ce qui fait trauma sont encore tout à fait d'actualité dans le travail clinique d'aujourd'hui (Roussillon, 1999; 2014; Smolak et Brunet, 2017). Il nous apparaît alors pertinent de présenter dans ce qui suit une brève revue des concepts théoriques phares dans l'évolution de la pensée analytique sur le traumatisme pour bien situer le contexte théorique de cette thèse.

### 1.3.1 Freud : l'après-coup et la réalité interne

C'est avec la publication en 1895 d'*Études sur l'hystérie* de Freud et Breuer (cités dans Bourrat, 2012) que naîtront les premières idées psychanalytiques traitant du traumatisme. Remarquant des similarités entre la symptomatologie hystérique et celle de la névrose de guerre, Freud et Breuer proposaient que les événements extérieurs, surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'un sentiment d'effroi, jouent un rôle majeur dans le développement de ces deux pathologies. Les événements de la vie de la personne sont alors compris comme pouvant engendrer des émotions pénibles qui ne peuvent être métabolisées en raison d'un conflit psychique qui en empêche l'intégration et entraîne la création de symptômes (Bourrat, 2012). Dans cette compréhension de l'hystérie, le traumatisme est décrit comme un événement réel, le plus souvent relevant de l'action séductrice d'un adulte sur un enfant. Cependant, devant l'improbabilité qu'autant de ses patientes aient subi de réels actes de séduction de la part d'un parent, Freud abandonnera cette proposition (qu'il désignait par le terme latin de « *neurotica* »). Freud renoncera à l'idée d'un événement réel de séduction au profit de celle de fantasmes inconscients qui vont former la réalité psychique (Bourrat, 2012). Freud concevait alors le traumatisme comme se développant en deux temps en introduisant les notions de refoulement et d'après-coup. Dans l'avant-coup, il y a encore une fois un geste de l'adulte posé envers l'enfant, mais sans qu'il soit obligatoirement de nature sexuel. Il peut par exemple prendre la forme de soins physiques. Grâce aux processus de refoulement, cet événement sera délogé de la conscience et oublié, mais il en demeure une trace inconsciente. Ce n'est qu'après la puberté, quand le sujet est capable de réponses sexualisées, qu'une scène anodine pourrait réactiver le souvenir initial. C'est cet après-coup qui lui fournit sa valeur traumatique. C'est à la suite de ce retour du refoulé que se développent les symptômes (Charbonnier, 2017).

### 1.3.2 Freud : l'aspect quantitatif du traumatisme

En 1920, dans *Au-delà du principe de plaisir*, Freud (cité dans Bokanowski, 2002) proposait une refonte importante de sa théorie psychanalytique en revoyant ses assises métapsychologiques. Les notions de compulsion de répétition et de pare-excitation sont à ce moment introduites comme des idées qui demeureront emblématiques de la psychanalyse. La vision du traumatisme se voyait profondément transformée alors qu'elle s'inscrivait dans une perspective économique et quantitative.

Freud (1920, cité dans Bokanowski, 2002) suggèrait que le traumatisme était lié à un défaut du pare-excitation servant à protéger la psyché en amortissant et en emmagasinant les excitations en provenance de l'extérieur. Certaines situations en viendraient à engendrer un degré d'excitation qui submergerait la capacité du sujet à endurer et à symboliser ce à quoi il fait face. Ce surplus d'excitation agit à titre d'effraction qui surviendrait alors que l'appareil psychique est insuffisamment préparé à la charge qu'il reçoit. Pour Freud, l'effraction de la membrane pare-excitante surviendrait en raison de l'absence d'un signal d'angoisse servant habituellement à préparer le psychisme à un surplus d'excitation. Freud expliquait que le principe de plaisir serait alors mis en échec et que la psyché s'efforce de maîtriser cette expérience par la compulsion de répétition. Dans cette seconde théorisation, Freud passait ainsi d'un modèle basé sur la désorganisation engendrée par le traumatisme à une vision basée sur une réorganisation reposant sur des processus pathologiques. Cette réorganisation reposerait sur l'utilisation de mécanismes de défense tels le clivage, le déni et l'identification projective en lieu et place du refoulement (Bourrat, 2012). La trace laissée par le traumatisme s'exprimerait ensuite via des agirs compulsifs tels les rêves ou les reviviscences, entraînant le sujet dans une répétition du traumatisme dans l'objectif d'atteindre une maîtrise rétroactive de l'excitation.

### 1.3.3 Freud : l'atteinte narcissique

En 1939, soit à la fin de son œuvre, Freud avait finalement proposé que les expériences traumatiques éprouvées dans la petite enfance agissent de manière importante sur l'organisation du fonctionnement psychique (Bokanowski, 2002). Il introduit alors l'idée que dans certains contextes, les premières relations, dont celles aux parents ou aux figures significatives peuvent être traumatisantes et entraîner des atteintes précoces au moi. Il en résulterait des lésions au narcissisme du sujet nuisant au développement d'un sentiment d'exister en tant qu'être total.

Si c'est à Freud que l'on doit les premières idées psychanalytiques relatives au traumatisme, plusieurs de ses contemporains proposeront des avancées théoriques basées sur ses propositions initiales. Le traumatisme s'affirmera rapidement comme l'un des axes majeurs de la recherche et de la clinique psychanalytiques. Dans ce qui suit, nous nous proposons de revoir les contributions de deux psychanalystes qui étaient initialement près de Freud, mais dont les propositions les éloigneront de ce dernier au fil des années. Il s'agit des théories d'Otto Rank et de Sandor Ferenczi.

#### 1.4 Rank et le traumatisme de la naissance

Les idées proposées par Rank se sont surtout démarquées par leur originalité et leur créativité (Ringel et Brandell, 2012). C'est dans son livre de 1924, *Le traumatisme de la naissance*, qu'il publiera l'essentiel de sa contribution à la question du traumatisme. Pour Rank, le traumatisme de la naissance, jusque là compris de manière symbolique, prend une tournure nouvelle. Il atteint le statut d'explication biologique de l'inconscient (Pizzaro Obaid, 2012). La naissance était traumatique pour Rank du fait qu'elle vient mettre un terme à l'état de *nirvana* de la vie intra-utérine. La névrose relèverait alors d'une compulsion de répétition où le sujet cherche à retrouver cet état. Dans sa théorie, Rank soutenait que le transfert est donc marqué par le désir inconscient d'une seconde naissance que le traitement psychanalytique cherche à maîtriser et à liquider (Pizzaro Obaid, 2012).

Éventuellement, pour Rank, les origines de toutes formes de symptomatologies psychopathologiques pourraient être retracées à la naissance. L'angoisse devenait ainsi une manifestation de l'échec de l'élaboration psychique du traumatisme de la naissance (Pizzaro Obaid, 2012) Pour Rank, la tentative de maîtrise de ce surplus d'excitation trouvait l'une des deux finalités suivantes : soit elle aboutissait à une fixation du désir de retrouver l'état de *nirvana*, soit elle permettait de développer une force créatrice et productrice. Si les idées de Rank furent initialement bien reçues par Freud, celui-ci critiqua ensuite vivement certaines de ses avancées théoriques (Ringel et Brandell, 2012; Pizzaro Obaid, 2012). Freud réfuta tout particulièrement l'idée que la naissance puisse être la cause de la névrose en plus de rejeter la possibilité d'un traitement basé sur l'abréaction émotionnelle du traumatisme qui lui serait lié.

#### 1.5 L'apport de Ferenczi

Les idées de Ferenczi (1932/1982) sur le traumatisme furent essentiellement développées par celui-ci en 1932 dans son article phare « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant : le langage de la tendresse et de la passion ». En reprenant les idées du trauma sexuel de la première théorisation de Freud, Ferenczi

insistait sur les effets plus délétères du traumatisme lorsque celui-ci est de nature sexuelle comparativement à tout autre traumatisme. Lorsque l'adulte répond aux besoins de tendresse de l'enfant avec une passion sexuelle propre à l'adulte, l'incapacité de l'enfant à comprendre ou à répondre à la sexualité adulte fait que celui-ci se retrouverait dans une position d'impuissance morale et physique. Les comportements sexuels ainsi imposés à l'enfant seraient alors vécus comme une expérience d'une profonde violence et comme un assujettissement de sa volonté.

Alors que Freud insistait sur l'importance de l'apport fantasmatique dans sa théorie du trauma, Ferenczi réintroduisait dès lors l'apport de l'objet réel dans la clinique du traumatisme ainsi que les conséquences narcissiques qui en découlent. Ses écrits permirent de mettre de l'avant trois concepts qui nous apparaissent comme étant encore d'actualité dans une clinique spécialisée au traumatisme, soit la disqualification du traumatisme, le clivage du moi et l'identification à l'agresseur.

#### 1.5.1 La disqualification

L'une des grandes avancées de Ferenczi fut de mettre en évidence l'importance de la réponse de l'objet et de l'environnement à la suite d'un traumatisme de nature sexuelle. Il avait noté que l'agression est souvent suivie d'un déni massif de l'environnement de l'enfant; les adultes réagiraient aux plaintes de l'enfant par une combinaison de déni, de désaveu et d'incompréhension. L'enfant se verrait alors puni de décrier ce que son environnement interprète comme étant le fruit d'une imagination tordue. La non-réponse ou la disqualification des affects peut alors engendrer ce qu'il nommait une « déchirure » du moi. Sous l'effet d'un mouvement narcissique, le sujet s'attribuerait la responsabilité de ce qui lui arrive. De ce fait, le traumatisme deviendrait une expérience avec l'objet (Bokanowski, 2002) et ne concerne plus seulement ce qui a eu lieu, mais également ce qui n'a pas eu lieu.

#### 1.5.2 Le clivage du moi

Ces expériences négatives auront sur le sujet des effets néfastes que Ferenczi aura su reconnaître avant quiconque. Pour Ferenczi, le traumatisme porterait atteinte à l'intégrité du moi qui se fragmente. Il en résulte alors ce que Ferenczi identifiait comme le clivage du moi. À la suite de cette fragmentation, il y aurait mise en place d'une partie artificiellement saine et mature du moi qui évalue les dommages causés par le traumatisme et qui s'assurerait de protéger la partie clivée dans l'espoir d'une intégration future (Smolak et Brunet, 2017).

### 1.5.3 L'identification à l'agresseur

Finalement, Ferenczi aura aussi su décrire les conséquences du traumatisme sur l'organisation surmoïque du sujet avec son concept d'identification à l'agresseur. Bertrand et Bourdellon (2009) expliquaient que l'enfant s'abandonnerait aux désirs de l'adulte et qu'il intérioriserait une forme de « surmoi destructeur ». Ainsi, à l'agression externe s'ajouterait un mouvement narcissique où le sujet se rend responsable de ce qui lui arrive. Se sacrifiant pour conserver la relation à l'adulte, le sujet développerait des affects de honte et de culpabilité (Smolak et Brunet, 2017). L'enfant va ensuite s'identifier et intérioriser les désirs, l'agressivité, la culpabilité de l'agresseur, mais aussi le silence et le désaveu des autres adultes. C'est par ce sacrifice que l'enfant tenterait de maintenir le lien aux adultes significatifs et desquels il est dépendant (Ringel et Brandell, 2012).

## 1.6 Le traumatisme selon l'approche britannique des relations d'objet

Après la mort de Freud, de nouveaux courants psychanalytiques prirent de plus en plus d'ampleur, notamment en Angleterre où les théories des relations d'objet ont connu un grand essor. Ces auteurs ont su proposer des visions du traumatisme se différenciant des premières formulations freudiennes.

### 1.6.1 Fairbairn et la visée de la pulsion

La contribution de Fairbairn (1952, cité dans Ringel et Brandell, 2012) se démarquait particulièrement de la vision classiquement freudienne en proposant que la pulsion libidinale chercherait les relations objectales plutôt que de s'organiser autour du primat plaisir-déplaisir. Il s'agit d'un changement important dans le rôle de l'objet dans la gratification et la libération des tensions. Initialement conçue par Freud comme un simple moyen d'atteindre cette fin, dans la perspective de Fairbairn la recherche de connexion humaine est la visée même de la libido. Ceci marquait alors un changement important dans la conception du traumatisme où les réponses des objets primaires, tels les parents, aux besoins de l'enfant vont devenir centrales.

Ce qui est traumatique selon Fairbairn, c'est lorsque les besoins relationnels de l'enfant sont frustrés par l'environnement. Devant l'indisponibilité des parents, l'enfant se sentirait indésirable. L'amour qu'il porte à ses parents sera vécu comme quelque chose de mal. Pour contrer la perte des relations humaines, il se réfugierait dans un monde interne où il arriverait à maintenir une connexion aux objets désirés dans lequel il s'identifierait aux caractéristiques négatives de ses parents (déprimé, isolé, masochiste ou agressif). Ce serait au travers de cette identification qu'il parviendrait à maintenir un sentiment de connexion envers le

parent qui n'est pas disponible autrement (Ringel et Brandell, 2012). Il en résulte un clivage du moi où une partie du soi resterait dirigée vers l'extérieur, recherchant l'amour de l'objet réel, alors qu'une autre partie demeurerait fixée sur le parent interne et illusoire.

En plus d'un clivage du moi, Fairbairn proposait qu'il existe un second type de clivage qui produit le moi libidinal (*libidinal ego*) (Ringel et Brandell, 2012). Une part du soi serait liée à la partie de l'objet maternel excitant et aimant (*exciting object*) dans lequel reposent les espoirs d'amour du sujet. Puis, une autre partie du soi serait en lien avec la part rejetante et froide de l'objet maternel dans lequel on retrouve les sentiments de haine et de colère. De ce fait, Fairbairn accordait un accent particulier à la force du lien qui unit l'enfant à un parent négligent ou abusif. L'absence de lien serait alors plus traumatique qu'un lien souffrant. Ce modèle de relation étant préférable au retrait complet de relation, il plongerait le sujet dans une répétition de patrons relationnels traumatiques dans les relations subséquentes (Ringel et Brandell, 2012).

#### 1.6.2 La conception winnicottienne

Pour Donald Winnicott, la question du traumatisme était indissociable de la dépendance de l'enfant envers son environnement et du processus de désillusionnement envers les objets primaires (Smolak et Brunet, 2017). Winnicott stipulait que c'est dans la manière dont les objets répondent aux besoins de l'enfant que se retrouve la potentialité d'événements traumatiques. Si la personne prodiguant les soins devient trop présente ou trop absente, le nourrisson perdrait subitement l'illusion d'être pris en charge et comblé par l'objet, ce qui engendre le traumatisme (Ringel et Brandell, 2012). Pour survivre psychiquement à cette désillusion brutale, l'enfant peut avoir recours à un faux-self. Le faux-self se veut une façade servant à l'enfant à s'assurer de maintenir la relation inadéquate à la mère. Il serait cependant érigé au coût des tendances spontanées de sa personnalité et d'une suradaptation à l'environnement parental (Smolak et Brunet, 2017). Ainsi, même si pour Winnicott le traumatisme n'est pas explicitement au centre de sa théorie, l'aspect développemental du traumatisme est resté au cœur de la plupart de ses écrits théoriques et cliniques.

#### 1.6.3 La fonction alpha de Bion

Wilfred Bion (1962, cité dans Ciccone, 2012) a surtout exploré les notions de traumatisme en termes de surcharge émotionnelle et de l'incapacité d'une personne à la transformer en une pensée assimilable. Il proposait le modèle du « contenant contenu » qui se basait sur la relation de la mère et de son nourrisson.

Lors de moments de détresse et de confusion, le bébé clive et projette une partie de sa détresse. Bion y réfèrait en tant qu'éléments bêta. Ils représentent l'expérience émotionnelle brute et irréprésentable pour le bébé. Bion avait attribué à ce processus le nom de « fonction alpha ». C'est par la répétition de ce processus, qui rend ses éléments bruts « digestes » pour sa psyché, que le bébé arriverait à développer son propre appareil à penser. Toutefois, lorsque ce processus échoue, il y aurait traumatisme dans la théorie de Bion. Si le bébé ne trouve pas un objet capable de réaliser ce travail de détoxification, il réintrojecte sa propre détresse en plus des failles de l'objet (Ciccone, 2012). Cela conduit à ce que Bion décrit comme une « terreur sans nom ».

#### 1.6.4 Balint et le défaut fondamental

Tout comme les auteurs présentés précédemment, c'est dans les réponses inadéquates des figures parentales aux besoins de l'enfant que l'on peut selon Balint identifier l'origine de la psychopathologie générale (Ringel et Brandell, 2012). S'inscrivant dans le courant du traumatisme développemental, Balint mettait de l'avant des idées relatives à l'amour objectal primaire et au fondamental (Balint, 1968). La recherche de l'amour objectal primaire serait pour Balint intrinsèquement liée aux brèches traumatiques dans les relations primaires entre le parent et l'enfant. Ces brèches se produiraient dans un contexte où l'enfant est dans une relation de confiance et de dépendance envers un adulte. Si ce dernier pose un geste soudain ou répété, et qui est hautement excitant, terrifiant ou douloureux pour l'enfant, les tentatives de celui-ci de renouer avec le parent seront ensuite rejetées le laissant avec un sentiment d'inadéquation que Balint nommait le défaut fondamental (*basic fault*) (Dupont, 1998). Celle-ci agirait à titre de pôle organisateur de la psyché. Cliniquement, cela se remarquerait chez les patients par des tentatives coercitives d'entraîner le psychothérapeute à répondre aux privations infantiles et à lui donner l'amour inconditionnel qu'il n'a pas su obtenir durant l'enfance (Ringel et Brandell, 2012).

Au-delà du legs théorique d'auteurs comme Fairbairn, Winnicott et Balint, il nous apparaît qu'une part importante de leur contribution a été de faire avancer les idées du traumatisme dans une perspective développementale et qui ne peut être comprise que dans le cadre des relations d'objet et d'une psychologie à deux personnes. Ces idées ont ensuite pavé la voie au mouvement de la psychologie du soi.

#### 1.7 Kohut et la psychologie du soi

Même s'il est plus associé à la psychologie du soi, Kohut proposait une théorie développementale du traumatisme s'approchant de celles de l'école des relations d'objet. Sa théorie était profondément ancrée

dans la relation entre l'enfant et les personnes assurant la prise en charge de ses besoins. Pour ce faire, il introduit les notions de soi et de selfobjet dans le développement de l'enfant. Les selfobjets sont les personnes présentes dans l'environnement du sujet qui prennent en charge les besoins de son soi. Pour l'enfant, ce sont habituellement les parents. Dans cette perspective développementale, Kohut expliquait que le développement du soi de l'enfant se fait par une fusion aux selfobjets des adultes de son entourage. C'est ainsi que se formerait l'identité de l'enfant. Lorsque le tout se passe bien, le soi de l'enfant deviendrait mature et cohésif; à l'inverse, il demeure rudimentaire et fragmenté. Pour en arriver à cette cohésion Kohut identifie trois besoins du moi qui doivent être comblés. Le besoin de miroir se rapporte au rehaussement de l'estime de soi de l'enfant par des comportements du parent visant à le valoriser, le supporter et l'encourager. Le besoin d'idéalisation se réfère à la nécessité pour l'enfant de trouver dans son environnement des personnes stables, calmes et sur lesquelles il peut compter. Pour Kohut, l'enfant aurait besoin de trouver chez son parent une figure qu'il peut idéaliser. Finalement, le besoin d'alter ego témoignerait du désir de l'enfant de trouver un groupe auquel il peut appartenir et dans lequel il se reconnaît. Il y aurait fragmentation du soi lorsque les trois grands besoins identifiés par Kohut ne sont pas comblés.

Pour Kohut, il existait une différence entre le trauma événement qui entraîne le TSPT et l'ambiance traumatique où les besoins de l'enfant demeurent insatisfaits et où le lien au selfobjet est rompu. Cette rupture de lien était ce que Kohut nomme les failles empathiques. Que les failles empathiques soient le résultat de la psychopathologie des parents ou tout autre type de défaillances de l'environnement, elles empêcheraient que les besoins de réconfort, d'affirmation et de calme puissent être comblés (Ringel et Brandell, 2012). Malgré tout, Kohut estimait que les ruptures d'empathie étaient, dans une certaine mesure, nécessaires et favorables au développement du soi de l'enfant : dans une portée limitée, elles induiraient une frustration favorable à la construction d'un soi congruent et cohésif; mais en quantité trop grande, elles déstabiliseraient le fonctionnement du sujet.

Jusqu'ici, nous avons décrit plusieurs conceptualisations psychanalytiques du traumatisme. Si elles mettaient initialement l'emphase sur le traumatisme en tant que phénomène intrapsychique (perspective freudienne), elles se sont plutôt progressivement concentrées à décrire sa composante développementale et intersubjective. Dans ce qui suit, nous présenterons les efforts de Roussillon à intégrer ces deux visions dans une proposition contemporaine du traumatisme. Cet auteur fait en effet dialoguer plusieurs de ces théories en proposant le concept de « situations extrêmes de la subjectivité ».



## 1.8 L'intégration contemporaine de Roussillon

Pour Roussillon (2005), les situations extrêmes de la subjectivité sont des situations dans lesquelles « la possibilité de continuer de se sentir "sujet", de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition, est portée à son extrême, voire au-delà du pensable » (p. 221). Tout comme avec Freud, l'événement traumatique est divisé en deux temps par Roussillon (2005). Le premier temps représente le moment même où le traumatisme survient alors que le sujet est confronté à une situation qui submerge ses capacités de liaison et sa capacité à créer un sens de l'événement, et où les excitations deviennent effractives. Puis, le traumatisme s'accompagne d'une « intériorisation narcissique » des conditions du traumatisme, alors que le sujet se rend responsable de la survenue de son état (Roussillon, 1999; 2002). Cette blessure interfère dans le rapport du sujet avec son monde interne. Il explique :

[Cette blessure] brouille le miroir interne nécessaire à la réflexivité. Le sujet ne se sent plus ou se sent mal, il ne peut plus se voir ou se voit mal, il ne s'entend plus ou s'entend mal, et ceci dans toute la polysémie des termes. (Roussillon, 2005, p. 38)

Il en résulte alors un puissant affect de douleur, parfois physique, mais surtout psychique. À ce moment, la psyché tenterait de mettre en place des défenses contre l'effraction. C'est l'insuffisance des défenses habituellement déployées qui confère à l'événement son caractère traumatique. Dès lors, la survie psychologique ne peut avoir lieu qu'au prix d'une dissociation, d'un retrait psychique de la situation de laquelle il est impossible de s'évader. Le coût de la défense est alors acquitté par le sacrifice d'une partie de sa subjectivité.

Pour Roussillon (2005), ce qui est sacrifié va inévitablement faire retour dans la psyché. C'est à ce moment que s'amorce le second temps du traumatisme. Il se caractérise par la compulsion de répétition à l'intérieur du sujet. Cette répétition sera engendrée par des situations externes qui viendront revivifier l'impact traumatique. Pour contrer l'effet de ce retour constant, la psyché devra de nouveau élever des défenses contre cet envahissement. C'est donc dans l'après-coup que se trouve l'effet désorganisateur du traumatisme. Lors de la réactivation du traumatisme, un nouvel ensemble de défenses sera mis de l'avant par la psyché. C'est dans ces défenses secondaires mises en place pour contrer le retour du refoulé que le traumatisme originel fera connaître ses effets. Les défenses nouvellement développées pour faire face au traumatisme caractériseront le portrait clinique du sujet. Elles dépendent, entre autres, du type de défenses auquel a recouru la psyché au moment de l'événement traumatique. Si la défense primaire est

le refoulement, les défenses secondaires seront associées à l'état névrotique (hystérie, obsession). Lorsque la défense primaire est le démantèlement, le retour traumatique suscite la mise en place de défenses psychotiques ou autistiques. Finalement, quand la défense est le clivage, les défenses secondaires s'apparentent à l'état limite.

Il est toutefois important de noter que parfois, le traumatisme peut avoir une nature cumulative. Dans certains cas, divers événements de faible intensité provoqueront un impact traumatique en raison de leur répétition. Roussillon (2002) explique que la « blessure psychique », causée par ceux-ci, ne peut cicatriser étant donné qu'elle est constamment « réouverte » et que son effet devient de plus en plus important au fil des répétitions. Ce genre de traumatisme s'exprime le plus souvent au travers des relations avec des objets « toxiques ». C'est la nature de la relation qui, si elle se poursuit au long terme, contient la potentialité traumatique. Dans ce cas de figure, la soudaineté du trauma s'exprime différemment : non par un événement ou un phénomène, mais par l'objet lui-même alors qu'il est « insaisissable » dans la relation et imprévisible affectivement (Roussillon, 2002).

#### 1.9 Définition du traumatisme et portrait clinique lui étant associé dans la présente thèse

Depuis les travaux fondateurs de Freud, certains auteurs psychanalytiques ont établi une distinction quant à la nature du traumatisme, distinguant les traumas impersonnels (accident, désastre naturel, etc.) des traumas interpersonnels (abus sexuel, violence physique, guerre, etc.) (Allen, 2001). La différence entre les deux aurait des implications au plan symptomatique, les conséquences sur la psyché liées aux traumatismes interpersonnels résultant généralement en des troubles psychologiques plus graves. Ce sont les traumatismes interpersonnels, découlant d'une action humaine, qui seront au cœur de cette thèse.

Dans l'ensemble de cette recherche, l'utilisation des termes trauma, traumatique et traumatisme référeront à leur conceptualisation psychanalytique en lien avec la notion d'effraction préalablement définie et avec leur nature interpersonnelle. En ce sens, nous nous appuyons sur la définition préalablement présentée de Bokanowski (2011) du « fonctionnement en traumatique » pour décrire la population clinique dont il sera question dans les articles de cette thèse. Dans cette perspective, le traumatisme engendre chez le sujet un type de fonctionnement mental particulier que nous allons maintenant détailler.

Sur le plan de leur accompagnement clinique, les personnes présentant un fonctionnement traumatique ont été décrites comme générant des défis marqués pour l'intervention. Le fonctionnement de ces patients serait en effet caractérisé par des mécanismes de survie pathologiques visant à gérer les conséquences des traumatismes subis (Etherington, 2009), s'accompagnant de puissants comportements autodestructeurs en plus d'une capacité de gestion émotionnelle diminuée nuisant énormément à l'établissement d'une relation thérapeutique (Gennart, 2011). Ils se présenteraient donc fréquemment en état de crise, ce qui engendrerait d'importants défis dans l'intervention psychothérapeutique. Sur la base des écrits sur le sujet du fonctionnement traumatique, nous avons pu brosser un portrait clinique s'organisant selon trois thèmes que nous détaillerons maintenant.

#### 1.9.1 Le type de souffrance et l'échec des processus psychiques

Pour Roussillon (2005) le traumatisme a de particulier qu'il engendre un type singulier de souffrance. Si l'impuissance et la détresse demeurent des paramètres inévitables de la vie, elles ne sont pas traumatisantes en soi. Il y aurait traumatisme lorsque le sujet se trouve confronté à une « des formes dégénérées » (p. 223) de souffrance. Il insiste notamment sur le caractère insensé et déshumanisant de ce genre de souffrance qui plongerait l'individu dans l'impression de sortir de la temporalité et la condition humaine. L'effet profondément désorganisateur de cette souffrance « dégénérées » tient au fait qu'elle s'accompagnerait d'une disparition de tout sens. Ces situations deviendraient impensables et induiraient des affects de terreur pure. De plus, Tovmassian (2015) décrit comment le traumatisme engendrerait l'échec des processus de refoulement. Cet échec s'accompagnerait ensuite d'une faillite de la symbolisation. Ce faisant, le traumatisme n'arriverait pas à être transformé par les processus primaires tels que la condensation ou le déplacement. Pour Bokanowski (2002) et Roussillon (2005), le traumatisme imposerait alors la nécessité d'un important clivage. Pour survivre, le sujet accepte de sacrifier une partie de sa subjectivité, de la partie de soi qui se connecte à la zone de douleur. Cependant, l'utilisation d'une défense aussi extrême ne serait pas sans conséquence. Elle laisserait des traces qui sont actives bien après que la situation s'est terminée (Bokanowski, 2002; Roussillon, 2005; Tovmassian, 2015). Soumis à la compulsion de répétition, le traumatisme reviendrait alors de l'intérieur et le sujet doit développer de nouvelles défenses pour s'opposer à ce qui fut clivé lors de la situation traumatique.

#### 1.9.2 Les modes relationnels

Les écrits sur la clinique du fonctionnement traumatique permettent d'identifier deux patrons relationnels récurrents chez ces individus. Le premier est surtout caractérisé par un retrait de la vie relationnelle. Pour

Tovmassian (2015), ces personnes ne trouveraient que rarement refuge dans leur environnement ce qui les amène dans un « enfermement hors communautaire » étant donné que cet environnement peut avoir été la cause du traumatisme ou avoir nié celui-ci. Il s'opérerait alors ce que Mellier (2006) nomme une « détransitionnalisation » du rapport du sujet à son environnement où il s'exclut des liens aux autres. Dans le cadre de la psychothérapie, l'accompagnement thérapeutique permettrait selon Roussillon (2005) d'offrir au patient un « miroir » lui permettant de se voir et de se sentir. Toutefois, dans le cas du traumatisme Roussillon suggère que l'image qui est renvoyée à l'individu en est une marquée par la honte et la déchéance. Il devient alors trop douloureux pour celui-ci d'être en contact avec ce reflet, ce qui rend nécessaire le retrait du monde relationnel. Effectivement, Tovmassian (2015) explique que la prise de parole concernant ce qui lui est arrivé n'est pas perçue comme un processus de subjectivation. Cela aurait plutôt comme effet de réinvoquer le traumatisme et de replonger le sujet dans l'effroi.

Le deuxième aspect du mode relationnel du fonctionnement traumatique s'articule autour de la destructivité des liens et d'une répétition des rôles d'abuseur et d'abusé (Etherington, 2009; Gennart, 2011; Knigth, 2004, 2018). La relation thérapeutique deviendrait le théâtre de difficultés relationnelles qui sont rejouées rapidement et intensément en séance, souvent même avant l'établissement d'une relation de confiance (Knigth, 2004). On remarque alors la présence chez le psychothérapeute de différentes formes d'identifications en réponse aux projections du patient. Des auteurs tels que Etherington (2009), Emmanuel et al. (2002), Knight (2004) et Milton (1994) ont tous décrit comment le contre-transfert peut se déployer selon trois axes identificatoires.

Dans le premier cas, une identification de nature plus défensive du psychothérapeute au rôle de l'abuseur. Elle se manifeste par une minimisation des événements souffrants de l'histoire du patient tout en induisant du dégoût ou du mépris pour ce dernier (Knight, 2004). Dans un second cas, le psychothérapeute vit la relation thérapeutique comme s'il était sous le joug des pulsions sadiques et destructrices du patient. Il adopterait alors une position où il devient la victime de ce dernier : il aura par exemple tendance à se sentir impuissant à aider, incompetent, manipulé et dupé par la personne qu'il reçoit (Etherington, 2009). Finalement, dans le troisième cas, le psychothérapeute peut s'identifier à un rôle de sauveur. Il aura alors tendance à vouloir prolonger les séances ou autorisera de nombreux contacts entre celles-ci, chose qu'il ne ferait pas autrement (Etherington, 2009). Toutes ces identifications peuvent alterner rapidement au cours de la même séance ou tout au long du suivi (Etherington, 2009).

### 1.9.3 La nature du contre-transfert

Face aux identifications précédemment mentionnées, il est fréquent de constater que le contre-transfert du psychothérapeute est marqué par des émotions vives et intenses (Walker, 2004). Des auteurs travaillant en contexte de soins humanitaires ont aussi révélé qu'il y existerait un contre-transfert spécifique à ce genre de travail. Ainsi, Lachal (2007, 2019) a introduit l'idée d'un contre-transfert propre à la rencontre du réel avec la mort. Il nomme « scénario émergent » les images, les affects et les pensées qui viennent spontanément au clinicien à l'écoute du récit traumatique de son patient. Le traumatisme étant irreprésentable, c'est d'une manière relationnelle que le patient arriverait à transmettre au clinicien

Pour plusieurs (Etherington, 2009; Knigh, 2008; Walker, 2004), la clinique du fonctionnement traumatique favoriserait l'émergence de contre-transferts plus négatifs que dans d'autres types de cliniques. En l'absence d'un travail d'élaboration du contre-transfert négatif, Walker (2004) identifie deux pièges guettant le psychothérapeute : d'abord, un risque de contre-attaquer face à l'attitude hostile de la personne reçue et de mettre ainsi en péril une relation à la base fragile; ensuite, un potentiel plus élevé de traumatisme secondaire pour le psychothérapeute.

Ce sont ces particularités de l'accompagnement thérapeutique auprès des patients présentant un fonctionnement traumatique qui rehausseraient le niveau de difficulté de ce travail clinique. De ce fait, elles ont amené les chercheurs à s'intéresser aux effets qu'elles pouvaient avoir sur la personne du psychothérapeute. Différents concepts ont alors été développés pour rendre compte de la réalité de ce travail. Voyons maintenant de quoi il est question.

### 1.10 L'impact de la clinique des traumatismes

Ce n'est que depuis les 30 dernières années que les contributions de plusieurs chercheurs, dont celle de MacCann et Pearlman (1990), ont permis de mieux comprendre les risques auxquels s'exposent les psychothérapeutes pratiquant dans une large mesure auprès de patients précarisés par un traumatisme. Selon Culver et al. (2011), les psychothérapeutes travaillant surtout auprès de ces populations rapportent plusieurs symptômes tels que de l'anxiété, un état de vigilance (*suspiciousness*) et de vulnérabilité accrus, et une diminution du sentiment de sécurité et d'estime personnelle. L'intérêt grandissant porté aux effets de la clinique du fonctionnement traumatique s'est accompagné de l'utilisation progressivement plus commune de plusieurs nouveaux concepts pour rendre compte de cette réalité. Des termes tels que « fatigue de compassion », « épuisement professionnel », « traumatisme secondaire » et « traumatisme

vicariant » ont été développés par les chercheurs pour décrire et expliquer l'émergence de symptômes de détresse psychologique chez les psychothérapeutes en traumatologie. Nous les passerons maintenant en revue.

#### 1.10.1 L'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel (*burnout*) est un concept qui réfère à une réalité que l'on retrouve dans tout domaine de travail. Selon Leiter et Maslach (2005), il se compose de trois composantes, soit l'épuisement, le cynisme et l'inefficacité. Il en résulte un sentiment d'épuisement émotionnel et une impression de déconnexion du milieu de travail (Leiter et al., 1998). L'épuisement professionnel survient le plus souvent lorsque la relation de l'employé avec son employeur se dégrade en raison d'insatisfactions liées au travail, de stress élevé, de conflits entre collègues ainsi que d'une charge de travail jugée trop élevée (Leiter et Maslach, 2005). Dans le contexte de la profession de psychologue, cela se manifeste par l'appauvrissement des ressources émotionnelles du psychothérapeute, par des réponses détachées faites aux patients et finalement par un sens d'accomplissement réduit et une impression d'être inadéquat professionnellement.

#### 1.10.2 Le traumatisme secondaire et la fatigue de compassion

Parfois utilisés de manière interchangeable, les termes de traumatisme secondaire (TS) et de fatigue de compassion (FC) (Sabin-Farrell et Turpin, 2003) sont des concepts qui renvoient directement à la réponse émotionnelle et aux symptômes associés au travail auprès des patients traumatisés. Ces deux concepts ne s'utilisent qu'en référence aux personnes œuvrant dans le champ du soin (*caring*) et qui, dans leur travail, entretiennent des relations empathiques fréquentes avec des personnes souffrantes. La FC se caractérise par l'effritement progressif de la capacité empathique du soignant et de l'intérêt qu'il porte à son patient causé par un engagement empathique prolongé face à la souffrance du patient (Figley, 2002). Elle est comprise comme un phénomène normal, attendu et réversible de ce genre de travail (Kadambi et Ennis, 2004). Il n'est donc pas requis d'être exposé à des traumatismes ou à des récits de cruautés pour qu'elle survienne.

Selon Figley (1995), le TS pourrait survenir soudainement et serait plus spécifiquement lié à la clinique du traumatisme alors que la FC pourrait résulter d'un stress occupationnel plus général. Le TS s'inscrit plutôt dans une logique descriptive détaillant le développement de symptômes associés au diagnostic du trouble de stress post-traumatique un professionnel de la santé (Figley, 2002). Les personnes souffrant de TS n'ont

pas été exposées directement à l'événement traumatique. C'est plutôt l'exposition aux détails de l'événement, tels que racontés par la victime, qui engendre la symptomatologie (Elwood et al., 2011).

### 1.10.3 Le traumatisme vicariant

Finalement, le traumatisme vicariant (TV) se définit par un changement dans les scripts ou les schémas cognitifs des psychothérapeutes (McCann et Pearlman, 1990). Ce changement se manifeste dans le soi du psychothérapeute en détériorant la manière dont le psychothérapeute se perçoit, perçoit les autres et perçoit le monde. Plus précisément, il s'opère une modification dans certains aspects fondamentaux de la personnalité tels l'identité, les capacités personnelles, les ressources du moi, les besoins psychologiques et le système sensoriel (Culver et al., 2011; McCann et Pearlman, 1990; Trippany et al., 2004). Sur le plan symptomatique, on retrouve des manifestations d'anxiété, de suspicion, de dépression, de somatisation, d'images intrusives, de labilité émotionnelle (engourdissement ou explosion) et un sentiment de vulnérabilité (Adams et Riggs, 2008).

Pour Saakvitne (2002), ce qui distingue le TV, c'est son impact négatif sur le sentiment d'espoir et la capacité à donner un sens aux événements de sa vie. Il augmente le pessimisme et le cynisme, engendrant un processus de généralisation négative des perceptions et schémas cognitifs du psychothérapeute. Bien que la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel demeurent des sources de préoccupations aux conséquences graves, c'est le TV qui est le plus souvent associé et le mieux documenté en lien avec la thérapie des traumatismes.

Les études sur la prévalence du TV chez les psychothérapeutes révèlent des taux somme toute élevés chez les pourvoyeurs de soins psychologiques. Aux États-Unis, dans une étude portant sur 282 travailleurs sociaux oeuvrant auprès de populations traumatisées, Bride (2007) montrait que 40,5 % des participants souffraient d'idées intrusives et 19 % de détresse psychologique. Au Canada, une étude de Buchanan et al. (2006) auprès de 1 200 travailleurs en santé mentale dans le domaine du traumatisme rapporte que 82 % des participants notaient un changement dans leur vision du monde et que 55 % disaient avoir été traumatisés par les détails morbides décrits par leurs patients.

Les recherches sur les facteurs associés au développement du TV n'ont cessé d'augmenter durant les dernières années (Ivicic et Motta, 2016). Leur objectif demeure d'obtenir une meilleure connaissance des variables étant statistiquement associées à l'émergence ou non du TV chez les psychothérapeutes. Parmi

celles-ci, on retrouve entre autres les changements cognitifs, l'historique de trauma personnel chez le clinicien, l'exposition aux détails traumatiques et le niveau d'expérience. Malgré la prolifération de ces études, force est toutefois de constater une absence de consensus concernant l'impact de ces variables sur le TV et sur l'interrelation qui pourrait exister entre ces mêmes variables (Ivicic et Motta, 2016).

Plusieurs études ont mis en évidence des distorsions des schémas cognitifs des psychothérapeutes qui travaillent auprès des populations avec un fonctionnement traumatique. Celles-ci s'expriment par des perceptions d'eux-mêmes, du monde et des autres devenant de plus en plus négatives. Dans le but de détailler ces distorsions cognitives, Steed et Downing (1998) ont interviewé des femmes psychothérapeutes travaillant avec des victimes d'agression sexuelle. L'analyse des verbatims révélait que les deux tiers des participantes souffraient d'images et de pensées intrusives, de cauchemars et d'une préoccupation négative quant à leur impression de sécurité. Plus précisément, les participantes rapportaient avoir perdu foi envers les autres, se sentir plus vulnérables et ressentir un changement dans leur identité. Des résultats relativement similaires furent également rapportés par Culver et al. (2011) et par Iliffe et Steed (2000) quant à une diminution du sentiment de sécurité et une vision plus méfiante de l'autre.

D'autre part, le fait pour un psychothérapeute d'avoir un historique de trauma personnel est déjà associé avec une moins bonne santé mentale et l'apparition de symptômes du TSPT (Sabin-Farell et Turpin, 2003). Il n'est alors pas surprenant que les chercheurs se soient penchés sur la possibilité que l'historique de trauma personnel ait un impact sur le développement du TV. Néanmoins, les résultats s'avèrent être inconsistants. Dans leur étude, Pearlman et Mac Ian (1995) ont différencié l'état de détresse que les auteurs qualifient de général de celui spécifiquement induit par le matériel clinique traumatique des patients. Ils suggèrent que les psychothérapeutes rapportant un trauma dans leur histoire souffrent plus de distorsions cognitives aux schémas de confiance, d'estime et d'intimité tout en rapportant plus de symptômes comparativement aux psychothérapeutes sans trauma personnel. Par contre, d'autres recherches (Brady et al., 1999; Schauben et Frazier, 1995) n'ont pas réussi à établir de lien entre l'historique traumatique personnel et le TV.

Pour expliquer cette disparité, Sabin-Farell et Turpin (2003) proposaient que le niveau de résolution du trauma (*closure*) serait l'élément crucial qui fait que le trauma a une influence ou non sur le travail clinique. Pour leur part Adams et Riggs (2008) émettaient une hypothèse différente pour expliquer la divergence



des résultats sur l'historique de trauma et son lien avec le TV. Celles-ci ont mené une étude sur les mécanismes de défense utilisés par les psychothérapeutes débutants qui travaillent avec des patients traumatisés. Les résultats montraient que les étudiants avec un style de défense plus mature rapportaient moins de symptômes, alors que ceux avec un style de défense de type « sacrifice de soi » manifestaient significativement plus de symptômes. Selon leurs résultats, le type de défenses employées était plus fortement corrélé au TV que des variables telles que le niveau de ressemblance entre le trauma du patient et celui du psychothérapeute ou la nature du traumatisme (interpersonnel vs impersonnel).

Dans leur méta-analyse du TV et des facteurs y étant associés, Sabin-Farrel et Turpin (2003) se sont également penchés sur l'exposition des psychothérapeutes au matériel clinique de nature traumatique et sur l'impact que cela pouvait avoir sur le TV. Leurs résultats sont encore une fois de nature contradictoire. Certaines études (Baird et Jenkins, 2003; Elwood et al., 2011) n'ont pas établi de corrélation significative entre l'augmentation de l'exposition au matériel traumatique des patients et les manifestations symptomatiques du TV chez les psychothérapeutes. À l'inverse, divers auteurs ont été en mesure de démontrer l'existence de plusieurs corrélations entre une plus importante symptomatologie de TV et : le pourcentage de survivants de traumatisme dans la charge de travail du psychothérapeute (Pearlman et Mac Ian, 1995); le nombre d'heures d'exposition au matériel clinique du client (Kassam-Adams, 1995); et l'importance de la charge de travail (*caseload*) (Schauben et Frazier, 1995; Sprang et al., 2007). Devant l'inconsistance de ces résultats, des chercheurs en sont venus à questionner la manière dont l'exposition au traumatisme était mesurée. Par exemple, Ivicic et Motta (2016) suggèrent que le type de traumatisme et son ampleur (*type and breadth*) serait un facteur plus important dans le développement du TV que le nombre d'heures d'exposition. C'est ce qui pourrait expliquer selon eux les résultats discordants obtenus dans les études sur le sujet.

