

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE ET INTRAPSYCHIQUE D'AIDANTES
HUMANITAIRES ÉTANT INTERVENUES EN CONTEXTE DE SITUATION
EXTRÊME DE LA SUBJECTIVITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

DAVID SMOLAK

OCTOBRE 2018

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.01-2006). 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

Je souhaite d'abord remercier les soignantes que j'ai eu l'honneur de rencontrer dans le cadre de cette recherche et qui ont partagé si généreusement leur expérience avec moi et avec vous, qui me lisez.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à M. Louis Brunet pour la confiance qu'il m'a accordée. Sans votre appui, vos conseils et votre écoute, je ne me serais certainement pas permis de nourrir les aspirations qui m'habitent. Je remercie aussi tou(te)s les professeur(e)s et superviseur(e)s qui ont marqué mon parcours et qui m'ont transmis leur passion pour la psychanalyse. Merci à Diana, Lancelot, Catherine et Pascal pour l'aide vous m'avez apportée.

Merci à mes amis qui m'ont épaulé pendant toutes ces années. Vous êtes mon pilier. Vos réflexions, votre sensibilité et votre sagacité m'émerveillent et me font grandir.

Je remercie ma famille qui a fourni les conditions nécessaires à ma réussite et qui s'est réjouie de mon exaltation face à la complexité de la psyché humaine.

Finalement, merci au *Fonds Québécois de recherche sur la société et la culture* (FQRSC) pour le soutien financier apporté dans le cadre de ce projet de thèse.

DÉDICACE

À mon père, Gérard.

Aux soignantes et aux soignants qui se
risquent quotidiennement au jeu
sensible et créatif qu'est la relation
thérapeutique.

« L'absurde naît de cette confrontation
entre l'appel humain et le silence
déraisonnable du monde. »
– Albert Camus (1942)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
DÉDICACE	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
La condition des aidants humanitaires.....	2
Le traumatisme secondaire et ses avatars	4
Épuisement professionnel (<i>burn-out</i>)	4
Traumatisme vicariant	4
Fatigue empathique/de compassion	5
Stress traumatique secondaire.....	6
Le processus de recherche	7
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	10
1.1 Mise en contexte de la revue de littérature	10
1.2 L'empathie	11
1.3 Les identifications projectives	12
1.3.1 Identification projective intrusive.....	13
1.3.2 Identification projective communicative	14
1.3.3 Identification projective empathique	14

CHAPITRE II

OBJECTIFS DE RECHERCHE, MÉTHODOLOGIE ET CONSIDÉRATIONS

ÉTHIQUES	16
2.1 Objectifs et questions de recherche.....	16
2.2 Méthodologie	17
2.3 Recrutement	18
2.4 Participantes	20
2.4.1 Présentation des participantes	21
2.5 Méthode de cueillette des données	22
2.6 Analyse des données	25
2.7 Considérations éthiques	28

CHAPITRE III

ARTICLE I	31
-----------------	----

CHAPITRE IV

ARTICLE II.....	64
-----------------	----

CHAPITRE V

ARTICLE III.....	90
------------------	----

CHAPITRE VI

SYNTHÈSE THÉORISANTE ET DISCUSSION	115
6.1 Résumé des principaux éléments de la synthèse théorisante	115
6.2 Réflexion clinique et propositions d'aménagements métacontenants	119
6.2.1 Différents moments et niveaux de métacontenance.....	120
6.2.2 Les aménagements métacontenants	121
6.3 Apport au domaine.....	128
6.4 Limites du projet de recherche.....	129
6.4.1 La revue de littérature	129

6.4.2 La méthodologie et les inférences.....	130
6.4.3 L'échantillon	131
CHAPITRE VII	
CONCLUSION.....	133
ANNEXE A	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	135
ANNEXE B	
GRILLE D'ÉCOUTE	141
RÉFÉRENCES	143

RÉSUMÉ

Nous observons que les aidants humanitaires font l'expérience de symptômes similaires à ceux dont souffrent les victimes de traumatismes psychiques, sans nécessairement avoir vécu directement d'événements traumatiques. Or, jusqu'aujourd'hui, peu d'espace réflexif semble avoir été accordé à la description de leur expérience subjective, intrapsychique et inconsciente. En ce sens, notre objectif principal, dans le cadre de cette thèse, est de produire une synthèse théorisante (Paillé et Mucchielli, 2012) portant sur le vécu singulier des aidants humanitaires. Afin de parvenir à l'élaboration de cette compréhension psychodynamique et complexe du phénomène étudié, nous avons rencontré trois aidantes humanitaires, deux psychologues et une infirmière, ayant œuvré auprès de patients traumatisés en contexte de situation extrême la subjectivité (Bettelheim, 1960; Roussillon, 2005). Chacune a été rencontrée à quatre ou cinq reprises dans le but d'effectuer des entretiens semi-directifs associatifs portant sur son expérience subjective. Au total, 14 heures d'entrevue ont été recueillies et analysées selon une perspective psychanalytique. Le premier article de la thèse propose une synthèse théorique de quelques grands courants (Freud, Ferenczi, Winnicott, Bokanowski, Roussillon) et concepts (fonction contenante, médium malléable) psychanalytiques, dans l'objectif d'apporter un nouvel éclairage sur le phénomène du traumatisme. Les deux articles suivants exposent les quatre grands volets de notre synthèse théorisante de l'expérience des aidantes humanitaires. Le second article couvre (1) l'expérience concrète de prise en charge de patients traumatisés en contexte humanitaire et (2) l'expérience subjective d'identification des aidantes à leurs patients (affects, enjeux identitaires et bouleversements psychiques). Puis, le troisième article aborde (3) l'émergence d'un besoin et d'une demande de *métacontenance* de la part des soignantes et (4) les solutions psychiques aménagées par ces dernières (défenses, symptômes). Pour terminer, nous émettons des recommandations de dispositifs que les organismes pourraient mettre en place afin de soutenir et protéger l'intégrité des soignants qui, chaque jour, affrontent des circonstances extrêmes dans le but d'offrir des soins humains et humanisants. La discussion et la conclusion de cette thèse résument les éléments de notre synthèse théorisante et soulignent les apports et les limites du projet, en plus de proposer des pistes pour des recherches futures.

Mots clés : situation extrême de la subjectivité; traumatisme; traumatisme secondaire; traumatisme vicariant; fatigue empathique; aide humanitaire; psychanalyse; fonction contenante; expérience subjective; économie psychique; analyse qualitative

INTRODUCTION

Dans les dernières cinquante années, le nombre de catastrophes humaines (conflit politique, accident, acte terroriste, génocide) et naturelles (tsunami, ouragan, tremblement de terre) s'est vu multiplié de façon significative (Institute for Economics et Peace, 2016; Kessler et al. 2012; Pielke, 2006). Au Canada, nous pouvons évoquer, à titre d'exemple, l'accident ferroviaire de Lac-Mégantic (2011), la fusillade à Ottawa (2014), la tragédie de L'Isle-Verte (2014), les feux de Fort McMurray (2016) et l'attentat de la grande mosquée de Québec (2017).

Plusieurs organismes internationaux comme la Croix-Rouge ou Médecins Sans Frontières (MSF) oeuvrent sans répit afin de répondre à l'urgente demande de soins médicaux ou psychologiques des populations sinistrées. Leur mission est de leur porter secours sans aucune discrimination de race, de religion, de philosophie ou politique. En 2015, « 344 Canadiens sont partis en mission [...] pour aider MSF à dispenser des soins vitaux » (p.11), dans plus de 70 pays, à des populations touchées par des conflits, de la violence, des épidémies et des catastrophes (Médecins Sans Frontières, 2015). En outre, la Croix-Rouge canadienne a dépensé, selon son rapport annuel de 2014-2015, plus de 25 853 862 \$ en soutien aux interventions d'urgence dans le monde (2015). Lors de cette période, l'organisme a aussi mis sur pieds plus de 236 missions à l'étranger, cela nécessitant le déploiement de 141 délégués, en plus de former 6007 bénévoles à l'intervention d'urgence en cas de catastrophe en sol canadien (2015).