Finalement, une autre branche du champ de recherche sur le TV s'est développée autour de la question de l'expérience des psychothérapeutes. Plusieurs recherches montraient l'existence d'un lien entre l'inexpérience du psychothérapeute et l'augmentation des manifestations du TV (Adams et Riggs, 2008; Dunkley et Whelan, 2006; Ivicic et Motta, 2016; MacCann et Pearlman, 1990; Mairean et Turlic, 2013; Pearlman et Mac Ian, 1995; Saakvitne, 2002). Pour Trippany et al. (2004), le TV naîtrait de l'engagement empathique et de la disponibilité émotionnelle que démontre le psychothérapeute envers son patient. Lorsque l'on prend en considération les difficultés des psychothérapeutes à gérer adéquatement leur

niveau d'engagement en séance (Rønnestad et Skovholt 1992; Skovholt et Rønnestad, 2003), il n'est peut-être pas surprenant de constater une plus grande propension au TV chez les jeunes psychothérapeutes.

En résumé, il semble que plusieurs facteurs agissent en interaction lorsque vient le temps d'expliquer le développement du TV. Que ceux-ci soient des facteurs de risques situationnels (charge de travail, contexte de travail) ou des facteurs de prédispositions au risque (historique de trauma, mécanisme de défense), il est fort probable qu'ils agissent en interaction étant donné que les modèles de régression multiple n'expliquent qu'une très faible partie de la variance. Néanmoins, malgré ces résultats contradictoires, il apparaît que les thérapies des traumatismes comportent réellement des aléas spécifiques qui requièrent une attention particulière. De ce fait, la recherche a tenté de déterminer quels pouvaient être les facteurs de protection contre le TV.

#### 1.11 Facteurs de protection contre le traumatisme vicariant

Il est essentiel de reconnaître que certains individus arrivent à mettre en place des moyens de protection contre le traumatisme vicariant. Ces facteurs de protections occupent une place centrale dans le maintien et dans la préservation de la santé mentale des psychothérapeutes et ils peuvent contribuer à atténuer les effets débilissants de la clinique du fonctionnement traumatique. Voyons maintenant de quoi il s'agit.

##### 1.11.1 La création d'un sens personnel

Wong (1998) définit la création d'un sens personnel comme étant le développement d'un système cognitif subjectif mais basé sur la culture, qui donne à la vie un sens d'utilité, d'estime de soi et d'épanouissement. Dans leur ouvrage *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization* Saakvitne et Pearlman (1996) suggéraient que la création de sens pouvait être un facteur de protection contre le TV : « making of meaning is the opposite of the erosion and negation of meaning that results from vicarious traumatization » (Saakvitne et Pearlman, 1996, p. 73). Certaines études, dont celle de Hope (2006) et celle de Zeleskov-Doric et al. (2012), semblent confirmer l'hypothèse émise par Saakvitne et Pearlman en montrant l'existence d'une corrélation négative entre le TV et la création d'un sens personnel chez les pourvoyeurs de soins (*caregivers*). Plus précisément, les résultats de Zeleskov-Doric et al. (2012) suggèrent que plus une personne arrive à donner un sens à son existence, tout particulièrement grâce à ses relations interpersonnelles, moins celle-ci risque d'être affectée par les conséquences négatives du TV.

### 1.11.2 Le soutien émotionnel

D'autres chercheurs se sont plutôt penchés sur la fonction protectrice du soutien émotionnel pour le psychothérapeute (Dyregrov et Mitchell, 1992; Fortin, 2014; Méndez-Fernández; 2022). Selon Fortin (2014), ce soutien s'exprime soit au travers des séances de supervision ou par des rencontres servant à ventiler auprès de collègues. D'ailleurs, en relation d'aide, les pairs joueraient un rôle plus important que le soutien familial et amical dans la prévention du TV. Ce qui ressort de ces travaux, c'est la nécessité pour ceux travaillant en relation d'aide de trouver un espace où se délester de certaines émotions (tristesse, colère, culpabilité) en les verbalisant. Il importerait que ce partage ait lieu dans une relation de confiance, sans jugement, pour permettre au sujet de se sentir écouté et compris. Des résultats similaires ont été obtenus dans une étude de Schauben et Frazier (1995) : les personnes faisant usage des ressources disponibles montraient significativement moins de symptômes que ceux n'y ayant pas recours.

Comme le mentionne Fortin (2014), la supervision représente l'une des ressources principalement utilisées par les cliniciens pour obtenir soutien, appui et guidance. La supervision nous est alors apparue tout naturellement comme lieu où le psychothérapeute peut retrouver une forme de soutien émotionnel, mais aussi un espace de mise en sens et de symbolisation de sa pratique clinique. Dès lors, il nous apparaît que les résultats présentés ci-haut mettent en relief l'importance potentielle qu'elle peut avoir pour ceux œuvrant auprès de populations présentant un fonctionnement traumatique. La prochaine section sera consacrée à explorer les études concernant la supervision et le rôle qu'elle peut jouer dans la prévention du TV.

### 1.12 La supervision comme moyen de prévention du traumatisme vicariant

Les connaissances sur le développement professionnel des psychothérapeutes ont mis en lumière l'importance qu'occupe la supervision chez les psychothérapeutes, et ce, peu importe leur niveau d'expérience (Orlinsky et Rønnestad, 2005). Plus spécifiquement, différentes études montrent comment les psychothérapeutes attribuent leur croissance professionnelle à leur formation universitaire certes, mais surtout clinique, dont par le moyen de la supervision (Hill et Knox, 2013; Hill et al., 2015; Rønnestad et Skovholt, 2003). Par exemple, dans une étude de Hill et al. (2015) auprès de psychothérapeutes en formation psychodynamique, les participants ont décrit l'apport bénéfique de la supervision dans l'amélioration de leur maîtrise des techniques cliniques avancées (interprétations, confrontations, silence), de leur posture clinique en séance ainsi que dans leur conceptualisation de la dynamique de leurs patients. Plus spécifiquement, les participants ont dit apprécier le fait d'être mis à l'épreuve par leur superviseur et

qu'une attention particulière soit accordée à leurs réactions émotionnelles vis-à-vis du patient. L'aide fournie par le superviseur concernant l'exploration de la dynamique psychique des patients était également rapportée comme favorisant l'apprentissage de la conceptualisation des patients chez les jeunes psychothérapeutes.

Ces études semblent soutenir l'hypothèse que le recours à la supervision, surtout lorsqu'elle est caractérisée par une bonne alliance avec le superviseur, permet de réduire les manifestations du TV (Furlonger et Taylor, 2013; Pearlman et Mac Ian, 1995; Sommer et Cox, 2006). Cependant on remarque encore une fois une absence de consensus dans les écrits sur le sujet. Dans une étude portant sur les moyens à la disposition des psychothérapeutes pour limiter les effets du TV, Bober et Regehr (2005) ont mesuré l'efficacité de plusieurs de ces moyens, dont la supervision. Ils en sont arrivés quant à eux à la conclusion qu'il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre la supervision et la diminution des symptômes de TV. Ainsi, il n'existerait pas selon eux de preuve concrète que l'investissement de temps du psychothérapeute dans des stratégies recommandées par la recherche agit comme facteur de protection contre le TV, alors que d'autres le maintiennent.

Il est à noter qu'aucune des études préalablement citées n'identifie la supervision reçue par les participants comme étant spécialisée ou non à la clinique du fonctionnement traumatique. De ce fait, il semble qu'on pourrait qualifier de « générique » la supervision à laquelle ont eu recours les participants décrits dans ces travaux. L'absence de toute mention d'une quelconque spécialisation ou d'aménagements de la supervision nous a alors amenés à nous questionner. Effectivement, la question se pose à savoir si une supervision dite générique peut réellement répondre adéquatement aux aléas de la thérapie du fonctionnement traumatique et si une supervision mieux adaptée aux thérapies du fonctionnement traumatique n'aurait pas permis l'obtention de résultats différents.

Il importe donc, selon nous, de faire une distinction entre l'aspect formateur de la supervision en général et l'apport d'une supervision spécialisée lorsqu'on étudie son impact pour des cliniciens travaillant avec une population donnée. Puisque l'aspect formateur se retrouve apparemment à des degrés divers dans toute supervision, ce sont à notre avis surtout les modalités spécifiques et les ajustements imposés par le travail auprès de populations cliniques particulières — soit, dans le cas présent, la clinique du fonctionnement traumatique — qu'il y a lieu d'explorer et de comprendre plus en profondeur.

Nous remarquons que, bien qu'il existe plusieurs études sur la supervision et que son rôle dans la prévention du TV soit reconnu sur le plan théorique, on ne retrouve que très peu de littérature sur l'évaluation systématique de la supervision associée à la clinique du fonctionnement traumatique, sur son essence et sur ses caractéristiques distinctives (Berger et Quiros, 2014). Le nombre réduit de recherches sur la supervision spécifique au domaine de la traumatologie n'est pas un problème récent. Déjà en 1999 Lonergan déplorait qu'il n'existait aucun modèle de supervision du travail thérapeutique du fonctionnement traumatique. Le tout est d'autant plus préoccupant lorsqu'on prend en considération que les cliniciens sont de plus en plus confrontés à des patients présentant un fonctionnement traumatique dans leur pratique clinique courante (Culver et al., 2011). De plus, malgré le désir des psychothérapeutes d'être adéquatement préparés à faire face efficacement aux difficultés de ce genre de travail (Folette et al., 1994; Kitzriow, 2002), on remarque que seulement 9 % des programmes de formation universitaire proposent une formation générale ou spécifique par l'entremise de cours obligatoires ou au choix (Kitzriow, 2002). Devant ces chiffres, il apparaît que les cliniciens commençant leur pratique dans le domaine des thérapies des traumatismes ne le font qu'avec une préparation minimale.

C'est en partie pour répondre à ce besoin que des chercheurs ont commencé à développer des modèles intégratifs de traitement, de formation ainsi que de supervision spécialement axés sur les connaissances entourant le traumatisme (Ellis et al., 2019). Aux États-Unis, des organisations telles que le « Council on Social Work Education » et l'American Psychological Association (APA) ont commencé à étudier et à identifier les compétences nécessaires pour les psychothérapeutes désireux de se spécialiser dans la clinique du fonctionnement traumatique. Ces efforts ont donné naissance au mouvement dit « de soins sensibles aux traumatismes » (*trauma-informed care* ou *trauma-informed practice*).

### 1.13 L'émergence du courant de recherche sur les soins sensibles aux traumatismes

En 2001, Harris et Fallot introduisaient pour la première fois le terme de *trauma-informed* qui se traduit en français par « sensible aux traumatismes » (Berger et Quiros, 2016). Avec le temps, cette appellation se précisera avec l'ajout des termes « soins » (*care*) et « pratique » (*practice*) (Courtois, 2018). Les « soins sensibles aux traumatismes » désignent une vision sociale et organisationnelle alors que « la pratique sensible aux traumatismes » réfère plus particulièrement au travail psychothérapeutique. Plus largement, Harris et Fallot (2001, cité dans Berger et Quiros, 2016) désignaient par ces termes un environnement et des pratiques cliniques et organisationnelles sensibles à la possibilité que les personnes requérant des

services psychologiques aient été exposées à un ou plusieurs événements traumatiques, même si cela n'est pas au cœur de la demande.

Il est important de comprendre qu'il ne s'agit pas d'un traitement psychothérapeutique en soi, mais plutôt d'un paradigme qui soutient un standard de soin pour les victimes de traumatisme (Classen et Clark, 2017). L'un de leurs objectifs était d'éviter que, malgré leurs bonnes intentions, les pourvoyeurs de soins puissent retraumatiser la personne reçue en consultation en raison d'un manque de connaissances sur le fonctionnement traumatique. À titre d'exemple, Classen et Clark (2017) soutiennent que l'adoption de ce genre de pratique permet aux psychothérapeutes s'y référant de comprendre les symptômes dans une perspective nouvelle, comme ayant une fonction et servant des fins adaptatives. L'approche sensible aux traumatismes permet aussi de conscientiser les psychothérapeutes à un monde relationnel marqué par la violence, l'impuissance et le déni qui seront ensuite répétées par les clients à travers leurs relations subséquentes, dont dans la relation thérapeutique. Sans cette compréhension plus poussée du fonctionnement traumatique, le psychothérapeute insuffisamment préparé ou informé risquerait d'entrer en lien avec le patient d'une manière favorisant la retraumatisation (Classen et Clark, 2017).

Ces apprentissages et ces connaissances ne devraient toutefois pas être circonscrits aux psychothérapeutes. Selon Berger et Quiros (2014), il est nécessaire que l'ensemble des employés (professionnels soignants, administration, direction) soient formés et informés sur les composantes de la clinique du traumatisme. De ce fait, Berger et Quiros (2014) ont identifié cinq principes fondamentaux sur lesquels repose la pratique sensible aux traumatismes : la sécurité, la confiance, la collaboration, le choix et l'agentivité.

#### 1.13.1 La sécurité

D'abord, les soins doivent avoir lieu dans un climat de sécurité physique et émotionnelle. L'environnement ne doit pas seulement être sécuritaire, mais être vécu et perçu comme tel par les patients (Berger et Quiros, 2014). Il est nécessaire que le professionnel fournisse suffisamment d'information pertinente à la personne reçue sur les effets du traumatisme, sur la nature du traitement ainsi que sur la manière dont l'environnement dans lequel il se déroule assure sa sécurité.

### 1.13.2 La confiance

La confiance présume du maintien des frontières entre le psychothérapeute et le patient. Elle suppose aussi le respect de la confidentialité ainsi que des explications claires sur ce en quoi elle consiste. Le psychothérapeute doit aussi représenter dans les soins qu'il fournit une figure stable, prévisible et constante (Berger et Quiros, 2014).

### 1.13.3 La collaboration

Le principe de collaboration sous-entend un partage des pouvoirs, en ce sens que le patient joue un rôle actif dans son traitement. Le professionnel doit alors reconnaître l'expertise du patient dans l'identification de ses besoins et la manière d'y répondre adéquatement. L'expertise du professionnel ne supplante donc pas celle du patient; au contraire, il s'agit d'un esprit d'équipe où les deux personnes sont mises à contribution.

### 1.13.4 Le choix

Le choix suppose que le psychothérapeute remette au patient une forme d'autonomie quant aux soins qui lui seront offerts. Celle-ci peut prendre la forme d'une liberté quant aux choix des thématiques qui peuvent être abordées dans une séance (Berger et Quiros, 2014).

### 1.13.5 L'agentivité

Finalement, l'agentivité sert à soutenir et développer les capacités du patient en sollicitant activement sa participation dans la planification, le déroulement des séances et dans l'évaluation des services (Berger et Quiros, 2014).

Il demeure qu'il s'agit là de principes généraux servant à guider les actions des pourvoyeurs de soins et ce, à tous les niveaux de l'organisation pour laquelle ils travaillent. Certains auteurs ont entrepris de partager leur expérience pour mieux préciser comment ces principes pouvaient guider plus concrètement leur pratique. Dans ce qui suit, nous nous intéresserons plus particulièrement à la supervision sensible aux traumatismes.

#### 1.14 La supervision sensible aux traumatismes

Ce n'est que depuis environ les 20 dernières années que les chercheurs ont délaissé les modèles plus généralistes pour s'intéresser davantage à ceux adaptés au travail clinique auprès de populations spécifiques (Courtois, 2018). Ces recherches ont permis de mettre en lumière que, si le travail thérapeutique se spécialise, il en va de même pour le travail de supervision qui doit être particularisé au regard de la population clinique desservie. Bien que des auteurs réputés comme experts dans le domaine du fonctionnement traumatique (Lansen et Haans, 2004; van der Veer et al., 2004) insistent sur la complexité de ce genre de thérapie et sur la nécessité pour les superviseurs d'être attentifs à cette complexité, ceux-ci consacrent une grande partie de leurs écrits à des éléments de la supervision déjà amplement détaillés dans les recherches sur la supervision (West, 2010). Un coup d'œil rapide aux études publiées portant sur la supervision spécifique au fonctionnement traumatique permet de constater que, exception faite de quelques articles traitant entre autres de l'intégration de l'approche sensible aux traumatismes à la supervision et de l'abord du traumatisme vicariant (Berger et Quiros, 2016; Sommer et Cox, 2006), une grande partie des écrits découlent des réflexions personnelles des auteurs sur leur travail de superviseurs. Ces travaux tablent sur l'importance de l'instauration d'un climat de sécurité (Courtois, 2018), sur une connaissance approfondie du traumatisme et de ses effets (Berger et Quiros, 2014), ainsi que les risques associés au TV (Etherington, 2009).

Cependant, on remarque qu'il existe un grand manque concernant la publication d'études empiriques qui rendent compte des spécificités de ce genre de supervision. Bien que fort intéressants, les témoignages de superviseurs ne se qualifient pas en termes d'étude empirique des éléments spécifiques à la supervision des thérapies des traumatismes. Ces études se font d'autant plus rares lorsqu'on tente d'en trouver traitant spécifiquement de l'approche psychodynamique à ce genre de supervision.

Bien que peu nombreux, certains ont voulu répondre à cette lacune. Walker (2004) a tenté de décrire quelques-uns des rôles du superviseur des thérapies du fonctionnement traumatique. Par exemple, elle souligne l'importance pour le superviseur de faire du sens du contre-transfert du supervisé, d'établir un espace sécuritaire pour parler d'un vécu affectif difficile et d'identifier les manifestations du TV et de les normaliser pour que le clinicien puisse retrouver sa pensée clinique. Puis en 2010, West commençait un premier travail de débroussaillage conceptuel. Regroupant 11 superviseurs possédant une expérience considérable dans la pratique de la thérapie du fonctionnement traumatique ainsi que dans la supervision de celle-ci, West (2010) a décrit quelques-uns des éléments centraux. Des thèmes comme la préparation,



l'éducation, les connaissances, les processus parallèles et contre-transférentiels et les apports extérieurs à la supervision pour le bien-être du psychothérapeute furent identifiés dans cette étude. Bien qu'il ne s'agisse que d'une première étude, celle-ci représente un premier pas intéressant pour la compréhension des éléments principaux dans la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique. L'étude de West (2010) témoigne de l'importance qu'accordent les superviseurs participants à l'analyse du contre-transfert en étant particulièrement attentifs aux fluctuations d'intensité, par exemple lorsque le supervisé devient démesurément investi dans la thérapie ou au contraire lorsque le psychothérapeute se désengage du processus thérapeutique. Considérant la nature préliminaire de cette étude, il apparaît que plus de recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les éléments qui caractérisent la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique.

La présente étude vise ainsi à poursuivre le travail entamé par West (2010). De ce fait, la pertinence d'une étude visant à découvrir les particularités des supervisions des thérapies des traumatismes, si elles existent bel et bien, s'avèrerait une contribution d'une importance non négligeable en ce qui concerne la recherche en supervision psychodynamique. Plus précisément, existe-t-il des éléments qui caractérisent la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique lui permettant non seulement de se dégager des autres modèles de supervision, mais également de prévenir le développement du TV, tout en favorisant l'apprentissage professionnel des psychothérapeutes.

## CHAPITRE 2

### 2.1 Évolution du projet

Des modifications ont été apportées à notre projet de recherche doctorale, déposé au département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) au mois de mars 2019 et soutenu avec succès. Il avait été initialement prévu que l'objectif de cette thèse soit de mettre à jour et de formaliser un modèle théorique et clinique de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT). Cependant, le processus d'analyse des entretiens nous a amené à constater que les propos des participants s'orientaient autour d'aménagements plutôt que d'un modèle à proprement parler. Effectivement, les participants ont été naturellement enclins à nous parler des accents, nuances ou ajustements particuliers accordés à certains processus ou thématiques de la STFT. Ce faisant, l'objectif de recherche est devenu d'en faire une description la plus riche et détaillée possible dans l'optique d'émettre certaines recommandations aux personnes s'y consacrant (autant superviseurs que supervisés).

### 2.2 Objectif et question de recherche générale

Étant donné l'état actuel de la recherche qui ne permet pas de décrire en quoi la STFT se distingue ou devrait se distinguer des autres formes de supervision, notre recherche a visé à explorer, à identifier et à décrire les spécificités de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique. C'est pourquoi notre étude a eu comme objectif principal de donner la parole à des superviseurs possédant une vaste expérience de la STFT, mais aussi à des psychothérapeutes novices pour tenter d'identifier ce qui leur apparaît comme les caractéristiques distinctives de ce genre de supervision. De plus, l'étude a eu pour objectif secondaire d'explorer la manière dont les participants conçoivent que la STFT puisse prévenir – ou minimalement amoindrir – les effets négatifs des thérapies du fonctionnement traumatique (TFT) sur le psychothérapeute supervisé. De cet objectif découle une question de recherche générale à laquelle la présente étude visait à répondre :

- Qu'est-ce qui caractérise la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique en termes de contenus ou processus uniques ou en termes d'accent distinct mis sur certains contenus ou processus?

### 2.3 Questions de recherche auprès des superviseurs

Pour répondre à la question de recherche générale présentée ci-haut, une sous-question de recherche a également été abordée avec les superviseurs ciblés dans cette étude. Considérant qu'il n'y a pas de modèle de supervision énonçant les spécificités de la supervision des thérapies des traumatismes, il apparaissait pertinent d'interroger des psychologues superviseurs spécialisés dans ce genre de clinique sur leur expérience et leur pratique de la supervision. En consultant des psychologues habilités à superviser les thérapies des traumatismes quant à leur conception du processus de supervision, nous souhaitons faire ressortir par l'analyse de leur discours les éléments spécifiques permettant de jeter les bases du processus de supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique. Nous avons ainsi posé la question de recherche comme suit en regard des superviseurs :

- Qu'est-ce qui aux yeux des superviseurs en thérapies des traumatismes, leur apparaît comme étant unique à cette supervision?

### 2.4 Sous-question de recherche auprès des superviseurs

Nous avons mentionné au chapitre précédent que le traumatisme vicariant (TV) pouvait entraîner des conséquences néfastes sur les psychothérapeutes pratiquant auprès des populations traumatisées. En tenant compte non seulement des effets délétères du TV mais également de son apparente prévalence au sein de la population des cliniciens, il nous est apparu important de nous y intéresser plus en profondeur. S'il a été soutenu que la supervision était en mesure de réduire les manifestations symptomatiques du TV (DelTosta, 2014), les moyens concrets auxquels ont recours les superviseurs pour y parvenir demeurent nébuleux. La présente étude a donc tenté de déterminer quels sont les processus agissant en supervision et quels sont les ajustements mis en place par les superviseurs spécialisés dans la supervision des thérapies des traumatismes pour éviter que leur supervisé ne subisse les contrecoups du TV. De ce fait, nous avons exploré la question suivante :

- Comment les psychologues superviseurs, supervisant majoritairement les thérapies des traumatismes, conçoivent-ils que leur travail de supervision permet de prévenir ou de minimiser les symptômes associés au TV chez leurs supervisés?

## 2.5 Question de recherche auprès des supervisés

Pour arriver à brosser le portrait le plus clair possible de la STFT, le point de vue des supervisés (qu'ils soient psychologues en formation ou accrédités) s'avère primordial. Nous avons donc visé à obtenir l'impression des supervisés quant à ce qui leur apparaît comme aidant ou non dans la STFT, afin de compléter et d'enrichir nos premières impressions issues des entretiens avec les superviseurs. Nous avons comparé les renseignements obtenus auprès des supervisés avec ceux des superviseurs pour en faire ressortir autant les éléments cohérents que dissonants. Dès lors, une seconde question de recherche se trouvait soulevée :

- Qu'est-ce qui, aux yeux des supervisés, s'avère aidant ou nuisible lors des rencontres de supervisions des thérapies des traumatismes? Quels aspects de leur expérience de supervision leur apparaissent comme étant les plus importants et quels sont ceux qu'ils considèrent comme étant déficitaires ou manquants?

## 2.6 Le choix d'une méthodologie qualitative

Étant donné la posture théorique psychodynamique du chercheur, une méthodologie qualitative a été choisie pour répondre aux questions et sous-questions de recherche préalablement posées. Effectivement, pour répondre à l'objectif de cette thèse, les questions de recherche ont été abordées de manière descriptive dans le but de faire ressortir les thématiques centrales du discours des participants.

Nous avons opté pour une méthodologie qualitative, descriptive et ascendante (Paillé et Mucchielli, 2012), puisque l'utilisation des processus de thématisation des divers segments des verbatims s'avère plus appropriée pour explorer et décrire les éléments distinctifs de la STFT. Cette méthodologie s'avère également apte à faire ressortir les éléments que les supervisés jugent comme étant aidants ou déficitaires d'une supervision axée sur les thérapies du fonctionnement traumatique. Devant la nature de cette étude, l'emploi d'entrevues semi-dirigées a été privilégié, étant donné qu'il nous semble être le format d'entrevue qui s'accorde le mieux à l'objectif de cette étude. La souplesse de ce modèle permet aux participants d'avoir toute la latitude nécessaire pour couvrir en profondeur l'ensemble de ce qui leur apparaît pertinent. Cette liberté lors des entretiens permet de bénéficier d'un corpus d'analyse riche et détaillé, tout en permettant l'émergence de concepts jusqu'ici méconnus.

## 2.7 Recrutement et participants

Considérant la nature des questions de recherche, la profondeur et le détail ont été priorisés aux dépens de la grandeur de l'échantillon. Six et sept participants ont respectivement été recrutés pour les échantillons superviseurs et supervisés. En ce qui concerne les participants superviseurs, leur nombre restreint s'est trouvé contrebalancé par le fait que les participants ont été sélectionnés sur la base d'une connaissance approfondie de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique. La vaste expérience sur laquelle reposait le choix des participants sélectionnés a permis une certaine forme d'assurance que ceux-ci auraient déjà une réflexion personnelle poussée, minutieuse et bien intégrée quant à ce qui caractérise la STFT (thématiques récurrentes, enjeux transférentiels et contre-transférentiels, mécanismes de défense des patients, etc.).

En ce qui concerne le nombre de participants supervisés, il était initialement prévu d'effectuer une série de deux entrevues pour chaque personne recrutée. Une première fois pour leur permettre de décrire leur expérience de supervision, puis une seconde, environ une semaine plus tard, pour revenir sur certains points qu'ils (ou que le chercheur) aimeraient détailler plus en profondeur. Cette deuxième entrevue devait également constituer une opportunité pour les participants de parler d'éléments qu'ils auraient omis lors de la première rencontre. À la suite de la retranscription et de l'annotation des verbatims, aucun entretien n'a nécessité une entrevue retour (voir section 2.10).

Le recrutement des participants s'est d'abord fait auprès de milieux institutionnels (p. ex. centres hospitaliers, organismes communautaires, cliniques privées, cliniques universitaires) du Québec. Nous avons identifié ceux s'affichant comme desservant des patients présentant un historique traumatique et offrant un service de supervision à de jeunes professionnels accrédités ou à des étudiants inscrits à un programme de formation doctorale en psychologie. Puis, pour assurer une certaine homogénéité des référents théoriques et de formation chez les participants potentiels, seuls les milieux offrant des services d'approche psychodynamique furent contactés via un courriel envoyé aux responsables cliniques et administratifs ainsi qu'aux superviseurs. Ceux-ci étaient alors invités à faire circuler dans leur milieu notre document de sollicitation<sup>6</sup> à participer à l'étude autant auprès des superviseurs que de personnes supervisées qui pourraient s'avérer intéressées. Nous avons alors pris contact avec les personnes ayant manifesté leur intérêt. Nous avons ensuite utilisé la méthode de recrutement « en boule de neige » : les

---

<sup>6</sup> Voir l'Annexe A pour les superviseurs et l'Annexe B pour les supervisés.

personnes intéressées ont été invitées à diffuser les informations sur l'étude auprès de collègues œuvrant dans d'autres milieux et qu'ils jugeaient être en mesure de participer. Finalement, le document de sollicitation à participer à l'étude a également été partagé via divers pages de médias sociaux rattachées à des regroupements professionnels de psychothérapeutes ou de doctorants en psychologie.

### 2.7.1 Critères de sélection et brève description des participants

Pour chaque groupe de participants nous avons établi quelques critères de sélection pour nous assurer que la supervision du fonctionnement traumatique occupe une place importante dans leur charge de travail. Ceux-ci ont été déterminés en nous inspirant des stades de développement professionnel des psychothérapeutes d'Orlinsky et Rønnestad (2005).

Nous avons ciblé des psychothérapeutes superviseurs réputés comme « chevronnés » (*seasoned therapist*) dans le domaine du traitement et de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique. Le nombre d'années d'expérience à titre de superviseur dans ce domaine était donc un critère de sélection pour assurer que les participants aient une excellente compréhension du processus de ce genre de supervision. Les critères étaient les suivants : (a) être d'approche psychodynamique; (b) avoir au minimum 10 ans d'expérience à titre de superviseur et un minimum de 15 ans d'expérience clinique cumulative (*seasoned therapist*) et (c) avoir une pratique où la supervision donnée porte sur le travail auprès de patients présentant une histoire marquée par des vécus traumatiques relationnels.

À la suite de ces démarches, le groupe de participants superviseurs s'est trouvé composé de six personnes ayant donné leur consentement<sup>7</sup> éclairé à participer à l'étude avant que nous interrompions le recrutement (voir Canevas d'entrevue et saturation du matériel). On retrouve dans cet échantillon<sup>8</sup> trois femmes et trois hommes âgés en moyenne de 61,8 ans ( $\bar{E.-T.} = 9,0$  ans). En moyenne, les participants pratiquaient à titre de psychologue depuis 36,8 années ( $\bar{E.-T.} = 5,6$  années); et ils pratiquaient la supervision de thérapies du fonctionnement traumatique depuis 25,8 ans ( $\bar{E.-T.} = 7,2$  ans) et ce, en moyenne, 10,8 heures par semaine ( $\bar{E.-T.} = 5,3$  h/sem.) au moment de l'étude. Un participant travaillait en milieu hospitalier alors que deux autres y avaient travaillé la majorité de leur carrière et se consacraient maintenant à du travail en bureau privé. Deux autres pratiquaient dans une clinique spécialisée dans la

---

<sup>7</sup> Voir l'Annexe C pour le formulaire de consentement des superviseurs.

<sup>8</sup> Voir l'Annexe D pour la fiche démographique des superviseurs.

prise en charge des patients traumatisés et le dernier d'entre eux consacrait la majeure partie de ses activités professionnelles à la pratique privée.

Du côté du groupe de supervisés, les critères d'inclusion retenus pour le recrutement visaient à assurer que la supervision occupe une place importante dans leur développement professionnel, à favoriser une cohésion des besoins de supervision et à ce que les participants n'aient pas réorienté leur carrière en raison des conséquences négatives de leur travail. Les critères étaient également déterminés en nous inspirant des stades de développement professionnel des psychothérapeutes d'Orlinsky et Rønnestad (2005) afin de cibler des psychothérapeutes en début de carrière (psychothérapeute novice). Les critères étaient les suivants : (a) être d'approche psychodynamique; (b) être inscrit dans un programme de formation doctorale en psychologie clinique ou avoir obtenu son diplôme et pratiquer comme psychologue depuis moins de 5 ans; et (c) avoir une pratique où la majorité des patients rencontrés présentent une histoire marquée par des vécus traumatiques relationnels.

Sept personnes ont ainsi donné leur consentement<sup>9</sup> éclairé à participer à l'étude avant la seconde interruption du recrutement. L'échantillon<sup>10</sup> était composé de cinq femmes et deux hommes âgés en moyenne de 30,5 ans (*É.-T.* = 2,3 ans). La moyenne des années totales d'expérience clinique était de 3,5 ans (*É.-T.* = 2,2 années) et celle spécialisée auprès du fonctionnement traumatique de 2,6 ans (*É.-T.* = 1,8 année). En moyenne, les participants consacraient 1,5 heure (*É.-T.* = 0,7 h/sem.) par semaine à la STFT. À l'exception de deux participants ayant déjà obtenu leur diplôme, tous les autres participants complétaient leur parcours d'études doctorales en psychologie et séparaient leur temps entre les internats et le travail. Quatre participants travaillaient principalement en milieu hospitalier (internat) tout en maintenant une pratique au privé, deux participants travaillaient en milieu communautaire seulement et un participant travaillait exclusivement en bureau privé.

## 2.8 Procédures et entretiens individuels

À la suite de l'obtention du consentement écrit de tous les participants, un rendez-vous a été pris pour un entretien individuel avec eux. Comme les rencontres ont eu lieu entre octobre 2019 et mai 2020 pour les superviseurs et entre février et mars 2021 pour les supervisés, ces rencontres, initialement prévues en

---

<sup>9</sup> Voir l'Annexe E pour le formulaire de consentement des supervisés.

<sup>10</sup> Voir l'Annexe F pour la fiche démographique des supervisés.

présentiel, se sont plutôt déroulées en vidéoconférence en raison de la pandémie de COVID-19. Par courriel, les participants ont été informés à l'avance qu'ils devaient choisir un lieu propice à la rencontre pour en assurer la confidentialité.

Avant le début des entretiens, les participants étaient invités à remplir un questionnaire sociodémographique et de pratique professionnelle. Chaque participant a ensuite pris part à une entrevue semi-structurée menée par le chercheur principal. La durée moyenne de ces entrevues a été de 142,33 minutes avec les superviseurs et de 92 minutes avec les supervisés. Avec le consentement préalable des participants, les entrevues ont été enregistrées puis retranscrites pour analyses.

## 2.9 Paradigme de recherche et présupposés théoriques

Un paradigme se définit comme un amalgame de croyances et d'hypothèses sur la nature de la réalité et sur la manière d'acquérir un savoir sur cette réalité (Morrow, 2007). La posture paradigmatique est la direction que se donne un chercheur pour guider ses actions. Elle exerce une influence importante sur la manière dont l'étude est construite sur le plan méthodologique et sur la compréhension et l'interprétation des résultats (Morrow, 2007; Ponterotto, 2005).

Notre étude s'inscrit dans l'approche paradigmatique constructiviste. Celle-ci stipule l'existence de plusieurs réalités qui ont toutes une valeur identique dès lors qu'elles sont le produit de chaque individu. Le rapport qui unit le chercheur à son objet d'étude est donc au centre de cette approche. Effectivement, la position constructiviste postule que c'est la relation de co-construction entre le chercheur et ce qu'il étudie qui permet d'accéder à la connaissance et d'obtenir des réponses aux questionnements du chercheur (Ponterotto, 2005). Selon Ponterotto, le constructivisme s'inscrit dans une perspective idiosyncratique étant donné qu'il tente de décrire et d'expliquer des concepts propres aux individus. Notre recherche se situe à la frontière entre une posture idiosyncratique et nomothétique. Elle est idiosyncrasique dans la mesure où l'expérience personnelle de chaque participant compose le corpus de données. Cependant, nous adoptons une posture plus nomothétique dans l'interprétation des résultats alors que nous cherchons à en dégager des thématiques ou des processus généralisables à l'ensemble de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique.

De plus, il importe de fournir quelques précisions quant aux aprioris théoriques qui ont exercé une influence sur le développement et le déroulement de l'étude. Comme cela fut présenté dans le premier



chapitre, la notion de traumatisme vicariant s'est rapidement imposée comme une source majeure dans la conceptualisation de cette recherche. D'ailleurs, une partie du canevas de recherche a été construit autour de cette notion. De plus, le cadre théorique psychanalytique a également influencé notre lexique pour décrire notre compréhension des processus agissant en supervision ainsi que dans les besoins exprimés par nos participants supervisés, tout comme dans la manière dont les résultats ont été interprétés (voir chapitre 5). Nous faisons ici référence aux idées relatives au fonctionnement traumatique (Bokanowski, 2011) et à celles touchant à la fonction contenante telles que développées par des auteurs comme Winnicott (1971), mais aussi Wilfred Bion (1962) et René Roussillon (1999).

Nous aimerions toutefois porter à l'attention du lecteur une distinction qui nous apparaît importante. Cette thèse ne se qualifie pas comme étant une recherche ayant une méthodologie psychanalytique. Dans notre perspective, la psychanalyse servait d'assise théorique et non méthodologique pour rendre compte des phénomènes observés lors de l'analyse des entretiens. Les entretiens de recherche ont plutôt été menés dans un esprit constructiviste. La position ontologique relativiste du chercheur principal supposait l'existence de la validité équivalente de multiples réalités. Il était assumé que le savoir est une construction subjective propre à chaque individu qui est influencée par son contexte social, son environnement et ses perceptions. Ainsi l'émergence des connaissances demandait au chercheur principal d'adopter une posture épistémologique de co-construction qui permette l'accès au savoir grâce aux échanges et aux discussions entre le chercheur et son participant (Ponterotto, 2005). Il importe également de mentionner que le déroulement des entretiens a aussi été influencé par une perspective phénoménologique. Nous y faisons appel dans un esprit herméneutique descriptif visant à donner un contour au matériel recueilli et à faire ressortir les thèmes récurrents. L'aspect phénoménologique de cette thèse apparaît surtout dans la disposition du chercheur à l'« *epochè* ». Ribeau et al. (2005) expliquent à ce sujet que : « *l'epochè* fait de la phénoménologie une méthode qui se base essentiellement sur l'écoute du récit de l'autre qui en parlant, dévoile son phénomène vécu. » (p. 23). L'*epochè* suppose la suspension de tout jugement ou prise de position sur la vérité et place à l'avant-plan une ouverture à l'expérience d'autrui.

## 2.10 Canevas d'entrevue

Les entretiens se sont appuyés sur un canevas d'entrevue composé de trois sections. Les questions de chaque section étaient complétées par des questions de relance afin de favoriser chez les participants l'exploration approfondie de certains points et d'assurer que l'ensemble des thèmes préalablement identifiés comme importants par les chercheurs puissent être couverts durant les entretiens.

Les entretiens<sup>11</sup> ont débuté par une série de questions volontairement large pour laisser la liberté aux participants d'emprunter la direction qu'ils souhaitaient. Celles-ci ont comme objectif de mettre les participants à l'aise en leur donnant la chance de parler de leur parcours et des raisons qui les motivent à se spécialiser dans le domaine des thérapies des traumatismes. Cette première série de questions était l'occasion d'en apprendre davantage sur l'historique et le vécu des participants. La deuxième partie de l'entrevue a été consacrée aux spécificités de la supervision des thérapies des traumatismes et à la manière dont les participants vivent et conçoivent leur expérience de ce genre de supervision. Puis dans la dernière section, les participants ont été questionnés sur leurs connaissances du concept de traumatismes vicariant, phénomène décrit comme courant chez les psychologues œuvrant auprès des populations traumatisées. Les trois sections du canevas d'entrevue étaient ponctuées de questions de type « relance » pour favoriser chez les participants l'exploration de certains points importants. Celles-ci ont permis au chercheur principal d'élaborer et de commenter plus en détail certains aspects des réponses fournies par les participants. Ces relances avaient comme objectif de s'assurer que l'ensemble des thèmes identifiés comme importants par le chercheur puissent être couverts durant les entretiens. Elles ont également servi à accorder une attention plus minutieuse aux aspects de l'entretien qui méritaient quelques éclaircissements supplémentaires ou sur ce qui aurait été mal compris de prime abord.

### 2.11 Analyses des entretiens et saturation

À la suite de la retranscription de chaque entretien, ceux-ci ont fait l'objet d'une analyse thématique selon les instructions de Paillé et Mucchielli (2012), méthode appropriée pour répondre à l'objectif exploratoire et descriptif de cette étude. Le recours à l'analyse thématique permet la transposition d'un corpus de données en une série de thèmes emblématiques du matériel analysé, et ce, en lien avec l'objectif de recherche. Pour ce faire, la thématique consiste premièrement à identifier des thèmes qui permettent de résumer l'essentiel du propos d'un participant. Puis, dans un second temps, il s'agit de rassembler l'ensemble de ces thèmes pour les mettre en relation à travers de potentielles répétitions, similitudes ou oppositions intra- et interparticipants. L'objectif final étant la construction d'un arbre thématique résumant la hiérarchisation des thèmes. Afin d'obtenir l'analyse la plus riche possible, la thématique s'est faite en continu. Ce qui consiste en l'identification constante de thèmes tout au long de la lecture des verbatims. Ce faisant, avant de commencer la thématique, le chercheur a effectué plusieurs lectures, relectures et annotations des verbatims pour bien s'imprégner de leur contenu. Une fois cette étape

---

<sup>11</sup> Voir l'Annexe G et l'Annexe H pour les canevas d'entrevue des superviseurs et des supervisés respectivement.

terminée, les divers thèmes identifiés furent mis en relation pour décrire la nature des liens potentiels les unissant. L'objectif était de dresser un portrait précis, synthétique et vivant rendant justice aux processus en mouvance caractérisant les thérapies du fonctionnement traumatique, tenant compte du point de vue des superviseurs et des supervisés (Paillé et Muchielli, 2012), permettant ainsi d'atteindre l'objectif de recherche de l'étude. Comme il s'agit d'un processus d'analyse itératif, la codification, les thèmes et les liens qui les unissent ont été modifiés plusieurs fois en cours d'analyse.

Tout au long du processus d'analyse, la subjectivité inhérente à la méthodologie de recherche qualitative a pu être encadrée, notamment au cours d'échanges avec notre directeur de recherche. Des rencontres de bilan et des discussions ont eu lieu tout au long du processus de recherche de façon à permettre un pas de recul au chercheur pour qu'il puisse élaborer plus largement son expérience des entretiens de recherche. À cet égard, des discussions ont eu lieu avec la direction de recherche quant à de potentielles influences découlant du fait que le chercheur principal soit lui-même un étudiant en supervision. Nous croyons que cela a permis de rehausser la crédibilité des résultats qui seront présentés dans les chapitres suivants.

Nous avons d'abord entrepris d'analyser les données obtenues auprès des superviseurs pour faire ressortir les caractéristiques distinctives de la thérapie du fonctionnement traumatique. Nous les avons ensuite complétés avec les éléments extraits du discours des supervisés. Ces analyses nous ont permis d'identifier quels aspects du processus de supervision mis de l'avant par les superviseurs sont aussi importants aux yeux des supervisés. Il était ici question de porter une attention particulière aux divergences et aux ressemblances des perspectives des deux groupes de participants afin de dresser un portrait le plus complet et général possible de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique. Nous avons alors joint de manière comparative les deux points de vue pour refléter quels sont les éléments qui semblent être efficaces ou déficients chez les superviseurs dans l'application de leur « recette » de supervision. C'est par la juxtaposition des données recueillies chez les superviseurs et les supervisés que nous en sommes arrivés à émettre une série de recommandation visant à favoriser l'amélioration – du moins en théorie – du processus de supervision des thérapies du fonctionnement traumatique. Qui plus est, l'apport des supervisés participants nous permis d'exposer de l'intérieur la manière dont les supervisés perçoivent que la supervision s'avère aidante dans cette forme de spécialisation psychothérapeutique.

Ensuite, les thèmes furent hiérarchisés en thèmes centraux et en sous-thèmes pour construire l'arbre thématique. L'analyse thématique a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo 12. Comme le suggèrent Paillé et Mucchielli (2012) pour l'analyse thématique, des discussions avec un autre chercheur – le directeur de cette étude – ont fréquemment eu lieu, permettant que les thèmes soient modifiés, précisés, regroupés, divisés et fusionnés sur la base de leur consensus. Tout au long du processus de cueillette, de transcription et d'analyse, le chercheur principal a tenu un cahier de notes servant à laisser des traces du processus, mais aussi à recueillir ses impressions et ses réflexions. Celles-ci ont servies à nourrir les discussions avec le co-chercheur afin de favoriser la rigueur de l'analyse et de soutenir la réflexion lors du processus d'analyse thématique.

Enfin, étant donné la méthode d'analyse en continu, l'arrêt du recrutement et des analyses s'est fait simultanément. Cette décision fut prise de concert avec le directeur de thèse supervisant cette étude. À la suite de nombreuses discussions concernant les analyses, il fut convenu que de nouveaux participants n'apporteraient rien de nouveau. Il fut jugé qu'un niveau de saturation suffisant avait été atteint dans les deux groupes pour répondre à l'objectif de recherche. De plus, plusieurs tentatives demeurées infructueuses dans la poursuite du recrutement nous ont confirmé la décision de mettre un terme au recrutement.

## 2.12 Considérations éthiques

Considérant que cette étude implique la sollicitation d'êtres humains, nous avons pris soin de respecter de nombreux principes éthiques. Nous avons à cet effet reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) en juin 2019<sup>12</sup>.

De prime abord, le projet a été présenté dans son ensemble aux participants pour que ceux-ci puissent y consentir de façon libre et éclairée. Leur consentement écrit a par ailleurs été recueilli par le chercheur. Dans ce formulaire, il était explicite pour les participants qu'ils pouvaient en tout temps se retirer de l'étude, peu importe la raison. Les participants ont été dûment informés qu'aucune conséquence ne résulterait de leur désistement. Le chercheur s'est aussi assuré que l'intégrité psychologique de tous les participants soit respectée et que chaque participant bénéficiait de la discrétion la plus totale pour qu'aucune information à son sujet ne soit dévoilée dans l'étude. Dès lors, l'identité de tous les participants

---

<sup>12</sup> Voir l'annexe I.

a été camouflée dans l'éventualité de toute publication de cette recherche. Les verbatims et tout autre matériel découlant de l'étude ont été, et son toujours, conservés dans un classeur verrouillé. Quant aux documents informatiques, ils sont protégés par un mot de passe. Aucune information permettant d'identifier les participants n'est dévoilée dans les analyses des verbatims. Les participants furent informés qu'il est possible que les résultats de la recherche fassent l'objet de publications ultérieures. En conformité avec le respect de leur intégrité, les participants pourront en tout temps refuser que les résultats les concernant soient publiés. De ce fait, le chercheur est en mesure de garantir l'anonymat de tous les participants de l'étude.

Étant donné le faible nombre de superviseurs se spécialisant dans la supervision des thérapies des traumatismes, des mesures spécifiques ont été prises lors de la retranscription des verbatims. Pour s'assurer de l'anonymat des participants, tous les détails donnés qui pourraient permettre l'identification du participant ont été soit censurés ou modifiés. Par exemple, toute mention de l'endroit où travaillent les participants fut exclue de la retranscription. Avec leur accord préalable, nous avons informé les participants de la possibilité que les exemples cliniques qu'ils partageraient pourraient être modifiés pour préserver l'anonymat du patient concerné autant que celle du psychologue le recevant en consultation. Cependant, cette mesure ne fut pas nécessaire.

Finalement, nous avons convenu de porter une attention particulière à la possibilité que les entrevues puissent raviver de douloureux souvenirs chez les participants. De ce fait, le chercheur principal avait le souci de mener les entretiens d'une manière soucieuse de l'état affectif des participants. Le cas échéant, il aurait fait usage de ses connaissances cliniques en psychologie pour assister les participants aux meilleures de ses connaissances si la situation le commandait. Une liste de centres d'aide immédiate, tels que les lignes téléphoniques et les centres de crises était à la disposition des participants. Cela ne s'est finalement pas avéré nécessaire.

## CHAPITRE 3

### CARACTÉRISTIQUES ET LIMITES DE LA SUPERVISION PSYCHODYNAMIQUE DES THÉRAPIES DU FONCTIONNEMENT TRAUMATIQUE <sup>13</sup>

#### 3.1 Résumé

Introduction : La thérapie de personnes traumatisées pose des défis colossaux qui mettent les thérapeutes à risque d'effets délétères sévères, tel le traumatisme vicariant. La supervision leur est généralement recommandée pour faire face à ces défis et prévenir ces effets néfastes pour eux et pour leurs patients. Toutefois, peu d'études ont porté sur les spécificités de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique pour y parvenir. Objectif : Cette étude vise à identifier les éléments distinctifs de ce type de supervision et ses effets protecteurs potentiels. Méthode : Des entrevues semi-structurées ont été menées avec six superviseurs possédant une vaste expérience de ce type de supervision ( $M = 25,8 \pm 7,2$  années). Résultats : Une analyse thématique des entretiens suggère que les particularités de la supervision découleraient directement de celles du fonctionnement « traumatique » des patients, soit un rapport interpersonnel teinté d'hostilité chez ceux-ci et l'horreur des récits qu'ils rapportent. Les superviseurs ont identifié l'importance de l'attention à accorder aux effets de la thérapie des traumatismes sur le supervisé, au soutien à l'élaboration du contre-transfert, à la distinction entre supervision et soin, à la thérapie personnelle du clinicien, et au développement de la posture clinique du supervisé. Cette préoccupation des superviseurs pour l'état du supervisé, en conjonction idéalement avec des aménagements à ses vies professionnelle et personnelle, pourrait agir comme facteur protecteur selon ces experts. Discussion : Nous appuyant sur les résultats, nous présentons des recommandations afin de mieux préparer superviseurs et supervisés à cette pratique.

*Mots-clés* : Supervision psychodynamique, Thérapies du fonctionnement traumatique, Superviseurs, Trouble de stress post-traumatique.

#### 3.2 Abstract

Introduction: Psychotherapy with traumatized people presents huge challenges for therapists that put them at risk for severe deleterious effects such as vicarious traumatization. Supervision is generally recommended to help them cope with these challenges and to prevent harmful effects for them and for their patients. However, few studies have investigated the specificities that would allow psychodynamic supervision of psychotherapy with traumatized people to achieve these aims. Objective: This study sought to identify the distinctive features of this type of supervision and its potential protective effects. Method: Semi-structured interviews were conducted with six highly experienced supervisors in that field ( $M = 25,8 \pm 7,2$  years). Results: A thematic analysis of the interviews suggests that the distinctive features of supervision derive directly from the particularities of patients' traumatic functioning, i.e. their

---

<sup>13</sup> Une version de cet article, comportant quelques différences mineures, a fait l'objet d'une publication. Le lecteur peut la consulter au :

Martin Bourret, L.-V. et Dubé, J. É. (2024). Caractéristiques et limites de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique. *Pratiques psychologiques*. 30(2), 103-118.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2023.12.001>

interpersonal rapport marked by hostility, and the horrific nature of the stories they tell. Supervisors thus identified as central to their work with their supervisees: paying close attention to the effects of trauma therapy on the supervisee; supporting the analysis of countertransference; distinguishing between supervising and treating the supervisee; encouraging personal therapy for the supervisee; and supporting their supervisee's clinical stance. They suggest that the supervisor's continuous concern for the supervisee's state could act as a protective factor, though ideally in conjunction with adjustments to the latter's professional and personal life. Discussion: Expanding on the results, we offer recommendations in the hope of better preparing supervisors and supervisees for this type of clinical work.

*Keywords:* Psychodynamic supervision, Therapies of traumatic functioning, Supervisors, Post-traumatic stress disorder.

### 3.3 Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est une problématique de santé mentale qui peut survenir chez une personne à la suite d'un événement l'ayant confrontée à une menace de mort, à des blessures graves ou à de la violence sexuelle (American Psychiatric Association, 2013). Josse (2019) note que jusqu'à récemment, la majorité des travaux épidémiologiques étaient nord-américains et qu'ils révèlent des taux d'exposition à un événement traumatisant au cours d'une vie de 16 % à 90 % et la probabilité de recevoir le diagnostic de 1 % à 9 %. Le tout serait toutefois moins élevé selon les enquêtes européennes, représentant de 20 % à 30 % pour le taux d'exposition et de 1 % à 2 % pour le diagnostic de TSPT.

Dans une perspective psychodynamique, le développement ou non du TSPT n'entretient toutefois que des rapports au mieux partiels avec les conséquences pour le fonctionnement mental et interpersonnel des personnes ayant subi des traumatismes, un fonctionnement que l'on désigne comme « en traumatique » (Bokanowski, 2015). Le terme « traumatisme » réfère alors, dans cette perspective, à l'événement et aux symptômes qui en découlent, alors que le « traumatique » (substantivé) renvoie plutôt à un type de fonctionnement mental. Pour Bourrat (2012), le tableau symptomatique offert par le DSM négligerait en effet la prise en compte des processus inhérents à la réalité interne du sujet qui fait face au traumatisme. Selon ce point de vue, c'est en raison de la réorganisation psychique de l'événement que deux personnes exposées au même traumatisme ne seraient pas nécessairement affectées de la même façon. Par ailleurs, Allen (2001) note que certains auteurs psychanalytiques ont établi une distinction quant à la nature des traumatismes, selon qu'ils sont de nature impersonnelle (accident, désastre naturel) ou interpersonnelle (abus sexuel, violence physique). Pour ces auteurs, cette différence aurait en effet des implications entre autres sur le plan symptomatique, les conséquences sur la psyché liées aux traumatismes interpersonnels résultant généralement en des troubles psychologiques plus graves.

Etherington (2009) a décrit comment les personnes au fonctionnement traumatique ont développé des mécanismes de survie pathologiques pour arriver à gérer les conséquences des traumatismes subis. Il est ici question d'automutilation, de tentatives de suicide et de comportements hostiles, agressifs et antisociaux. Dans la même veine, Bokanowski (2015) a souligné que les personnes fonctionnant « en traumatique » seraient aux prises avec de puissants comportements autodestructeurs et qu'elles éprouveraient par conséquent des difficultés marquées à établir et à maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes. La prise en charge de ces personnes serait donc particulièrement difficile en raison de leur capacité de gestion émotionnelle réduite par les conséquences du traumatisme, ce qui nuirait grandement à l'établissement d'un lien thérapeutique (Gennart, 2011). Il en résulterait une tendance chez ces personnes à se présenter fréquemment en thérapie en état de crise, à entretenir des comportements autodestructeurs ainsi qu'à présenter « des répétitions d'agissements abusifs sur autrui » (Gennart, 2011, p. 273), constituant évidemment des défis très marqués dans l'intervention auprès de ces personnes.

### 3.3.1 Les effets délétères potentiels de la pratique « traumatique » pour les psychothérapeutes et leurs patients

Nonobstant ces défis, certains psychothérapeutes choisissent de pratiquer principalement auprès des populations précarisées par la survenue d'un ou de plusieurs traumatismes relationnels. Plusieurs auteurs, que ce soit dans le champ psychodynamique ou non, ont toutefois souligné que la pratique auprès de ces personnes n'est pas dénuée de risques très réels pour les psychothérapeutes (Knight, 2004; Pearlman et Mac Ian, 1995). Des travaux antérieurs ont permis d'établir l'existence de différents ensembles de symptômes capables d'affliger négativement le psychothérapeute, dont le plus connu est le traumatisme vicariant (TV : Pearlman et Mac Ian, 1995). Bien qu'il n'existe pas d'étude ayant mesuré l'influence de ces effets délétères sur l'efficacité du psychothérapeute, il est plausible que ceux-ci puissent aussi nuire par voie de conséquence à la qualité des soins offerts par le psychothérapeute à ses patients.

Si les auteurs de ces études se sont concentrés sur les conséquences les plus graves et à plus long terme de ce genre de pratique, d'autres ont plutôt choisi de brosser le portrait des difficultés pour les psychothérapeutes à maintenir une posture clinique adéquate lorsqu'ils reçoivent ce genre de clientèle. Par exemple, Etherington (2009) a décrit comment il pouvait être ardu pour le psychothérapeute de tolérer d'être placé dans des rôles transférentiels alternant entre celui de « l'abuseur » et celui de « l'abusé ». Il demeure que les effets découlant du travail auprès des personnes traumatisées sur le



psychothérapeute apparaissent comme étant non négligeables (Pearlman et Mac Ian, 1995), qu'ils s'avèrent ponctuels ou plus chroniques. Il existerait néanmoins des moyens de s'en prémunir.

### 3.3.2 La supervision comme moyen de protection

Sans exclure la possibilité que d'autres moyens puissent être aidants, la recherche s'est principalement intéressée à la supervision comme moyen le plus direct à la disposition des psychothérapeutes pour se prémunir contre les effets néfastes d'une telle pratique (Adams et Riggs, 2008). Bien que plusieurs études concluent que la supervision constituerait un moyen important pour contrer les effets néfastes chez le psychothérapeute de la clinique du traumatisme (Etherington, 2009), d'autres n'ont toutefois pas observé de corrélation entre le temps passé en supervision et une diminution des effets négatifs des thérapies des traumatismes (TT) sur les psychothérapeutes (Bober et Regehr, 2006).<sup>14</sup>

Face à ces résultats antérieurs un peu discordants, ce sont les modalités spécifiques et les ajustements imposés à la supervision par le travail psychodynamique auprès de populations traumatisées qu'il y a lieu d'explorer et de comprendre plus en profondeur. En effet, bien qu'il existe plusieurs études sur la supervision en général, on ne retrouve que très peu d'études sur l'évaluation systématique de la supervision spécialisée à la clinique des traumatismes (Berger et Quiros, 2014). Le tout est d'autant plus préoccupant lorsque l'on prend en compte la forte probabilité pour un psychothérapeute de recevoir des personnes traumatisées dans une pratique clinique généraliste (Culver, McKinney, et Paradise, 2011) et les potentiels effets délétères pour le psychothérapeute et le patient qui en découlent.

Une recension des études portant sur la supervision sans égard à l'approche théorique – mais demeurant spécifique aux TT – permet de constater qu'exception faite de quelques articles décrivant les réflexions personnelles des auteurs sur leur travail en tant que superviseurs (Knight, 2004; Walker, 2004), peu ont été menées pour rendre compte des spécificités de ce genre de supervision. Bien que fort intéressants, ces témoignages ne se qualifient pas en termes d'études empiriques des éléments spécifiques à la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique. Par ailleurs, et tout spécialement pour ce qui nous concerne dans cet article, au meilleur de nos connaissances aucunes études empiriques d'orientation psychodynamique ne semblent s'être intéressées spécifiquement aux caractéristiques propres à la

---

<sup>14</sup> Notons que dans les études ne démontrant pas l'effet protecteur de la supervision, il semble que celle-ci n'était pas spécialisée à la clinique du traumatisme, c'est-à-dire qu'on ne fait pas mention d'aménagements particuliers à celle-ci visant à soutenir le supervisé dans son travail auprès des populations traumatisées.

supervision des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT). Il demeure donc ardu de décrire en quoi la STFT se distinguerait (ou devrait se distinguer) d'autres formes de supervision pour être utile au patient bien sûr, mais aussi au psychothérapeute. C'est pourquoi notre étude a comme objectif principal de donner la parole à des superviseurs possédant une vaste expérience de la STFT pour tenter d'identifier ce qui leur apparaît comme les caractéristiques distinctives de ce genre de supervision. De plus, l'étude a pour objectif secondaire d'explorer la manière dont ces superviseurs conçoivent que la STFT puisse prévenir – ou minimalement amoindrir – les effets négatifs des TT sur le psychothérapeute supervisé.

### 3.4 Méthode

#### 3.4.1 Participants

Le recrutement des participants s'est d'abord fait auprès de milieux institutionnels (p. ex. centres hospitaliers, organismes communautaires, cliniques privées, cliniques universitaires) de la province de Québec. Nous avons identifié ceux s'affichant comme desservant des patients présentant un historique traumatique et offrant un service de supervision à de jeunes professionnels accrédités ou à des étudiants inscrits à un programme de formation doctorale en psychologie. Pour assurer une certaine homogénéité des référents théoriques et de formation chez les participants potentiels, seuls les milieux offrant des services d'approche psychodynamique furent contactés. Nous avons alors pris contact avec les personnes ayant manifesté leur intérêt. Nous avons ensuite utilisé la méthode de recrutement « en boule de neige » : les superviseurs intéressés ont été invités à nous partager les informations de collègues œuvrant dans d'autres milieux et qu'ils jugeaient être en mesure de participer.

Les critères d'inclusion retenus visaient à s'assurer que la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique occupe une place importante dans la charge de travail des participants. Les critères ont été déterminés en s'inspirant des stades de développement professionnel des psychothérapeutes d'Orlinsky et Rønnestad (2005) afin de cibler des psychothérapeutes réputés comme « chevronnés » (*seasoned therapist*) dans le domaine du traitement et de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique. Le nombre d'années d'expérience à titre de superviseur des thérapies du fonctionnement traumatique était donc un critère de sélection pour s'assurer que les participants aient une excellente compréhension du processus de supervision des thérapies du fonctionnement traumatique. Ces critères étaient les suivants : (a) être d'approche psychodynamique; (b) avoir au minimum 10 ans d'expérience à titre de superviseurs et un minimum de 15 ans d'expérience clinique cumulative (*seasoned therapist*) et

(c) avoir une pratique où la supervision donnée porte sur le travail auprès de patients présentant une histoire marquée par des vécus traumatiques relationnels.

À la suite de ces démarches, six personnes ont donné leur consentement éclairé à participer à l'étude avant que nous interrompions le recrutement<sup>15</sup>. L'échantillon était composé de trois femmes et trois hommes âgés en moyenne de 61,8 ans (*É.-T.* = 9,0 ans). En moyenne, les participants pratiquaient à titre de psychologues depuis 36,8 années (*É.-T.* = 5,6 années); et ils pratiquaient la supervision de thérapies du fonctionnement traumatique depuis 25,8 ans (*É.-T.* = 7,2 ans) et ce, en moyenne, 10,8 heures par semaine (*É.-T.* = 5,3 h/sem.) au moment de l'étude. Un participant travaillait en milieu hospitalier alors que deux autres y avaient travaillé la majorité de leur carrière et se consacraient maintenant à du travail en bureau privé. Deux autres pratiquaient dans une clinique spécialisée dans la prise en charge des patients traumatisés et le dernier d'entre eux consacrait la majeure partie de ses activités professionnelles à la pratique privée.

#### 3.4.2 Procédures et entretiens individuels

À la suite du consentement libre et éclairé des participants, un rendez-vous a été pris pour un entretien individuel avec eux. Comme les entrevues ont eu lieu entre octobre 2019 et mai 2020, certaines d'entre elles, initialement prévues en présentiel, se sont plutôt déroulées en vidéoconférence en raison de la pandémie de COVID-19. Par courriel, les participants ont été informés à l'avance de choisir un lieu propice à la rencontre pour en assurer la confidentialité.

Avant le début des entretiens, les participants étaient invités à remplir un questionnaire sociodémographique et de données de formation et de pratique professionnelles. Chaque participant a ensuite pris part à une entrevue semi-structurée menée par le chercheur principal d'une durée moyenne de 142,33 minutes. Avec le consentement préalable des participants, les entrevues furent enregistrées puis retranscrites pour analyses.

---

<sup>15</sup> Après discussion entre le chercheur principal et son directeur de recherche à propos des thèmes abordés dans les entretiens et des éléments nouveaux rencontrés au fil de ceux-ci, nous avons convenu qu'une saturation suffisante des thèmes avait été atteinte après six entrevues. Nous avons alors mis fin au recrutement puisqu'il était peu probable que de nouvelles entrevues permettent d'obtenir de nouveaux résultats.

### 3.4.3 Canevas d'entrevue

Les entretiens s'appuyaient sur un canevas d'entrevue composé de trois sections. Les questions de chaque section étaient complétées de questions de relance afin de favoriser chez les participants l'exploration approfondie de certains points et d'assurer que l'ensemble des thèmes préalablement identifiés comme importants par les chercheurs puissent être couverts durant les entretiens. La première section du canevas visait à mettre les participants à l'aise en leur donnant la chance de parler de leur parcours et des raisons qui les ont motivés à se spécialiser dans le domaine des thérapies du fonctionnement traumatique. La deuxième partie du canevas était consacrée aux spécificités de la supervision de la thérapie des traumatismes selon leur expérience; les questions visaient à ce que les participants puissent s'exprimer sur leur manière de vivre et de concevoir leur expérience de ce genre de supervision et à détailler ce qu'ils jugeaient en être les caractéristiques distinctives. Dans la dernière section, les questions touchaient plutôt à la compréhension (théorique et/ou personnelle) des participants par rapport à l'influence du traumatisme vicariant chez les psychologues œuvrant auprès des populations traumatisées. Malgré cette pré-organisation du canevas, le chercheur a visé à suivre le fil associatif propre à chaque participant, permettant par ailleurs d'explorer des thématiques insoupçonnées a priori.

### 3.4.4 Analyses des entretiens

À la suite de la retranscription des entretiens, ceux-ci ont fait l'objet d'une analyse thématique selon les instructions de Paillé et Mucchielli (2012), méthode appropriée pour répondre à l'objectif exploratoire et descriptif de cette étude. Le recours à l'analyse thématique permet la transposition d'un corpus d'entretiens en une série de thèmes emblématiques du matériel analysé, et ce, en lien avec l'objectif de recherche. Pour ce faire, la thématisation consiste premièrement à identifier des thèmes qui permettent de résumer l'essentiel du propos d'un participant. Puis, dans un second temps, il s'agit de rassembler l'ensemble de ces thèmes pour les mettre en relation à travers de potentielles répétitions, similitudes ou oppositions intra- et inter-participants. L'objectif final demeure la construction d'un arbre thématique résumant la hiérarchisation des thèmes. Afin d'obtenir l'analyse la plus riche possible, la thématisation s'est faite en continu, ce qui consiste en une attribution de thèmes de manière soutenue durant toute la lecture des transcriptions par le premier auteur de l'étude. Comme le suggèrent Paillé et Mucchielli (2012) pour l'analyse thématique, des discussions avec un autre chercheur – le second auteur de cette étude – ont fréquemment eu lieu, permettant que les thèmes soient modifiés, précisés, regroupés, divisés et fusionnés sur la base de leur consensus. Les thèmes furent finalement hiérarchisés en thèmes centraux et en sous-thèmes pour construire l'arbre thématique. L'analyse thématique a été effectuée à l'aide du

logiciel NVivo 12. Tout au long du processus de cueillette, de transcription et d'analyse, le chercheur principal a tenu un cahier de notes servant à laisser des traces du processus, mais aussi à recueillir ses impressions et ses réflexions. Celles-ci ont servi à nourrir les discussions avec le co-chercheur afin de favoriser la rigueur de l'analyse et de soutenir la réflexion lors du processus d'analyse thématique.

### 3.5 Résultats

Il semble éclairant de traiter d'abord d'un thème s'étant dégagé des entretiens qui a formé une sorte de contextualisation générale pour la majorité de nos participants en regard de leurs autres propos, soit celui des caractéristiques des populations ayant un fonctionnement « traumatique ». Nous allons ensuite présenter les grands thèmes ayant émergé en rapport avec les questions de recherche, soit ce qui apparaît comme étant les éléments distinctifs de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT) ainsi que l'influence du traumatisme vicariant (TV) dans ce travail. Chaque grand thème est lui-même subdivisé en sous-thèmes, capturant les propos des participants qui ont ensuite été rassemblés hiérarchiquement (voir Figure 3.1).

#### 3.5.1 Les caractéristiques cliniques du fonctionnement traumatique

Cinq participants ont souligné que la clinique du traumatisme se distinguerait des autres types de psychothérapie par l'intensité de la relation transférentielle. Pour ces participants, l'intensité de la relation reposerait sur la rapidité avec laquelle le psychothérapeute serait confronté à (voire envahi par) la souffrance débordante du patient, débordement qui signerait l'essentiel du rapport interpersonnel.

Cette intensité aurait deux facettes. D'abord, les personnes traumatisées se présenteraient comme *plus désorganisées, symptomatiques*, mais aussi *plus hostiles* à l'endroit du psychothérapeute que d'autres types de populations cliniques. Le psychothérapeute serait dès lors plus sollicité émotionnellement dans ses capacités de contenance. D'autre part, quatre des participants ont insisté sur la *nature horrible* des histoires rapportées en séance. L'accompagnement dans la remémoration d'événements traumatiques deviendrait ainsi fréquemment pénible pour les supervisés, ce qui les mènerait à des réactions telles que d'être saisis par une angoisse profonde ou d'éviter les sujets à connotation traumatique en séance. Deux des superviseurs ont d'ailleurs noté chez certains supervisés un besoin de se dégager et de partager de manière pressante ce qu'ils avaient entendu. Ils ont expliqué alors faire preuve d'une disponibilité plus flexible et spontanée que dans d'autres contextes pour répondre aux besoins de leurs supervisés.

Cette toile de fond étant tissée, nous traiterons dans la section qui suit des vues des participants sur ce qui distinguerait plus spécialement la STFT d'autres formes de supervision.

### 3.5.2 Les éléments essentiels de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique

#### 3.5.2.1 L'attention à accorder au supervisé

L'un des participants a mentionné qu'une partie importante du travail clinique des thérapies du fonctionnement traumatique consisterait à être disponible à ce que le patient fasse revivre au psychothérapeute son traumatisme au travers de la relation thérapeutique. Cette disposition ne serait cependant pas sans conséquences pour le psychothérapeute qui accepte de s'y prêter comme le démontre l'extrait suivant : « Être exposé tous les jours à des patients traumatisés qui viennent revivre ça [le traumatisme] avec nous, qui nous le font vivre... [...] Ça finit par user! » Conscients de ce danger d'usure, les participants ont donc expliqué consacrer une part de la supervision à s'assurer du bien-être de leur supervisé. Non seulement les superviseurs feraient-ils explicitement *verbaliser* leurs supervisés sur leur état, mais ils porteraient une grande attention aux indices présents dans le discours du supervisé qui pourraient les aiguiller quant à une dégradation de cet état.

Pour quatre participants, l'exposition quotidienne au traumatisme d'autrui comporterait un potentiel d'effraction traumatique pour le supervisé lui-même, comme l'exprimait ce participant : « Le traumatisme qui n'est pas métabolisé devient en soi effractif. Même si au départ c'est plus des micros-effractions, elles peuvent s'accumuler. » Ainsi, la supervision devrait selon eux appuyer le supervisé dans sa capacité à *métaboliser* les émotions vécues en séance — émotions contre lesquelles le patient se défendrait en les projetant sur son psychothérapeute — pour agir à titre préventif et minimiser leur potentiel traumatique pour le psychothérapeute lui-même. En-deçà des effractions, la clinique du traumatisme finirait tout de même par amenuiser les capacités de contenance des psychothérapeutes selon quatre participants. La supervision deviendrait un lieu où le supervisé arriverait à se délester du vécu induit en lui par le patient et à *réparer sa capacité de contenance* en vue des prochaines séances.

Néanmoins, quatre participants ont spontanément partagé des exemples où, malgré l'aide offerte en supervision, les supervisés auraient été si affectés par leur travail, qu'ils auraient décidé de quitter cette pratique. Les propos de ce participant reflètent bien cette réalité : « Elle avait pris congé et, après, un changement d'équipe. Elle m'avait dit : "Y'a eu quelque chose que ça réveille en moi pis [puis] j'étais pas capable". »

### 3.5.2.2 Le soutien à l'élaboration du contre-transfert

Selon tous les participants, il serait difficilement imaginable que toute forme de supervision psychodynamique puisse se passer d'une analyse plus ou moins approfondie du contre-transfert. Ils ont néanmoins bien marqué comment l'importance de ce travail d'analyse serait décuplée dans la STFT : « Ça donne une profondeur à l'analyse clinique. L'élaboration du contre-transfert, tu ne peux pas passer à côté. Pour moi c'est impensable, dans ce genre de thérapie-là. »

Néanmoins, quatre des participants auraient constaté chez leurs supervisés une difficulté à percevoir la valeur clinique du contre-transfert lorsque celui-ci est négatif, le besoin de s'en défendre, et que ceux-ci évitent d'aborder en supervision qu'ils ressentent des émotions négatives à l'endroit de leurs patients. Insistant sur la récurrence de ce genre de phénomène en supervision, ces participants ont expliqué qu'une part du travail, surtout au début, serait consacrée à ce que le supervisé s'autorise à connecter puis à associer sur ses ressentis hostiles sans craindre la réaction du superviseur pour *l'aider à en comprendre la valeur clinique*. L'analyse du contre-transfert s'accompagnerait également, selon trois participants, d'une *attention particulière aux répétitions en supervision de phénomènes relationnels de la relation patient-supervisé*. Le superviseur tenterait alors d'aider le supervisé à établir des liens entre ce qui se passe en supervision et ce qui s'est passé en séance. L'objectif serait que le supervisé reprenne la manière dont sont travaillés ces enjeux relationnels avec son superviseur pour appliquer cette méthode d'une façon similaire en séance.

Parallèlement à ce travail d'élaboration du contre-transfert, quatre superviseurs ont mentionné comment cela pouvait aider à mettre en lumière la manière dont les *enjeux personnels du supervisé sont sollicités par la relation transférentielle* bidirectionnelle, du patient envers le psychothérapeute et du psychothérapeute envers le patient. Selon les participants, bien qu'il s'agisse de phénomènes communs à toute pratique psychothérapeutique, ce danger serait décuplé dans les thérapies des traumatismes en raison de l'intensité de la charge émotionnelle que le psychothérapeute aurait à contenir. Une part du travail de supervision consisterait alors à aider le supervisé à travailler ce qui est éveillé en lui au contact du transfert du patient et à prendre conscience de comment cela influence sa manière de travailler avec le patient.

Pour cinq des superviseurs, ce travail d'élaboration du contre-transfert (surtout en raison de ce qu'il serait fréquemment teinté par les enjeux intimes du supervisé) s'accompagnerait de plus du potentiel de voir le

superviseur s'éloigner de son rôle pour s'approcher d'une posture plus typique de celle de psychothérapeute. C'est ce que nous détaillerons maintenant.

### 3.5.2.3 Le maintien de la distinction entre supervision et thérapie personnelle

Selon cinq des participants, en fonction des raisons évoquées ci-haut, le travail d'élaboration du contre-transfert placerait le supervisé dans une position de vulnérabilité affective dont il serait important de tenir compte. Cela nécessiterait un aménagement dans l'attitude du superviseur qu'ils ont décrite comme se rapprochant d'une posture plus « soignante » qu'à l'habitude. Malgré ce potentiel de confusion des rôles, les participants accorderaient une attention particulière à ce que le travail d'analyse de l'état affectif du supervisé demeure orienté vers le progrès thérapeutique du patient. Pour aider à maintenir cette limite ou la rétablir, mais aussi en raison des difficultés inhérentes à cette spécialisation, les superviseurs ont insisté sur l'importance de ce que le supervisé soit lui-même en psychothérapie.

### 3.5.3 L'importance accordée à la thérapie personnelle du clinicien

Tous les participants ont mentionné qu'il était difficile de concevoir qu'un clinicien puisse travailler auprès de personnes traumatisées sans être ou avoir été lui-même en psychothérapie. Contrairement au travail avec une population clinique présentant un fonctionnement psychique plus organisé, celui auprès des populations cliniques ayant vécu des traumatismes apparaît aux yeux de quatre des participants comme trop chargé sur le plan transférentiel pour qu'un clinicien puisse se soustraire à cette démarche, garante de leur *bien-être personnel* mis à mal :

Des thérapies de croissance personnelle, je pense que tu peux sans thérapie personnelle. Mais des patients polytraumatisés, j'ai de la misère à acheter ça. C'est une bonne chose, parce qu'ils ressentent qu'ils ont besoin de travailler des affaires, ça va au-delà de la clinique.

D'ailleurs, selon quatre des participants, l'apport de la thérapie personnelle aurait des effets qui iraient au-delà des effets sur le bien-être personnel du supervisé : ils notaient un *enrichissement de la pratique clinique* en raison des effets sur le travail d'introspection effectué en thérapie et sur la posture et l'attitude du supervisé. Ils observeraient tout spécialement un changement dans la vision du clinicien par rapport à la position de patient, soit quant à la vulnérabilité qu'on peut ressentir et quant aux difficultés à se confronter à sa propre conflictualité. Selon les superviseurs, la thérapie personnelle contribuerait ainsi à de meilleures capacités d'ouverture et de contenance chez le supervisé.



### 3.5.4 Un travail de modelage de la posture du supervisé

Spontanément, les participants ont évoqué un désir de transmission pour expliquer leur motivation à superviser. Nous les avons alors interrogés sur ce qu'il leur apparaissait primordial de transmettre aux supervisés travaillant avec des patients traumatisés. Quatre des superviseurs, plutôt que de mettre un accent initial sur le développement de techniques particulières, tendaient à se concentrer sur le *développement d'un savoir-être* propre aux thérapies de traumatismes, soit une attitude clinique de tolérance au chaos permettant de recevoir et de contenir le traumatisme des patients. À cet effet, une participante a souligné que : « C'est pas tellement un savoir-faire. C'est une attitude intérieure pour pouvoir recevoir le trauma de l'autre. »

Pour d'autres participants, le seul développement de cette posture demeurerait insuffisant. L'un des participants notait que, selon lui, les patients avec un historique traumatique toléreraient plutôt mal la neutralité du psychothérapeute en séance et qu'il serait à son sens nécessaire d'*adopter une position plus active*. Un autre expliquait que, par exemple, l'une des caractéristiques défensives des patients souffrant d'un trouble de stress post-traumatique serait l'utilisation courante du déni et que le psychothérapeute se devait d'être plus insistant : « Faut pas juste donner des reflets et penser que ça va émerger tout seul. Ça va pas émerger tout seul, [...] il faut tu y ailles. » Ainsi, pour ces superviseurs, il serait important d'agir pour le supervisé à titre de modèle de l'efficacité de la méthode analytique.

Cependant, les participants ont aussi souligné que la supervision à elle seule leur apparaissait comme insuffisante pour fournir un appui complet au supervisé. C'est ce que nous allons maintenant revoir.

### 3.5.5 L'exploration des autres moyens pour « survivre » à la pratique de la thérapie des traumatismes

L'effort de préservation des psychothérapeutes spécialisés dans la clinique du traumatisme dépasserait le cadre de la supervision selon nos participants. Pour « survivre » à cette pratique, il serait impératif de réfléchir à des aménagements professionnels et personnels à mettre en place.

Aux yeux de trois superviseurs, la prévention des conséquences négatives du travail clinique ne se limiterait donc pas à recevoir de la supervision. Il incomberait également au supervisé de mettre en place des moyens personnels complémentaires afin de se prémunir des effets négatifs associés à la pratique de la thérapie des traumatismes. Ces moyens, décrits comme divers mais surtout propres à chaque individu, s'organiseraient de deux manières. Premièrement, sur le plan professionnel, ils suggéreraient aux

supervisés de tenter d'atteindre une forme d'équilibre en *diversifiant leur pratique*. Ceux-ci s'offriraient explicitement comme modèles en s'adonnant à d'autres activités cliniques et professionnelles que le suivi des patients traumatisés. Par ailleurs, cet équilibre devrait s'exprimer également dans la vie personnelle selon les participants. Deux d'entre eux ont par exemple témoigné pratiquer ce qu'ils nommaient de « *l'évitement conscient* », soit retirer volontairement de sa vie tout contenu (livres, films, jeux vidéo, nouvelles, etc.) à résonance traumatique. Pour ces participants, il importerait de discuter avec le supervisé des potentiels effets nocifs de s'exposer aussi à des contenus violents dans ses temps libres.

### 3.5.6 La perception du traumatisme vicariant

Au-delà des particularités de la supervision des thérapies du traumatisme, nous avons aussi souhaité questionner nos participants sur l'apport de la supervision dans la prévention du traumatisme vicariant (TV). À ce sujet, nous avons remarqué une dissension importante dans la perspective des participants. Trois d'entre eux ont dit n'avoir jamais été confrontés à des supervisés présentant ce genre de symptomatologie, mais l'ensemble des participants ont mentionné être familiers avec ce concept même si deux d'entre eux y réfèrent par une nomenclature différente. Pour deux des participants, l'éventualité qu'un supervisé développe un TV serait une partie inhérente des conséquences de la clinique du traumatisme et devrait être traitée simultanément en supervision et en thérapie individuelle. Ce concept serait d'ailleurs abordé lors de la formation obligatoire pour les supervisés qu'offrent ces superviseurs.

Si pour ces deux participants le TV serait un phénomène habituel de la clinique du traumatisme, son développement chez un supervisé serait plutôt source d'une grande inquiétude pour un autre participant. Selon celui-ci, il serait normal qu'un supervisé trouve souffrant d'être exposé aux dynamiques relationnelles et aux histoires d'horreur propres à ce genre de pratique. Cependant, il ferait une distinction importante entre le fait qu'un supervisé puisse être ébranlé par son travail clinique et l'apparition des manifestations du TV. Pour lui, le TV relèverait soit d'une défaillance dans le processus de supervision ou d'un état émotionnel particulièrement inquiétant chez le supervisé : « J'aurais été très inquiet. Ça va vraiment pas bien! Y a quelque chose qui n'est pas élaboré en supervision, il y a quelque chose qui ne marche pas chez mon supervisé pour que ça fasse ça. Je serais particulièrement inquiet. »

## 3.6 Discussion

Bien que le sujet de la supervision, abordé de manière globale, ait été traité dans plusieurs travaux antérieurs, peu d'entre eux se sont penchés sur les aménagements particuliers à une pratique clinique

essentiellement orientée vers le traitement des traumatismes dans une perspective psychodynamique. Cette étude visait à pallier ce déficit en interrogeant des superviseurs possédant une vaste expérience dans la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT) à propos de ces particularités. L'étude visait également à questionner les participants sur la manière dont ils conçoivent que leur travail de supervision permet de prévenir ou de minimiser les symptômes associés au traumatisme vicariant (TV) chez leurs supervisés.

Nos résultats permettent de faire ressortir certains points saillants quant à ce qui distinguerait la STFT d'une supervision clinique plus « généraliste » selon ces superviseurs. Une étude antérieure (Martin Bourret et Dubé, 2023) avait déjà mis en évidence l'existence d'un thème organisateur de l'expérience des supervisés pratiquant auprès de cette clientèle, soit un sentiment d'usure découlant de l'intensité de la relation transférentielle. Il est notable que les résultats de la présente étude fassent indépendamment ressortir l'attention particulière que les superviseurs lui accorderaient d'emblée. L'avis de la majorité tend à donner la primauté à une utilisation de la supervision pour sa fonction de prévention en permettant un apprentissage par modelage de la contenance et un approfondissement de la réflexion. Ce n'est que de manière secondaire pour nos experts que la supervision viserait un enseignement plus didactique des techniques psychanalytiques.

Selon les participants, le soutien à l'élaboration du contre-transfert souvent très négatif du supervisé permettrait le développement d'une nouvelle perspective quant à sa valeur clinique et sur les phénomènes relationnels reproduits en supervision. Ce travail permettrait ensuite au supervisé de développer et de maintenir une attitude clinique propre à recevoir et contenir les éléments traumatiques de la personne les consultant. Néanmoins, le travail d'élaboration du contre-transfert susciterait fréquemment l'activation des conflits internes du supervisé. L'une des particularités des STFT demeurerait que le superviseur pratique selon une approche plus « soignante » du supervisé ainsi fragilisé, tout en rétablissant régulièrement les frontières entre la supervision et la thérapie personnelle. De plus, les participants ont mentionné l'importance qu'ils accordent au fait que le supervisé puisse bénéficier de son propre espace de psychothérapie personnelle pour l'aider à maintenir cette distinction, et en raison de son impact sur le bien-être et les habiletés cliniques de la personne supervisée selon eux. Ils s'entendaient aussi pour souligner que la supervision seule comporte des limites pour assurer le bien-être psychologique des supervisés et qu'elle devrait être assortie d'autres aménagements des vies personnelles et professionnelles de ceux-ci.

Nous allons maintenant approfondir ces points dans ce qui suit et tenter de dégager certaines pistes de recommandations pour une supervision psychodynamique optimale en TT.

### 3.6.1 L'attention particulière accordée à l'état affectif du supervisé

Tout d'abord, les participants ont souligné que la relation transférentielle en thérapie des traumatismes (TT) leur semble nettement se distinguer en raison de la sévérité de la détresse des patients. Ces propos rejoignent ceux d'Etherington (2009) qui brosse un portrait des personnes reçues en TT comme ayant fréquemment tendance à entretenir des relations interpersonnelles marquées par la destructivité, ce qui alimenterait ensuite l'atmosphère d'intensité toute particulière en séance. Ceci n'est pas sans rappeler aussi les travaux de Spiegel (1986) où le psychothérapeute représenterait simultanément aux yeux du patient l'ensemble des personnes l'ayant maltraité et ceux ayant failli à le protéger de ses agresseurs. C'est de cette manière que la destructivité du patient et que l'intensité du transfert s'avèreraient avoir un effet sur l'état psychologique du supervisé.

### 3.6.2 Le soutien à l'élaboration du contre-transfert négatif

En raison de ce transfert hostile, les participants constateraient la présence de contre-transferts négatifs récurrents et intenses chez leurs supervisés qui pourraient mener à une dégradation de l'état psychologique de ces derniers. Ce serait pourquoi la STFT mettrait une emphase prépondérante à soutenir l'élaboration du contre-transfert négatif en supervision en portant constamment attention aux manifestations de cette dégradation; c'est ainsi qu'elle aurait une fonction de protection selon eux. Plus particulièrement, les participants ont décrit comment l'exposition à un transfert empreint d'éléments sadiques et masochistes engendrerait des ressentis tels que la haine, l'agressivité, la honte et la culpabilité. La présence de ces émotions chez le psychothérapeute n'étant pas exclusive aux TT, nos participants ont insisté sur leur récurrence et sur leur effet de l'habileté à penser du psychothérapeute supervisé en TT, sur sa « sidération » pour reprendre le terme de Tovmassian (2015). Il apparaît que dans cet état de sidération, le psychothérapeute ne pourrait plus agir à titre de contenant des états internes du patient, capacité primordiale dans le soin aux patients traumatisés selon Tovmassian (2015).

Cette fonction de contenance, ne serait toutefois pas suffisante en psychothérapie : il faudrait que s'y ajoute une fonction de soutien à la symbolisation (Kaës, 2012). Selon nos participants, la STFT jouerait un rôle important dans le développement des capacités du supervisé à recevoir puis à transformer l'expérience chaotique et confuse que le patient « dépose » en lui *pour pouvoir la lui retraduire en retour*

*afin que ce dernier puisse se l'approprier.* Cette habileté du superviseur à rendre « psychisable » ce qui entraîne la sidération chez le supervisé nous semble être un des éléments importants qui conférerait à la STFT le statut d'espace qui, au-delà de son aspect formateur, permettrait au psychothérapeute de lutter contre l'usure des TT (Martin Bourret et Dubé, 2023). Tout comme Girard, Joud, et Duret (2018) le proposaient, nous pensons que ce serait en vivant ce processus de manière répétée – en ajoutant cependant la nécessité que le superviseur agisse à titre de modèle – que le psychothérapeute pourrait ensuite intégrer ce processus et l'appliquer de manière de plus en plus autonome.