La condition des aidants humanitaires

De nombreuses études ont permis de décrire le vécu de ces « aidants humanitaires » (*relief workers*) et ont cherché à savoir si la rencontre et la prise en charge de victimes de traumatismes, dans un environnement aussi précaire que celui des crises humanitaires, pouvaient engendrer chez eux une quelconque détresse ou même des symptômes associés au trouble de stress post-traumatique (TSPT). Connorton et ses collègues (2012) soulignent cependant qu'il n'existe pas de définition claire de « l'aidant humanitaire » et de son rôle, bien que la recherche à son sujet soit en expansion. Nonobstant cela, il est connu que le stress occupationnel constitue un risque pour la santé mentale et physique et s'avère un obstacle à l'efficacité des professionnels travaillant auprès de victimes de traumatismes (Kahn et Byosièrè, 1992; Sauter et Murphy, 1995). Il est aussi connu que les professionnels dépêchés lors de catastrophes naturelles (Faust et al., 2008; Marmar et al. 1996; Matthews, 2007) et de désastres d'origine humaine (Eidelson et al. 2003; Lev- Wiesel et al. 2009; Seeley, 2003; Wee et Myers, 2002) font eux-mêmes l'expérience de détresse psychologique. Cette détresse est autant présente chez les aidants humanitaires offrant de l'aide de première ligne, dans l'immédiat (p. ex. Boscarino et al. 2004; Shamai et Ron, 2009), que chez ceux qui effectuent de la psychothérapie avant, pendant et suite aux désastres (p. ex. Frawley-O'Dea, 2003; Keinan-Kon, 1998; Kogan, 2004; Saakvitne, 2002; Tosone, 2006). Leur travail les rend encore plus susceptibles de développer un TPST ou une variété de troubles mentaux qui y sont reliés (Barron, 1999; Connorton al. 2012; Stoddard et al., 2009).

Les aidants humanitaires font sans aucun doute l'expérience de traumatismes de façon directe et indirecte, par exemple, en étant exposés de façon prolongée ou répétée ou à l'expérience traumatique de la population locale ou de leurs collègues (Connorton et al., 2012; Cusin et Fabre, 2017; Delbrouck et al., 2011; Figley, 1995, Jenkins et al., 2011; Karray et al., 2017). Comme l'indiquent Cusin et Fabre (2017), «

les métiers du *care* sont susceptibles de provoquer une souffrance indirecte » (p.16) et vulnérabilisent les soignants sur le plan psychosocial (Finklestein et al., 2015). Culver, Mckinney et Paradise (2011) indiquent que les cliniciens ayant travaillé auprès de victimes de traumatismes rapportent de nombreux symptômes tels que l'anxiété, un caractère soupçonneux, une vulnérabilité accrue ainsi qu'une détérioration de leur sentiment de sécurité et d'estime de soi. Les chercheurs soulignent aussi un lien significatif entre le travail avec des victimes de trauma et l'altération de la perception de soi des intervenants (2011). Plusieurs recherches (Delbrouck et al., 2011; El Hussein, 2017; Milivojeviae, 1999; Petiau, 2016) soulèvent que les aidants, en contexte humanitaire, en viennent à vivre des affects comme : l'impuissance, le désespoir, la colère, le vide, le découragement, la dépression, la confusion, la solitude, la fatigue, la déshumanisation, la honte, la culpabilité ainsi qu'un sentiment de vulnérabilité. Par ailleurs, un soignant sur trois en vient à développer de l'épuisement professionnel (*burn-out*) (Garneau, 2000) et plusieurs rapportent des idéations suicidaires (Quosh et al., 2013). Il existe aussi un risque de chronicisation du TSPT chez cette population, étant donné le caractère intense et chargé de leur travail d'écoute (Quosh et al., 2013).

Par ailleurs, bien que certaines études aient relevé un lien significatif entre l'état de santé mentale des intervenants et le fait qu'ils soient confrontés quotidiennement au traumatisme, Elwood et ses collègues (2011) soulignent que d'autres recherches n'ont pas réussi à noter une différence entre l'état de santé mentale de ces travailleurs et celui d'autres professionnels du milieu, ne pratiquant pas auprès d'une population traumatisée. Ils ajoutent qu'au lieu d'être globalement plus affectés négativement par leur pratique, les cliniciens travaillant auprès de patients traumatisés voient leur niveau de détresse augmenté dans certaines sphères spécifiques de leur vie (2011).

Le traumatisme secondaire et ses avatars

Différents phénomènes ont été évoqués pour tenter de décrire et de modéliser le processus menant à l'émergence d'une telle détresse chez les aidants. Des études avancent que les cliniciens travaillant auprès de victimes de traumatisme sont plus enclins à développer de la détresse psychologique de par leur expérience d'un épuisement professionnel (*burn-out*) (Maslach, 1982). McCann et Pearlman (1990), quant à eux, évoquent le traumatisme vicariant (*vicarious traumatization*). Puis, Figley (1995, 2002), Pearlman et Saakvitne (1995) parlent de traumatisme secondaire, de stress traumatique secondaire (*secondary traumatic stress*) et de fatigue empathique.

Épuisement professionnel (*burn-out*)

L'épuisement professionnel, construit non spécifique à un certain type d'emploi, renvoie au sentiment d'épuisement émotionnel et à l'impression d'être déconnecté des autres; il fait référence à l'absence de satisfaction professionnelle (Maslach, 1982). Le *burn-out* est associé à la charge de travail, au stress lié à l'emploi et aux conflits interpersonnels avec des collègues (Leiter et Maslach, 1998). Il est défini par certains comme étant « un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés » (Maslach et Jackson, 1981, cité dans Petiau, 2016, p.106).

Traumatisme vicariant

Le traumatisme vicariant est un construit qui rejoint un peu plus les théories psychodynamiques et sociocognitives de la psychologie (McCann et Pearlman, 1990). Certains le définissent comme étant « le fait d'être durablement marqué

psychologiquement, du fait de l'expérience douloureuse vécue par d'autres auprès de qui l'on travaille » (McCann et Pearlman, 1990; Pearlman et Saakvitne, 1995 cité dans Cusin et Fabre, p.3). Le traumatisme vicariant survient lorsque les croyances du clinicien à propos de sa sécurité, son pouvoir, son indépendance, son estime et son intimité deviennent négatives suite à son exposition au vécu traumatique des patients. Par ailleurs, ce construit se rapporte aux modifications cognitives suivant l'exposition au vécu traumatique, bien qu'il admette aussi l'émergence de symptômes comportementaux propres à l'état de stress post-traumatique (Pearlman et Saakvitne, 1995). D'autres auteurs soulignent aussi que l'exposition répétée au vécu traumatique des clients affecte les cliniciens dans des aspects profonds d'eux-mêmes comme leur perception de soi, des autres et du monde (Rasmussen, 2005; Trippany et al., 2004). L'accent est mis sur l'altération du sentiment de soi, de l'identité, de la conception du monde, de la spiritualité, des capacités personnelles, des ressources du Moi, des besoins psychologiques et du système sensoriel du clinicien (Rasmussen, 2005). Les symptômes les plus typiques du traumatisme vicariant sont de l'ordre de l'anxiété, la suspicion, la dépression, la somatisation, des pensées et des sentiments envahissants, l'évitement, l'engourdissement émotionnel et l'exacerbation du sentiment de vulnérabilité (Adams et Riggs, 2008). Sa différence principale par rapport à la fatigue de compassion est qu'il cause l'éclosion de symptômes propres au TPST, comme de la reviviscence ou des « flash-backs » (Petiau, 2016.).

Fatigue empathique/de compassion

Les termes fatigue empathique et stress traumatique secondaire sont souvent utilisés de manière interchangeable (p. ex. Figley, 2002; Salston et Figley, 2003). Néanmoins, il semble que le stress traumatique secondaire soit un trouble qui puisse affecter plusieurs types de populations, alors que la fatigue empathique renvoie uniquement aux individus oeuvrant dans le domaine de l'aide ou du soin (p. ex. premiers répondants, travailleurs sociaux, psychologues, etc.). Certains (Thomas et al., 2012)

définissent la fatigue de compassion comme étant « un état extrême de tension émotionnelle et une impossibilité d'élaborer psychologiquement un traumatisme : une souffrance personnelle en miroir de la souffrance des personnes aidées » (p.267) avec une usure empêchant d'aider autrui. D'ailleurs, quelques études se sont intéressées, d'un angle plutôt descriptif, au phénomène en question chez les professionnels travaillant auprès de victimes de trauma (p. ex. Adams et al., 2006). La fatigue empathique fait aussi référence au risque d'une réduction de la capacité et de l'intérêt empathique de l'aidant envers ses patients, causée par l'exposition continue à leurs problèmes et par la nécessité d'être constamment empathique envers ceux-ci. Sa prévalence est plus élevée chez les soignants qui sont moins habilités à identifier leurs propres émotions (Tei et al., 2014).