### 3.6.3 L'accompagnement dans la désillusion

Les psychothérapeutes novices auraient tendance à entretenir des attentes idéalisées et irréalistes quant aux changements possibles en psychothérapie (Rønnestad et Skovholt, 2003). C'est également une constatation qu'auraient faite nos participants. À cet effet, il leur semblait qu'une part du travail de supervision serait d'accompagner le supervisé dans un processus de désillusion, vers une vision plus réaliste de ce à quoi il peut s'attendre du travail psychothérapeutique auprès des populations traumatisées et des difficultés inhérentes à ce genre de travail. Aux yeux des participants, ce travail de désillusion aurait pour objectif d'amener le supervisé à comprendre que l'essence du travail des TT serait d'être l'objet de transferts traumatiques auxquels il faut survivre tout en s'offrant comme appui à leur élaboration.

Bien que les participants reconnaissaient que ce processus de désillusion puisse être pénible pour les supervisés, cela leur semblait un aspect nécessaire selon eux au processus d'apprentissage du psychothérapeute spécialisé en TT. La nécessité de cette « désillusion accompagnée » s'expliquerait pour les participants par la réflexion qu'elle engendrerait chez le supervisé quant aux limites de son aide thérapeutique tout en lui permettant une pratique de la psychothérapie plus assumée et autonome. À cet effet, un participant mentionnait que : « Cette souffrance-là, cette désillusion-là, c'est comme le vrai point de départ, c'est le contact avec la réalité clinique et ça confronte à ses propres attentes vis-à-vis lui-même. ».

### 3.6.4 La distinction entre la supervision et la thérapie personnelle du clinicien

Dans la tradition psychodynamique propre à nos participants, la distinction entre la supervision et la thérapie personnelle du clinicien est depuis longtemps établie (Frawley-O'Dea et Sarnat, 2001). Il n'est alors pas surprenant qu'ils aient insisté sur l'importance d'une différenciation entre ces deux espaces. Néanmoins, ils ont expliqué que cette distinction devenait parfois plus difficile à maintenir en raison de la

réurrence des contre-transferts négatifs et de leurs effets sur le supervisé. C'est en fonction de cette attention particulière à l'état affectif du supervisé que les participants ont expliqué qu'ils adopteraient une posture plus « soignante » en supervision lorsqu'ils constatent que leurs supervisés apparaissent en détresse. Ils ont expliqué être conscients que cela comporte la possibilité d'un glissement vers quelque chose se rapprochant trop de la psychothérapie même si l'aspect subjectif de cette frontière la rendrait difficile à définir avec précision. C'est pourquoi certains participants ont exprimé qu'ils concevaient les transgressions de cette limite comme étant inhérentes à la supervision. Lorsque cela advenait, les participants concernés ont expliqué travailler avec le supervisé à tenter de reconnaître et réparer les dommages à la relation que ce dépassement aurait pu occasionner.

Il est possible en effet que dans certaines situations, la transgression de cette limite occasionne une rupture dans l'alliance de supervision. Cependant, nos participants ont d'emblée abordé des relations de supervision qui semblaient être ponctuées d'une bonne alliance. Conséquemment, lorsque la relation de supervision est suffisamment bonne, nous proposons de voir dans le travail de réparation de ces dépassements un potentiel d'apprentissage intéressant pour le supervisé. Nous y voyons une forme de modelage quant à la manière dont un psychothérapeute devrait négocier ce genre de situations avec son propre patient. Les participants ayant dépeint comme fréquente l'émergence de contre-transferts négatifs, il est possible de penser que les ruptures d'alliance en thérapie y sont aussi plus fréquentes. L'apprentissage en supervision des habiletés nécessaires à une tentative de réparation de la relation nous apparaît dès lors comme primordial. Toutefois, une approche de supervision qui deviendrait trop soignante pourrait se substituer à la thérapie personnelle du clinicien, alors perçue comme superflue par ce dernier, et ainsi priver le supervisé d'un espace complémentaire à la supervision. Cela nous apparaît être important à considérer lorsqu'on s'attarde aux résultats d'Orlinsky et Rønnestad (2005) qui identifient la thérapie personnelle comme étant le deuxième facteur ayant le plus d'influence dans le développement professionnel des psychothérapeutes.

### 3.7 Limites

Notre étude comporte bien sûr certaines limites. Par exemple, en l'absence d'un groupe comparable de participants se consacrant à la supervision d'une autre forme de pratique, il est difficile d'établir si la grande attention accordée à l'état affectif du supervisé, mentionnée par nos participants, se distingue si nettement de celle d'autres superviseurs dans d'autres types de cliniques. Néanmoins, dans une étude antérieure, Martin Bourret et Dubé (2023) ont établi que l'usure associée au TT était un thème

organisateur de l'expérience des psychothérapeutes novices dans les TT. Nous ne pouvons que constater que cet enjeu semble être une préoccupation primordiale chez les superviseurs interrogés, et que cela est cohérent avec les résultats de travaux antérieurs ayant discuté de la présence des effets délétères associés aux TT.

Il est également important de mentionner que cinq des participants travaillaient dans des milieux offrant à de jeunes internes une formation spécialisée dans la clinique du trauma. Il est donc possible que les supervisés en question n'avaient que peu d'expérience avec les TT, et peut-être même peu d'expérience clinique en général. Le manque d'expérience étant corrélé avec de plus hauts taux d'épuisement professionnel (Chen et Hazler, 2023), il est possible que ce manque d'expérience ait pu jouer dans les préoccupations rapportées par nos participants quant à l'état affectif de leurs supervisés.

Dans un autre ordre d'idées, alors que d'autres études font mention de relations négatives en supervision (p. ex. Chircop Coleiro, Creaner, et Timulak, 2022), nous constatons que nos participants témoignaient dans l'ensemble des relations de supervision positives. Bien qu'ils aient évoqué avoir rencontré certaines difficultés dans la transmission des apprentissages, celles-ci étaient perçues comme des événements ponctuels et inhérents à la supervision. Étant donné que les participants ont été sollicités dans des milieux spécialisés dans la clinique du traumatisme et qu'ils possédaient une très grande expérience en la matière, il est possible qu'ils aient su faire preuve des qualités nécessaires à l'établissement d'une bonne alliance tout en minimisant les moments de rupture. Si la supervision avait eu cours hors d'un service spécialisé en TT ou avec des superviseurs de moindre expérience, la qualité des relations de supervision aurait pu s'avérer différente. Dans une étude subséquente, il pourrait donc être intéressant d'interroger des superviseurs moins aguerris ou ayant eu des relations de supervision plus difficiles. Il serait alors possible d'étudier comment l'approche du superviseur se modifie dans ce genre de contexte.

Finalement, bien que l'on puisse en faire l'hypothèse, rien ne nous permet d'établir qu'une supervision caractérisée par une préoccupation à l'égard de l'état affectif du supervisé, qui favorise la protection contre les effets néfastes des TT, qui favorise l'élaboration du contre-transfert négatif et qui se distingue de la thérapie personnelle mène nécessairement à une augmentation de l'efficacité des interventions des supervisés auprès de leurs patients. Cela demeure une avenue de recherche à explorer.

### 3.8 Conclusion et recommandations

À la lumière de nos résultats, il semble que la STFT pourrait effectivement s'avérer un moyen central, *mais non exclusif*, de protection des psychothérapeutes contre les effets potentiellement délétères du travail auprès des personnes traumatisées. La supervision aurait toutefois avantage, selon nous, à être aménagée pour assurer cette fonction *de manière systématique*. Les résultats d'une étude complémentaire auprès de psychothérapeutes novices se spécialisant dans la clinique du trauma montrent en effet que plusieurs supervisés peuvent être très hésitants à dévoiler leur contre-transfert négatif en supervision (Martin Bourret et Dubé, 2023). Par ailleurs, les supervisés éprouveraient globalement des difficultés à être complètement honnêtes vis-à-vis leurs superviseurs (Knox, 2015), tout particulièrement lorsqu'il s'agit de leurs réactions personnelles envers un patient.

Nos superviseurs-participants ont semblé en être bien conscients et adopter à cet effet une approche d'ouverture patiente à ce que le supervisé dévoile ses « moins bons coups ». Néanmoins, il semblerait judicieux compte tenu de ce qui précède que le superviseur en TT adopte une approche à la supervision plus anticipatoire qu'en d'autres circonstances, qu'il aille *d'emblée* au-devant de l'inhibition du supervisé et qu'il le questionne avec tact quant à la possibilité d'un contre-transfert négatif par exemple. À l'instar de Courtois (2018), nous suggérons que le superviseur psychodynamique envisage d'inclure systématiquement à une amorce de supervision une portion visant à ouvrir une discussion avec le supervisé pour prendre la mesure de ses connaissances théoriques du traumatisme ainsi que des défis auxquels il sera confronté. Le superviseur pourrait alors mieux instruire le supervisé quant à quoi s'attendre de ce genre de clinique en partageant avec lui ses propres expériences et difficultés, en proposant des lectures ou des formations, et en discutant très tôt – plutôt qu'en cours de route – des moyens à sa disposition pour l'appuyer dans ce genre de travail (aménagements de l'hygiène de vie, réaménagement de la charge de travail, thérapie personnelle, etc.). De plus, le superviseur pourrait d'entrée de jeu discuter avec le supervisé de son envie prévisible de ne pas s'ouvrir sur la nature des ressentis hostiles ou sur des interventions qu'il jugerait honteuses. Cela constituerait une occasion de souligner qu'il s'agit de phénomènes certes normaux et récurrents dans les TT mais dont il est essentiel de parler sans quoi les conséquences peuvent être graves.

Nous avons d'ailleurs pu constater plus généralement que nos participants ne semblaient accorder qu'une place secondaire aux apprentissages et aux enseignements de contenus plus didactiques des TT dans le cadre de la supervision. Il est difficile *a posteriori* d'en expliquer la raison. Il était peut-être assumé par



certain participants que la formation universitaire couvrait ce genre de sujets. Henning, Brand, et Courtois (2022) soulèvent toutefois que les psychothérapeutes sont parfois insuffisamment préparés à se spécialiser dans la clinique du traumatisme, ce qui nous semble donner un certain poids à notre recommandation d'inclure une portion proprement didactique à la STFT, tout particulièrement avec les novices.

Certains propos de nos participants ne sont par ailleurs pas sans suggérer qu'il est possible qu'il soit attendu plus ou moins implicitement par les superviseurs que leurs supervisés passent par un « baptême du feu », une sorte de rite de passage où le supervisé se lancerait avec peu de préparation préalable dans cette expérience intense pour en prendre la pleine mesure. Toutefois, considérant le potentiel très réel d'effets délétères pour le psychothérapeute – et, par extension, pour le patient – de la spécialisation en TT, une préparation initiale en supervision à ce type de travail clinique nous apparaît pertinente, voire dans certains cas peut-être même une nécessité éthique. Bien qu'une telle préparation n'empêcherait en rien la survenue des difficultés que les participants constataient chez leurs supervisés, il est possible qu'ils arrivent à en sortir plus rapidement et avec des conséquences moindres.

Les résultats de notre étude permettent selon nous de mieux cerner quels besoins de supervision prennent naissance dans l'accueil clinique des populations traumatisées et comment le superviseur peut y répondre. Nous espérons que nos recommandations en découlant puissent constituer des points de repère pour aménager la STFT et ses compléments afin de prémunir de l'usure des TT quiconque souhaiterait s'y consacrer.

### 3.9 Déclarations de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### 3.10 Références

Adams, S. A. et Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), 26-34. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>

Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Wiley.

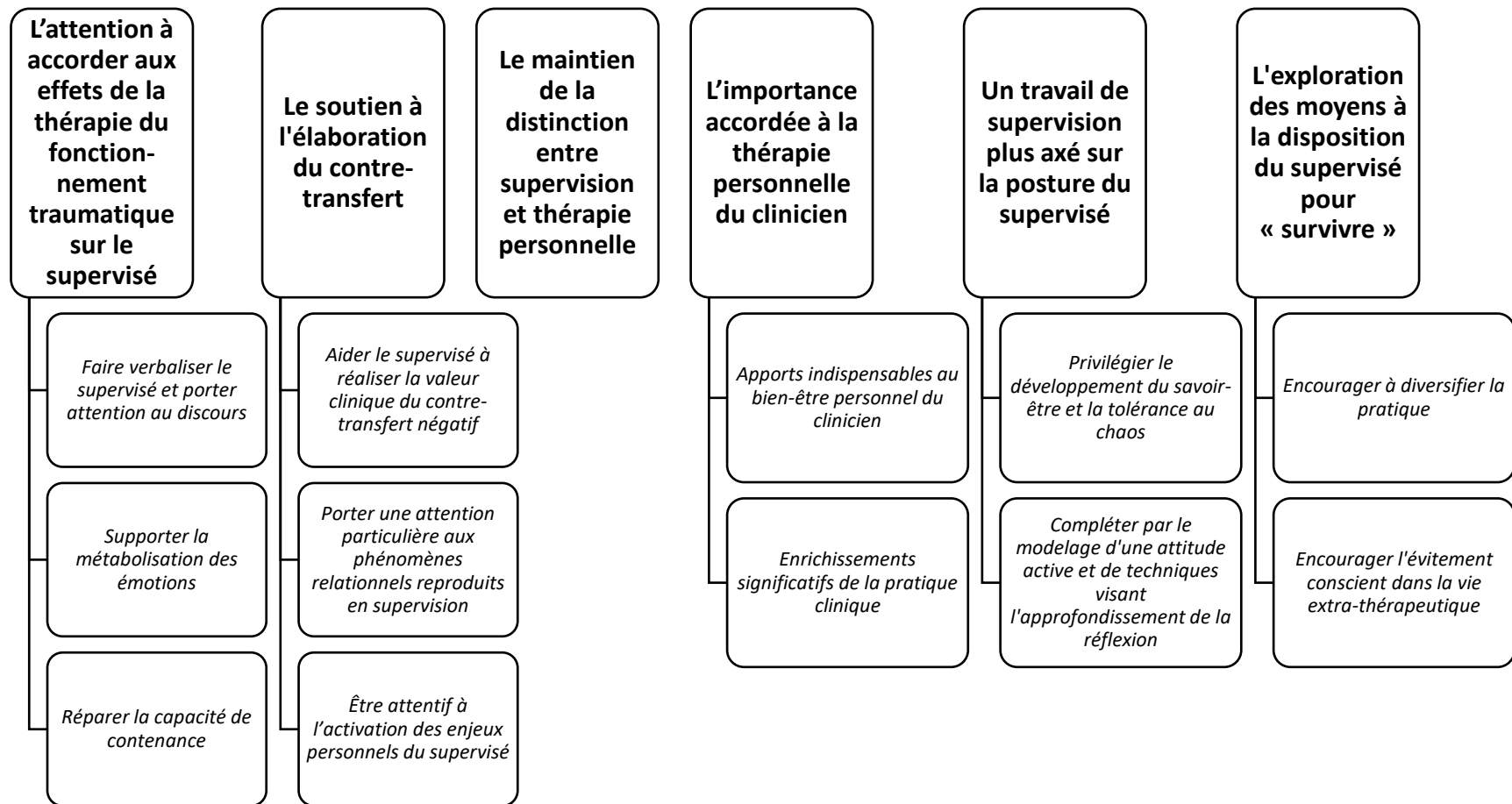
American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Berger, R. et Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. *Traumatology*, 20(4), 296-301. <https://doi.org/10.1037/h0099835>
- Bober, T. et Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj001>
- Bokanowski, T. (2015). Le concept de traumatisme en psychanalyse. *Sillages critiques*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.4000/sillagescritiques.4153>
- Bourrat, M.-M. (2012). Traumatisme et psychanalyse : comment passer de l'excitation à la mise en représentation? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(5), 324-331. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.06.004>
- Chen, Q. et Hazler, R. (2023). Suggestions to the field: Novice counselors' challenges in treating Borderline Personality Disorder. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 17(3), article 5. <https://digitalcommons.sacredheart.edu/jcps/vol17/iss3/5>
- Chircop Coleiro, A., Creaner, M. et Timulak, L. (2022). The good, the bad, and the less than ideal in clinical supervision: A qualitative meta-analysis of supervisee experiences. *Counselling Psychology Quarterly*, 36(2), 1-22. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.2023098>
- Courtois, C. A. (2018). Trauma-informed supervision and consultation: Personal reflections. *The Clinical Supervisor*, 37(1), 38-63. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1416716>
- Culver, L. M., McKinney, B. L. et Paradise, L. V. (2011). Mental health professionals' experiences of vicarious traumatization in post-hurricane Katrina New Orleans. *Journal of Loss and Trauma*, 16(1), 33-42. <https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519279>
- Etherington, K. (2009). Supervising helpers who work with the trauma of sexual abuse. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(2), 179-194. <https://doi.org/10.1080/03069880902728622>
- Frawley-O'Dea, M. G. et Sarnat, J. E. (2001). *The supervisory relationship: A contemporary psychodynamic approach*. Guilford Press.
- Gennart, M. (2011). Effraction sexuelle et brisure du soi : pour une prise en charge complexe. *Psychothérapies*, 31(4), 271-284. <https://doi.org/10.3917/psys.114.0271>
- Girard, N., Joud, C. et Duret, I. (2018). Du travail éprouvant aux éprouvés du travail. *Cahiers de psychologie clinique*, 51(2). <https://doi.org/10.3917/cpc.051.0203>
- Henning, J. A., Brand, B. et Courtois, C. A. (2022). Graduate training and certification in trauma treatment for clinical practitioners. *Training and Education in Professional Psychology*, 16(4), 362-375. <https://doi.org/10.1037/tep0000326>
- Josse, É. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.josse.2019.02>
- Kaës, R. (2012). Conteneurs et métaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 643-660.

- Knight, C. (2004). Working with survivors of childhood trauma. *The Clinical Supervisor*, 23(2), 81-105. [https://doi.org/10.1300/J001v23n02\\_06](https://doi.org/10.1300/J001v23n02_06)
- Knox, S. (2015). Disclosure—and lack thereof—in individual supervision. *The Clinical Supervisor*, 34(2), 151-163. <https://doi.org/10.1080/07325223.2015.1086462>
- Martin Bourret, L.-V. et Dubé, J. É. (2023). *Apports et limites de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique du point de vue de supervisés novices* [document en préparation]. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Orlinsky, D. E. et Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Pearlman; L. A. et Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 26(6), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Rønnestad, M. H. et Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career development*, 30(1), 5-44. <https://doi.org/10.1177/089484530303000102>
- Spiegel, D. (1986). Dissociation, double bind, and posttraumatic stress in multiple personality disorder. Dans B. Braun (dir.), *Treatment of multiple personality disorder* (p. 61-78). American Psychiatric Press.
- Tovmassian, L. T. (2015). Une zone de création commune avec le traumatisme psychique. *Annales médico-psychologiques*, 173(10), 834-840. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.02.010>
- Walker, M. (2004). Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: Countertransference, secondary traumatization, and terror. *Psychodynamic Practice*, 10(2), 173-193. <https://doi.org/10.1080/14753630410001686753>

Figure 3.1

Les éléments essentiels ou emphases distinctives de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique.



## CHAPITRE 4<sup>16</sup>

### APPORTS ET LIMITES DE LA SUPERVISION PSYCHODYNAMIQUE DES THÉRAPIES DU FONCTIONNEMENT TRAUMATIQUE DU POINT DE VUE DE SUPERVISÉS NOVICES

#### 4.1 Résumé

Plusieurs études portent sur la supervision, mais peu traitent de l'évaluation de la supervision psychodynamique de la clinique des traumatismes. Cet article tente d'identifier ce qui, selon les participants, leur apparaît être aidant dans leur expérience de la supervision des thérapies des traumatismes. Des entrevues semi-structurées furent menées avec sept psychothérapeutes novices. L'analyse thématique suggère l'existence d'un principe organisateur soit l'intensité de la relation transférentielle. Les résultats soulignent l'importance d'un climat de confiance, de l'élaboration du contre-transfert ainsi que le rôle de la supervision dans la prévention des effets néfastes des thérapies des traumatismes. L'étude met aussi en lumière les limites de la supervision et les moyens disponibles aux psychothérapeutes pour appuyer la supervision. Des recommandations sont proposées en conclusion.

*Mots-clés* : Supervision psychodynamique, Thérapies du fonctionnement traumatique, Supervisés novices, Trouble de stress post-traumatique.

#### 4.2 Abstract

There are several studies on supervision, but few that address the evaluation of psychodynamic supervision of the trauma therapy. This article attempts to identify what participants feel is helpful in their experience of trauma therapy supervision. Semi-structured interviews were conducted with seven novice therapists. Thematic analysis suggests that an organizing principle is the intensity of the transferential relationship. The results highlight the importance of trust, the development of countertransference and the role of supervision in preventing the harmful effects of trauma therapy. The study also highlights the limitations of supervision and the means available to therapists to support supervision. Recommendations are offered in the conclusion.

**Keywords:** Psychodynamic supervision. Trauma therapy, Novice supervisees, Psychological trauma.

---

<sup>16</sup> Martin Bourret, L.-V. et Dubé, J. É. (22-11-24). *Apports et limite de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique du point de vue des supervisés novices* [document soumis pour publication à L'Évolution Psychiatrique]. Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal.

### 4.3 Introduction

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est une problématique de santé mentale qui peut survenir chez une personne suite à un événement l'ayant confrontée à une menace de mort, à des blessures graves ou à de la violence sexuelle réelle ou potentielle (American Psychiatric Association, 2013). L'Agence de la santé publique du Canada (2020) déclare qu'environ les trois quarts des Canadiens sont exposés au cours de leur vie à un ou plusieurs événements pouvant provoquer un traumatisme psychologique. Bien que tous ne développent pas le trouble, Statistique Canada révélait en 2022 que 8 % de la population canadienne présentait des symptômes du TSPT et que 5 % avait obtenu un diagnostic officiel.

Dans une perspective psychodynamique, le développement ou non du TSPT n'entretient toutefois que des liens limités avec les conséquences pour le fonctionnement mental et interpersonnel des personnes ayant subi des traumatismes, un fonctionnement que l'on désigne comme « en traumatique » (Bokanowski, 2015). Selon cette perspective, le « traumatisme » renvoie à l'événement en soi traumatisant et aux symptômes qui en découlent, alors que le « traumatique » renvoie plutôt à un type de fonctionnement mental. Bourrat (2012) soulignait que la description syndromale offerte par le DSM négligerait de prendre en considération des processus inhérents à la réalité interne du sujet qui fait face au traumatisme. Dès lors, c'est en raison de la réorganisation psychique de l'événement que deux personnes exposées au même traumatisme ne seraient pas nécessairement affectées de la même façon. De même, Allen (2001) note que pour certains psychanalystes, il existerait une distinction quant à la nature du traumatisme, selon qu'ils sont de nature impersonnelle (accident, désastre naturel) ou interpersonnelle/relationnelle (abus sexuel, violence physique, guerre). Pour ces auteurs, cette différence aurait en effet des implications entre autres au plan symptomatique, les conséquences sur la psyché liées aux traumatismes interpersonnels résultant généralement en des troubles psychologiques plus graves et des défis très marqués dans l'intervention auprès de ces personnes.

Nonobstant ces défis, certains psychothérapeutes choisissent de pratiquer principalement auprès des populations précarisées par la survenue d'un ou de plusieurs traumatismes relationnels. Or, selon Gennart (2011) et Cramer (2002), la prise en charge de ces personnes serait particulièrement difficile en raison chez eux d'une capacité de gestion émotionnelle grandement diminuée par les conséquences du traumatisme. Il en résulterait une tendance chez ces personnes à se présenter fréquemment en thérapie en état de crise, à entretenir des comportements autodestructeurs ainsi qu'à présenter « des répétitions d'agissements abusifs sur autrui » (Gennart, 2011, p. 273).

Les théories psychanalytiques contemporaines soutiennent que ces personnes seraient aux prises avec de puissants comportements autodestructeurs et qu'elles éprouveraient par conséquent des difficultés marquées à établir et à maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes, ce qui nuirait grandement à l'établissement d'un lien thérapeutique (Mellier, 2006). En effet, le travail avec ces personnes tendrait à induire un contre-transfert particulièrement négatifs chez le psychothérapeute (Ehrenberg, 1992) parce qu'elles reproduiraient dans le transfert une dynamique relationnelle marquée par une violence et une effraction similaire à celle de leur traumatisme. Inconsciemment, elles induiraient une pression sur leur psychothérapeute pour qu'il participe à une répétition des dynamiques relationnelles traumatiques subies par le passé.

Plusieurs auteurs, que ce soit dans le champ psychodynamique ou non, ont souligné que la pratique auprès des personnes présentant un fonctionnement traumatique n'est pas dénuée de risques réels pour les psychothérapeutes qui en font une spécialité (voir, par exemple : Knight, 2004; Pearlman et Mac Ian, 1995; Sommer et Cox, 2006). Des études ont entre autres mis en lumière les effets négatifs possibles pour leur propre santé mentale auxquels s'exposent ces psychothérapeutes; le traumatisme vicariant (TV) (Pearlman et Mac Ian, 1995), le traumatisme secondaire (Figley, 1995) et la fatigue de compassion (Adams et al., 2006) peuvent en effet les entraîner jusqu'à une souffrance psychologique grave (Bride, 2004, 2007; Fortin, 2014; Pearlman et Mac Ian, 1995). Pour certains psychothérapeutes, les dynamiques caractéristiques des thérapies des traumatismes (TT) seraient si difficilement tolérables qu'ils en viendraient finalement à réorienter leur pratique auprès d'autres populations cliniques (McCann et Pearlman, 1990). Ces risques découlant du travail auprès des personnes traumatisées apparaissent donc comme non négligeables (Pearlman et Mac Ian, 1995). Il existerait néanmoins des moyens de s'en prémunir.

#### 4.3.1 La supervision comme moyen de protection

Sans exclure la possibilité que d'autres moyens puissent être aidants, la recherche s'est principalement intéressée à la supervision comme moyen le plus direct à la disposition des psychothérapeutes pour se prémunir contre les effets néfastes d'une telle pratique (Adams et Riggs, 2008, Baird et Kracen; 2006; Dunkley et Whelan, 2006). Bien que plusieurs de ces études concluent que la supervision constituerait un moyen important pour contrer les effets néfastes chez le psychothérapeute de la clinique du traumatisme (Adams et Riggs, 2008; DelTosta, 2014; Etherington, 2009; Sommer, 2008), d'autres n'ont toutefois pas observé de corrélation entre le temps passé en supervision et une diminution des effets négatifs des TT

(Bober et Regehr, 2006; Furlonger et Taylor, 2013; Rizkalla et al., 2021; Wheeler et Richards, 2007). Il est à noter que dans les études ne démontrant pas l'effet protecteur de la supervision, il n'est pas fait mention d'aménagements particuliers à la supervision (ou d'une supervision spécialisée sur la clinique du traumatisme) pour soutenir les supervisés dans leur travail auprès des populations traumatisées, tel que proposé par exemple par Etherington (2009) ou par Berger et Quiros (2014; 2016). Il est ainsi possible de se demander si une supervision plus axée sur les spécificités des TT aurait mené à des résultats différents.

Face à ces résultats antérieurs discordants, ce sont les modalités spécifiques et les ajustements imposés à la supervision par le travail auprès de populations cliniques particulières — dans le cas présent, la clinique des traumatismes — qu'il y a lieu, selon nous, d'explorer et de comprendre plus en profondeur. En effet, bien qu'il existe plusieurs études sur la supervision en général, on ne retrouve que très peu d'études sur l'évaluation systématique de la supervision spécialisée à la clinique des traumatismes, sur son essence et sur ses caractéristiques distinctives (Berger et Quiros, 2014). Le tout est d'autant plus préoccupant lorsque l'on prend en compte la forte probabilité pour un psychothérapeute de recevoir des personnes traumatisées dans une pratique clinique généraliste (Culver et al., 2011; Sommer, 2008; Trippany et al., 2004) et les risques qui en découlent pour lui.

En l'absence — au meilleur de nos connaissances — d'études empiriques d'orientation psychodynamique s'étant intéressées spécifiquement aux caractéristiques propres à la supervision des thérapies des traumatismes (STT), il est ardu de décrire en quoi elle se distingue (ou devrait se distinguer) d'autres formes de supervision pour être utile tant au patient qu'au psychothérapeute en ce qui a trait aux effets délétères potentiels pour ce dernier. Néanmoins, Walker (2004) a tenté de décrire quelques-uns des rôles que devrait occuper un superviseur de TT. Par exemple, elle souligne l'importance de faire sens du contre-transfert du supervisé, d'établir un espace sécuritaire pour parler d'un vécu affectif difficile, et d'identifier les manifestations symptomatiques chez le supervisé et de les normaliser pour que le clinicien puisse retrouver sa pensée clinique.

Une recension des études sur la question de la supervision sans égard à l'approche théorique — mais demeurant spécifique aux TT — permet de constater qu'à l'exception de celle de Sommer et Cox (2005), l'essentiel des études à ce jour ont donné la parole aux superviseurs plutôt qu'aux supervisés. Or, considérant que plusieurs enquêtes ont montré que nombre de supervisés (indépendamment de leur degré d'expérience) cacheraient à leur superviseur au moins une partie de leurs interventions, ressentis



et sentiments d'impuissance face à leurs patients en raison de puissants sentiments de honte (voir Perret, 2017), il demeure possible que les superviseurs n'aient en fait qu'un accès partiel à l'expérience des supervisés quand vient le temps d'en témoigner. Il nous apparaît donc particulièrement justifié de donner la parole à ces derniers pour mieux comprendre l'expérience de supervision et ce qu'elle revêt d'aidant, le cas échéant.

C'est pourquoi notre étude vise à poursuivre le travail entamé précédemment sur les facteurs d'influence dans la STT en donnant cette fois la parole aux supervisés pour qu'ils puissent s'exprimer sur ce qui leur apparaît être aidant ou moins aidant dans leur expérience de celle-ci. Ceci pourrait permettre de faire émerger certains paramètres essentiels à cette forme de supervision.

#### 4.4 Méthode

L'objectif principal de cette étude est d'identifier ce qui, aux yeux de supervisés novices, s'avère aidant lors des rencontres de supervision des thérapies des traumatismes. Plus particulièrement, nous nous centrons sur les questions suivantes : (a) quels aspects de l'expérience de supervision apparaissent aux supervisés comme étant les plus importants et (b) quels sont ceux qu'ils considèrent comme étant déficitaires ou manquants, le cas échéant?

##### 4.4.1 Participants

Le recrutement des participants s'est d'abord fait auprès de milieux institutionnels (p. ex. centres hospitaliers, organismes communautaires, cliniques privées, cliniques universitaires) de la province de Québec. Nous avons identifié ceux s'affichant comme desservant des patients présentant un historique traumatique et offrant un service de supervision à de jeunes professionnels accrédités ou à des étudiants inscrits à un programme de formation doctorale en psychologie. Puis, pour assurer une certaine homogénéité des référents théoriques et de formation chez les participants potentiels, seuls les milieux offrant des services d'approche psychodynamique furent contactés via un courriel envoyé aux responsables cliniques et administratifs ainsi qu'aux superviseurs. Ceux-ci étaient alors invités à faire circuler dans leur milieu notre document de sollicitation à participer à l'étude auprès de personnes supervisées qui pourraient s'avérer intéressées. Nous avons alors pris contact avec les personnes ayant manifesté leur intérêt. Nous avons ensuite utilisé la méthode de recrutement « en boule de neige » : les personnes intéressées ont été invitées à diffuser les informations sur l'étude auprès de collègues œuvrant dans d'autres milieux et qu'ils jugeaient être en mesure de participer. Finalement, le document de

sollicitation à participer à l'étude a également été partagé via divers sites de médias sociaux rattachés à des regroupements professionnels de psychothérapeutes ou de doctorants en psychologie.

Les critères d'inclusion retenus visaient à s'assurer que la supervision occupe une place importante dans le développement professionnel des participants, à favoriser une cohésion des besoins de supervision et à ce que les participants n'aient pas réorienté leur carrière en raison des conséquences négatives de leur travail. D'autre part, les critères ont été déterminés en s'inspirant des stades de développement professionnel des psychothérapeutes d'Orlinsky et Rønnestad (2005) afin de cibler des psychothérapeutes en début de carrière. Les critères étaient les suivants : (a) être d'approche psychodynamique; (b) être inscrit dans un programme de formation doctorale en psychologie clinique ou avoir obtenu son diplôme et pratiquer comme psychologue depuis moins de 5 ans; et (c) avoir une pratique où la majorité des patients rencontrés présentent une histoire marquée par des vécus traumatiques relationnels.

À la suite de ces démarches, sept personnes ont donné leur consentement éclairé à participer à l'étude avant que nous interrompions le recrutement (voir plus bas). À l'exception de deux participants ayant déjà obtenu leur diplôme, tous les autres participants complétaient leur parcours d'études doctorales en psychologie au moment des entretiens. L'échantillon était composé de cinq femmes et deux hommes âgés en moyenne de 30,5 ans. La moyenne des années d'expérience de pratique majoritairement orientée autour de la clinique du traumatisme était de 1,9 ans chez ces participants. Quatre participants travaillaient principalement en milieu hospitalier tout en maintenant une pratique au privé, deux participants travaillaient en milieu communautaire seulement, et un participant travaillait exclusivement en bureau privé.

#### 4.4.2 Procédures et entretiens individuels

À la suite de l'obtention du consentement écrit des participants, un rendez-vous a été pris pour un entretien individuel avec eux. Comme les rencontres ont eu lieu en février et mars 2021, ces rencontres, initialement prévues en présentiel, se sont plutôt déroulées en vidéoconférence en raison de la pandémie de COVID-19. Par courriel, les participants ont été informés à l'avance de choisir un lieu propice à la rencontre pour en assurer la confidentialité.

Avant le début des entretiens, les participants étaient invités à remplir un questionnaire sociodémographique et de données de formation et de pratique professionnelles. Chaque participant a

ensuite pris part à une entrevue semi-structurée menée par le chercheur principal. Ces entrevues ont été d'une durée moyenne de 92 minutes. Avec le consentement préalable des participants, les entrevues furent enregistrées puis retranscrites pour analyses.

#### 4.4.3 Canevas d'entrevue et saturation du matériel

Les entretiens de recherche ont été menés dans un esprit constructiviste visant à faire émerger le sens de l'expérience au travers d'un processus de co-construction entre le chercheur et ses participants. Le chercheur adoptait donc une posture d'ouverture à l'expérience subjective des participants se manifestant par la valorisation de leur parole (Paillé et Mucchielli, 2012). Les entretiens s'appuyaient sur un canevas d'entrevue composé de trois sections. Les questions de chaque section étaient complétées de questions de relance afin de favoriser chez les participants l'exploration approfondie de certains points et d'assurer que l'ensemble des thèmes préalablement identifiés comme importants par les chercheurs puissent être couverts durant les entrevues.

La première section du canevas visait à mettre les participants à l'aise en leur donnant la chance de parler de leur parcours et des raisons qui les ont motivés à se spécialiser dans le domaine des thérapies des traumatismes. La deuxième partie du canevas était consacrée aux spécificités de la supervision de la thérapie des traumatismes selon leur expérience; les questions visaient à ce que les participants puissent s'exprimer sur leur manière de vivre et de concevoir leur expérience de ce genre de supervision et à détailler ce qu'ils jugeaient utile ou moins aidant. Dans la dernière section, les questions touchaient plutôt à la connaissance (théorique et/ou personnelle) des participants par rapport au traumatisme vicariant, phénomène courant chez les psychologues œuvrant auprès des populations présentant un fonctionnement en traumatique. Malgré cette organisation du canevas, le chercheur a visé à suivre le fil associatif propre à chaque participant, permettant par ailleurs d'explorer des thématiques insoupçonnées a priori.

#### 4.4.4 Analyses des entretiens

À la suite de la retranscription de chaque entretien, ceux-ci ont fait l'objet d'une analyse thématique selon les instructions de Paillé et Mucchielli (2012), méthode appropriée pour répondre à l'objectif exploratoire et descriptif de cette étude. Le recours à l'analyse thématique permet la transposition d'un corpus de données en une série de thèmes emblématiques du matériel analysé, et ce, en lien avec l'objectif de recherche. Pour ce faire, la thématisation consiste premièrement à identifier des thèmes qui permettent

de résumer l'essentiel du propos d'un participant. Puis, dans un second temps, il s'agit de rassembler l'ensemble de ces thèmes pour les mettre en relation à travers de potentielles répétitions, similitudes ou oppositions intra- et inter-participants. L'objectif final demeure la construction d'un arbre thématique résumant la hiérarchisation des thèmes. Afin d'obtenir l'analyse la plus riche possible, la thématisation s'est faite en continu, ce qui consiste en une attribution de thèmes de manière soutenue durant toute la lecture des transcriptions. Fréquemment, les thèmes ont été modifiés, précisés, regroupés, divisés et fusionnés à la suite de discussions avec le second auteur de cette étude. Puis les thèmes furent hiérarchisés en thèmes centraux et en sous-thèmes pour construire l'arbre thématique. L'analyse thématique a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo 12. Tout au long du processus de cueillette, de transcription et d'analyse, le chercheur principal a tenu un cahier de notes servant à laisser des traces du processus mais aussi à recueillir ses impressions et ses réflexions. Celles-ci servirent à nourrir les discussions avec le co-chercheur afin de favoriser la rigueur de l'analyse et de soutenir la réflexion lors du processus d'analyse thématique.

#### 4.5 Résultats

Nous allons présenter dans ce qui suit les grands thèmes ayant émergé des entretiens avec les supervisés en rapport avec la question de recherche, soit ce qui aiderait et ce qui nuirait dans la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT). Chaque grand thème est lui-même subdivisé en thèmes particuliers (ou sous-thèmes), capturant au plus proche les propos des participants qui ont ensuite été rassemblés hiérarchiquement (voir Figure 1). Des extraits choisis de ces propos illustrent plusieurs de ces thèmes particuliers.

Toutefois, avant de plonger dans l'essence de ce qui composerait les éléments aidants ou nuisibles de la STFT du point de vue des supervisés, il importe de parler des caractéristiques distinctives de ce genre de travail, ce qui s'est vite imposé comme ancrage pour tous les autres sous-thèmes chez nos participants.

##### 4.5.1 Éléments distinctifs de la thérapie des traumatismes : contrastes par rapport à d'autres types de pratique

###### 4.5.1.1 Intensité de la charge affective à contenir

Les participants ont unanimement mentionné que la thérapie du fonctionnement traumatique (TFT) se distinguerait des suivis auprès de populations non traumatisées par une caractéristique essentielle, soit l'intensité de la charge affective à contenir, ce que résume bien l'extrait suivant des propos d'une

participante : « Y a clairement une différence pour moi dans la quantité. Y a quelque chose de quantitatif dans le trauma. Ça se révèle dans la supervision. »

L'ensemble des participants a expliqué que cette différence quantitative reposerait sur la présence d'un ou de plusieurs de trois éléments : l'immense souffrance des patients; l'intensité de la charge affective qui en découle; et le fait d'être exposé à des récits d'horreur et de violence. Cette charge émotive à laquelle le psychothérapeute devrait faire face quotidiennement serait pour les participants un des éléments qui rend tout à fait singulier leur travail auprès des patients précarisés par un traumatisme : « C'est l'intensité de l'affect qui est reçu. Surtout en en voyant plusieurs. J'ai encore le souvenir livide [sic] de patients qui m'ont décrit leurs tortures. »

Pour quatre participants, l'intensité s'exprimerait également à travers les dynamiques relationnelles des patients traumatisés qui sont examinées en thérapie. Elles se dévoileraient principalement en séance dans les efforts du patient à mettre en échec le progrès thérapeutique ainsi que dans une tendance à « attaquer » le psychothérapeute. Un participant a ainsi souligné : « Y ont des forces autodestructrices immenses à l'intérieur. Pour les réfléchir, ça implique de survivre à toute leur destructivité. » Il en découlerait selon quatre participants qu'il serait particulièrement difficile d'établir un lien thérapeutique avec ces personnes : les efforts du psychothérapeute seraient souvent reçus avec dédain et hostilité par le patient.

#### 4.5.1.2 Usure de la clinique

Selon tous les participants, cette pratique – qui expose aux histoires d'horreur des patients ainsi qu'aux dynamiques relationnelles hostiles qu'ils tendent à instaurer – pourrait devenir source de souffrance et, rapidement, d'usure pour les psychothérapeutes si ceux-ci n'ont pas le support nécessaire. Selon cinq participants, avec le temps, il pourrait même devenir difficile pour un psychothérapeute de continuer à travailler auprès des populations traumatisées, ce qu'illustre cet extrait : « J'aime ce que je fais, mais en même temps je me demande combien de temps je vais être capable. Je trouve ça usant, je trouve ça souffrant. » Néanmoins, tous les participants ont mentionné que la supervision aurait le potentiel de jouer un rôle fondamental dans la prévention de l'usure.

Voyons maintenant plus spécifiquement quels sont les éléments nécessaires pour qu'une supervision puisse remplir cette fonction selon les supervisés.

#### 4.5.2 Ce qui aiderait dans la supervision des thérapies des traumatismes

##### 4.5.2.1 Établir et entretenir la confiance dans la relation de supervision

En tout premier lieu, l'élément le plus important, mentionné unanimement par les participants quant à ce qu'ils trouvent aidant dans la STFT, c'est d'*avoir confiance en leur superviseur*. Cette confiance a été décrite comme la condition essentielle à ce que les autres éléments aidants dans la STT puissent agir. Ce thème de la confiance s'est décliné suivant quatre sous-thèmes dans les propos des participants, qui ont souligné chacun comment le superviseur pourrait permettre l'installation puis entretenir cette confiance. Nous allons les passer en revue.

###### 4.5.2.1.1 La bienveillance perçue chez le superviseur

Selon quatre participants, l'établissement d'une relation de confiance envers le superviseur serait tributaire de la capacité de ce dernier à se montrer bienveillant à l'endroit de son supervisé. Cela permettrait au supervisé de se présenter comme étant vulnérable et de partager ses faux pas et ses contre-transferts négatifs comme l'illustre cet extrait : « Être accueilli par un superviseur bienveillant, ça fait que je peux parler pour vrai. Ça fait en sorte que ce qui doit se liquider peut se liquider. » Selon les participants, le supervisé devrait pouvoir sentir que le superviseur est pleinement investi dans la séance de supervision et qu'il accorde une grande importance à l'état affectif de celui-ci.

###### 4.5.2.1.2 L'ouverture et l'accueil de l'état de vulnérabilité du supervisé

Par ailleurs, cette bienveillance s'exprimerait dans la capacité du superviseur à communiquer que l'espace de supervision en est un où la parole peut réellement se libérer et l'émotion se mentaliser comme l'exprimait ce participant : « Faut j'aie le droit des ressentir. Pis après, je vais les réfléchir. [...] Faut que je puisse arriver " Je suis pu capable!!! " Sinon j'y trouve quoi? » Ainsi, la bienveillance du superviseur serait complétée d'une attitude d'accueil envers la vulnérabilité ressentie par le supervisé. L'exploration de vécus hostiles à l'endroit d'un patient, par exemple, s'accompagnerait selon quatre participants d'un aveu parfois pénible à faire en supervision, une source de honte et de culpabilité, comme le montre cet extrait : « Ce qui m'aide, c'est de pouvoir dire les affects que ça suscite [...], mais ça coute psychiquement de dire des choses qui ne sont pas faciles à dire. » Ce ne serait que lorsque la confiance est installée que l'exploration de vécus difficiles ou hostiles pourrait réellement se faire. Il serait alors attendu par les supervisés que le superviseur prenne soin de ces vécus difficiles.

#### 4.5.2.1.3 La contenance transformative ressentie du superviseur

Les participants ont laissé entendre qu'au-delà d'accueillir leur vulnérabilité, les superviseurs aidants permettraient de différentes manières de « contenir ce qui déborde » et qui rend, justement, vulnérable. Premièrement, le superviseur devrait s'assurer de *normaliser* la survenue des débordements affectifs chez le supervisé. Trois des participants ont expliqué ressentir une forme d'apaisement à l'idée que ces difficultés feraient partie intégrante du processus d'apprentissage des TFT.

Puis ce qui serait attendu du superviseur dans un second temps selon cinq participants, c'est qu'il démontre la capacité à *contenir les émotions difficiles* vécues par le supervisé. Selon eux, ce serait une des caractéristiques distinctives de la STT, soit de participer à une chaîne de contenance à trois (patient, supervisé, superviseur) pour que le psychothérapeute parvienne à se dégager de vécus pénibles à porter. Dans les mots d'une des participantes : « Pour que je puisse contenir mes patients, il faut qu'il [N.B. : le superviseur] soit le contenant de mes états désorganisés. » Pour les participants, le développement et l'entretien de leur propre capacité de contenance passerait par la répétition de l'expérience d'être contenu par le superviseur : « C'est de même que je l'ai appris. En le faisant avec ma superviseure, j'ai appris à le faire par moi-même. » Il demeure que la capacité de contenance du psychothérapeute se devrait d'être régulièrement renouvelée et ajustée en supervision. Or, pour y arriver, cela demanderait, aux dires de trois des supervisés, une disponibilité particulière de la part du superviseur, suffisamment distincte pour en traiter à part entière comme une facette de ce sous-thème.

#### 4.5.2.1.4 La disponibilité rapide et flexible du superviseur.

Trois supervisés ont mentionné que la disponibilité rapide et flexible de leur superviseur était une qualité indispensable pour les appuyer. En raison de la charge affective pouvant être débordante pour le supervisé, il importerait qu'il puisse être rapidement en contact avec son superviseur. Il s'agirait là d'une forme de disponibilité du superviseur qui apparaît comme particulière aux STFT. L'intensité de la charge et du contre-transfert demanderait d'être partagée presque instantanément avec le superviseur, ce qui exigerait une plus grande disponibilité de la part du superviseur. D'ailleurs, l'un des participants expliquait que : « [quand] j'étais pu capable de contenir, elle était toujours disponible. [...] Ce sont ces séances impromptues qui ont été le plus aidantes pour la contenance. »

Chacun à leur manière, les sept participants ont donc expliqué que ces quatre éléments (bienveillance, ouverture, contenance et disponibilité particulière) favoriseraient l'établissement d'un climat de confiance

solide en supervision. C'est ensuite cette confiance qui leur permettrait d'explorer plus profondément les vécus contre-transférentiels qui meublent leur pratique.

#### 4.5.2.2 Permettre l'élaboration du contre-transfert

Comme nous venons de le voir, les participants ont bien marqué comment l'intensité affective et les dynamiques relationnelles particulières des patients traumatisés distinguent la pratique des TT. Plusieurs de leurs commentaires touchant à ce qui aide en supervision ont été teintés de cet a priori; ainsi, si rien ne laisse entendre qu'ils considèrent que le travail sur le contre-transfert en supervision serait « facultatif » pour d'autres formes de travail clinique, il a pris une *place prépondérante* dans ce qu'ils ont mentionné comme aidant en STT. Il apparaît aux yeux des supervisés que les vécus contre-transférentiels auront plus fréquemment tendance à être *très négatifs* comme l'illustre cet extrait : « Quand tu es, là, " ben, je l'haïs ce patient-là. ", c'est bien incohérent parce que tu es censé l'aimer ce patient-là, mais il t'écœure. »

Ils ont alors mentionné l'importance que la supervision occuperait à leurs yeux. Déclinés ici en facettes du sous-thème de l'élaboration du contre-transfert, les participants ont identifié quatre éléments soutenant l'importance du travail du contre-transfert dans leurs séances de supervision soit le partage du vécu, la fonction de dégagement, la compréhension clinique et la fonction de prévention.

##### 4.5.2.2.1 Le partage du vécu

Bien que cela puisse sembler aller de soi, cinq participants ont insisté sur le caractère absolument essentiel d'adresser leur parole à *quelqu'un* : c'est en effet l'expérience du partage affectif à autrui qui leur apparaît primordiale dans la supervision. Ce processus de mise en mots et de partage procurerait au supervisé une forme de soulagement et de bien-être. À l'instar de l'espace de parole offert au patient en thérapie, la possibilité offerte de se raconter s'avérerait l'une des fonctions primordiales de la supervision selon les participants, ce que souligne cet extrait : « Ça me fait du bien quand je sens que mon superviseur partage que c'est épouvantable. Il peut pas faire grand-chose de plus, mais c'est important. »

Ce serait par la mise en mots du vécu contre-transférentiel que s'initierait, selon les participants, le processus de mentalisation des affects pour le supervisé ce que l'extrait suivant illustre : « La supervision c'est un espace de mise en mots. Quelque chose dans le lien aux patients se passe dans le senti. L'effort de mise en mots de ces contenus est d'autant plus essentiel. »



#### 4.5.2.2.2 La fonction de dégageement

Dans le partage de la charge affective se jouerait également une des fonctions les plus importantes de la STT : permettre au supervisé de s'en dégageer. Pris dans le jeu du transfert, six supervisés ont expliqué qu'il leur arrivait parfois de développer une trop grande proximité avec le patient et de manquer de distance pour réfléchir cliniquement à ce qui se déroule en séance. La supervision offrirait un lieu où prendre un pas de recul et où tenter de faire sens de son contre-transfert avec son superviseur : « Parce qu'on est saisi dans des dynamiques relationnelles hyperpuissantes. La supervision sert à prendre une distance pis s'en dégageer. » Il deviendrait ensuite possible selon les participants d'offrir une réponse différente au transfert pour tenter de faire avancer le suivi.

#### 4.5.2.2.3 La compréhension clinique

Ce pas de recul pris par le supervisé vis-à-vis son ressenti contre-transférentiel permettrait ensuite à la dyade de supervision de réfléchir à son sens pour tenter d'en tirer des hypothèses cliniques au sujet du patient concerné. Pour trois des participants, les patients précarisés psychiquement peinaient, en raison des multiples abus qu'ils auraient subis, à communiquer verbalement les contenus aux sources de leur souffrance. Ils auraient alors recours au mécanisme d'identification projective pour « déposer dans le psychothérapeute » les émotions et contenus trop souffrants pour être contenus. L'effort de mise en sens de ce que le patient dépose chez le psychothérapeute deviendrait alors une part importante du travail de supervision comme en témoignait cette participante : « Y a beaucoup de choses en dessous des mots, qui se ressentent. La mentalisation en supervision m'aide à obtenir une meilleure compréhension clinique de mes patients. »

#### 4.5.2.3 Aider à prévenir les effets délétères de la pratique de la thérapie des traumatismes

Au-delà de l'aide que pourrait apporter la supervision pour des enjeux particuliers à certains suivis, les participants ont par ailleurs évoqué la nécessité de se prémunir *plus globalement* face aux effets délétères de la pratique de la TT, dont ceux associés au traumatisme vicariant (TV). Dans cette perspective globale, la supervision fut l'un des tout premiers moyens mentionnés par quatre des sept participants : « Je remarque des choses à court terme, mais elles ne durent pas à long terme. Merci à ma supervision qui probablement prévient que ça se passe. » Ainsi, malgré que l'inquiétude et les images intrusives puissent subsister parfois, la STT semble jouer un rôle important dans la prévention du TV aux yeux des supervisés. Elle permettrait de dénuer les images intrusives de leur potentiel traumatique : « Ça enlève son côté

traumatisant. Je ne veux pas que ça s'impose à ma pensée, mais ça s'impose quand même sauf de manière moins négative. »

Pour six participants, l'élaboration du contre-transfert amènerait le supervisé à devoir s'ouvrir sur ses propres enjeux et sur sa propre histoire. Bien qu'ils concevraient le tout comme nécessaire, ces participants ont insisté sur le fait que la supervision ne se substitue pas à leur espace de thérapie individuelle.

#### 4.5.2.4 Préserver la distinction entre supervision et thérapie personnelle du supervisé

La profession de psychologue comporte plusieurs particularités. L'une d'entre elles est que ceux qui l'exercent ont souvent le sentiment d'y avoir été « prédisposés ». Les participants ont en effet unanimement mentionné comment leur choix de carrière avait été influencé, consciemment ou non, par leur parcours de vie : « J'ai toujours l'impression qu'on n'est pas psychologue pour rien. À travers mon enfance je pense avoir été psy avant d'être psy. »

Six participants ont expliqué qu'une part importante et difficile de leur travail était de composer avec les échos transférentiels qui résonnent avec leur propre histoire. Explorer, comprendre et répondre aux besoins archaïques des patients souffrant de traumatismes requerrait une proximité relationnelle qui, selon six des participants, tendrait à activer des parts intimes, parfois souffrantes chez les psychothérapeutes : « Quand les mouvements relationnels entre le psy et le patient sont intenses, bien on touche plus à l'intime du psy. » Sollicité dans ses vulnérabilités, un psychothérapeute pourrait inconsciemment se montrer défensif ou trop réactif à l'endroit du patient, comme le soulignait ce participant : « Parfois on est à risque d'agir quand le patient dit quelque chose qui fait écho. Soit interpréter trop violemment ou avoir une réaction défensive. »

Pour qu'une analyse des mouvements contre-transférentiels ainsi déclenchés chez le psychothérapeute puisse advenir, les six supervisés ont expliqué qu'elle devrait avoir lieu à l'intérieur d'un cadre bien défini permettant cette exploration et cette élaboration, *en même temps que* l'espace de supervision ne se substitue pas à l'espace de thérapie personnelle du supervisé. Pour les participants, l'objectif de l'exploration de ce genre de manifestations doit demeurer centré sur un processus visant à aider le supervisé à réfléchir à son patient et à suggérer des pistes d'intervention, tout en permettant de départager ce qui appartient à la vie privée du psychothérapeute de ce qui appartient au suivi. C'est ce

qu'illustrait ce participant en disant : « Ce bout-là concerne ma psychothérapie, mais ce bout-là c'est à mon patient pis on va réfléchir "Qu'est-ce que ça nous dit de cette personne-là?" »

#### 4.5.3 Ce qui aiderait hors de la STT

La supervision apparaît néanmoins insuffisante selon trois des participants pour totalement prévenir les symptômes d'invasion chez les supervisés et pour permettre d'être en mesure de faire carrière à long terme auprès des populations traumatisées. Ils ont évoqué ressentir les effets des limites, par exemple, de ce qui peut être offert par le superviseur : « Ce que je réalise, c'est qu'en fin de journée... je n'ai pas cet espace de symbolisation pour digérer la quantité de la charge. »

Les limites inhérentes au processus de supervision obligeraient les supervisés à avoir recours à des moyens hors supervision pour se prémunir des effets néfastes des TT. Il s'agit donc maintenant d'établir comment les supervisés arrivent à prendre soin d'eux en sus de ce qu'apporterait la supervision.

##### 4.5.3.1 Profiter d'espaces réflexifs autres

L'intervention, les formations, les lectures ou toute forme de discussion clinique figurent parmi les différents moyens mentionnés par l'ensemble des participants – chacun usant de ce qui correspond le mieux à ses besoins – pour se prémunir contre l'usure associée aux TT. Ces espaces réflexifs seraient cruciaux pour que les supervisés puissent envisager de poursuivre leur travail à long terme avec des personnes traumatisées sans craindre d'y laisser leur santé mentale personnelle : « Sans des espaces réflexifs comme ça, ça ne serait pas possible de préserver ma santé dans ce travail. »

S'il est difficile de statuer définitivement sur un recours purement réflexif de ces moyens -- par contraste avec un moyen de "décharge" du trop plein, dans d'autres cas ou circonstances -- les propos des participants semblent indiquer qu'ils y ont eu recours au moins en partie pour développer plus avant leur réflexivité. Ceci n'exclut pas pour autant qu'un bénéfice puisse être tiré, ne serait-ce que ponctuellement, de la décharge.

##### 4.5.3.2 S'engager dans une thérapie personnelle

Bien qu'il s'agisse d'un espace réflexif distinct de la supervision comme dans le cas des autres mentionnés ci-dessus, la thérapie personnelle s'est vu attribuer un statut à part dans les propos des participants et c'est pourquoi nous la traitons comme un sous-thème distinct. Dans l'approche psychodynamique, il est

fortement encouragé, voire d'emblée accepté qu'à un moment ou à un autre de sa carrière, un psychothérapeute se consacrerait à sa propre psychothérapie. Six des sept participants étaient d'ailleurs en thérapie personnelle au moment de participer à cette étude. Bien que les motifs ayant amené les participants à consulter demeurent personnels, ils leur semblaient indissociables de leur travail clinique. Pour eux, la thérapie personnelle se veut plus qu'un simple complément à l'expérience de supervision : elle apparaît à leurs yeux comme en étant l'extension. Bien que ce ne soit pas toujours le travail clinique qui soit le motif initial de consultation, les transferts auxquels sont soumis les participants y seraient fréquemment abordés. Les participants ont en effet expliqué que la TT se distinguerait d'autres types de thérapie en ce sens qu'elle rendrait *incontournable* pour le psychothérapeute de poser un regard sur son propre fonctionnement mental et émotionnel, car travailler avec cette population mettrait à l'avant-plan les raisons inconscientes faisant en sorte que l'on choisisse le métier de psychologue : « Cette population force le regard sur pourquoi tu fais ce *job* pis quel sens ça prend pour toi, comment ça s'inscrit dans ton histoire. »

Comme ils le soulignaient d'autre part (voir ci-haut), la distinction entre supervision et psychothérapie étant importante à leurs yeux pour que la STT soit aidante, la supervision ne pourrait être le lieu où le psychologue se consacre complètement à l'exploration de sa propre dynamique psychique. Ce serait plutôt en faisant usage de la thérapie personnelle que les participants arriveraient à répondre à cette limite de la supervision. De cette manière, le psychothérapeute arriverait à préserver la supervision comme un espace dédié à la compréhension du patient alors que la thérapie personnelle serait un lieu consacré à soi : « C'est important de séparer ma supervision des trucs trop personnels, des choses qui viennent me chercher plus dans des enjeux personnels. » Sans cet espace, les participants ont expliqué qu'il serait difficile selon eux de résister à l'usure des TT : « C'est des patients qui usent. C'est plus qu'être *sharp*, c'est une condition de survie d'avoir l'espace d'élaboration des choses intimes en lien avec le travail. »

Pour faire carrière dans ce genre de travail clinique, les participants ont donc mentionné que la thérapie personnelle était une composante s'inscrivant dans un processus plus large. En effet, pour réussir à « survivre aux TT », tous les participants ont mentionné avoir fait aussi des aménagements dans leur style de vie que nous allons maintenant revoir.

#### 4.5.3.3 Prendre les moyens pour maintenir une bonne hygiène de vie

Aux yeux de tous les participants, une bonne hygiène de vie ferait partie des moyens qu'il faudrait greffer à l'utilisation des espaces réflexifs pour se prémunir des effets délétères des TT. Les participants ont identifié trois aménagements qu'ils ont intégrés à leur quotidien pour s'assurer de ne pas subir excessivement les contrecoups de l'usure des TT : équilibrer sa pratique; exister hors du soin et investir la vie; et y trouver du beau.

##### 4.5.3.3.1 Équilibrer sa pratique

En raison de l'usure qui s'associe à l'accompagnement des patients en situation de grande précarité, il deviendrait difficile pour les psychothérapeutes de s'y consacrer à temps plein. Les participants ont mentionné que le coût à payer était trop élevé pour qu'ils s'imaginent être capables de poursuivre ce genre de clinique à temps plein tout au long de leur carrière. Un équilibre de pratique leur apparaîtrait essentiel pour arriver à rester investi auprès des patients précarisés. Qu'il s'exprime par une charge de travail variée ou par une diversification des tâches, cet équilibre serait vital selon les supervisés. Ceux ayant déjà complété leur formation doctorale (2/7) avaient déjà mis en place une forme de diversification de pratique, certains s'engageant dans des tâches plus administratives alors que d'autres se consacraient à diverses activités de formation. Pour ceux toujours aux études (5/7), leurs projections professionnelles étaient marquées par la nécessité de créer cet équilibre. Quatre participants ont mentionné qu'après leur internat, il leur serait difficilement envisageable de se consacrer uniquement aux TT comme en témoigne cet extrait des propos d'un participant : « Je vais prévoir un temps au public et un au privé. Je ne sais pas si je vais être capable de tenir toute une carrière. Le prix peut devenir très élevé. »

##### 4.5.3.3.2 Exister hors du soin et investir la vie

En complément à l'idée de trouver un équilibre de pratique, quatre participants ont expliqué que sur le plan de leur vie personnelle, ils devaient également viser un équilibre. La nécessité d'investir des sphères autres que celle de leur pratique de la psychothérapie est revenue dans leurs propos comme moyen de s'éloigner de tout ce qui concerne le trauma et de l'usure clinique qui l'accompagnerait. L'une des participantes expliquait par exemple qu'il était important que son identité ne soit pas construite uniquement sur la base de son rôle de psychothérapeute : « Si la vie tourne trop autour de la psycho, c'est un grand risque. C'est dangereux parce que le matériel délétère en vient à prendre trop de place. » Les participants qui ont évoqué ce besoin ont donc parlé d'un *effort volontaire* à consentir pour contrebalancer les contenus mortifères en investissant des moments caractérisés par la vie.

#### 4.5.3.3.3 Y trouver du beau

À la suite de toutes les difficultés associées aux TT qui furent énumérées précédemment, l'ensemble des participants ont malgré tout mentionné sincèrement apprécier leur métier. Ils ont expliqué que, malgré les histoires d'horreur et la violence qui peuvent être emblématiques de la vie de leurs patients, ils les voyaient comme étant dotés d'une résilience remarquable et d'un énorme désir de vivre. Quatre participants ont spécifiquement évoqué qu'il était important de trouver « du beau » dans leur travail. C'est en y trouvant une humanité en mesure de les toucher que ces quatre participants ont expliqué être capables de poursuivre leur travail clinique, comme le mentionnait celui-ci : « Des fois après une séance, c'est "C'était tellement intense!", mais en même temps au niveau de l'humanité, tu te dis "Wow, quel beau métier!" »

#### 4.5.4 Ce qui nuit dans la STT

Bien que le canevas d'entrevue y consacrait une place, les supervisés ont été plutôt brefs sur les éléments qu'ils considéraient comme nuisibles en supervision. Ils ont toutefois offert un élément explicite qui mérite qu'on s'y attarde maintenant en guise de conclusion à nos résultats.

##### 4.5.4.1 La fermeture de la parole

Pour trois participants, il importerait que la supervision demeure un lieu où la parole du supervisé puisse réellement se déployer librement. Les participants ont ainsi décrit comme un irritant les moments où, d'une manière ou d'une autre, le superviseur empièterait sur cette liberté de parole, sans toutefois que cela leur apparaisse comme pouvant mettre un terme à leur lien au superviseur. Les moments où les superviseurs auraient tendance à interrompre l'élan d'élaboration du supervisé seraient ainsi vécus comme une source de frustration, contrecarrant un désir d'aller au bout de leur réflexion sans être interrompus. D'ailleurs, ce besoin d'être en mesure de s'exprimer pleinement semblerait plus important que le fait d'« avoir raison ». Les supervisés sembleraient en effet demeurer à l'écoute des propositions de leur superviseur tant et aussi longtemps que ceux-ci leur permettent de s'exprimer : « J'aimerais ça qu'il me laisse élaborer quelque chose quitte à être erroné et qu'il me propose une autre vision une fois que j'aurais fini de parler. »

Selon ces trois participants, lorsqu'il ferme la parole, le superviseur priverait son supervisé de l'un des éléments-clés du processus de supervision, soit le soutien à l'élaboration. Pour eux, un superviseur qui s'empresse de prodiguer des conseils priverait ainsi son supervisé d'une partie du processus réflexif

associé à l'effort de mise en mots permettant d'éclairer certaines des zones d'ombre de sa relation au patient.

#### 4.6 Discussion

Bien que le sujet de la supervision ait été substantiellement abordé de manière globale dans différents travaux antérieurs, peu d'entre eux se sont penchés sur le point de vue des supervisés lorsqu'on s'intéresse spécifiquement à la supervision en clinique du fonctionnement traumatique. Cette étude visait à pallier ce manque en interrogeant des psychothérapeutes novices sous supervision, recevant majoritairement des patients éprouvés par un traumatisme relationnel, quant à ce qui leur apparaît être aidant et moins aidant dans leur expérience de la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT) d'inspiration psychodynamique.

Nos résultats permettent de faire ressortir certains points saillants quant à ce qui rendrait la STFT aidante pour les supervisés de leur point de vue, un point de vue qui n'a pas été vraiment sollicité jusqu'ici dans les écrits sur le sujet. Notre recherche met en évidence que la STFT doit être fondée sur une relation de confiance basée sur la bienveillance du superviseur, son ouverture à l'état de vulnérabilité du supervisé, la contenance perçue du superviseur et sur sa disponibilité rapide et flexible. L'instauration de cette relation de confiance permettrait ensuite aux supervisés d'élaborer leur contre-transfert, souvent très négatif, d'une manière favorisant le dégageant et la compréhension clinique du patient. Le contre-transfert négatif est ici entendu dans le sens d'affects tels que la haine, le dégoût ou la colère. Il n'est négatif que dans son ressenti : il n'empêche pas nécessairement l'avancement du processus psychothérapeutique, surtout s'il est élaboré en supervision.

Malgré tout, les participants ont mentionné que la STFT n'était pas suffisante pour parer à l'usure des thérapies du fonctionnement traumatique (TFT). La STFT se devrait donc d'être appuyée selon eux par une thérapie personnelle ainsi que par une hygiène de vie permettant de prendre une distance marquée avec les aspects sordides et traumatiques de ce genre de travail.

Nous allons maintenant approfondir ces points dans ce qui suit. Nous viserons au final à dégager certaines pistes de recommandations pour une supervision psychodynamique optimale en TFT.

#### 4.6.1 La réalité du travail en thérapie des traumatismes : intensité et usure

Comme nous le verrons ci-après, les résultats de notre étude recourent ou rejoignent ceux de recherches antérieures ayant porté, chacune séparément, sur différents aspects distincts du travail auprès de personnes traumatisées ou de la supervision de ce travail. Cependant, il nous apparaît important de souligner que nos résultats suggèrent que l'expérience des supervisés serait soumise d'emblée à un principe organisateur de ces différents aspects — considérés jusqu'ici de manière séparée —, soit l'intensité de la relation transférentielle. Ces recouvrements se déclinent en quatre points saillants que nous détaillerons maintenant.

Premièrement, les participants ont insisté sur le fait que la relation transférentielle en TFT leur apparaît se démarquer nettement du travail auprès d'autres populations cliniques en raison de la sévérité de la détresse des patients. Ce portrait de leurs patients s'avère très similaire à ce qui a été rapporté dans d'autres travaux (Etherington, 2009; Knight, 2004). La clinique du fonctionnement traumatique serait caractérisée par l'ubiquité de souffrances qualifiées parfois de « primitives » (Mellier, 2006) chez ces personnes, ainsi que par une grande fragilité de leur capacité à contenir les émotions négatives. Ces caractéristiques alimenteraient en retour l'atmosphère d'intensité toute particulière sur laquelle ont insisté nos participants.

Puis, à l'instar de ceux obtenus par Lu et al. (2017) et Schauben et Frazier (1995), nos résultats mettent de l'avant le caractère « usant » de la prise en charge de ce genre de patients. Rapidement, il s'établirait une dynamique transférentielle qui n'est pas sans rappeler le concept de « transfert traumatique » de Spiegel (1986) où le psychothérapeute représenterait simultanément aux yeux du patient l'ensemble des personnes l'ayant maltraité et ceux ayant failli à le protéger de ses agresseurs. C'est en ce sens que le psychothérapeute deviendrait le réceptacle de mouvements destructeurs et que l'intensité du transfert s'avérerait usante, une caractéristique mentionnée à de multiples reprises par nos participants.

Il en résulterait pour plusieurs un sentiment parfois difficilement tolérable « d'envahissement » qui fut rapporté de manière similaire par Girard et al. (2018). Dans les deux cas, la particularité de cet envahissement serait qu'il ne serait pas vécu comme ponctuel, c'est-à-dire autour d'enjeux momentanés des rencontres comme dans la plupart des processus thérapeutiques : ce serait plutôt le caractère *constant et récurrent* de ce sentiment d'envahissement qu'il y aurait lieu de retenir comme un élément distinctif des TFT et qui contribuerait fortement au phénomène d'usure rapporté par les participants.



Par ailleurs, certains de nos participants ont évoqué que cet envahissement persisterait fréquemment au-delà du cadre thérapeutique en s'incrétant dans la sphère privée du psychothérapeute. Cela se ferait au détriment du bien-être des supervisés qui sont alors aux prises avec des idées intrusives, un sentiment d'inquiétude et des préoccupations à l'endroit des patients en dehors des « heures de bureau ». La présence de ces symptômes a souvent été notée dans d'autres études portant sur les psychothérapeutes se spécialisant dans la clinique du fonctionnement traumatique (Brady et al. 1999; Erthington, 2009; Pearlman et Mac Ian, 1995), mais elle semble ici ajouter une pierre à l'édifice de l'intensité menant potentiellement à l'usure qui s'est plus spécialement dégagée dans nos résultats.

#### 4.6.2 Autour de ce qui aide en supervision

##### 4.6.2.1 La confiance envers le superviseur

Les résultats de cette étude ont mis en évidence le caractère absolument essentiel que les participants accordent au climat relationnel qui régnerait avec leur superviseur. Ils ont insisté sur le caractère fondamental d'une relation de confiance basée sur l'accueil, la bienveillance et la contenance des affects débordants pour que la supervision puisse s'avérer aidante. C'est selon eux ce qui leur permettrait d'outrepasser les effets inhibants de la honte et de s'engager dans un travail d'élaboration du contre-transfert. C'est au travers d'une parole libérée permettant le partage des ressentis négatifs envers le patient que les participants ont su trouver dans leur supervision un moyen de prévention contre l'usure de leur travail.

Ces résultats se rapprochent de ceux d'autres chercheurs associés au champ d'étude des soins dits « sensibles aux traumatismes » (*trauma-informed practice*). Par exemple, Berger et Quiros (2014) ont identifié la sécurité, la confiance, le choix, la collaboration et la responsabilisation comme les cinq principes de base d'une pratique clinique prenant en compte les spécificités cliniques, biologiques et sociopolitiques du traumatisme psychologique. Ces mêmes principes seraient ensuite également applicables à la supervision spécialisée dans l'accueil des psychothérapeutes recevant majoritairement des patients traumatisés (Berger et Quiros, 2016; Borders et al., 2023; Courtois, 2018). Bien qu'une relation de confiance ne soit pas exclusive à la STFT (Watkins, 2014), l'importance que lui ont accordé nos participants semble être digne d'une mention particulière. Si nos participants semblent avoir trouvé dans leur supervision psychodynamique les ingrédients essentiels à l'établissement de cette confiance, son caractère fondamental à la supervision semble être moins explicité dans les écrits d'allégeance psychodynamique sur le sujet. Rien n'indique que des auteurs comme Etherington (2009) ou Walker (2004)

en négligeraient l'importance, mais elles semblent plutôt promouvoir leurs réflexions sur le travail d'élaboration du transfert et du contre-transfert qui, selon nos résultats, nécessiterait d'abord l'établissement de cette confiance. Il nous apparaît dès lors pertinent d'en rappeler l'importance sans égard à l'approche théorique de la supervision et d'inviter les superviseurs à réfléchir à la manière d'établir très tôt puis de maintenir et de réparer cette alliance de supervision.

#### 4.6.2.2 La disponibilité rapide du superviseur au service du développement de la fonction contenante du psychothérapeute

Nos résultats mettent d'autre part en évidence la fragilisation de la capacité de contenance des psychothérapeutes dans leur pratique de la clinique du traumatisme, au point où il peut être difficile d'attendre au prochain rendez-vous de supervision pour en parler avec leur superviseur. Dans le cas particulier de la supervision des traumatismes, nos résultats suggèrent que cette qualité de réceptivité passerait par un délai de réponse particulièrement souple et rapide du superviseur à l'état de désorganisation du supervisé. Dans une perspective winnicottienne (Winnicott, 2006), le superviseur devrait être suffisamment disponible pour répondre au besoin du supervisé lorsqu'il survient. Nos participants ont en effet souligné la nécessité d'une disponibilité presque immédiate de leur superviseur dans non seulement le rétablissement à un état contenu, mais aussi dans le développement progressif de leur propre capacité contenante. Si la nécessité de parler au superviseur hors du cadre préétabli n'est pas en soi exclusive à la clinique du traumatisme, la fréquence avec laquelle surviendrait ce besoin semble particulière à cette clinique. Il devient alors important que le superviseur conçoive ces demandes comme faisant partie intégrante de la supervision dans cette forme de clinique (et non comme une forme de dépendance provenant essentiellement d'aspects anxieux de la personnalité du supervisé qu'il faudrait travailler par le maintien du cadre prototypique de supervision) et qu'il démontre une volonté de faire preuve d'une disponibilité plus grande et plus flexible qu'à l'habitude pour répondre aux besoins de contenance de son supervisé. Évidemment, cette plus grande disponibilité pourrait mener à des débordements où le supervisé en ferait un usage excessif, à mettre en parallèle avec des dynamiques transférentielles traumatiques où un patient requiert de l'aide urgente hors cadre tel que les fins de semaine. Il importe toutefois de mentionner qu'aucun résultat ne laisse à penser que cela ait pu être le cas chez nos participants. Lors de la négociation des modalités du cadre, le superviseur de TFT devrait donc s'assurer de discuter de la façon et des moments où il peut être joint en cas d'urgence tout en normalisant la survenue et la fréquence des besoins hors cadre, mais son verser dans une disponibilité excessive.

#### 4.6.3 Autour de ce qui aide hors de la supervision

##### 4.6.3.1 L'emphase sur l'hygiène de vie

Bien que les participants rapportaient être satisfaits de leur supervision, ils ont tout de même témoigné de diverses manifestations symptomatiques qu'ils associaient directement à la pratique de leur métier. Ceci met en lumière que la supervision, bien que nécessaire, n'est pas suffisante pour aider le supervisé se spécialisant dans la clinique du fonctionnement traumatique à mieux se dégager de la charge de cette pratique et à se prémunir contre des effets délétères potentiels liés à celle-ci. Nos participants ont indiqué la nécessité pour eux de développer une hygiène de vie capable de potentiellement minimiser l'apparition des symptômes associés à leur pratique clinique. Pour Bessette (2010), composer avec l'usure du métier fait partie intégrante du travail auprès des populations précarisées. Cependant, il est irréaliste de penser qu'il s'agit d'un état qui peut être toléré de manière constante. C'est pourquoi nous soulignons l'importance que le superviseur puisse intégrer aux séances de supervision des discussions sur les moyens à la disposition du psychothérapeute pour prendre soin de lui-même. Bien que cela soit important pour tout psychothérapeute, nos résultats en soulignent la nature essentielle lorsqu'on se spécialise dans la clinique du fonctionnement traumatique. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Figley (2002) et Wilson et Lindy (1994) qui mentionnent la nécessité pour les psychothérapeutes spécialisés dans le traitement du TSPT de maintenir un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle.

C'est dans cette optique que nous proposons une piste de réflexion préliminaire sur le rôle que peut jouer le superviseur dans l'établissement d'une hygiène de vie permettant aux psychothérapeutes de poursuivre leur travail. Au moment d'amorcer leur travail ensemble, le superviseur devrait discuter avec son supervisé de la nécessité de « sortir » du soin en s'éloignant volontairement de l'aspect morbide des TFT, et peut-être même également de tout ce qui englobe la psychologie en général. Le superviseur devrait s'assurer d'expliquer que cette hygiène de vie s'avère une partie intégrante du fait d'être psychothérapeute, et tout spécialement en TFT. Nos résultats semblent en effet indiquer qu'il ne s'agit pas là du genre de spécialisation où l'on peut exercer de manière continue et soutenue sans une bonne hygiène de vie. Des études antérieures ont d'ailleurs montré que plus la charge de travail d'un psychothérapeute est composée de personnes ayant subi un traumatisme, plus il s'expose aux risques de développer des manifestations associées au traumatisme vicariant (TV) (Chrestman et al., 1995, cité dans Walker, 2004; Schauben et Frazier, 1995). Ainsi, des auteures telles que Courtois (2018), Etherington (2009) ou Walker (2004) proposent aux psychothérapeutes de tenter de diversifier leur pratique pour ne pas se consacrer uniquement aux TFT. En outre, bien qu'il soit difficile dans certains milieux cliniques d'exiger du supervisé

qu'il soit en thérapie personnelle pour bénéficier des services de supervision, le superviseur devrait rappeler à son supervisé que cela est très hautement recommandé dans ce genre de pratique (Bessette, 2010). Le superviseur devrait également s'enquérir régulièrement de l'état affectif de son supervisé et tenter de travailler avec lui à identifier si des changements (personnels ou professionnels) sont nécessaires lorsqu'il se sent usé par sa pratique.

#### 4.7 Limites

Notre étude comporte bien sûr certaines limites. Par exemple, en l'absence d'un groupe de participants se consacrant à une autre forme de pratique dans la présente étude, il est difficile de contraster l'usure mentionnée par nos participants à celle que vivraient des psychothérapeutes dans d'autres types de cliniques. Nous ne pouvons que constater que ce thème est récurrent et organisateur de leurs propos, et que ces propos sont cohérents avec les résultats de travaux antérieurs. Il est vrai aussi que notre échantillon était composé de novices alors même que le manque d'expérience est corrélé avec de plus hauts taux d'épuisement professionnel (Ackerley et al. 1988). Il est donc possible que ce manque d'expérience ait pu jouer dans les préoccupations rapportées par nos participants quant à l'usure. Il n'en demeure pas moins que l'intensité demeure un enjeu majeur dans le travail en TFT, même pour les psychothérapeutes aguerris (Bessette, 2010). Il reste à savoir si des aménagements au cadre de la supervision s'avèrent nécessaires plus spécialement pour les seuls novices ou si cela s'appliquerait aussi à des psychothérapeutes d'expérience.

Dans un autre ordre d'idées, alors que d'autres études font mention de relations négatives en supervision (p. ex. Chircop Coleiro et al., 2022), nous constatons que ce n'a pas été vraiment le cas dans notre étude. Même lorsque questionnés sur ce qui pouvait s'avérer nuisible en supervision, nos participants n'ont pas semblé avoir de critiques importantes à l'endroit de leur superviseur. Étant donné que les participants ont été sollicités dans des milieux spécialisés dans la clinique du fonctionnement traumatique, il est possible que leurs superviseurs, eux-mêmes spécialisés en la matière, aient su faire preuve des qualités nécessaires à l'établissement d'une bonne alliance tout en minimisant les moments de rupture. Si la supervision avait eu cours hors d'un service spécialisé en thérapie des traumatismes, il est possible de penser que les critiques envers les superviseurs auraient pu être plus importantes. Dans une étude subséquente, il pourrait donc s'avérer intéressant de questionner des supervisés ayant eu des expériences de supervision plus difficiles. Il serait alors possible d'étudier comment sont négociées les ruptures d'alliance, si les

besoins des supervisés demeurent les mêmes dans ce contexte, tout en observant les conséquences que cela peut avoir sur le supervisé.

Finalement, bien que l'on puisse en faire l'hypothèse, rien ne nous permet d'établir qu'une supervision caractérisée par un lien de confiance, qui permet l'élaboration du contre-transfert, qui soutient le supervisé dans la prévention des effets délétères des TFT et qui se distingue de la thérapie personnelle mène nécessairement à une augmentation de l'efficacité des interventions des supervisés auprès de leurs patients. Cela demeure une avenue de recherche à explorer.

#### 4.8 Conclusion et recommandations

La rapidité avec laquelle un psychothérapeute peut « s'user » selon nos participants nous apparaît comme une considération primordiale à prendre en compte par le superviseur. Il nous semble dès lors que la STFT devrait être considérée essentiellement en tant que moyen, central mais non exclusif, de préservation contre l'usure. C'est pourquoi nous proposons de la concevoir d'une manière similaire à celle de Fortin (2014) où l'espace de supervision doit avant tout agir à titre de mécanisme de prévention, mais en insistant sur des aménagements particuliers capables de la soutenir dans cette fonction.

Les propos des participants quant à la nature plus souvent négative de leur contre-transfert sont à mettre en lien avec des travaux antérieurs rapportant la prévalence de ce genre de contre-transfert dans la clinique du fonctionnement traumatique (Girard et al. 2018; Knight, 2004; Lachal, 2007). Ces ressentis négatifs engendreraient un sentiment de honte, de culpabilité et de ne pas être un « bon » professionnel. Comme l'indique Perret (2017) lorsqu'elle identifie la honte comme le plus grand frein à la parole du supervisé, nos résultats montrent que plusieurs peuvent être très hésitants à dévoiler leur contre-transfert négatif en supervision. D'ailleurs, la recherche démontre que, indépendamment de l'orientation théorique, les supervisés éprouvent des difficultés à être complètement honnêtes vis-à-vis leurs superviseurs (Knox, 2015; Ladany et al., 1996; Yourman, 2003) et tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'« erreurs » ou de leurs réactions personnelles envers un patient. Si l'on couple ces données au constat désormais classique de Searles (1955; voir aussi Renaud et Labbé, 1999) pour qui la supervision serait un lieu propice au développement des processus parallèles – soit la mise en scène, dans la relation de supervision cette fois, de ce qui se vit dans la dyade psychothérapeutique –, cela suggère que la probabilité que le supervisé ait recours aux processus parallèles comme moyen de communication au superviseur est particulièrement grande en TFT, d'autant plus si l'on tient compte du sentiment de honte qui habite les supervisés aux prises

avec des contre-transferts négatifs, sentiment auquel ont fait allusion nos participants. Tout comme Berger et Quiros (2016) et Border et al. (2022), nous proposons donc de voir dans la capacité du superviseur à repérer très tôt et à travailler ce phénomène une habileté essentielle permettant de favoriser la symbolisation de ce qui échappe au supervisé de sa relation transférentielle à son patient.

À cet effet, il semblerait judicieux que le superviseur en TT aille d'emblée au-devant de l'inhibition du supervisé et qu'il le questionne avec tact quant à la possibilité d'un contre-transfert négatif. Il importe selon nous, à la lumière de nos résultats et des études antérieures, que le superviseur ait en tête que la STT puisse demander un style de supervision plus actif ou anticipatoire qu'en d'autres circonstances. Ainsi, dès les premières rencontres, le superviseur pourrait instruire son supervisé quant à son éventuelle envie probable de taire certains de ses ressentis ou interventions, et souligner qu'il s'agit de phénomènes normaux et récurrents dans les TT dont il est essentiel de parler sans quoi les conséquences peuvent être graves. Il s'agit d'une occasion pour le supervisé d'entendre qu'il ne doit pas attendre de souffrir de son travail avant de prendre parole et que ses manifestations contre-transférentielles sont attendues. Cela nous apparaît comme un moyen propre à ce que le superviseur agisse à titre de modèle pour le supervisé quant à l'importance et à la valeur clinique du travail d'élaboration du contre-transfert négatif et de la honte. Cela est peut-être tout particulièrement crucial pour des psychothérapeutes novices pour qui il peut être difficile de percevoir la valeur clinique de l'analyse de leur contre-transfert négatif et chez qui la confiance envers le superviseur (ou envers la démarche de supervision) n'est peut-être pas suffisamment développée.

Dans cette optique l'idée d'une préparation préalable au travail clinique en supervision nous apparaît des plus pertinentes. À l'instar de Courtois (2018), nous suggérons que le superviseur psychodynamique envisage d'inclure à sa supervision une portion plus proprement didactique. Celle-ci pourrait prendre différentes formes, mais l'idée générale serait d'ouvrir une discussion avec le supervisé pour prendre la mesure de ses connaissances vis-à-vis les aléas de la clinique du fonctionnement traumatique. En fonction de celles-ci, le superviseur pourrait alors instruire le supervisé quant à quoi s'attendre de ce genre de clinique en partageant avec lui ses propres expériences et difficultés, en proposant des lectures ou des formations et en discutant des moyens à sa disposition pour l'appuyer dans ce genre de travail (aménagements de l'hygiène de vie, réaménagement de la charge de travail, thérapie personnelle, etc.). Considérant que Henning et al. (2022) soulevaient que les psychothérapeutes sont parfois insuffisamment

préparés à se spécialiser dans la clinique du traumatisme, ces quelques recommandations nous semblent d'autant plus avisées.

Les conclusions de cette recherche constituent des points de repère concernant les efforts à déployer pour se prémunir de l'usure des TT pour quiconque souhaiterait s'y consacrer. Les résultats permettent aussi de mieux cerner quels besoins de supervision prennent naissance dans l'accueil clinique des populations traumatisées et comment le superviseur peut y répondre.

#### 4.9 Références

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. et Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624-631. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.6.624>
- Adams, R. E., Boscarino, J. A. et Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Adams, S. A. et Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), 26-34. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>
- Agence de la santé publique du Canada. (2020, février). *Cadre fédéral relatif au trouble stress post-traumatique (TSPT) : reconnaissance, collaboration et soutien* (publication no HP10-34/2020F-PDF). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/cadre-federal-trouble-stress-post-traumatique.html>
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Wiley.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baird, K. et Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Berger, R. et Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. *Traumatology*, 20(4), 296-301. <https://doi.org/10.1037/h0099835>
- Berger, R. et Quiros L. (2016). Best practices for training trauma-informed practitioners: Supervisors' voice. *Traumatology*, 22(2), 145-154. <https://doi.org/10.1037/trm0000076>
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116. <https://doi.org/10.7202/1000555ar>

- Bober, T. et Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj001>
- Borders, L. D., Lowman, M. M., Eicher, A. P. et Phifer, K. J. (2022). Trauma-informed supervision of trainees: Practices of supervisors trained in both trauma and clinical supervision. *Traumatology*. Prépublication. <https://doi.org/10.1037/trm0000382>
- Bokanowski, T. (2015). Le concept de traumatisme en psychanalyse. *Sillages critiques*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.4000/sillagescritiques.4153>
- Bourrat, M.-M. (2012). Traumatisme et psychanalyse : comment passer de l'excitation à la mise en représentation? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(5), 324–331. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.06.004>
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L. et Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 386-393. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.386>
- Bride, B. E. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7(1), 29-46. <https://doi.org/10.1080/15434610490281101>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Chircop Coleiro, A., Creaner, M. et Timulak, L. (2022). The good, the bad, and the less than ideal in clinical supervision: A qualitative meta-analysis of supervisee experiences. *Counselling Psychology Quarterly*. Prépublication. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.2023098>
- Courtois, C. A. (2018). Trauma-informed supervision and consultation: Personal reflections. *The Clinical Supervisor*, 37(1), 38-63. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1416716>
- Cramer, M. A. (2002). Under the influence of unconscious process: Countertransference in the treatment of PTSD and substance abuse in women. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 194-210. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.194>
- Culver, L. M., McKinney, B. L. et Paradise, L. V. (2011). Mental health professionals' experiences of vicarious traumatization in post-Hurricane Katrina New Orleans. *Journal of Loss and Trauma*, 16(1), 33-42. <https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519279>
- DelTosta, J. (2014). *Does the supervisory working alliance moderate psychotherapy trainee's personal distress empathy and trait arousability as predictors of vicarious traumatization?* (publication no 3640009) [thèse de doctorat, University at Albany, State University of New York]. ProQuest Dissertations and Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/does-supervisory-working-alliance-moderate/docview/1620850367/se-2>
- Dunkley, J. et Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(1), 107-116. <https://doi.org/10.1080/03069880500483166>
- Ehrenberg, D. B. (1992). *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. Norton.