Stress traumatique secondaire

Le stress traumatique secondaire décrit précisément le développement de symptômes propres à l'état de stress post-traumatique chez les gens jouant un rôle significatif dans la vie d'individus ayant survécu à un trauma, comme des membres de la famille, des amis, des soignants ou tout personnel oeuvrant dans le domaine du traumatisme (Figley, 1995). Il est considéré par certains comme une réaction « naturelle » à la relation d'aide (Elwood et al., 2011). Les symptômes sont identiques à ceux affectant un patient avec un diagnostic d'état de stress post-traumatique, bien que le malade n'ait jamais été directement confronté à l'élément traumatique. Le fait traumatisant consiste en la prise de conscience d'un vécu traumatique chez un proche. En outre, le malade fait l'expérience de perturbations relationnelles et d'écarts cognitifs (Figley, 1995).

Somme toute, malgré les différences subtiles existant entre tous ces termes, il reste que ces construits sont souvent employés, tant en recherche qu'en clinique, de façon interchangeable et cela handicape la capacité de compréhension du phénomène

(Najjar et al., 2009). En ce sens, il semble pertinent de se pencher sur le sujet et d'explorer ce phénomène pour en arriver à une conceptualisation et une théorisation dynamique plus précise, riche, parcimonieuse et explicative.

Le processus de recherche

Les études précédentes ont surtout axé leur exploration du phénomène de fatigue empathique ou de stress traumatique secondaire en faisant référence aux critères diagnostiques ou aux symptômes présentés dans le DSM-IV et 5, c'est-à-dire à des processus cognitifs ou comportementaux qui se présentent « en positif ». Peu d'entre elles se sont attardées à des aspects intrapsychiques et inconscients, tels que décrits par la psychanalyse, ou ont cherché à en comprendre l'aspect dynamique. À ce jour, il ne semble exister que quelques recherches (El Husseini, 2017; Karray et al., 2017; Petiau, 2016) qui aient tenté d'expliquer de façon qualitative, complexe et psychodynamique ce qui sous-tend cet ensemble de réactions chez les aidants. En ce sens, nous sommes d'avis que notre étude aura un poids notable sur le plan de sa contribution théorique.

Il importe d'étudier ce genre de problématique puisque la rencontre du traumatisme affecte autant l'aspect organisationnel de la réalité des aidants humanitaires (par exemple, par l'augmentation de l'absentéisme) que l'aspect personnel (par exemple, par l'émergence de trouble psychosomatique) (Argentero et Setti, 2011). Ces soignants ne sont pas que des médecins et des infirmières (Lundin et Bodegard, 1993); ils sont aussi des pompiers (Beaton et al., 1999; McFarlane, 1988), des travailleurs sociaux (Hodgkinson et Shepherd, 1994), des membres du corps policier ou même toute personne oeuvrant à la recherche de survivants lors de désastres (Deahl et al. 1994; McCarroll et al. 1996). Ainsi, une compréhension plus profonde du phénomène de traumatisme secondaire permettrait ultimement aux organismes comme la Croix Rouge ou Médecins Sans Frontières d'offrir des services adaptés aux soignants

projetés dans un contexte de situation potentiellement traumatique, afin d'en prévenir les effets néfastes et leur permettre de conserver leur intégrité physique et psychique, et ce, à long terme.