- Etherington, K. (2009). Supervising helpers who work with the trauma of sexual abuse. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(2), 179-194. <https://doi.org/10.1080/03069880902728622>
- Figley, C. R. (dir.) (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. Dans *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (p. 1-20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi]. Constellation. <https://constellation.uqac.ca/2771/1/030621766.pdf>
- Furlonger, B. et Taylor, W. (2013). Supervision and the management of vicarious traumatization among Australian telephone and online counsellors. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 23(1), 82-94. <https://doi.org/10.1017/jgc.2013.3>
- Gennart, M. (2011). Effraction sexuelle et brisure du soi : pour une prise en charge complexe. *Psychothérapies*, 31(4), 271-284. <https://doi.org/10.3917/psys.114.0271>
- Girard, N., Joud, C. et Duret, I. (2018). Du travail éprouvant aux éprouvés du travail. *Cahiers de psychologie clinique*, 51(2). <https://doi.org/10.3917/cpc.051.0203>
- Henning, J. A., Brand, B. et Courtois, C. A. (2022). Graduate training and certification in trauma treatment for clinical practitioners. *Training and Education in Professional Psychology*, 16(4), 362-375. <http://doi.org/10.1037/tep0000326>
- Knight, C. (2004). Working with survivors of childhood trauma. *The Clinical Supervisor*, 23(2), 81-105. [https://doi.org/10.1300/J001v23n02\\_06](https://doi.org/10.1300/J001v23n02_06)
- Knox, S. (2015). Disclosure—and lack thereof—in individual supervision. *The Clinical Supervisor*, 34(2), 151-163. <https://doi.org/10.1080/07325223.2015.1086462>
- Lachal, C. (2007). Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. *Le Journal des psychologues*, n° 253, 50-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.253.0050>
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. et Nutt, E. A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 10-24. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.1.10>
- Lu, H.-T., Zhou, Y. et Pillay, Y. (2017). Counselor education students' exposure to trauma cases. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 39(4), 322-332. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9300-4>
- McCann, I. L. et 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>

- Mellier, D. (2006). Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique. *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 145-155. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.01.008>
- Orlinsky, D. E. et Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Pearlman, L. A. et Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 26(6), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Perret, V. (2017). La honte, fléau de la supervision. *Actualités en analyse transactionnelle*, n° 158, 58-75. <https://doi.org/10.3917/aatc.158.0058>
- Renaud, A. et Labbé, N. (1999). Le processus parallèle en supervision. *Filigrane*, 8(1), 105-121.
- Rizkalla, N., Zeevi-Barkay, M. et Segal, S. P. (2021). Rape crisis counseling: Trauma contagion and supervision. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2), 960-983. <https://doi.org/10.1177/0886260517736877>
- Trippany, R. L., Kress, V. E. W. et Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31-37. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
- Schauben, L. J. et Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x>
- Searles, H. F. (1955). The informational value of the supervisor's emotional experiences. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 18(2), 135-146. <https://doi.org/10.1080/00332747.1955.11023001>
- Spiegel, D. (1986). Dissociation, double bind, and posttraumatic stress in multiple personality disorder. Dans B. Braun (dir.), *Treatment of multiple personality disorder* (p. 61-78). American Psychiatric Press.
- Sommer, C. A. (2008). Vicarious traumatization, trauma-sensitive supervision, and counselor preparation. *Counselor Education & Supervision*, 48(1), 61-71. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2008.tb00062.x>
- Sommer, C. A. et Cox, J. A. (2006). Sexual violence counselors' reflections on supervision: Using stories to mitigate vicarious traumatization. *Journal of Poetry Therapy*, 19(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/08893670600565587>
- Statistique Canada. (2022, 20 mai). *Enquête sur la santé mentale et les événements stressants, août à décembre 2021*. (Le Quotidien, publication no 11-001-X).

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220520/dq220520b-fra.pdf>

Walker, M. (2004). Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: Counter transference, secondary traumatization and terror. *Psychodynamic Practice*, 10(2), 173-193. <https://doi.org/10.1080/14753630410001686753>

Watkins, C. E., Jr. (2014). The supervisory alliance: A half century of theory, practice, and research in critical perspective. *American journal of psychotherapy*, 68(1), 19-55. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.1.19>

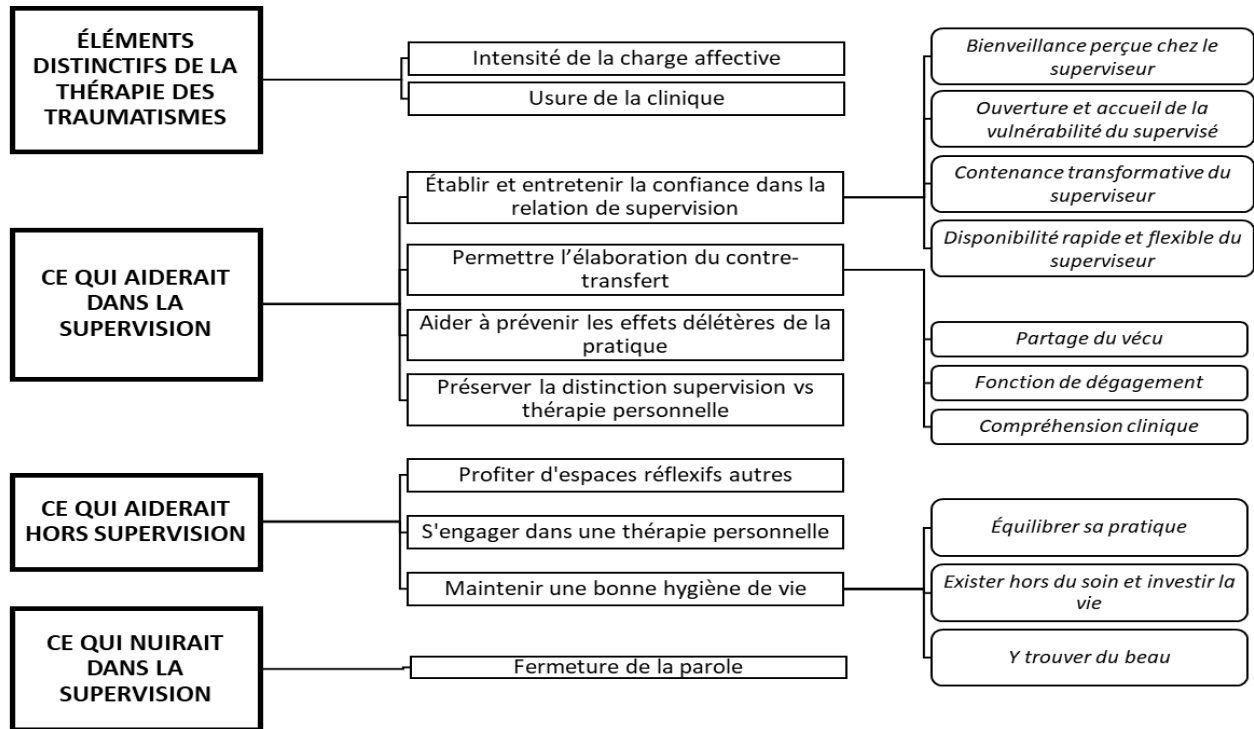
Wilson, J. P. et Lindy, J. D. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. Guilford.

Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne* (traduit par J. Kalmanovitch, M. Michelin et L. Rosaz). Payot.

Wheeler, S. et Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients: A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65. <https://doi.org/10.1080/14733140601185274>

Yourman, D. B. (2003). Trainee disclosure in psychotherapy supervision: The impact of shame. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 601-609. <https://doi.org/10.1002/jclp.10162>

Figure 4.1 Schéma des thèmes, sous-thèmes et facettes des sous-thèmes se dégageant des entrevues des participants concernant leur perception de la supervision en thérapie des traumatismes.



## CHAPITRE 5

### DISCUSSION

L'objectif initial de cette thèse était de conceptualiser un modèle théorique permettant de décrire la manière dont la supervision des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT) se différencie en termes d'accent distinct mis sur certains contenus ou processus par contraste avec une supervision générique. En cours de route, nous nous sommes éloignés de l'objectif de modélisation pour nous concentrer sur les aménagements nécessaires à la supervision qui permettent de répondre aux particularités des thérapies du fonctionnement traumatique (TFT). En effet, ce qui est bénéfique en supervision le sera fort probablement en fonction des besoins spécifiques créés par la pratique d'une clinique possédant ses propres particularités, et nos participants ont été très clairs sur ce point. Nos résultats ont permis d'identifier trois particularités des thérapies du fonctionnement traumatique (TFT) sur lesquelles nos deux groupes de participants (supervisés et superviseurs) ont insisté. Nous y reviendrons rapidement.

#### 5.1 La population clinique présentant un fonctionnement traumatique

Premièrement, nos résultats soulignent qu'il s'agit d'une population présentant un niveau de désorganisation très élevé, s'accompagnant d'une symptomatologie marquée et de sévères difficultés relationnelles. Autant les supervisés que les superviseurs ont insisté sur la destructivité à laquelle ils sont exposés dans le cadre de cette pratique. La relation thérapeutique est alors soumise à de fortes tensions et souvent à risque d'éclatement (Cramer, 2002; Etherington, 2009; Knight, 2004; Mellier, 2006).

Deuxièmement, l'intensité de la charge affective à contenir s'est rapidement révélée comme étant un enjeu caractéristique de cette pratique. Effectivement, les participants supervisés ont tablé sur une différence quantitative concernant la charge affective qu'ils devaient contenir. Pour expliquer cette différence, les participants nous ont mentionné le recours fréquent à des mécanismes de défense « archaïques » tels que l'identification projective et le clivage qui sollicitaient davantage leurs capacités de contenances et de survivances (Mellier, 2006; Roussillon, 1999, 2005).

Finalement, les participants ont également établi que l'horreur des récits auxquels ils étaient fréquemment exposés, du fait de l'histoire traumatique des patients, représentait un élément distinctif de ce genre de pratique. Plusieurs auteurs (Etherington, 2009; Walker, 2004) ont écrit sur l'impact que peut avoir sur le psychothérapeute l'exposition aux détails traumatiques sur une base régulière. Pour leur part,

MacCann et Pearlman (1990) y voient même un lien avec le développement de symptômes s'apparentant au traumatisme vicariant (TV).

D'ailleurs, l'emphase accordée au potentiel usant ne semble pas être une particularité de l'approche théorique de nos participants. La théorie psychodynamique accorde une grande importance aux phénomènes relationnels et à leurs impacts, non seulement dans la thérapie, mais aussi sur la personne du psychothérapeute comme en témoignent les notions de transfert, de contre-transfert et d'identification projective. Cependant, nous constatons que suffisamment d'auteurs d'approches théoriques variées insistent sur les enjeux propres aux TFT pour affirmer qu'il s'agit de phénomènes reconnus plutôt que d'un biais associé à la psychodynamique. Dès lors, c'est en réponse aux caractéristiques spécifiques de cette population que nous avons été en mesure d'identifier une série d'aménagement permettant à la supervision de s'adapter à ce contexte bien singulier.

## 5.2 L'usure en tant que considération centrale

À la lumière de cette description, il n'est pas surprenant de constater que l'ensemble des participants ont insisté sur la nature particulièrement exigeante de ce genre de travail. Bien que ces éléments distinctifs des TFT présentés ci-haut aient déjà abordé dans de précédents travaux, il importe de souligner que la majorité d'entre eux relèvent de réflexions personnelles (Etherington, 2009; Knigh, 2004; Courtois, 2018; Walker, 2004). Effectivement, à l'exception de Berger et Quiros (2016), Sommer et Cox (2005) et West (2010), peu d'études empiriques ont porté sur la STFT. De plus, très peu de ces études s'inscrivent dans une approche ouvertement psychodynamique. Comme l'indiquaient Berger et Quiros (2014), bien que forts intéressants, ces écrits demeurent de nature anecdotique et ne se qualifient pas à titre d'études empiriques. De ce fait, cette thèse vient ajouter un poids empirique aux réflexions personnelles de ces auteurs et renforce l'idée qu'il s'agit d'une pratique singulière et plus exigeante que les autres.

Au cœur de la nature plus exigeante des TFT, notre étude met l'accent sur un thème particulièrement saillant de l'expérience des participants, soit la rapidité particulière avec laquelle un psychothérapeute peut s'user dans ce genre de pratique, ainsi que les conséquences qui peuvent en découler (traumatisme vicariant (TV), réorientation de la carrière, épuisement professionnel). Le facteur usant et la souffrance bien réelle qui l'accompagne doivent alors être considérés comme des éléments centraux de la supervision et rapidement être pris en charge. D'ailleurs, l'usure s'est révélée être un thème organisateur des propos des deux groupes de participants. Les sujets supervisés nous ont parlé de la nécessité d'une supervision

sensible et adaptée à ce phénomène. Pour leur part, les participants superviseurs nous ont rapporté qu'ils surveillent de près l'état affectif de leurs supervisés pour s'assurer de leur bien-être.

### 5.2.1 Hypothèse sur les processus usant à l'œuvre

Nous aimerions donc fournir une piste d'explication quant à ce qui use dans les TFT. Tout comme Tovamassian (2015), nous constatons que le traumatisme met « en échec le jeu psychique » (p. 835) chez le sujet. Cependant, nous ajouterons qu'il en fait de même chez le psychothérapeute. C'est lorsque le psychothérapeute se retrouve dans un état où il n'arrive plus à symboliser seul les projections qu'on dépose en lui que l'usure finit par se faire sentir. Nos résultats indiquent la survenue d'un état récurrent « d'envahissement » chez le psychothérapeute qui perdure bien au-delà du cadre du travail. Effectivement, plusieurs participants ont rapporté entretenir des préoccupations et des inquiétudes se poursuivant au-delà des séances, parfois même se manifestant dans les rêves. Dans les cas les plus graves, les personnes concernées parlaient d'importants symptômes psychosomatiques. À terme, s'il demeure aux prises avec des contenus mal symbolisés et un trop plein d'excitations, le psychothérapeute court lui-même le risque de développer un fonctionnement traumatique pour tenter de survivre (Smolak, 2018). Si cela nous permet de mieux comprendre ce qui use dans cette clinique, les participants de l'étude ont aussi mis en lumière les moyens utilisés pour arriver à s'en protéger. Voyons de quoi il s'agit.

### 5.3 La supervision, un outil indispensable mais insuffisant

Dans l'introduction, nous observons l'absence d'un consensus quant à l'efficacité de la supervision comme mesure de protection dans les TFT. Si notre étude ne permet pas d'en mesurer l'efficacité et d'émettre une réponse claire face à ce dilemme, elle met tout de même en relief que la supervision est pour nos participants supervisés un outil indispensable dans un effort de préservation :

C'est pas envisageable de faire ce travail-là sans supervision. Oui pour assurer la qualité des soins, mais aussi pour me préserver moi comme personne. Pis quand je dis que c'est pas envisageable, c'est vraiment parce que ça ne serait pas possible pour moi de faire ce travail-là et de préserver ma santé mentale si je n'avais pas quelqu'un quelque part pour m'écouter parler de ça.

Il faut rappeler que par le passé, les études sur la STFT calculaient seulement le temps passé en supervision et négligeaient de mesurer deux aspects fondamentaux qui sont ressortis dans notre étude. Effectivement, même si la supervision est décrite comme indispensable, elle demeure insuffisante à elle seule pour complètement palier aux difficultés de cette pratique. Les deux groupes de participants ont été clairs sur

le fait qu'il était nécessaire de la coupler avec des mesures particulières (thérapie personnelle, hygiène de vie particulière, équilibre et diversification de la pratique, sortir du soin) pour prévenir une éventuelle dégradation de l'état psychologique. Il semble aussi que ces études aient négligé d'étudier les caractéristiques intrinsèques de la supervision qui pourraient lui conférer une fonction de prévention. Notre recherche jette donc un éclairage nouveau sur la question en identifiant quelles sont, aux yeux des principaux concernés, les caractéristiques permettant l'émergence de cette fonction.

#### 5.4 Les quatre fondamentaux de la fonction de prévention de la supervision

En ce sens, nos résultats nous permettent de dégager quatre caractéristiques essentielles qui, lorsque réunies, confèrent à la supervision sa fonction de protection partielle contre l'usure. Celle-ci doit :

1. Se dérouler dans un climat relationnel de grande confiance et de sécurité favorisant la prise de parole sur des sujets sensibles.
2. Réparer la fonction contenante du psychothérapeute par l'analyse des contre-transferts, et spécialement ceux négatifs.
3. Favoriser le maintien ou la remise en marche des processus symboligènes du supervisé permettant de transformer les projections du patient avec lesquelles il est aux prises.
4. Porter une attention particulière à l'état affectif du supervisé et offrir un espace de « soin » lorsque nécessaire, tout en maintenant une distinction avec la thérapie personnelle du clinicien.

##### 5.4.1 La fonction de prévention au-devant de celle d'enseignement

Dans une perspective plus généraliste, la supervision est habituellement reconnue comme étant l'un des moyens privilégiés dans la formation et le développement professionnel des psychothérapeutes (Orlinsky et Rønnestad, 2005). Cependant, nous avons remarqué que cette fonction d'enseignement ou de formation semblait occuper une place secondaire dans le discours des participants.

Effectivement, l'usure s'est démarquée comme une considération si importante que sa prévention semblait avoir préséance sur la fonction de formation de la supervision. S'il est vrai que cette fonction de prévention peut se retrouver dans n'importe quel type de clinique, elle apparaît prendre une place essentielle dans la STFT. Au point où il semble difficile d'imaginer que sans celle-ci, le supervisé puisse être dans les dispositions nécessaires à ce que la STFT favorise de nouveaux apprentissages. Il nous semble que ce n'est qu'une fois cette fonction de prévention installée que le supervisé peut utiliser la supervision



comme lieu d'apprentissages. Les résultats nous ont donné l'impression que l'enseignement semble se faire de manière plus implicite, au travers de processus parallèles, de modelage et de l'identification au superviseur. Effectivement, les enjeux auxquels sont confrontés les supervisés apparaissent se répéter dans la relation de supervision. C'est dans la manière dont le superviseur répondrait à ces processus parallèles que le supervisé apprendrait à négocier les défis qu'il rencontre en séance. De plus, au-delà des processus identificatoires, il semble aussi qu'il existerait une composante de modelage dans l'enseignement dont il est question. Les résultats nous donnent à penser qu'une partie des apprentissages se ferait par l'observation au quotidien du superviseur, que ce soit lors des séances de supervision ou lors d'autres moments du quotidien tel que lors des réunions cliniques. De cette manière, le supervisé en viendrait en reproduire les comportements et les attitudes qu'il observe chez son superviseur. Le superviseur devenant ainsi un modèle auquel s'identifier lorsque ce qui est initialement modelé devient intégré au soi professionnel.

Nos résultats suggèrent que les difficultés récurrentes des supervisés à aborder leurs contre-transferts très négatifs en supervision se résorbent lorsque ces quatre éléments identifiés précédemment sont présents. Ils permettent – et nous reviendrons plus amplement dans une section ultérieure lorsque nous aborderons le sujet de la honte et du silence du supervisé – d'instaurer les assises d'un climat relationnel capable de faire advenir cette fonction d'enseignement.

En ce sens, nous aimerions consacrer ce qui suit à quelques recommandations visant l'amélioration de l'offre de service des STFT. Ces propositions nous apparaissent comme capables de soutenir la supervision dans cette double fonction de protection et d'enseignement. Celles-ci nous semblent importantes alors qu'Henning et al. (2022) expliquaient que malgré une hausse des demandes de personnes présentant une symptomatologie associée au trouble de stress post-traumatique (TSPT), peu de professionnels en santé mentale sont suffisamment formés à recevoir ces personnes. De plus, des auteurs (Berger et Quiros, 2016; Courtois et Gold, 2009) mentionnaient que certains superviseurs étaient eux aussi insuffisamment préparés à superviser les TPT. Dès lors, il semble tout à fait à propos de fournir des recommandations pour appuyer ceux désireux de s'y consacrer.

## 5.5 Recommandation aux psychothérapeutes supervisés

En premier lieu, nous aimerions nous adresser aux psychothérapeutes travaillant auprès des clientèles avec un fonctionnement traumatique. Qu'ils soient novices ou plus expérimentés, nos résultats sont sans

équivoque sur la nécessité d'une supervision spécialisée en la matière et complétée par des moyens personnels pour parvenir à faire carrière dans ce type de pratique. Certains auteurs (Berger et Quiros, 2014; Etherington, 2009) ont d'ailleurs élevé leur voix à ce sujet en soutenant que la supervision devrait être obligatoire pour ceux recevant majoritairement des personnes présentant un fonctionnement traumatique. Bien qu'il ne soit pas possible d'exiger qu'un clinicien soit en supervision – hormis dans un contexte de stage académique – nous aimerions nous joindre à la recommandation de ces auteurs. Pour étayer notre propos, nous nous référons à la thèse de David Smolak (2018) dans laquelle les participants témoignent des difficultés rapportées par des aidants humanitaires déployées dans des situations de pratiques extrêmes. Même si elle se situe dans un contexte de pratique bien différent du nôtre, elle rend compte des conséquences qui attendent les psychothérapeutes n'ayant pas les moyens nécessaires pour les épauler dans leur travail. En ce sens, Smolak (2018) écrit que :

Dans leur quotidien, les aidantes humanitaires sont appelées à s'offrir comme objet contenant et malléable à des patients aux prises avec des souffrances traumatiques. De par leur position empathique, elles acceptent de partager le surplus d'excitation et les contenus mal symbolisés qui affligent ceux qu'elles prennent en charge. En exerçant leurs fonctions, elles se risquent à s'identifier à l'excitation et au contenu brut portés par leurs patients, à des fins de transformation psychique. (p.116)

Ce passage fait échos à l'expérience de nos participants supervisés chez qui la charge affective peut faire naître des sentiments de « trop plein » et « d'envahissement » qui nécessitent d'être symbolisés. Dans l'étude de Smolak (2018), les personnes dont il est question n'ont pas bénéficié d'un espace où métaboliser leur vécu. Il est permis de constater que selon l'auteur, l'absence de cet espace entrainerait chez ces aidants le développement d'un mode de fonctionnement traumatique similaire à ceux des recevant les soins :

Les aidantes sont à risque de développer un fonctionnement en traumatique, c'est-à-dire sous l'égide de la compulsion de répétition. Une multitude de symptômes émergent aussi en réponse à cette faille psychique : la reviviscence, l'hypervigilance, la déflation narcissique, la dépression ou même la psychosomatisation. (p.108)

Du moment que l'on sait que des moyens tels que la STFT, la thérapie personnelle et l'hygiène sont essentiels pour éviter les conséquences les plus graves de cette pratique, nous encourageons fortement les psychothérapeutes à adhérer à ces recommandations. Il est vrai que des raisons monétaires ou des résistances psychiques pourraient exercer une influence dissuasive sur la décision d'un clinicien d'entreprendre des démarches de supervision. Bien qu'il ne s'agisse pas toujours d'un choix facile, nous

faisons appel au sens des responsabilités et au devoir moral du psychothérapeute envers lui-même et sa clientèle. Par ailleurs, l'article 37 du code d'éthique de l'Ordre des psychologues du Québec stipule que : « Le psychologue s'abstient d'exercer sa profession ou de poser des actes professionnels dans la mesure où son état de santé y fait obstacle ou dans des conditions ou des états susceptibles de compromettre la qualité de ses services professionnels. » Il nous semble que lorsque le psychothérapeute se dote des ressources nécessaires, il s'assure de se donner toutes les chances de respecter cet engagement.

## 5.6 Recommandations aux superviseurs

### 5.6.1 Première proposition : repenser la position « attentiste »

Il nous est apparu très clairement lors des entretiens avec les participants, qu'ils étaient tous très conscients des enjeux particuliers qui parsèment les TFT. Si les supervisés les ont peut-être découverts en cours de route, il semble probable que les superviseurs en avaient fait l'expérience depuis longtemps. Bien que certaines de ces particularités aient fait l'objet de plusieurs écrits de la part de superviseurs très expérimentés (Courtois, 2008; Ellis et al, 2019; Etherington, 2009; Knigth, 2004; MacCan et Pearlman, 1990; Pearlman et Mac Ian, 1995; Walker, 2004), il n'en demeure pas moins qu'un point commun semble relier les travaux antérieurs et nos résultats. Nous constatons que la STFT semble marquée par une attitude que nous qualifions « d'attentiste » de la part de plusieurs superviseurs. En ce sens, malgré leurs connaissances préalables des pièges et les défis qui attendent le supervisé, peu d'entre eux semble aller au-devant de ces difficultés avant que le supervisé n'entame sa pratique. D'ailleurs, les supervisés participants ont semblé être pris par surprise par l'intensité des TFT, et dans certains cas même apeurés : « c'est vraiment effrayant quand tu débutes avec des patients sévèrement traumatisés ». Cela nous porte à croire qu'il peut être implicitement attendu que le supervisé fasse l'expérience d'un « baptême de feu » lorsqu'il entame sa pratique. Il nous semble difficile de déterminer avec certitude les sources de cette position. Il est possible que cela représente pour certains leur manière de se conformer à un idéal de la posture psychodynamique, comprise comme peu interventionniste, "sans attentes et sans désirs". Pour d'autres, cela pourrait être une répétition de leurs propres expériences antérieures de supervision, que celles-ci aient été positive ou non. On pourrait même croire qu'un certain fantasme d'avoir survécu soi-même définirait, pour certains, ce qui désigne le supervisé qui réussira en TFT. Il demeure que nous pensons qu'une réflexion sur la place d'une attitude plus active du superviseur psychodynamique dans la STFT est pertinente compte tenu de nos résultats.

Notons aussi qu'il est possible que notre canevas d'entrevue n'ait pas permis l'émergence de discussion contredisant cette hypothèse. Nous ne pouvons que remarquer qu'aucun participant en ait spontanément parlé. Étant donné le caractère parfois saisissant et effrayant du contact avec la souffrance traumatique, nous aimerions remettre cette position d'attente en question.

Il est possible que les superviseurs estiment que le parcours scolaire des étudiants en psychologie les préparent un moindrement à ce genre de thérapie. Cependant, au-delà des propos des participants qui laissent sous-entendre un état d'impréparation, Henning et al. (2022) déploraient un manque répertorié de l'offre de formation universitaire quant à la clinique du traumatisme. Un simple coup d'œil au cours disponibles dans le cursus universitaire québécois permet de constater que plusieurs d'entre elles n'offrent aucun cours doctoral spécialement axé sur la question du traumatisme, peu importe l'approche théorique préconisée. Il est donc fort improbable que les psychothérapeutes novices soient suffisamment préparés à répondre aux défis et à l'impact des TFT lorsqu'ils arrivent en supervision. En attendant une offre plus développée de la part des universités en matière de préparation à la clinique du traumatisme, nous aimerions inviter les superviseurs à prendre partiellement charge de la responsabilité d'éduquer leurs supervisés sur les enjeux des TFT et comment ils peuvent y répondre.

#### 5.6.1.1 Mettre en place une période de préparation pré-supervision

Pour parer cette lacune, nous aimerions proposer l'instauration d'une période précédant le début officiel de la supervision. Nous remarquons qu'hormis Courtois (2018), peu d'auteurs parlent de la nécessité de cette période dans une optique de préparation du supervisé. Nous souhaitons donc renchérir sur cette proposition de Courtois dans laquelle l'auteur met un accent sur les rôles, les attentes et le fonctionnement de la supervision, ainsi que sur l'évaluation des connaissances du supervisé. Nous aimerions renchérir sur ces idées en proposant d'y inclure une préparation plus axée autour des défis et des enjeux particuliers des TFT qui ont été mis de l'avant dans cette thèse. De ce fait, nous suggérons quelques thématiques qui pourraient être abordées d'emblée avec le supervisé.

##### 5.6.1.1.1 Les défis relationnels

L'intensité de la charge affective, le niveau de désorganisation et de destructivité, ainsi que l'horreur des récits devraient être des choses auxquelles les supervisés sont préparés. Cela pourrait amoindrir l'effet de surprise que peut susciter la rencontre avec de telles difficultés psychologiques et relationnelles. De ce fait, un participant utilisait l'expression « se fracasser sur la réalité du mur psychiatrique » pour décrire les

premières expériences cliniques. À la lueur de ces propos, une préparation initiale semble être une mesure adéquate pour venir – en partie du moins – parer à la violence de cette expérience. Cela semble d’autant plus à propos lors qu’on se remémore que l’état d’impréparation joue un rôle important dans l’apparition des symptômes traumatiques selon la théorie psychanalytique.

#### 5.6.1.1.2 Le contre-transfert négatif

Les propos des participants supervisés ont bien rendu compte de la difficulté qu’ils avaient à ressentir, mais aussi à exprimer les contre-transferts très négatifs qu’ils vivaient. Ils nous expliquaient alors avoir besoin que cette expérience soit reconnue et normalisée par leur superviseur. Dès lors, il semble important que le supervisé sache, avant même de commencer à recevoir des gens, qu’il est attendu qu’il soit aux prises avec des contre-transferts très négatifs et que cette situation est normale. Cela nous semble prioritaire car il s’agit aussi d’un message qui adresse directement la tendance des supervisés à taire les émotions négatives qu’ils peuvent entretenir envers leur patient (Knox, 2015). Nous y reviendrons plus amplement dans notre deuxième recommandation.

#### 5.6.1.1.3 L’hygiène de vie

Tel que précédemment mentionné, à elle seule la STFT s’avère insuffisante pour soutenir les capacités de contenance et de symbolisation du supervisé et le préserver de l’usure. Les résultats soutiennent l’importance de déployer un effort actif à investir des activités plaisantes qui s’inscrivent à l’extérieur du rôle de professionnel. Le superviseur devrait garder ce fait en tête et s’assurer que son supervisé se dote d’une hygiène de vie capable de contrebalancer l’aspect morbide des TFT. Si la thérapie personnelle semble occuper une place centrale dans cette visée, il nous apparaît important qu’elle ne soit pas le seul moyen qui accompagne la supervision. La nécessité de réellement « sortir du soin » est au cœur des propos de nos participants. Le superviseur pourrait alors soutenir son supervisé dans ses efforts de développer d’autres aspects de son identité. La capacité du supervisé à maintenir adéquatement cette hygiène de vie pourrait alors faire l’objet de vérifications plus ou moins fréquentes. Cela nous apparaît d’autant plus pertinent que McWilliams (2011) soulignait avec justesse que les psychologues sont fortement représentés chez les personnalités dépressives. D’autre part, des recommandations semblables ont été maintes fois réitérées par différentes sociétés professionnelles sur la base de nombreux travaux de recherche (voir, p. ex. : Barnett, 2014).

### 5.6.2 Deuxième proposition : adopter une position plus active envers le non dévoilement et la honte du supervisé

Les études sur le dévoilement en supervision (Knox, 2015; Ladany et al., 1996; Yourman, 2003) nous apprennent que les supervisés peinent à être complètement honnête avec leur superviseur. Il n'est donc pas surprenant de constater que nos participants supervisés se soient exprimés sur leurs propres difficultés à partager les ressentis hostiles qu'ils pouvaient avoir à l'endroit de certaines personnes reçues. Les statistiques que l'on retrouve dans les écrits sont assez éloquentes Ladany et al. (1996) ont constaté que 97,2 % de leurs participants renaient certaines informations en supervision et choisissaient plutôt d'en parler avec un collègue. Quant à eux, Yourman et Farber (1996) ont constaté des taux tout aussi élevés alors que 91.3 % des répondants déclareraient avoir dissimulé des informations en supervision, et ce, dans une fréquence allant de modérée à élever dans 30 % à 40 % des cas. Selon Knox (2015), plusieurs éléments influencent la volonté du supervisé à se dévoiler en supervision. Le procédé évaluatif, la différence de pouvoir et la qualité de la relation sont tous des facteurs qui ont un impact sur la transparence du supervisé. Bien que ces études dépeignent le non dévoilement (*nondisclosure*) comme un phénomène usuel, il est intéressant de s'attarder aux sujets que les supervisés ont le plus tendance à éviter en supervision. Selon plusieurs, c'est en raison de la présence de sentiments honteux associés aux dévoilements de leurs erreurs cliniques que la plupart d'entre eux choisissent de les taire (Knox, 2015; Ladany et al., 1996; Mehr et al., 2015; Perret, 2017; Yourman et Farber, 1996). Ces études permettent de constater que le non-dévoilement des supervisés quant aux erreurs qu'ils pourraient commettre en raison de la honte est phénomène courant en supervision. Même lorsque la relation de supervision est bonne, les erreurs ou les enjeux cliniques (*clinical issues*) seront probablement passés sous silence (Knox, 2015). Cela semble d'autant plus vrai dans une pratique telle que la TFT où les contre-transferts négatifs générant de la honte sont omniprésents. Il y a fort à penser que ces ressentis négatifs sont encore plus difficilement avouables dans un contexte où le clinicien est évalué, comme c'est le cas lors d'un internat par exemple. La peur de l'échec est une composante essentielle de formation pourrait certainement contribuer au silence et à la censure.

#### 5.6.2.1 Questionner plus activement le supervisé

Il est donc tout à fait normal de constater que nos participants supervisés ont rapporté vivre des expériences similaires à celles décrites dans ces études. Eux aussi ont été en proie à des sentiments de honte venant négativement affecter leur habileté à s'ouvrir sur des sujets qui favorisaient chez eux des états vulnérables. L'une des participantes expliquait alors : « Ça été comme je veux pas te montrer mes

faillies, je veux te montrer mes bons coups. J'avais honte de parler de ça, j'étais comme "voyons dont je veux pas dire ça à ma superviseuse" ».

Nous avons alors remarqué que les participants supervisés avaient suffisamment confiance en leur superviseur pour prendre le risque d'aborder ces sujets en supervision. Il est à noter que deux des participants nous ont expliqué travailler avec le même superviseur depuis des années, ce qui avait facilité leur ouverture. Dans les cas où la relation de supervision était plus récente, les supervisés ont pu bénéficier d'un climat de supervision suffisamment sécuritaire pour prendre la parole. Bien que le temps écoulé avant un premier aveu sensible du supervisé n'ait pas été mesuré par notre étude, nous remarquons que plus le supervisé attend, plus il s'expose à de réelles difficultés. L'exemple d'une participante ayant attendu plusieurs mois avant de partager l'adversité à laquelle elle était confrontée rend bien compte de cette réalité :

Un point dans l'année où ça allait pas parce que j'étais vraiment pas bien au niveau de mes émotions. En supervision je n'adressais pas justement ce qui était difficile. Des patients que j'arrivais pas à contenir qu'après j'avais des hosties de gros maux de tête.

Perret (2017) expliquait que : « [le] supervisé a besoin que le superviseur prenne l'initiative d'aborder le sujet de la honte s'il la perçoit. Seul, il ne le fera pas. » (p.68) Bien que nos résultats attestent que certains y arrivent, il est possible d'assumer que ce ne soit pas le cas de tous. Comme le démontre l'exemple cité plus haut, certains peuvent souffrir longtemps avant de recourir à l'aide du superviseur. De ce fait, nous emboîtons le pas de Perret et invitons les superviseurs à aller au-devant de l'inhibition des supervisés. Pour ce faire, le superviseur pourrait ouvrir une discussion avec son supervisé sur le fait qu'il est normal, même attendu, qu'il ressente l'impulsion de taire certaines informations. Plus particulièrement ce qui relève de ses « moins bons coups ». Nos résultats relèvent d'ailleurs que les superviseurs sont bien au fait cette difficulté, mais qu'ils semblent tout de même attendre que le supervisé amène par lui-même ces sujets en supervision : « Ils n'osent pas trop le dire qu'ils s'endorment et qu'ils trouvent le patient plate, mais en même temps, j'attends juste qu'il finisse par le dire ». D'ailleurs, il nous semble que le silence du psychothérapeute sur son contre-transfert négatif l'entraîne dans une situation de supervision paradoxale. Craignant les représailles de son superviseur s'il devait lui avouer son contre-transfert négatif, le supervisé ressent l'impulsion de se taire. Cependant, moins il élabore sur son contre-transfert, plus il s'expose au risque de commettre un agir contre-transférentiel (Bessette, 2010; Decoopman, 2010). Par le fait même, plus l'agir risque d'être sévère, plus la chance de voir son superviseur le réprimander augmente. Par son

silence, le supervisé s'expose donc davantage à la situation qu'il tentait initialement d'éviter. Il nous apparaît alors que ce paradoxe peut être résolu par les invitations actives et soutenues du superviseur au dévoilement. Il nous semble aussi que le supervisé gagnerait à savoir que son superviseur s'attend à ce que les TFT suscitent ce genre de réactions chez lui et qu'il est normal, et surtout nécessaire, d'en parler. Ce questionnement plus actif détient une importance toute particulière dans la mesure où il apparaît répondre à un besoin spécifique des supervisés. Effectivement, les supervisés ont insisté sur la nécessité de voir leurs difficultés être normalisées par le superviseur, rendant ainsi la tâche plus facile pour les aborder subséquemment. La relation de supervision serait au service de l'affranchissement de la honte alors que Perret disait que :

Le traitement de la honte est profondément relationnel [...] C'est pourquoi la posture du superviseur est le meilleur remède au sentiment de honte. Être conscient des besoins relationnels du supervisé, les faire émerger dans la relation et accorder de l'importance à leur signification est un bon antidote à la honte. » (p. 66)

Dès lors, il nous semble que les supervisés nous aient fournis les ingrédients nécessaires à la confection de l'antidote de la honte. Les qualités qu'ils souhaitaient retrouver chez leur superviseur – soit bienveillance, normalisation, contenance et disponibilité – avaient toutes comme point commun de favoriser l'élaboration de contre-transfert négatifs qu'ils auraient autrement eu envie de passer sous silence. Il semble que ces quatre éléments puissent servir de point de repères aux superviseurs pour qu'ils évitent le plus possible de fournir une réponse au dévoilement du supervisé capable de nourrir des sentiments surmoïques de honte et de culpabilité. Il est primordial pour que le supervisé en vienne à pleinement utiliser la supervision comme un espace favorisant la mentalisation que le superviseur ne perde pas de vue l'immense fragilité dans laquelle peut se retrouver son supervisé : « quand je parlais de vulnérabilité, si la supervision c'est notre espace d'accueil à nous les psys, faut sentir que l'on peut dire, mais ça coûte psychologiquement de dire pour vrai ce qu'on vit ». Il nous semble que c'est dans ces moments de très grande vulnérabilité que le superviseur peut démontrer l'étendue de son habileté à recevoir et élaborer tout ce que peut vivre son supervisé. Dans cette optique, le superviseur semble favoriser l'avènement de discussions de plus en plus fréquentes autour de sujet sensibles.

#### 5.6.2.2 Le dévoilement du superviseur

Pour appuyer le supervisé dans sa tentative de discuter de sujet sensible en supervision, nous aimerions inviter les superviseurs à eux-mêmes s'ouvrir sur certaines de leurs expériences plus délicates en tant que psychothérapeutes. Il nous semble alors que ce dévoilement de la part du superviseur puisse faire



contrepoids aux sentiments de honte, d'impuissance et de découragement que pouvaient parfois ressentir les supervisés lorsqu'ils faisaient des interventions moins adéquates auprès de leur patient. D'ailleurs, le dévoilement des superviseurs peut avoir une incidence positive sur l'alliance de supervision lorsqu'il concerne des enjeux cliniques similaires à ceux des supervisés (Davidson, 2011). Bien sûr nous les invitons à utiliser cette technique avec parcimonie. Car même si elle est habituellement bien reçue par les supervisés, elle peut parfois donner l'impression que l'attention de la supervision se détourne vers le superviseur Knox et al. (2011). Nos résultats ont démontré que cela s'avérait être un irritant pour les supervisés. Cependant, nous croyons que lorsque cette intervention est utilisée à des fins éducatives, elle sert non seulement de modèle aux supervisés, mais normalise également leur expérience. Un participant disait : « même quand tu as 10 ans d'expérience, y a des choses encore difficiles pis c'est normal. C'est utile pour moi, pis ça mon superviseur le fait en supervision avec moi. "C'est quoi, lui, ses propres embuches?" Je trouve ça rend plus humain. »

### 5.6.3 Troisième proposition : accompagner le supervisé dans une expérience de désillusion sécuritaire et enrichissante

Nous avons précédemment entrepris de décrire les caractéristiques spécifiques des personnes présentant un fonctionnement traumatique pour émettre des recommandations servant à mieux préparer le supervisé à ces défis. Malgré les spécificités des TFT, les supervisés la pratiquant n'échappent pas aux enjeux communs du développement professionnel. Les études sur le développement professionnel chez les psychothérapeutes ont permis de décrire les processus, les apprentissages, mais surtout les obstacles auxquels sont confrontés les psychothérapeutes à tous les stades de leur carrière (Orlinsky et Rønnestad, 2005; Rønnestad et Skovholt; Skovholt et Rønnestad, 2003). La majeure partie de notre échantillon se qualifiant à titre de psychothérapeute novice, nous aimerions reprendre certains enjeux identifiés par les études sur le développement des psychothérapeutes, mais en cette fois en l'inscrivant dans le contexte des TFT.

#### 5.6.3.1 Les attentes irréalistes

Il est depuis un certain temps déjà bien connu que les psychothérapeutes novices entretiennent des espoirs de succès thérapeutique démesurés (Rønnestad et Skovholt; Skovholt et Rønnestad, 2003). Il n'est alors pas surprenant de constater la présence de ces attentes irréalistes chez nos participants supervisés. Le processus de désillusion auquel sont confrontés les supervisés débutants, décrit par les participants superviseurs, nous est apparu comme particulièrement saillant. Les superviseurs expliquaient qu'une part

importante de cette désillusion passait par la réalisation que les progrès thérapeutiques peuvent parfois être modestes : « voici la réalité de deux ans de thérapies, “je ne pensais pas que ça serait juste ça, je pensais qu’ils iraient vraiment mieux.” L’idéalisaiton débarque. » En l’absence d’indication contraire dans les études citées, il semble que le réajustement des attentes du psychothérapeute se fasse d’une manière naturelle.

Cependant, dans le contexte des TFT où le narcissisme déjà fragile du supervisé novice est constamment mis à mal par la présence de contre-transferts négatifs engendrant honte et culpabilité, nous demeurons sceptiques à l’idée que ce processus ait lieu de manière naturelle. Il faut garder à l’esprit que le supervisé demeure la cible de transferts et de projections hostiles, qu’il est aux prises avec de forts sentiments négatifs face à son patient qui l’éloignent de son idéal thérapeutique, en plus de voir la somme de ses efforts être maigrement récompensée. Dans ces conditions nous pensons qu’il est possible que cette désillusion vécue par les supervisés, à une impression marquée et persistante d’être « un mauvais psychothérapeute », plutôt que de mener à une vision plus réaliste de la clinique des TFT. De ce fait Thériault et al. (2009) soulignaient l’impact négatif que peut avoir un sentiment d’incompétence sur le supervisé novice. Cela nuirait non seulement au bon déroulement de ses activités thérapeutiques en favorisant, entre autres les incartades éthiques, mais aussi en nuisant au bien-être général du supervisé.

En lien avec les particularités des TFT, il nous semble que les psychothérapeutes qui s’y adonnent risquent d’être plus enclins à développer le sentiment d’incompétence dont parle Thériault et al. (2009). Les propos des participants supervisés quant à leur expérience clinique étaient fréquemment articulés autour de sentiments d’impuissance, de frustration et de désespoir : « Ce sentiment que j’avais parfois d’être incompétent, d’être découragé et de dire que je n’y arriverais pas ». Dans ces circonstances, il nous semble important que le superviseur tienne compte de cette réalité pour ne pas laisser le supervisé être trop affecté ce genre de sentiment. Néanmoins, il est encourageant de noter que les superviseurs dans cette étude se sont dits conscients de cette réalité. Malgré tout, il nous semble que cela représente un enjeu suffisamment sérieux pour insister sur la nécessité d’accompagner le supervisé dans le développement d’attentes plus réalistes pour protéger son narcissisme.

D’ailleurs, les auteurs psychanalytiques tels que Totah (2018) rappellent que les psychothérapeutes d’approche analytique devraient se départir d’une volonté de guérir le ou les symptômes au profit de l’avènement du processus analytique en délaissant l’idéal thérapeutique. Il est alors plutôt question

d'envisager la guérison comme un projet de transformation de la souffrance. Dans son article sur les situations extrêmes de la subjectivité, Roussillon faisait mention de l'éloignement de cet idéal au profit d'aménagement qui sont selon lui au cœur du soi :

Aider le sujet à mieux aménager son économie de survie est parfois la meilleure des choses qui puisse lui arriver, et ceci même si une telle option peut « choquer » notre idéal thérapeutique. Le respect et la prise en compte de notre propre limite sont des conditions sine qua non de l'engagement dans le soin. (p.233)

Si les auteurs psychanalytiques, qu'ils traitent ou non de la question du trauma, se sont positionnés au sujet des attentes thérapeutiques, de la guérison des symptômes ainsi que du deuil de l'idéal thérapeutique, nous remarquons que ces questions semblent plutôt absentes du discours des études dites « sensibles aux traumatismes » (*trauma-informed practice*). Elles se concentrent surtout à décrire les principes fondamentaux<sup>17</sup>, les raisons expliquant pourquoi cette clinique est si éprouvante, ainsi que les rôles du superviseur (Ellis et al., 2019). De ce fait, nous encourageons les superviseurs de toute approche à intégrer cet exercice de désillusion dans leur travail de supervision, pour permettre au supervisé de développer une vision plus réaliste, et probablement moins décevante, des TFT.

## 5.7 Recommandation aux milieux universitaires

Nous avons précédemment effleuré le sujet de la formation universitaire ou plutôt de ses lacunes en ce qui concerne son offre de formation quant aux TFT. Nous avons été surpris de constater que très peu d'options s'offrent aux personnes désireuses de s'y former. Outre les internats et les stages dans des milieux spécifiquement associés à la TFT, nous n'avons répertorié que deux cours donnés dans les universités québécoises étant spécifiquement orientés sur le sujet. Notons cependant qu'il ne s'agit pas là d'un problème spécifiquement québécois alors qu'il est également répertorié aux États-Unis (Ellis et al., 2019) et en Europe (Husseini, 2018). Effectivement, l'état d'impréparation des supervisés aux défis particuliers de la TFT semble être généralisé. De plus, Husseini (2018) rapportait que plusieurs de ses participants déploraient un écart entre leur formation théorique et la réalité clinique. Ils exprimaient aussi le besoin d'être mieux préparés à ce travail. Bien que nos propres participants n'aient pas systématiquement exprimé un tel besoin d'une meilleure préparation, les propos d'Ellis et al. (2019) nous laissent croire qu'il y a fort à parier que plusieurs autres psychothérapeutes des TFT désirent être mieux éduqués quant à ce qui les attend. Ils mentionnaient que peu d'articles sur la STFT traitent du besoin de

---

<sup>17</sup> La sécurité, l'égalitarisme, le choix, la collaboration et l'agentivité.

connaissances fondamentales sur les traumatismes, le développement de compétences pratiques et d'informations sur les défis uniques que pose le travail avec ces personnes. Nous invitons alors les universités à investir dans le développement de cours et de formation à même de venir remplir les manquements constatés par plusieurs.

## 5.8 Limites

Bien entendu, notre étude comporte ses limites. En première instance, en l'absence d'un groupe contrôle composé de participants pratiquant une autre forme de psychothérapie, il est ardu d'établir si l'usure rapportée par les participants supervisés et l'attention que leur accordent les superviseurs se distinguerait tout autant. Nous ne pouvons que constater qu'il s'agit d'une préoccupation centrale pour ceux-ci, en plus d'être une thématique abordée dans plusieurs écrits précédents.

Il nous faut constater que notre échantillon de participants supervisés était composé de novices. Il est connu que le manque d'expérience est corrélé avec de plus hauts taux d'épuisement professionnel (Ackerley et al. 1988). L'usure aurait peut-être occupé une place plus secondaire chez des psychologues possédant une expérience plus vaste. Toutefois, même chez des psychothérapeutes plus expérimentés nous remarquons que l'intensité demeure un enjeu majeur dans le travail en TFT (Bessette, 2010). Il en va de même pour nos participants superviseurs qui, sans spécifier le niveau d'expérience de leurs supervisés, ont principalement fait référence à de jeunes internes. Il est possible que le statut de novice des participants supervisés ait pu exercer une influence sur leur compréhension, voire sur leur connaissance du TV, en ce sens qu'ils n'auraient pas pratiqué suffisamment longtemps pour en avoir fait l'expérience. Néanmoins, deux des participants ont rapporté des symptômes similaires à ceux du TV et l'un d'eux a nommément désigné son expérience difficile comme étant le résultat d'une traumatisation vicariante. Il est par ailleurs envisageable que le manque d'expérience des supervisés, leur position de supervisés ou une crainte que leur propos viennent aux oreilles de leurs superviseurs (malgré nos assurances de confidentialité) ait pu influencer sur leur ouverture à exprimer des critiques à l'endroit de ces derniers. Il se peut aussi que la supervision soit hautement investie par les novices, qu'elle représente un espace dont ils ne peuvent se passer et qui, dès lors, ne peut être que légèrement critiqué. Finalement, il est aussi envisageable que ce genre d'étude ait plus tendance à attirer des personnes ayant vécu des expériences positives de supervision. Il demeure que les supervisés ont pour la plupart insisté sur la qualité de leur relation de supervision, et que les propos de certains d'entre eux n'étaient pas exempts de références au TV. Finalement, bien qu'il soit difficile de décrire avec certitude la manière dont le passage aux entrevues

virtuelles ait pu influencer la cueillette de données, on ne peut écarter que cela ait eu une incidence. À titre d'exemple, nous soulèverons la possibilité que cela ait pu nuire en partie au déploiement d'une quelconque forme de communication inconsciente entre le chercheur et les participants. Il se peut que des éléments non verbaux favorables à ce genre de communication aient été perdus dans la sphère numérique requise pour mener les entrevues.

Dans une autre optique, alors que certaines études font état de relations négatives en supervision (p. ex. Chircop Coleiro et al., 2022), nous constatons qu'aucun des groupes de participants n'en ont fait mention. L'ensemble de leur discours se consacrait à décrire des relations de supervision majoritairement positive. Étant donné que les participants superviseurs ont été sollicités dans des milieux spécialisés dans la clinique du fonctionnement traumatique, il est possible qu'ils aient su faire la démonstration des qualités essentielles à l'instauration d'une alliance positive tout en gardant au minimum les moments de ruptures. Si ceux-ci avaient été recrutés dans des milieux plus généralistes, sans spécialisation, il est possible de penser que la relation de supervision présenterait une qualité différente. Dans une étude subséquente, il pourrait être pertinent de se pencher sur des dyades de supervision ayant rencontré des difficultés plus importantes. Il serait possible d'étudier comment sont négociées les ruptures d'alliance et, le cas échéant, comment l'approche des protagonistes respectifs se modifie dans ce genre de contexte, tout en observant leurs perceptions quant aux conséquences que cela peut avoir.

Nous avons remarqué que les participants n'accordaient pas la même importance au concept de traumatisme vicariant (TV). Pour certains, cela faisait intrinsèquement partie du travail alors que pour d'autres il s'agissait d'une source d'inquiétude majeure. Malheureusement, nos données ne nous permettent pas d'expliquer cette disparité, il nous est seulement possible d'émettre des hypothèses dans l'après-coup. Premièrement, il semble que la terminologie de « traumatisme vicariant » ait pu induire une certaine confusion quant à la représentation du concept chez certains participants. Il se peut que nos participants aient réagi au terme de « traumatisme », le conceptualisant dans sa définition psychanalytique ou en déduisant que nous parlions de manifestations symptomatiques similaires à celles qu'ils peuvent observer chez leurs patients. Nous constatons tout de même que la forme de pratique professionnelle des participants a pu exercer une influence sur leur compréhension du TV. Ainsi, les participants qui s'adonnaient à la recherche en plus de leur clinique semblaient plus familiers avec le concept et semblaient moins s'en inquiéter. Il est également possible que cette disparité des référents s'explique en partie par la nomenclature utilisée. Effectivement, certains des superviseurs ont fait

référence à des phénomènes similaires, mais en utilisant une terminologie différente. Ce faisant, il se peut que les explications du chercheur principal aient été déficientes à ce sujet, ce qui pourrait avoir contribué à cette confusion.

Finalement, bien que l'on puisse en faire l'hypothèse, rien ne nous permet d'établir qu'une supervision caractérisée par une préoccupation à l'égard de l'état affectif du supervisé, qui favorise la protection contre les effets néfastes des TFT, qui favorise l'élaboration du contre-transfert négatif et qui se distingue de la thérapie personnelle mène nécessairement à une augmentation de l'efficacité des interventions des supervisés auprès de leurs patients. Cela demeure une avenue de recherche à explorer.

## CONCLUSION

Notre étude tentait d'explorer, d'identifier et de décrire les spécificités de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique (STFT). Nous tentions également de déterminer la manière dont elle peut s'avérer aidante selon la perspective des supervisés concernés. De plus, notre recherche avait comme objectif parallèle d'explorer la manière dont les participants conçoivent que la STFT puisse prévenir – ou minimalement amoindrir – les effets négatifs des thérapies du fonctionnement traumatique (TFT) sur le psychothérapeute supervisé. Dans l'optique de pouvoir peindre un portrait le plus juste et détaillé possible des emphases et des accents distinctifs de la STFT, nous avons eu recours à la méthodologie qualitative de l'analyse thématique. Plus précisément, nous avons mené des entrevues semi-structurées avec six participants superviseurs et sept participants supervisés qui travaillaient majoritairement auprès de personnes présentant un fonctionnement traumatique.

Les résultats de notre étude mettent en lumière les caractéristiques intrinsèques de la psychothérapie auprès d'une population présentant un fonctionnement traumatique. Bien que l'identification de ces caractéristiques ne faisait pas initialement partie des objectifs de cette étude, celles-ci se sont rapidement relevées au centre de la STFT. Effectivement, ce travail psychothérapeutique se démarquerait par la présence d'un haut niveau de désorganisation et de difficultés relationnelles, d'une charge émotive quantitativement plus grande à contenir pour le psychothérapeute ainsi que par l'effet d'être exposé quotidiennement à des histoires d'horreurs.

Ce sont ces caractéristiques qui favorisent ensuite la vitesse toute particulière avec laquelle un psychothérapeute peut « s'user » dans ce genre de pratique et de l'attention singulière qu'elle commande de la part du superviseur, mais aussi du supervisé. Effectivement, nos résultats permettent d'identifier quels sont les ajustements proposés par les superviseurs experts pour tenter de contrer ce sentiment d'usure. Dès lors, la fonction de prévention de la STFT semble avoir préséance sur la vocation d'enseignement et de formation qui est habituellement reconnue à la supervision. Nos résultats ont également permis de distinguer certaines des composantes essentielles pour que la STFT puisse occuper cette fonction de prévention. Néanmoins, nos résultats mettent bien en évidence que, même lorsque spécialement articulée autour des défis particuliers des TFT, la supervision à elle seule s'avère insuffisante à contrer cette usure. Il incombe alors au psychothérapeute d'adopter des mesures supplémentaires capables de l'épauler face aux particularités de ce métier.

Toutefois, notre recherche ne permet pas de nous prononcer si une supervision présentant les caractéristiques identifiées dans cette thèse engendre nécessairement une augmentation de la qualité et de l'efficacité des psychothérapeutes supervisés auprès de leur clientèle. Cela semble l'une des prochaines avenues de recherche qui devrait examiner dans le futur.

Nous croyons tout de même que cette étude constitue un point de repère concernant les efforts à déployer pour se prémunir de l'usure des TFT pour quiconque souhaiterait s'y consacrer. Les résultats permettent aussi de mieux cerner quels besoins de supervision prennent naissance dans l'accueil clinique des populations traumatisées et comment le superviseur peut y répondre.



**ANNEXE A**  
**DOCUMENT DE SOLLICITATION À L'ÉTUDE – SUPERVISEUR(E)S**

Bonjour M./Dr X,

Bonjour Mme/Dre Y,

Je vous écris aujourd'hui pour solliciter votre participation à une étude que je mène à l'UQAM sous la direction du professeur J. Éric Dubé. Mon étude porte sur la supervision des thérapies de traumatismes. Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons plus spécialement aux traumatismes de nature interpersonnelle et sexuelle (agression physique ou sexuelle) plutôt qu'à ceux de nature impersonnelle (accident, désastre naturel).

Je vous approche donc en raison de votre expertise reconnue et de vos connaissances approfondies sur le sujet. En effet, il n'y a pas ou très peu d'écrits portant sur les modèles de supervision énonçant les spécificités de la supervision des thérapies des traumatismes, même si la problématique du traumatisme est très répandue de nos jours. C'est pourquoi il nous est apparu pertinent d'interroger des psychologues superviseur(e)s spécialisé(e)s dans ce genre de clinique à propos de leur expérience et de leur pratique de la supervision. En ce sens, votre contribution à l'étude serait un apport précieux pour l'avancement des connaissances et de la formation dans une branche spécifique de la recherche sur le processus de supervision qui s'avère peu documentée.

Je souhaiterais vous rencontrer pour une entrevue d'une durée de 60 à 90 minutes. Lors de cet entretien, nous discuterions entre autres de ce qui, sur la base de votre expertise dans la supervision des thérapies de traumatismes, vous apparaît comme étant unique et contrastant avec les supervisions plus « génériques ». Cet entretien serait également l'occasion de discuter de votre conception d'un concept propre aux thérapies des traumatismes, soit le traumatisme vicariant. En plus de contribuer à l'avancement des connaissances et de la formation, nous croyons que les entretiens pourraient aussi s'avérer pour vous une occasion intéressante de réfléchir et de partager votre vision et votre expérience quant à ce qui s'avère aidant, manquant ou nuisible en supervision.

Si vous acceptiez de participer, l'entrevue aurait lieu dans un endroit de votre choix (par exemple votre bureau de pratique) ou, si vous le préfériez, à l'Université du Québec à Montréal. Avec votre accord, l'entrevue serait enregistrée sur un support audio pour être retranscrite ensuite sous forme de verbatim afin de préserver au mieux votre anonymat et la confidentialité de vos propos. En gros, au cours de

l'entretien, les questions porteraient sur trois thèmes principaux soit : (1) comment vous en êtes venu(e) à vous spécialiser dans le traitement puis la supervision des thérapies de traumatismes; (2) ce qui vous apparaît comme les composantes uniques ou spécifiques (en termes d'emphase ou de processus) de la supervision des thérapies de traumatismes; et (3) vos connaissances et expériences en rapport avec le concept de traumatisme vicariant.

Nous espérons très sincèrement que vous accepterez de prendre part à l'étude. Nous sommes conscients que vous êtes fort probablement très sollicité(e) par différentes demandes, mais votre expertise dans ce cas-ci s'avère très précieuse et rare. Nous ne disposons pas de budgets de recherche très importants, mais il nous fera plaisir de vous offrir une compensation de 120\$ au terme de votre participation pour vous dédommager en partie du temps que vous nous aurez consacré.

J'apprécierais un retour de votre part dès que possible. Si vous souhaitez plus de détails, n'hésitez pas à le mentionner et je tenterai de clarifier le tout.

Merci à l'avance de l'attention que vous porterez à ma demande.

Bien à vous,

Louis-Victor Martin Bourret

Doctorant en psychologie profil recherche et intervention (Ph.D)

P.S. : Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE).

**ANNEXE B**  
**DOCUMENT DE SOLLICITATION À L'ÉTUDE – SUPERVISÉ(E)S**

Bonjour M.,

Bonjour Mme,

Je vous écris aujourd'hui pour solliciter votre participation à une étude que je mène à l'UQAM sous la direction du professeur J. Éric Dubé. Mon étude porte sur la supervision des thérapies de traumatismes. Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons plus spécialement aux traumatismes de nature interpersonnelle et sexuelle (agression physique ou sexuelle) plutôt qu'à ceux de nature impersonnelle (accident, désastre naturel).

Je vous approche donc en raison de la nature de votre travail clinique auprès des personnes traumatisées. Plus précisément, j'aimerais discuter avec vous de votre expérience de la supervision que vous avez reçue ou continuez de recevoir pour vos thérapies des traumatismes. En effet, il n'y a que très peu d'écrits portant sur les modèles de supervision énonçant les spécificités de la supervision des thérapies des traumatismes, même si la problématique du traumatisme est très répandue de nos jours. C'est pourquoi il nous est apparu pertinent d'interroger des doctorant(e)s ou des psychologues juniors (c'est-à-dire ayant obtenu leur accréditation il y a tout au plus 5 ans) étant présentement en supervision et se spécialisant dans ce genre de clinique à propos de leur expérience antérieure ou actuelle comme supervisé(e)s en thérapie des traumatismes. En ce sens, votre contribution à l'étude serait un apport précieux pour l'avancement des connaissances et de la formation dans une branche spécifique de la recherche sur le processus de supervision qui s'avère peu documentée.

Je souhaiterais vous rencontrer pour une première entrevue d'une durée de 60 à 90 minutes. Lors de cet entretien, nous discuterions entre autres de ce qui, sur la base de votre expérience en tant que thérapeute supervisé(e) dans votre travail auprès des populations traumatisées, vous apparaît comme aidant et ce qui l'est moins dans la supervision des thérapies de traumatismes. Cet entretien serait également l'occasion de discuter de votre conception des effets potentiellement désagréables du travail auprès de ces populations. Environ une semaine plus tard, vous serez convié(e) à une seconde entrevue d'environ 30 minutes. Celle-ci sera l'occasion de revenir sur les éléments mentionnés lors de la première rencontre tout en vous donnant la chance de partager de nouvelles réflexions par la suite. En plus de contribuer à l'avancement des connaissances et de la formation, nous

croyons que ces entretiens pourraient aussi s'avérer pour vous une occasion intéressante de réfléchir et de partager votre vision et votre expérience quant à ce qui s'avère aidant, manquant ou même nuisible en supervision.

Si vous acceptiez de participer, les deux entretiens auront lieu via vidéoconférence (par exemple Zoom ou Skype). Avec votre accord, l'entrevue serait enregistrée sur un support audio pour être retranscrite ensuite sous forme de verbatims pour le traitement de vos données, afin de préserver au mieux votre anonymat et la confidentialité de vos propos. En conformité avec les mesures de confidentialité du comité d'éthique de la recherche de l'UQAM, soyez assuré(e) qu'en aucun cas le contenu des entrevues ne sera divulgué sous quelque forme que ce soit à l'un(e) de vos superviseur(e)s actuel(le)s ou passé(e)s.

Au cours de l'entretien, les questions porteraient sur trois thèmes principaux soit : (1) comment vous en êtes venu(e) à pratiquer plus spécialement le traitement des traumatismes; (2) ce qui vous apparaît comme les composantes essentielles (en termes d'emphase ou de processus) de la supervision des thérapies de traumatismes; et (3) vos connaissances et expériences en rapport avec les effets potentiellement désagréables de ce genre de travail clinique.

Nous espérons très sincèrement que vous accepterez de prendre part à l'étude. Nous sommes conscients que vous êtes fort probablement très sollicité(e) par différentes demandes, mais votre expertise dans ce cas-ci s'avère très précieuse et rare. Nous ne disposons pas de budgets de recherche très importants, mais il nous fera plaisir de vous offrir une compensation de 60\$ au terme de votre participation pour vous dédommager en partie pour le temps que vous nous aurez consacré.

J'apprécierais un retour de votre part dès que possible. Si vous souhaitiez plus de détails, n'hésitez pas à le mentionner et je tenterai de clarifier le tout.

Merci à l'avance de l'attention que vous porterez à ma demande.

Bien à vous,

Louis-Victor Martin Bourret

Doctorant en psychologie au profil scientifique-professionnel (profil combiné Psy.D./Ph.D.), UQAM  
martin\_bourret.louis-victor@courrier.uqam.ca

P.S. : Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

## ANNEXE C

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR SUPERVISEUR(E)S

#### **Titre du projet de recherche**

Regard sur la supervision des thérapies des traumatismes : à l'aube d'un premier modèle théorico-clinique.

#### **Étudiant-chercheur**

Louis-Victor Martin Bourret, doctorant en psychologie à l'Université du Québec à Montréal au profil scientifique-professionnel (3291). Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez joindre le chercheur au (514) 862-8976 ou par courriel au martin\_bourret.louis-victor@courrier.uqam.ca.

#### **Direction de recherche**

J. Éric Dubé, Ph.D., psychologue et professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez joindre J. Éric Dubé au (514) 987-3000 poste 3085 ou par courriel au [dube.j\\_eric@uqam.ca](mailto:dube.j_eric@uqam.ca).

#### **Préambule**

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique une entrevue d'une durée d'environ 60 à 90 minutes durant laquelle nous vous questionnerons sur vos expériences comme superviseur(e) dans le contexte de la supervision des thérapies des traumatismes. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles de manière à ce que vous consentiez à participer en toute connaissance de cause.

#### **Description du projet et de ses objectifs**

Nature et objectifs de l'étude. Le but de l'étude est de mieux connaître les particularités propres au processus de supervision des thérapies des traumatismes. Plus précisément, l'objectif de cette étude est de déterminer ce qui caractérise la supervision des thérapies des traumatismes en termes de contenus ou de processus uniques, ou encore en termes d'emphase distincte mise sur certains contenus ou processus. En second lieu, cette étude vise à déterminer si, et dans quelle mesure, la supervision des thérapies de traumatismes permet selon votre expérience de prévenir ou d'amoindrir les effets délétères du phénomène connu sous le nom de « traumatisme vicariant ». Pour ce faire nous cherchons à recruter des

psychologues superviseur(e)s ayant une expertise dans la supervision de personnes offrant des services psychologiques auprès de clientèles ayant fait face à des événements interpersonnels traumatisants, et qui acceptent de témoigner de leur pratique et expérience de ce type de supervision.

Critères d'inclusion et d'exclusion. Afin de pouvoir participer à l'étude, vous devez répondre aux critères suivants : (1) compter au moins 10 ans d'expérience en tant que superviseur(e) et au moins 15 ans d'expérience clinique cumulative comme psychologue ; (2) être d'approche psychodynamique ou relationnelle ; (3) superviser des thérapeutes travaillant auprès des populations traumatisées ; et (4) ne pas entretenir de rapports personnels ou professionnels avec le chercheur.

### **Nature et durée de votre participation**

Votre participation à ce projet sera requise pour une seule entrevue d'une durée d'environ 60 à 90 minutes. Au cours de cette entrevue, vous aurez à répondre au meilleur de vos connaissances et de votre expérience à différentes questions concernant votre parcours professionnel et vos expériences cliniques en tant que superviseur(e) de thérapies de traumatismes. Le canevas de cette entrevue a été élaboré dans l'optique de permettre d'aborder de manière exhaustive l'ensemble des facettes de votre expérience de la supervision des thérapies de traumatismes.

L'entretien sera enregistré sur un support numérique audio seulement. Vous aurez le loisir de choisir le lieu où vous voudrez que se déroule l'entretien, sous condition que ce lieu permette d'assurer des échanges confidentiels et un enregistrement convenable de l'entrevue (p. ex. : votre bureau de pratique). Si vous n'avez pas accès à un espace libre propice au bon déroulement de l'entrevue, vous serez convié à vous présenter à l'Université du Québec à Montréal où le chercheur aura réservé un local à cet effet.

### **Avantages liés à la participation**

Vous ne retirerez personnellement pas d'avantages à participer à cette étude. Toutefois, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine de la supervision des thérapies des traumatismes et, potentiellement, à l'amélioration des pratiques de supervision et des services psychologiques offerts aux victimes de traumatismes. L'entrevue pourrait par ailleurs être une occasion enrichissante pour vous de réfléchir différemment à votre vécu et à vos façons de faire dans votre travail clinique et de les approfondir.

### **Risques liés à la participation**

En principe, aucun risque n'est lié à la participation à cette recherche. Il est toutefois possible que l'entrevue fasse ressurgir momentanément à votre conscience des souvenirs ou émotions difficiles associés à votre travail clinique. Advenant une telle situation, le responsable de l'étude pourra vous donner des références adaptées à vos besoins.

### **Confidentialité**

Votre entrevue sera transcrite verbatim et numérotée. Seuls le chercheur et son directeur de recherche auront la liste des participant(e)s avec le numéro qui leur aura été attribué. Cette liste sera conservée sous clé dans un classeur au laboratoire du directeur de recherche du chercheur.

Le fichier audio de votre entrevue sera protégé par un mot de passe connu du chercheur seulement et, le cas échéant, d'un(e) auxiliaire de recherche (aveugle à votre identité) qui en assurerait la transcription. L'enregistrement audio sera détruit dès qu'il aura été transcrit.

La transcription de votre entrevue ainsi que vos données démographiques et professionnelles seront conservées sur un ordinateur situé dans le laboratoire du directeur de recherche du chercheur et protégés par un mot de passe. Seuls le chercheur et son directeur de recherche connaîtront ce mot de passe.

Lors de la transcription, les informations qui permettraient votre identification ou celle de toute personne mentionnée seront anonymisées. Vous aurez aussi le loisir d'indiquer au chercheur tout élément de l'entrevue que vous souhaiteriez soustraire à l'étude au terme de cet entretien.

Toute utilisation ultérieure d'extraits de votre entrevue à des fins d'illustration, dans le cadre de communications ou de publications savantes, se fera en suivant les standards de préservation de l'anonymat définis dans :

Gabbard, G. O. et Williams, P. (2001). Preserving confidentiality in the writing of case reports. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(6), 1067-1068.

Tous les fichiers seront détruits à l'aide d'outils assurant la suppression sécurisée de données sept ans après la dernière communication scientifique.

### **Utilisation secondaire des données**

L'utilisation secondaire de données, dans un projet de recherche, réfère à l'utilisation de renseignements recueillis à l'origine à des fins autres que celles visées par le projet en cours. Cette méthode a pour avantage, notamment, d'éviter de répéter une collecte de données impliquant de recruter des participant(e)s.

Les données relatives à la présente recherche pourraient ainsi être éventuellement précieuses pour réaliser d'autres projets de recherche par des étudiant(e)s sous la supervision du professeur J. Éric Dubé ou par d'autres chercheurs ou chercheuses collaborant avec ce dernier. Notez que, le cas échéant, ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Par ailleurs, les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire et, afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code.



Soyez assuré(e) qu'à moins d'obtenir ici votre autorisation à cette fin, nous nous engageons à détruire vos données de la manière et dans les délais énoncés à la section précédente.

Acceptez-vous que les données de recherche recueillies dans le cadre de la présente recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ?

Oui     Non

### **Participation volontaire et retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer ou pouvez retirer votre consentement en tout temps, que ce soit pendant ou après l'entrevue, sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser le chercheur ou son directeur de recherche verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites.

### **Indemnité compensatoire**

En guise de dédommagement pour le temps consacré à votre participation au projet de recherche, vous recevrez une compensation financière de 120\$. Si vous vous retirez du projet avant qu'il ne soit complété, la compensation sera proportionnelle à la durée de votre participation.

### **Des questions sur le projet?**

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

Louis-Victor Martin Bourret – (514) 862-8976 ou [martin\\_bourret.louis-victor@courrier.uqam.ca](mailto:martin_bourret.louis-victor@courrier.uqam.ca)

ou

J. Éric Dubé, Ph.D. – (514) 987-3000 poste 3085 ou [dube.j\\_eric@uqam.ca](mailto:dube.j_eric@uqam.ca)

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordonnatrice du CERPE de la Faculté des sciences humaines, Mme Julie Sergent : [sergent.julie@uqam.ca](mailto:sergent.julie@uqam.ca) ou 514-987-3000, poste 3642.

### **Remerciements**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

**Consentement**

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Engagement du chercheur**

Je, soussigné, certifie

- (a) avoir expliqué au (à la) signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il (elle) m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE D

### FICHE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES – SUPERVISEUR(E)S

Code de recherche : \_\_\_\_\_

#### Données sociodémographiques

**1. Comment décrivez-vous votre identité de genre (cochez toutes les réponses applicables) ?**

Homme       Femme

Je m'identifie comme \_\_\_\_\_

**2. Quel est votre âge (en années) ? \_\_\_\_\_**

**3. À quel groupe, basé sur le questionnaire de recensement de Statistique Canada, vous identifiez-vous (cochez toutes les réponses applicables) ?**

Blanc

Philippin

Noir

Chinois

Latino-Américain

Coréen

Sud-Asiatique (p. ex. Indien de l'Inde, Pakistanais, Sri-Lankais, etc.)

Japonais

Asiatique du Sud-Est (p. ex. Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais, etc.)

Autochtone, c'est-à-dire Première Nation (Indien de l'Amérique du Nord), Métis ou Inuit

Asiatique occidental (p. ex. Iranien, Afghan, etc.)

Autre – précisez : \_\_\_\_\_

Arabe

**4. De quel pays êtes-vous citoyenne ou citoyen ?**

Du Canada, par naissance

Du Canada, par naturalisation

Autre pays - précisez : \_\_\_\_\_

**5. Quelle(s) langue(s), autre que le français, connaissez-vous assez bien pour soutenir une conversation et pratiquer votre profession ?**

Aucune

Autre(s) langue(s) – précisez : \_\_\_\_\_

## Formation générale et milieux de pratique

**6. Dans quel(s) milieu(x) de travail œuvrez-vous (cochez toutes les réponses applicables) et dans quelle proportion ?**

- Cabinet privé \_\_\_\_\_%
- Milieu hospitalier \_\_\_\_\_%
- Organisme communautaire \_\_\_\_\_%
- CSSS \_\_\_\_\_%
- Milieu scolaire \_\_\_\_\_%
- Autre – précisez : \_\_\_\_\_ %

**7. Dans quelle(s) région(s) administrative(s) pratiquez-vous votre profession (cochez toutes les réponses applicables) ?**

- |                                               |                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montréal             | <input type="checkbox"/> Saguenay/Lac-Saint-Jean          |
| <input type="checkbox"/> Laval                | <input type="checkbox"/> Mauricie                         |
| <input type="checkbox"/> Montérégie           | <input type="checkbox"/> Outaouais                        |
| <input type="checkbox"/> Laurentides          | <input type="checkbox"/> Bas Saint-Laurent                |
| <input type="checkbox"/> Lanaudière           | <input type="checkbox"/> Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine |
| <input type="checkbox"/> Québec               | <input type="checkbox"/> Côte-Nord                        |
| <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches | <input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue            |
| <input type="checkbox"/> Estrie               | <input type="checkbox"/> Nord-du-Québec                   |
| <input type="checkbox"/> Centre du Québec     | <input type="checkbox"/> Hors Québec                      |

**8. Indiquez en quelle année vous avez complété les diplômes ou formation suivantes (indiquez tout ce qui s'applique).**

Diplôme de maîtrise en psychologie : \_\_\_\_\_

Diplôme de doctorat en psychologie : \_\_\_\_\_

Études postdoctorales en psychologie : \_\_\_\_\_

**9. Depuis quelle année êtes-vous membre de l'ordre professionnel vous autorisant à pratiquer votre profession ?**

\_\_\_\_\_

**10. Depuis combien d'années exercez-vous, le cas échéant, les activités professionnelles suivantes ?**

Activités comme psychologue offrant des services directs à des patients : \_\_\_\_\_ années

Activités de supervision *en général* auprès de psychologues ou psychothérapeutes : \_\_\_\_\_ années

Activités de supervision *principalement* dans les cas de thérapies des traumatismes auprès de psychologues ou psychothérapeutes : \_\_\_\_\_ années

## Portrait de la pratique professionnelle courante

### 11. Quelle est votre orientation théorique privilégiée dans votre pratique professionnelle (indiquez tout ce qui s'applique) ?

- Psychodynamique/psychanalytique  Autre – précisez : \_\_\_\_\_
- Cognitivo-comportementale \_\_\_\_\_
- Humaniste/existentielle \_\_\_\_\_
- Systémique \_\_\_\_\_

### 12. Offrez-vous principalement des services psychologiques axés sur une problématique ou une clientèle spécifique ?

- Oui – laquelle ? \_\_\_\_\_
- Non

### 13. Dans la dernière année, quel pourcentage de votre temps de travail avez-vous typiquement consacré aux différentes *tâches professionnelles* suivantes ?

Psychothérapie _____%	Supervision _____%
Évaluation _____%	Recherche _____%
Enseignement _____%	Administration _____%

### 14. Dans la dernière année, quel pourcentage de votre temps de travail avez-vous typiquement consacré aux différents *formats de thérapie* suivants ?

Individuel adulte _____%
Individuel enfant/ado _____%
De groupe _____%
Familial _____%
Conjugal _____%

**15. Dans la dernière année, combien d'heures en moyenne par semaine avez-vous consacré aux activités professionnelles suivantes ?**

*Ensemble* de vos activités professionnelles (incluant les rencontres avec vos patients ainsi que toutes les autres tâches se rapportant de près ou de loin à votre profession) : \_\_\_\_\_ hres/sem.

*Contact direct* avec l'ensemble de vos patients (excluant les heures de gestion, de tenue de dossier, etc.) : \_\_\_\_\_ hres/sem.

*Contact direct* avec vos patients consultant *principalement* pour un ou des traumatisme(s) : \_\_\_\_\_ hres/sem.

*Ensemble de vos activités de supervision* offerte à des psychologues ou psychothérapeutes : \_\_\_\_\_ hres/sem.

*Supervision principalement axée sur la thérapie des traumatismes* offerte à des psychologues ou psychothérapeutes : \_\_\_\_\_ hres/sem.

**Portrait de la formation et de la pratique auprès de clientèles traumatisées**

**16. Dans la dernière année, quel pourcentage approximatif de votre clientèle a été ou est traitée pour...**  
(le total des catégories devrait égaler 100%)

Un traumatisme relatif à un abus ou à de la violence interpersonnelle (abus sexuel, agression physique, etc.) ? \_\_\_\_\_ %

Un traumatisme relatif à une maladie ou un problème de santé (cancer, maladie dégénérative, sida, douleur chronique, accident) ? \_\_\_\_\_ %

Un traumatisme relatif à un événement de cause naturelle (tremblement de terre, tornade, etc.) ? \_\_\_\_\_ %

Un traumatisme relatif à la guerre et aux conflits armés (vétérans, victime civile, torture, etc.) ? \_\_\_\_\_ %

Une problématique non reliée de manière prépondérante à un traumatisme ? \_\_\_\_\_ %

**17. Avez-vous déjà suivi une ou des formation(s) spécialisée(s) pour le traitement du trouble de stress post-traumatique autre que par le biais de lectures personnelles ou l'expérience de terrain (p. ex : formation en privé, formation universitaire, formation continue, etc.) ?**

Oui     Non

**18. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, pourriez-vous décrire brièvement (ou nommer) cette ou ces formation(s) et en préciser la durée approximative (en heures) ?**

Formation	N heures totales
-----------	------------------


## Accès et recours au soutien clinique et à la supervision professionnelle

**19. Si vous travaillez dans le réseau public de santé, avez-vous du soutien clinique de votre organisation ?**

- Oui     Non     Je ne travaille pas dans le réseau public de santé

**20. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, quelle forme de soutien clinique votre organisation offre-t-elle (ex : discussion de cas, réunions multidisciplinaires, etc.) ?**

---

**21. Au cours de la dernière année, avez-vous eu personnellement recours à de la supervision individuelle ou de groupe ?**

- Oui     Non

**22. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, combien d'heures par mois en moyenne, consacrez-vous ou avez-vous consacrées à cette supervision?**

---

## Antécédents personnels

**23. Au cours de votre vie, avez-vous vous-même subi directement un événement traumatique ?**

- Oui     Non     Je préfère ne pas répondre

**24. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, de quelle nature était cet événement traumatique ?**

---

- Je préfère ne pas répondre

## ANNEXE E

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR SUPERVISÉ(E)S

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à nous poser des questions en contactant le chercheur responsable, Louis-Victor Martin Bourret au 514-862-8976 ou par courriel : martin\_bourret.louis-victor@courrier.uqam.ca

#### Titre du projet de recherche

Regard sur la supervision des thérapies des traumatismes : à l'aube d'un premier modèle théorico-clinique.

#### Étudiant-chercheur

Louis-Victor Martin Bourret, doctorant en psychologie à l'Université du Québec à Montréal au profil scientifique-professionnel (3291). Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez joindre le chercheur au (514) 862-8976 ou par courriel au martin\_bourret.louis-victor@courrier.uqam.ca.

#### Direction de recherche

J. Éric Dubé, Ph.D., psychologue et professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche, vous pouvez joindre J. Éric Dubé au (514) 987-3000 poste 3085 ou par courriel au [dube.j\\_eric@uqam.ca](mailto:dube.j_eric@uqam.ca).

#### Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique d'une à deux entrevues d'une durée d'environ 60 à 90 minutes chacune durant lesquelles nous vous questionnerons sur vos expériences comme supervisé(e) dans le contexte de la supervision des thérapies des traumatismes. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles de manière à ce que vous consentiez à participer en toute connaissance de cause.

#### Description du projet et de ses objectifs

**Nature et objectifs de l'étude.** Le but de l'étude est de mieux connaître les particularités propres au processus de supervision des thérapies des traumatismes. Plus précisément, l'objectif de cette étude est



de déterminer ce qui caractérise la supervision des thérapies des traumatismes en termes de contenus ou de processus uniques, ou encore en termes d'emphase distincte mise sur certains contenus ou processus. En second lieu, cette étude vise à déterminer si, et dans quelle mesure, la supervision des thérapies de traumatismes permet selon votre expérience de prévenir ou d'amoinrir les effets délétères du phénomène connu sous le nom de « traumatisme vicariant ». Pour ce faire nous cherchons à recruter des doctorant(e)s ou psychologues en titre offrant régulièrement et significativement des services psychologiques auprès de clientèles ayant fait face à des événements interpersonnels traumatisants, et qui acceptent de témoigner de leur expérience de supervision pour ce type de cas.

**Critères d'inclusion et d'exclusion.** Afin de pouvoir participer à l'étude, vous devez répondre aux critères suivants : (1) être inscrit(e) dans un programme universitaire doctoral en psychologie ou être détenteur(trice) d'un permis de l'Ordre des psychologues du Québec; (2) être d'approche psychodynamique ou relationnelle ; (3) travailler dans une proportion d'au moins 50% de votre charge de travail (« caseload ») auprès de personnes traumatisées ; (4) avoir été (ou être) supervisé(e) pour des cas de traumatismes de manière régulière (c.-à-d. pour un temps significatif de votre prise en charge du ou des cas).

### **Nature et durée de votre participation**

Votre participation à ce projet sera requise pour une première entrevue d'une durée d'environ 60 à 90 minutes. Au cours de cette entrevue, vous aurez à répondre au meilleur de vos connaissances et de votre expérience à différentes questions concernant votre parcours professionnel et vos expériences cliniques en tant que supervisé(e) en supervision de thérapies de traumatismes. Le canevas de cette entrevue a été élaboré dans l'optique de permettre d'aborder de manière exhaustive l'ensemble des facettes de votre expérience de la supervision des thérapies de traumatismes. Dans la semaine suivant le premier entretien, vous serez potentiellement convié(e) à une seconde entrevue d'une durée d'environ 30 à 60 minutes. Cette seconde entrevue sera l'occasion pour vous et nous de compléter au besoin les informations recueillies à la première entrevue et de développer plus avant sur ce dont il n'aurait pas été question lors de cette première entrevue, voire de partager d'autres réflexions qui vous seraient venues à l'esprit à la suite à l'entrevue initiale.

Jusqu'à ce que les mesures de prévention associées à la crise sanitaire actuelle soient levées, permettant un retour aux entrevues en personne, chaque entretien sera enregistré sur un support numérique audio seulement. Vous recevrez par courriel, une invitation pour une rencontre sécurisée en vidéoconférence via la plateforme Skype ou Zoom, à votre convenance. En raison de la situation actuelle, vous serez responsable de choisir un lieu qui permet d'assurer des échanges confidentiels par vidéoconférence. Lorsque la situation sanitaire le permettra, vous aurez le loisir de choisir le lieu où vous voudrez que se déroule l'entretien, sous condition que ce lieu permette d'assurer des échanges confidentiels et un enregistrement convenable de l'entrevue (p. ex. : votre bureau de pratique). Si vous n'avez pas accès à un espace libre propice au bon déroulement de l'entrevue, vous serez convié(e) à vous présenter à l'Université du Québec à Montréal où le chercheur aura réservé un local à cet effet.

### **Avantages liés à la participation**

Vous ne retirerez personnellement pas d'avantages à participer à cette étude. Toutefois, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine de la supervision des thérapies des

traumatismes et, potentiellement, à l'amélioration des pratiques de supervision et des services psychologiques offerts aux victimes de traumatismes. L'entrevue pourrait par ailleurs être une occasion enrichissante pour vous de réfléchir différemment à votre vécu et à vos façons de faire dans votre travail clinique et de les approfondir.

### **Risques liés à la participation**

En principe, aucun risque n'est lié à la participation à cette recherche. Il est toutefois possible que l'entrevue fasse ressurgir momentanément à votre conscience des souvenirs ou émotions difficiles associés à votre travail clinique. Advenant une telle situation, le responsable de l'étude pourra vous donner des références adaptées à vos besoins.

### **Confidentialité**

Votre entrevue sera transcrite verbatim et numérotée. Seuls le chercheur et son directeur de recherche auront la liste des participant(e)s avec le numéro qui leur aura été attribué. Cette liste sera conservée sous clé dans un classeur au laboratoire du directeur de recherche du chercheur.

Le fichier audio de votre entrevue sera protégé par un mot de passe connu du chercheur seulement et, le cas échéant, d'un(e) auxiliaire de recherche (aveugle à votre identité) qui en assurerait la transcription. L'enregistrement audio sera détruit dès qu'il aura été transcrit.

La transcription de votre entrevue ainsi que vos données démographiques et professionnelles seront conservées sur un ordinateur situé dans le laboratoire du directeur de recherche du chercheur et protégés par un mot de passe. Seuls le chercheur et son directeur de recherche connaîtront ce mot de passe.

Lors de la transcription, les informations qui permettraient votre identification ou celle de toute personne mentionnée seront anonymisées. Vous aurez aussi le loisir d'indiquer au chercheur tout élément de l'entrevue que vous souhaiteriez soustraire à l'étude au terme de cet entretien.

Toute utilisation ultérieure d'extraits de votre entrevue à des fins d'illustration, dans le cadre de communications ou de publications savantes, se fera en suivant les standards de préservation de l'anonymat définis dans :

Gabbard, G. O. et Williams, P. (2001). Preserving confidentiality in the writing of case reports. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(6), 1067-1068.

Tous les fichiers seront détruits à l'aide d'outils assurant la suppression sécurisée de données sept ans après la dernière communication scientifique.

### **Utilisation secondaire des données**

L'utilisation secondaire de données, dans un projet de recherche, réfère à l'utilisation de renseignements recueillis à l'origine à des fins autres que celles visées par le projet en cours. Cette méthode a pour

avantage, notamment, d'éviter de répéter une collecte de données impliquant de recruter des participant(e)s.

Les données relatives à la présente recherche pourraient ainsi être éventuellement précieuses pour réaliser d'autres projets de recherche par des étudiant(e)s sous la supervision du professeur J. Éric Dubé ou par d'autres chercheurs ou chercheuses collaborant avec ce dernier. Notez que, le cas échéant, ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Par ailleurs, les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire et, afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code.

Soyez assuré(e) qu'à moins d'obtenir ici votre autorisation à cette fin, nous nous engageons à détruire vos données de la manière et dans les délais énoncés à la section précédente.

Acceptez-vous que les données de recherche recueillies dans le cadre de la présente recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ?

Oui     Non

### **Participation volontaire et retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer ou pouvez retirer votre consentement en tout temps, que ce soit pendant ou après la ou les entrevues, sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser le chercheur ou son directeur de recherche verbalement ; toutes les données vous concernant seront détruites.

### **Indemnité compensatoire**

En guise de dédommagement pour le temps consacré à votre participation au projet de recherche, vous recevrez une compensation financière fixe de 60\$ par entrevue (sans égard à leur longueur respective). Si vous vous retirez du projet avant qu'il ne soit complété, la compensation sera proportionnelle à la durée de votre participation.

### **Des questions sur le projet?**

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

Louis-Victor Martin Bourret – (514) 862-8976 ou martin\_bourret.louis-victor@courrier.uqam.ca

ou

J. Éric Dubé, Ph.D. – (514) 987-3000 poste 3085 ou [dube.j\\_eric@uqam.ca](mailto:dube.j_eric@uqam.ca)

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordonnatrice du CERPE de la Faculté des sciences humaines, Mme Julie Sergent : [sergent.julie@uqam.ca](mailto:sergent.julie@uqam.ca) ou 514-987-3000, poste 3642.

### **Remerciements**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

### **Consentement**

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

---

Prénom et nom (en lettres moulées)

---

Signature

---

Date

### **Engagement du chercheur**

Je, soussigné, certifie

- (a) avoir expliqué au (à la) signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il (elle) m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

---

Prénom et nom (en lettres moulées)

---

Signature

---

Date

## ANNEXE F

### FICHE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES – SUPERVISÉ(E)S

Code de recherche : \_\_\_\_\_

#### Données sociodémographiques

**1. Comment décrivez-vous votre identité de genre (cochez toutes les réponses applicables) ?**

Homme       Femme

Je m'identifie comme \_\_\_\_\_

**2. Quel est votre âge (en années) ? \_\_\_\_\_**

**3. À quel groupe, basé sur le questionnaire de recensement de Statistique Canada, vous identifiez-vous (cochez toutes les réponses applicables) ?**

Blanc

Philippin

Noir

Chinois

Latino-Américain

Coréen

Sud-Asiatique (p. ex. Indien de l'Inde, Pakistanais, Sri-Lankais, etc.)

Japonais

Asiatique du Sud-Est (p. ex. Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais, etc.)

Autochtone, c'est-à-dire Première Nation (Indien de l'Amérique du Nord), Métis ou Inuit

Asiatique occidental (p. ex. Iranien, Afghane, etc.)

Autre – précisez : \_\_\_\_\_

Arabe

**4. De quel pays êtes-vous citoyenne ou citoyen ?**

Du Canada, par naissance

Du Canada, par naturalisation

Autre pays - précisez : \_\_\_\_\_

**5. Quelle(s) langue(s), autre que le français, connaissez-vous assez bien pour soutenir une conversation et pratiquer votre profession ?**

Aucune

Autre(s) langue(s) – précisez : \_\_\_\_\_

## Formation générale et milieux de pratique

### 6. Dans quel(s) milieu(x) de travail œuvrez-vous (cochez toutes les réponses applicables) et dans quelle proportion ?

- Étudiant(e) universitaire \_\_\_\_\_%
- Cabinet privé \_\_\_\_\_%
- Milieu hospitalier \_\_\_\_\_%
- Organisme communautaire \_\_\_\_\_%
- CSSS \_\_\_\_\_%
- Milieu scolaire \_\_\_\_\_%
- Autre – précisez : \_\_\_\_\_%

### 7. Dans quelle(s) région(s) administrative(s) pratiquez-vous votre profession (cochez toutes les réponses applicables) ?

- |                                               |                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montréal             | <input type="checkbox"/> Saguenay/Lac-Saint-Jean          |
| <input type="checkbox"/> Laval                | <input type="checkbox"/> Mauricie                         |
| <input type="checkbox"/> Montérégie           | <input type="checkbox"/> Outaouais                        |
| <input type="checkbox"/> Laurentides          | <input type="checkbox"/> Bas Saint-Laurent                |
| <input type="checkbox"/> Lanaudière           | <input type="checkbox"/> Gaspésie et Îles-de-la-Madeleine |
| <input type="checkbox"/> Québec               | <input type="checkbox"/> Côte-Nord                        |
| <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches | <input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue            |
| <input type="checkbox"/> Estrie               | <input type="checkbox"/> Nord-du-Québec                   |
| <input type="checkbox"/> Centre du Québec     | <input type="checkbox"/> Hors Québec                      |

### 8. DOCTORANT(E)S SEULEMENT. Si vous êtes aux études doctorales en psychologie, indiquez depuis quand vous y êtes inscrit(e) (en années)

Nombre d'années d'études doctorales en psychologie : \_\_\_\_\_

### 9. DOCTORANT(E)S SEULEMENT. Si vous êtes doctorant(e), depuis combien d'années êtes-vous inscrit(e) au registre de l'Ordre vous autorisant à pratiquer votre profession en tant que doctorant(e) ?

Nombre d'années d'inscription : \_\_\_\_\_

### 10. DOCTORANT(E)S SEULEMENT. Quelles activités de formation universitaires obligatoires avez-vous complété jusqu'à présent?

- |                                                       |                                                    |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Practicum/stage d'évaluation | <input type="checkbox"/> Internat II               |
| <input type="checkbox"/> Internat I                   | <input type="checkbox"/> Stage de perfectionnement |

**11. PSYCHOLOGUES JUNIORS SEULEMENT. Si vous avez terminé vos études doctorales et obtenu votre permis de l'Ordre, depuis combien de temps êtes-vous autorisé(e) à pratiquer comme psychologue (inscrire en nombre d'années)?**

Nombre d'années depuis l'obtention du permis : \_\_\_\_\_

**12. PSYCHOLOGUES JUNIORS SEULEMENT. Si vous avez pratiqué comme doctorant(e) avant d'obtenir votre permis de l'Ordre, pendant combien d'années avez-vous été inscrit(e) au registre de l'Ordre vous autorisant à pratiquer votre profession en tant que doctorant(e) avant d'obtenir ce permis ?**

Nombre d'années d'inscription : \_\_\_\_\_

**13. Depuis combien d'années exercez-vous, le cas échéant, les activités professionnelles suivantes ?**

Activités comme psychologue ou doctorant(e) offrant des services \_\_\_\_\_ années  
directs à des patients :

Activités comme psychologue ou doctorant(e) *principalement* dans  
les cas de thérapies des traumatismes : \_\_\_\_\_ années

### Portrait de la pratique professionnelle courante

**14. Quelle est votre orientation théorique privilégiée dans votre pratique professionnelle (indiquez tout ce qui s'applique) ?**

Psychodynamique/psychanalytique

Autre – précisez :

Cognitivo-comportementale

Humaniste/existentielle

Systémique

**15. Offrez-vous principalement des services psychologiques axés sur une problématique ou une clientèle spécifique ?**

Oui – laquelle ? \_\_\_\_\_

Non

**16. Dans la dernière année, quel pourcentage de votre temps de travail avez-vous typiquement consacré aux différentes tâches suivantes ?**



Psychothérapie \_\_\_\_\_%

Évaluation \_\_\_\_\_%

Enseignement \_\_\_\_\_%

Recherche \_\_\_\_\_%

Administration \_\_\_\_\_%

Études doctorales (si applicable) \_\_\_\_\_%

**17. Dans la dernière année, quel pourcentage de votre temps de travail avez-vous typiquement consacré aux différents *formats de thérapie* suivants ?**

Individuel, adulte \_\_\_\_\_%

Individuel, enfant/ado \_\_\_\_\_%

De groupe \_\_\_\_\_%

Familial \_\_\_\_\_%

Conjugal \_\_\_\_\_%

**18. Dans la dernière année, combien d'heures en moyenne par semaine avez-vous consacré aux *activités professionnelles* suivantes ?**

*Ensemble* de vos activités professionnelles (incluant les rencontres avec vos patients ainsi que toutes les autres tâches se rapportant de près ou de loin à votre profession) : \_\_\_\_\_ hres/sem.

*Contact direct* avec l'ensemble de vos patients (excluant les heures de gestion, de tenue de dossier, etc.) : \_\_\_\_\_ hres/sem.

*Contact direct* avec vos patients consultant *principalement* pour un ou des traumatisme(s) : \_\_\_\_\_ hres/sem.

*Ensemble des heures de supervision* reçues : \_\_\_\_\_ hres/sem.

*Supervision principalement axée sur la thérapie des traumatismes* : \_\_\_\_\_ hres/sem.

## Portrait de la formation et de la pratique auprès de clientèles traumatisées

**19. Dans la dernière année, quel pourcentage approximatif de votre clientèle a été ou est traitée pour...**  
(le total des catégories devrait égaler 100%)

Un traumatisme relatif à un abus ou à de la violence interpersonnelle (abus sexuel, agression physique, etc.) ? \_\_\_\_\_ %

Un traumatisme relatif à une maladie ou un problème de santé (cancer, maladie dégénérative, sida, douleur chronique, accident) ? \_\_\_\_\_ %

Un traumatisme relatif à un événement de cause naturelle (tremblement de terre, tornade, etc.) ? \_\_\_\_\_ %

Un traumatisme relatif à la guerre et aux conflits armés (vétérans, victime civile, torture, etc.) ? \_\_\_\_\_ %

Une problématique non reliée de manière prépondérante à un traumatisme ? \_\_\_\_\_ %

**20. Avez-vous déjà suivi une ou des formation(s) spécialisée(s) pour le traitement du trouble de stress post-traumatique autre que par le biais de lectures personnelles, l'expérience de terrain ou la supervision (p. ex : formation en privé, formation universitaire, formation continue, etc.) ?**

Oui     Non

**21. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, pourriez-vous décrire brièvement (ou nommer) cette ou ces formation(s) et en préciser la durée approximative (en heures) ?**

Formation	N heures totales

## Accès et recours au soutien clinique et à la supervision professionnelle

**22. Si vous travaillez dans le réseau public de santé, avez-vous du soutien clinique de votre organisation ?**

Oui     Non     Je ne travaille pas dans le réseau public de santé

**23. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, quelle forme de soutien clinique votre organisation offre-t-elle (ex : discussion de cas, réunions multidisciplinaires, etc.) ?**

---

---

**24. Au cours de la dernière année, avez-vous eu personnellement recours à de la supervision individuelle ou de groupe ?**

Oui    Non

**25. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, combien d’heures par mois en moyenne, consacrez-vous ou avez-vous consacrées à cette supervision ?**

---

### Antécédents personnels

**26. Au cours de votre vie, avez-vous vous-même subi directement un événement traumatique ?**

Oui    Non    Je préfère ne pas répondre

**27. Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, de quelle nature était cet événement traumatique ?**

---

Je préfère ne pas répondre

**ANNEXE G**  
**CANEVAS D'ENTREVUE - SUPERVISEUR(E)S**

**Bloc #1 - Cheminements professionnel et personnel du superviseur**

Discussion d'amorce : Pour débiter notre entretien, nous aimerions savoir quel fut le parcours qui vous a mené à vous spécialiser dans le traitement et la supervision du trauma. Nous sommes également curieux de discuter avec vous de votre vécu en tant que superviseurs, de ce que le matériel de supervision évoque en vous.

1. Comment en êtes-vous venu à vous spécialiser dans le domaine de la supervision des thérapies des traumatismes?

**Relance** : Est-ce que des événements de votre vie (personnelle et professionnelle) vous ont amené à œuvrer dans le domaine de la supervision du trauma (événements marquants et cheminement personnel)?

**Relance** : En vous référant à vos expériences passées, y a-t-il des éléments (formation, séminaire, technique, lectures théoriques et cliniques, etc.) qui vous apparaissent aujourd'hui comme manquants dans votre formation (qu'est-ce que les superviseurs ont besoin d'aller chercher eux-mêmes pour être compétents) ?

**Relance** : Avez-vous pallié ces manquements?

Quelles sont les raisons qui font que vous poursuivez votre travail de superviseur des thérapies des traumatismes (quelles en sont les gratifications)?

**Relance** : Quels éléments de la supervision des thérapies des traumatismes considérez-vous comme étant les plus difficiles?

**Relance** : En tant que superviseur, quels sont les éléments contre-transférentiels que vous vivez le plus souvent en supervision (contre-transfert et difficultés)?

2. Quels sont vos objectifs de carrière pour les 5 à 10 prochaines années (où vous imaginez-vous travailler dans les 5 à 10 prochaines années et pourquoi)?

**Bloc #2 - Spécificité de la supervision du trauma**

Discussion d'amorce : Plusieurs études ont porté sur l'expérience de la supervision, que ce soit du point de vue du supervisé, du superviseur ou sur les composantes qui la rendent efficace. Si nous avons une

vision globale de la supervision, comme en témoignent les différents modèles théoriques (ex : Worthen et McNeil, 1996), nos connaissances sont beaucoup plus limitées lorsque la supervision se concentre sur une problématique spécifique. C'est pour cette raison que nous nous intéressons présentement aux caractéristiques spécifiques de la supervision du trauma.

3. Quelles sont, selon vous, les composantes de processus de la supervision des thérapies des traumatismes qui la distingue des autres types de supervision que l'ont pourrait qualifier de générique?

**Relance** : Quels sont les éléments les plus importants dans la supervision du trauma?

**Relance** : Quels sont les éléments qui sont communs à tout autre type de supervision?

4. Quels sont les objectifs de la supervision du trauma, est-ce que ces objectifs sont différents des autres types de supervision?

**Relance** : Quels moyens prenez-vous pour arriver à ces objectifs (quelles sont les techniques de la supervision)?

**Relance** : Quelles sont les thématiques les plus couramment présentées par vos stagiaires dans vos séances de supervision (thématiques discutées en supervision)?

**Relance** : Quels sont, chez vos stagiaires, les sentiments contre-transférentiels les plus fréquemment rencontrés?

5. Quels sont, selon vous, les aspects que vos supervisés ont le plus de difficultés à aborder en supervision et pourquoi?

6. Selon vous, qu'est-ce qui permet à la supervision du trauma d'être efficace?

### **Bloc#3 (optionnel) - Familiarités avec le traumatisme vicariant (TV)**

Discussion d'amorce : Plusieurs auteurs et chercheurs se sont intéressés aux psychothérapeutes qui travaillaient avec des victimes de traumatismes et aux conséquences qui peuvent découler de ce travail. De ces conséquences, on retrouve le concept de traumatisme vicariant (parfois appelé trauma secondaire) qui peut affecter les psychothérapeutes, et spécialement ceux débutant leur pratique clinique. La symptomatologie du TV est caractérisée par un changement négatif dans les représentations personnelles (soi-même), du monde et des autres du psychothérapeute en raison de son exposition répétée aux détails traumatiques de l'expérience de ses patients. Il en résulte parfois une altération dans les croyances et valeurs du psychothérapeute affectant sa motivation, son efficacité et son empathie.

7. À quel point êtes-vous familier avec le concept du trauma vicariant et ces effets sur les psychothérapeutes?

**Relance** : Êtes-vous en mesure de repérer les manifestations du TV chez vos stagiaires?

**Relance** : Comment pensez-vous que la supervision permet de prévenir ou de réduire les conséquences négatives que peuvent avoir les thérapies des traumatismes sur vos supervisés ?

**ANNEXE H**  
**CANEVAS D'ENTREVUE – SUPERVISÉ(E)S**

**Bloc#1- Question sur le choix du travail avec les populations victimes de trauma**

**Discussion d'amorce** : Pour débiter notre entretien, nous aimerions savoir ce qui vous a amené à débiter une pratique clinique spécialisée dans le traitement des traumas?

1. Comment en êtes-vous venu à travailler spécifiquement avec les victimes de traumatisme ?

**Relance** : Est-ce que des événements de votre vie personnelle ou professionnelle sont venus influencer d'une quelconque façon votre choix de carrière (influence dans le cheminement professionnel, exemple un trauma personnel)?

2. Qu'est-ce qui rend ce type de travail important pour vous, qu'est-ce qui vous motive?

**Relance** : Qui a-t-il de plus difficile dans le fait de travailler auprès de populations traumatisées ?

3. Quels sont vos objectifs de carrière pour les 5 à 10 prochaines années (où vous imaginez-vous travailler dans les 5 à 10 prochaines années et pourquoi)?

**Bloc#2- Spécificités de la supervision du trauma**

**Discussion d'amorce** : Plusieurs études ont porté sur l'expérience de la supervision, que ce soit du point de vue du supervisé, du superviseur ou sur les composantes qui la rendent efficace. Si nous avons une vision globale de la supervision, comme en témoignent les différents modèles théoriques (ex : Worthen et McNeil, 1996), nos connaissances sont beaucoup plus limitées lorsque la supervision se concentre sur une problématique spécifique. C'est pour cette raison que nous nous intéressons présentement aux caractéristiques spécifiques de la supervision du trauma.

4. Qu'est-ce qui, dans la supervision des thérapies des traumatismes, vous apparaît comme particulièrement aidant ?

**Relance** : Quel est (sont) l'élément(s) le plus important dans la supervision des thérapies des traumatismes ?

**Relance** : Comment la supervision des thérapies des traumatismes vous aide-t-elle à faire face aux difficultés que vous rencontrez dans votre pratique?

**Relance** : Comment qualifieriez-vous une supervision idéale?

5. En vous basant sur vos expériences de supervision antérieures, comment direz-vous que la supervision des thérapies des traumatismes se distingue des autres types de supervision (représentation du processus propre au trauma)? qu'est-ce qui, dans les séances de supervision ou dans la manière d'être et de faire de votre superviseur, vous apparaît comme particulièrement délétère?

6. Quelles sont les thématiques dont vous discutez le plus souvent en supervision?

**Relance** : Ces thématiques sont-elles différentes de celles présentées dans vos séances de supervision antérieures?

**Relance** : Quels sont les enjeux ou les thématiques desquels il est le plus difficile de discuter en supervision et pourquoi?

**Relance** : Quels sont les éléments contre-transférentiels que vous rencontrez le plus souvent et de quelle manière travaillez-vous ces éléments contre-transférentiels en supervision?

**Relance** : Vous sentez-vous à l'aise de discuter de votre contre-transfert avec votre superviseur(e)

**Relance** : Y a-t-il des choses avec lesquelles vous ne vous sentez pas à l'aise de discuter avec votre superviseur(e) et pourquoi?



### **Bloc #3 (optionnel)- Familiarité avec le traumatisme vicariant (TV)**

**Discussion d’amorce** : Plusieurs auteurs et chercheurs se sont intéressés aux psychothérapeutes qui travaillaient auprès des victimes de traumatismes et aux conséquences qui peuvent découler de ce travail. De ces effets, on retrouve le concept de traumatisme vicariant (TV) (parfois appelé trauma secondaire) qui peut affecter les psychothérapeutes, et spécialement ceux débutant leur pratique clinique. Certains psychothérapeutes travaillant auprès des populations traumatisées rapportent parfois l’apparition de certains symptômes (changement d’humeur, perception du monde différente, perte de confiance envers les autres, sentiment d’insécurité général, etc.) découlant de leur exposition aux éléments traumatiques de la vie de leur patient.

7. Avez-vous remarqué certains changements, qu’ils soient positifs ou négatifs, au niveau de votre attitude, humeur, perception de vous-même, des autres et du monde depuis que vous travaillez auprès des populations traumatisées auxquels vous attribueriez la cause (en partie ou en totalité) à votre pratique clinique auprès des victimes de traumatismes?

**Relance** : Comment croyez-vous que la supervision peut ou pourrait vous aider à vous prémunir des effets négatifs d’une exposition répétée aux matériels traumatiques de vos patients?

**Relance** : Prenez-vous des moyens particuliers (autre que la supervision) pour prévenir les conséquences négatives que pourrait avoir sur vous votre travail clinique auprès de population traumatisée ?

**ANNEXE I**  
**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE**



No. de certificat: 3401

Certificat émis le: 25-06-2019

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

**Titre du projet:** REGARD SUR LA SUPERVISION DES THÉRAPIES DES TRAUMATISMES : À L'AUBE D'UN PREMIER MODÈLE THÉORICO-CLINIQUE

**Nom de l'étudiant:** Louis-Victor MARTIN BOURRET

**Programme d'études:** Doctorat en psychologie

**Direction de recherche:** J. Éric DUBÉ

**Modalités d'application**

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une

année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

## RÉFÉRENCES

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. et Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.6.624>
- Adams, R. E., Boscarino, J. A. et Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Adams, S. A. et Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), 26-34. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>
- Agence de la santé publique du Canada. (2020, février). *Cadre fédéral relatif au trouble stress post-traumatique (TSPT) : reconnaissance, collaboration et soutien* (publication no HP10-34/2020F-PDF). <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/cadre-federal-trouble-stress-post-traumatique.html>
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Wiley.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Auxéméry, Y. (2013). L'état de stress post-traumatique en construction et en déconstruction. *L'information psychiatrique*, 89(8), 641-649. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1104>.
- Balint, M. (1968). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Tavistock Publications.
- Baubet, T. et Moro, M.-R. (2003). Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire. Dans T. Baubet, K. Le Roch, D. Bitar et M.-R. Moro (dir.), *Soigner malgré tout* (vol.1, p. 71-93). La Pensée Sauvage.
- Baird, K. et Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Baird, S. et Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and victims*, 18(1), 71-86. <https://doi.org/10.1177/1524838021101602>
- Barnett, J. E. (2014, décembre). *Distress, therapist burnout, self-care, and the promotion of wellness for psychotherapists and trainees*. Society for the advancement of psychotherapy. <https://societyforpsychotherapy.org/distress-therapist-burnout-self-care-promotion-wellness-psychotherapists-trainees-issues-implications-recommendations/>
- Ben-Ezra, M. (2011). Traumatic reactions from antiquity to the 16th century: was there a common denominator? *Stress and Health*, 27(3), 223-240. <https://doi.org/10.1002/smi.1338>

- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J. P.,... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Berger, R. et Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. *Traumatology*, 20(4), 296-301. <https://doi.org/10.1037/h0099835>
- Berger, R. et Quiros, L. (2016). Best practices for training trauma-informed practitioners: Supervisors' voice. *Traumatology*, 22(2), 145-154. <https://doi.org/10.1037/trm0000076>
- Bertrand, M. et Bourdellon, G. (2009). L'identification à l'agresseur : argument. *Revue française de psychanalyse*, 73(1), 5-10. <https://doi.org/10.3917/rfp.731.0005>
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116. <https://doi.org/10.7202/1000555ar>
- Bober, T. et Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj001>
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 745-757. <https://doi.org/10.3917/rfp.663.0745>
- Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse: traumatisme, traumatique, trauma. *Le carnet psy*, 6(155), 41-46. <https://doi.org/10.3917/lcp.155.0041>
- Borders, L. D., Lowman, M. M., Eicher, P. A. et Phifer, J. K. (2022). Trauma-informed supervision of trainees: Practices of supervisors trained in both trauma and clinical supervision. *Traumatology*, 29(2), 125-136. <https://doi.org/10.1037/trm0000382>
- Bourrat, M. M. (2012). Traumatisme et psychanalyse : comment passer de l'excitation à la mise en représentation? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(5), 324-331. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.06.004>
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L. et Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 386-393. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.4.386>
- Bride, B. E. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7(1), 29-46. <https://doi.org/10.1080/15434610490281101>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Buchanan, M., Anderson, J. O., Uhlemann, M. R. et Horwitz, E. (2006). Secondary traumatic stress: An investigation of Canadian mental health workers. *Traumatology*, 12(4), 272-281. <https://doi.org/10.1177/1534765606297817>

- Charbonnier, G. (2007). Traumatisme, transfert, transformation. *Psychothérapies*, 27(3), 139-148. <https://doi.org/10.3917/psys.073.0139>
- Chen, Q. et Hazler, R. (2023). Suggestions to the field: Novice counselors' challenges in treating Borderline Personality Disorder. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 17(3). <https://digitalcommons.sacredheart.edu/jcps/vol17/iss3/5>
- Chircop Coleiro, A., Creaner, M. et Timulak, L. (2022). The good, the bad, and the less than ideal in clinical supervision: A qualitative meta-analysis of supervisee experiences. *Counselling Psychology Quarterly*, 36(2), 1-22. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.2023098>
- Classen, C. C. et Clark, C. S. (2017). Trauma-informed care. Dans S. N. Gold (dir.), *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice* (vol. 2, p. 515-541). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000020-025>
- Courtois, C. A. et Gold, S. N. (2009). The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 3-23. <https://doi.org/10.1037/a0015224>
- Courtois, C. A. (2018). Trauma-informed supervision and consultation: Personal reflections. *The Clinical Supervisor*, 37(1), 38-63. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1416716>
- Cramer, M. A. (2002). Under the influence of unconscious process: countertransference in the treatment of PTSD and substance abuse in women. *American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 194-210. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.194>
- Culver, L. M., McKinney, B. L. et Paradise, L. V. (2011). Mental health professionals' experiences of vicarious traumatization in post-hurricane Katrina New Orleans. *Journal of Loss and Trauma*, 16(1), 33-42. <https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519279>
- Davidson, C. (2011). The relation between supervisor self-disclosure and the working alliance among social work students in field placement. *Journal of Teaching in Social Work*, 31(3), 265-277. <https://doi.org/10.1080/08841233.2011.580248>
- Decoopman, F. (2010). La fonction contenant : les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenant du psychothérapeute. *Gestalt*, 37(1), 140-153. <https://doi.org/10.3917/gest.037.0140>
- DelTosta, J. (2014). *Does the supervisory working alliance moderate psychotherapy trainee's personal distress empathy and trait arousability as predictors of vicarious traumatization?* (publication no 3640009) [thèse de doctorat, University at Albany, State University of New York]. ProQuest Dissertations and Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/does-supervisory-working-alliance-moderate/docview/1620850367/se-2>
- Dunkley, J. et Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization: Current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(1), 107-116. <https://doi.org/10.1080/03069880500483166>

- Dupont, J. (1998). The concept of trauma according to Ferenczi and its effects on subsequent psychoanalytical research. *International Forum of Psychoanalysis*, 7(4), 235-241. <https://doi.org/10.1080/080370698436736>
- Dyregrov, A. et Mitchell, J. T. (1992). Work with traumatized children—Psychological effects and coping strategies. *Journal of traumatic Stress*, 5(1), 5-17. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050103>
- Ehrenberg, D. B. (1992). *The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction*. Norton.
- El Husseini, M., Skandrani, S., Sahab, L. T., Dozio, E. et Moro, M. R. (2016). Countertransference in trauma clinic: A transitional breach in the therapists' identity. Dans G. El-Baalbaki et C. Fortin (dir.), *A multidimensional approach to post-traumatic stress disorder - from theory to practice* (p. 167-178). IntechOpen. <https://www.intechopen.com/books/5272>
- Ellis, A. E., Gold, S. N., Courtois, C., Araujo, K. et Quinones, M. (2019). Supervising trauma treatment: The contextual trauma treatment model applied to supervision. *Practice Innovations*, 4(3), 166-181. <https://doi.org/10.1037/pri0000095>
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M. et Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Emanuel, R., Miller, L. et Rustin, M. (2002). Supervision of therapy of sexually abused girls. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(4), 581-594. <https://doi.org/10.1177/1359104502007004010>
- Etherington, K. (2009). Supervising helpers who work with the trauma of sexual abuse. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(2), 179-194. <https://doi.org/10.1080/03069880902728622>
- Fairbairn, W. R. D. (1952) *An object-relations theory of the personality*. Basic Books.
- Ferenczi, S. (1982). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant le langage de la tendresse et de la passion. Dans *Psychanalyse IV : œuvres complètes 1927-1933* (traduit par P. Sabourin, J. Dupont, S. Hommel, F. Samson et B. This; p. 125-138). Payot. (Parution originale en 1932.)
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Dans B. H. Stamm (dir.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (p. 3-28). Sidran Press.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R., Ellis, A. E., Reuther, B. T. et Gold, S. N. (2017). The study of trauma: A historical overview. Dans S. N. Gold (dir.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge* (vol. 1, p. 1-11). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-001>
- Follette, V. M., Polusny, M. M. et Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 275-282. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.275>

- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide : les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant* [thèse de doctorat, Université du Québec à Chicoutimi]. Constellation. <https://constellation.ugac.ca/2771/>
- Frawley-O'Dea, M. G. et Sarnat, J. E. (2001). *The supervisory relationship: A contemporary psychodynamic approach*. Guilford.
- Furlonger, B. et Taylor, W. (2013). Supervision and the management of vicarious traumatization among Australian telephone and online counsellors. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 23(1), 82-94. <https://doi.org/10.1017/jgc.2013.3>
- Gaboury, K. et Kimber, M. (2023). Consequences of vicarious traumatization among mental health service providers with a history of child maltreatment: A narrative review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(2), 203–212. <https://doi.org/10.1037/tra0001298>
- Gasquoine, P. G. (2020). Railway spine: The advent of compensation for concussive symptoms. *Journal of the History of the Neurosciences*, 29(2), 234-245. <https://doi.org/10.1080/0964704X.2019.1711350>
- Gennart, M. (2011). Effraction sexuelle et brisure du soi : pour une prise en charge complexe. *Psychothérapies*, 31(4), 271-284. <https://doi.org/10.3917/psys.114.0271>
- Girard, N., Joud, C. et Duret, I. (2018). Du travail éprouvant aux éprouvés du travail. *Cahiers de psychologie clinique*, 51(2), 203-220. <https://doi.org/10.3917/cpc.051.0203>
- Henning, J. A., Brand, B. et Courtois, C. A. (2022). Graduate training and certification in trauma treatment for clinical practitioners. *Training and Education in Professional Psychology*, 16(4), 362-375. <https://doi.org/10.1037/tep0000326>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hill, C. E., Baumann, E., Shafran, N., Gupta, S., Morrison, A., Rojas, A. E. P., Spangler, P. T., Griffin, S., Pappa, L. et Gelso, C. J. (2015). Is training effective? A study of counseling psychology doctoral trainees in a psychodynamic/interpersonal training clinic. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 184–201. <https://doi.org/10.1037/cou0000053>
- Hill, C. E. et Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy: Evidence for effective practice. Dans M. J. Lambert (dir.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>e</sup> éd., p. 775–811). Wiley.
- Hoppen, T. H. et Morina, N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1578637>
- Hsairi, M., Mallekh, R., Khiari, H., Hannachi, H. et Mehdi, F. (2021). Place du bilan médical périodique dans les soins de santé de base en Tunisie. *La Tunisie médicale*, 99(1), 38-45.



- Hope, N. (2006). *When caring hurts: The significance of personal meaning for well-being in the presence of secondary traumatic stress* [thèse de maîtrise inédite]. Trinity Western University, Langley, BC.
- Iliffe, G. et Steed, L. G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(4), 393-412. <https://doi.org/10.1177/088626000015004004>
- Ivicic, R. et Motta, R. (2017). Variables associated with secondary traumatic stress among mental health professionals. *Traumatology*, 23(2), 196-204. <https://doi.org/10.1037/trm0000065>
- Josse, É. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.josse.2019.02>
- Kadambi, M. A. et Ennis, L. (2004). Reconsidering vicarious trauma: A review of the literature and its limitations. *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 1-21. [https://doi.org/10.1300/J189v03n02\\_01](https://doi.org/10.1300/J189v03n02_01)
- Kaës, R. (2012). Conteneurs et métaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 643-660. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0643>
- Kassam-Adams, N. (1995). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. Dans B. H. Stamm (dir.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (p. 37-48). Sidran Press.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5), 1-16. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kitzrow, M. A. (2002). Survey of CACREP-accredited programs: Training counselors to provide treatment for sexual abuse. *Counselor Education and Supervision*, 42(2), 107-118. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2002.tb01803.x>
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. International Universities Press.
- Knight, C. (2004). Working with survivors of childhood trauma. *The Clinical Supervisor*, 23(2), 81-105. [https://doi.org/10.1300/J001v23n02\\_06](https://doi.org/10.1300/J001v23n02_06)
- Knight, C. (2018). Trauma-informed supervision: Historical antecedents, current practice, and future directions. *The Clinical Supervisor*, 37(1), 7-37. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1413607>
- Knox, S. (2015). Disclosure—and lack thereof—in individual supervision. *The Clinical Supervisor*, 34(2), 151-163. <https://doi.org/10.1080/07325223.2015.1086462>
- Knox, S., Edwards, L. M., Hess, S. A. et Hill, C. E. (2011). Supervisor self-disclosure: Supervisees' experiences and perspectives. *Psychotherapy*, 48(4), 336-341. <https://doi.org/10.1037/a0022067>

- Lachal, C. (2007). Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. *Le Journal des psychologues*, 10(253), 50-54. <https://doi.org/10.3917/jdp.253.0050>
- Ladany, N., Hill, C. E., Corbett, M. M. et Nutt, E. A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 10-24. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.1.10>
- Lansen, J. et Haans, T. (2004). Clinical supervision for trauma therapists. Dans *Broken spirits* (p. 347-384). Routledge.
- Lasiuk, G. C. et Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: Historical development of the concept. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 13-20. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00045.x>
- Leiter, M. P. et Maslach, C. (1998). Burnout. Dans H. Friedman (dir.), *Encyclopedia of mental health* (p. 202-215). Academie Press.
- Leiter, M. P. et Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. Dans A.-S. G. Antoniou et C. Cooper (dir.), *Research companion to organizational health psychology* (p. 544-564). Edward Elgar Publishing.
- Lu, H.-T., Zhou, Y. et Pillay, Y. (2017). Counselor education students' exposure to trauma cases. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 39(4), 322-332. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9300-4>
- Lonergan, B. A. (1999). *The development of the trauma therapist: A qualitative study of the therapist's perspectives and experiences* (publication n° 9939766) [thèse de doctorat, University of Northern Colorado]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- MacCann, L. et 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>
- Măirean, C. et Turliuc, M. N. (2013). Predictors of vicarious trauma beliefs among medical staff. *Journal of Loss and Trauma*, 18(5), 414-428. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.714200>
- Martin Bourret, L.-V. et Dubé, J. É. (2023). *Apports et limites de la supervision psychodynamique des thérapies du fonctionnement traumatique du point de vue de supervisés novices* [document en préparation]. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Marty, F. (2011). Traumatisme, une clinique renouvelée. *Le Carnet PSY*, 6(155), 35-40. <https://doi.org/10.3917/lcp.155.0035>
- Mellier, D. (2006). Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique. *Pratiques psychologiques*, 12(2), 145-155. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.01.008>
- Méndez-Fernández, A. B., Aguiar-Fernández, F. J., Lombardero-Posada, X., Murcia-Álvarez, E. et González-Fernández, A. (2022). Vicariously resilient or traumatised social workers: Exploring

- some risk and protective factors. *British Journal of Social Work*, 52(2), 1089-1109.  
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab085>
- Mehr, K. E., Ladany, N. et Caskie, G. I. (2015). Factors influencing trainee willingness to disclose in supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 9(1), 44-51.  
<https://doi.org/10.1037/tep0000028>
- Milton, J. (1994). Abuser and abused: Perverse solutions following childhood abuse. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 8(3), 243-255. <https://doi.org/10.1080/02668739400700241>
- Morrow, S. L. (2007). Qualitative research in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 209-235. <https://doi.org/10.1177/0011000006286990>
- Orlinsky, D. E. et Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11157-000>
- Pai, A., Suris, A. M. et North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, 7(1), 1-7.  
<https://doi.org/10.3390/bs7010007>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Pearlman, L. A. et Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558>
- Perret, V. (2017). La honte, fléau de la supervision. *Actualités en analyse transactionnelle*, (n° 158), 58-75. <https://doi.org/10.3917/aatc.158.0058>
- Pizarro Obaid, F. (2012). Sigmund Freud and Otto Rank: Debates and confrontations about anxiety and birth. *International Journal of Psychoanalysis*, 93(3), 693-715. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00594.x>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Renaud, A., et Labbé, N. (1999). Le processus parallèle en supervision. *Filigrane*, 8(1), 105-121.
- Ringel, S. et Brandell, J. R. (2012). *Trauma: Contemporary directions in theory, practice, and research*. Sage.
- Rizkalla, N., Zeevi-Barkay, M. et Segal, S. P. (2021). Rape Crisis Counseling: Trauma Contagion and Supervision. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2), 960-983.  
<https://doi.org/10.1177/0886260517736877>

- Rønnestad, M. H. et Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44. <https://doi.org/10.1023/A:1025173508081>
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation* (2<sup>e</sup> éd.). Presses universitaires de France.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Revue belge de psychanalyse*, n° 40, 25-42.
- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. Dans J. Furtos et C. Laval (dir.), *La santé mentale en actes* (p. 221-238). Érès.
- Saakvitne, K. W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 443-449. <https://doi.org/10.1080/10481881209348678>
- Saakvitne, K. W. et Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. Norton.
- Sabin-Farrell, R. et Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449-480. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00030-8)
- Schauben, L. J. et Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x>
- Searles, H. F. (2015). The informational value of the supervisor's emotional experiences. *Psychiatry*, 78(3), 199-211. <https://doi.org/10.1080/00332747.2015.1069638>
- Skovholt, T. M. et Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58. <https://doi.org/10.1023/A:1025125624919>
- Smolak, D. (2018). *L'expérience subjective et intrapsychique d'aidantes humanitaires étant intervenues en contexte de situation extrême de la subjectivité* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/12050/>
- Smolak, D. et Brunet, L. (2017). Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico-clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 99-124. <https://doi.org/10.7202/1041840ar>
- Sprang, G., Clark, J. J. et Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Spiegel, D. (1986). Dissociation, double bind, and posttraumatic stress in multiple personality disorder. Dans B. Braun (dir.), *Treatment of multiple personality disorder* (p. 61-78). American Psychiatric Press.

- Sommer, C. A. (2008). Vicarious traumatization, trauma-sensitive supervision, and counselor preparation. *Counselor Education & Supervision*, 48(1), 61-71. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2008.tb00062.x>
- Sommer, C. A. et Cox, J. A. (2006). Sexual violence counselors' reflections on supervision: Using stories to mitigate vicarious traumatization. *Journal of Poetry Therapy*, 19(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/08893670600565587>
- Statistique Canada. (2022, 20 mai). *Enquête sur la santé mentale et les événements stressants, août à décembre 2021*. (Le Quotidien, publication no 11-001-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220520/dq220520b-fra.pdf>
- Steed, L. G. et Downing, R. (1998). A phenomenological study of vicarious traumatization amongst psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2(2). <https://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/1998-2/steed.htm>
- Tarquinio, C., Houllé, W. A. et Tarquinio, P. (2017). Discussion autour du traumatisme complexe : émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*, 26(2), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.007>
- Thériault, A., Gazzola, N. et Richardson, B. (2009). Feelings of incompetence in novice therapists: Consequences, coping, and correctives. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 43(2), 105-120. <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/58957>
- Totah, M. (2008). Guérison, inachèvement et auto-analyse : éléments de réflexion sur la fin de la cure. *Revue française de psychanalyse*, 72(1), 91-101.
- Tovmassian, L. T. (2015). Une zone de création commune avec le traumatisme psychique. *Annales médico-psychologiques*, 173(10), 834-840. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.02.010>
- Trippany, R. L., Kress, V. E. W. et Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31-37. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. et Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- van der Veer, G., de Jong, K. et Lanssen, J. (2004). Clinical supervision for counsellors in areas of armed conflict. *Clinical supervision for counsellors in areas of armed conflict intervention*, 2(2) 2, 118-128. <https://core.ac.uk/download/pdf/9416858.pdf>

- Walker, M. (2004). Supervising practitioners working with survivors of childhood abuse: Countertransference, secondary traumatization and terror. *Psychodynamic Practice*, 10(2), 173-193. <https://doi.org/10.1080/14753630410001686753>
- Watkins, C. E., Jr. (2014). The supervisory alliance: A half century of theory, practice, and research in critical perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 68(1), 19-55. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.1.19>
- West, A. (2010). Supervising counsellors and psychotherapists who work with trauma: A Delphi study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(4), 409-430. <https://doi.org/10.1080/03069885.2010.503696>
- Wheeler, S. et Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65. <https://doi.org/10.1080/14733140601185274>
- Wilson, J. P. et Lindy, J. D. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. Guilford.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité* (traduit par C. Monod). Gallimard. (Parution originale en 1971.)
- Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne* (traduit par J. Kalmanovitch, M. Michelin et L. Rosaz). Payot.
- Wong, P. T. P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the personal meaning profile. Dans P. T. P. Wong et P. S. Fry (dir.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (p. 111-140). Erlbaum.
- Yourman, D. B. (2003). Trainee disclosure in psychotherapy supervision: The impact of shame. *Journal of Clinical Psychology*, 59(5), 601-609. <https://doi.org/10.1002/jclp.10162>
- Yourman, D. B. et Farber, B. A. (1996). Nondisclosure and distortion in psychotherapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(4), 567-575. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.33.4.567>
- Želeskov-Đorić, J., Hedrih, V., et Đorić, P. (2012). Relations of resilience and personal meaning with vicarious traumatization in psychotherapists. *International Journal of Psychotherapy*, 16(3), 44-55.