Dans le cadre de ce projet de thèse doctorale, nous avons écrit trois articles scientifiques détaillant notre réflexion sur le sujet de l'expérience subjective de soignants étant intervenus auprès de patients traumatisés en situation extrême de la subjectivité (Bettelheim, 1960; Roussillon, 2005). Dans un premier article intitulé *Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico clinique* (Smolak et Brunet, 2017), nous avons réalisé une synthèse de plusieurs grandes théories psychanalytiques (classiques et contemporaines) du traumatisme en insistant sur ses effets quantitatifs et désymbolisant. Nous avons proposé que le sujet aux prises avec un traumatisme souffre à la fois d'un trop-plein d'excitation, faisant effraction dans son appareil à penser, et d'un trop-peu de sens, le menant à s'identifier à des contenus bruts, déshumanisés et peu symbolisés. Nous sommes d'avis que les cliniciens qui prennent en charge des patients traumatisés gagnent à adopter une position clinique contenant (Bion, 1962; Brunet et Casoni, 2000) et malléable (Milner, 1952-1954; Roussillon, 2014), c'est-à-dire ajustée aux besoins du Moi des sujets rencontrés. Puisque nous avons choisi de rassembler la très grande partie de nos réflexions théoriques dans ce premier article, nous n'accordons qu'un espace limité, dans notre premier chapitre (I) de thèse, à la revue de la littérature portant sur ce sujet. En d'autres mots, nous invitons les lecteurs à se référer à cet article (2017) pour mieux comprendre le cadre théorique dans lequel nous inscrivons notre recherche, bien que quelques concepts psychanalytiques seront tout de même explicités dans le chapitre qui suit. Dans le second chapitre (II), les objectifs et sous-objectifs de la recherche ainsi que la méthodologie employée dans le cadre de cette étude sont présentés et définis de façon plus précise (informations sur les participants, méthode de cueillette des données et description du cadre et de la procédure des entrevues). Par ailleurs, nous expliquons le processus d'analyse des données et

abordons les considérations éthiques reliées à ce projet de recherche. Les chapitres III, IV et V sont constitués de nos articles, le premier étant une réflexion théorique et les deux derniers faisant état de notre analyse des résultats de notre recherche. Le chapitre VI est formé d'un résumé des principaux éléments de notre synthèse théorisante ainsi que d'une discussion portant sur les résultats du projet. Nous recommandons aussi divers aménagements ou dispositifs cliniques et institutionnels *métacontenants* pouvant, à notre avis, soutenir les aidants humanitaires dans leurs fonctions. Par ailleurs, les limites et les apports du projet y sont exposés. S'en suit finalement une conclusion (chapitre VII) offrant diverses pistes de réflexion future.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Mise en contexte de la revue de littérature

Dans notre article intitulé *Interprétations psychanalytiques du traumatisme: une synthèse théorico-clinique* (2017) (chapitre I), nous résumons quelques grandes théories du traumatisme constituant les deux principaux modèles complémentaires psychanalytiques du phénomène : celui psycho-économique (ou freudien) et celui dans la théorie des relations d'objet (Bohleber, 2007). Nous abordons l'évolution du concept au fil des écrits freudiens pour ensuite nous attarder aux théories de Sándor Ferenczi et de Donald Winnicott. Nous terminons en exposant la conception intégrative et contemporaine des phénomènes traumatiques de René Roussillon. Par la suite, nous soulevons succinctement quelques enjeux propres à l'exercice de s'identifier aux victimes de traumatismes. Finalement, nous décrivons de façon détaillée en quoi consistent les besoins du Moi du sujet (Roussillon, 2002, 2014), la fonction contenante (Brunet, 2006, 2013) et le concept d'objet médium malléable (Roussillon, 2014). Ainsi, dans ce premier chapitre de thèse, nous souhaitons compléter notre recension des écrits en abordant brièvement quelques thèmes n'ayant pas été inclus dans l'article cité précédemment. Nous nous attardons principalement aux concepts d'empathie et d'identification projective afin de bien circonscrire le cadre dans lequel s'inscrit notre recherche.

1.2 L'empathie

L'Autre empathique est la pierre d'assise de la clinique des situations extrêmes de la subjectivité puisqu'il permet de faire dévier le sujet de sa compulsion de répétition en le sortant de la solitude et en lui offrant l'espace humanisant de la parole. Didier Houzel (2003) indique que l'empathie est une notion née à la fin du XIXe siècle, pour ensuite être reprise au XXe siècle « pour désigner un mode de connaissance d'autrui liée à la capacité de percevoir et de projeter quelque chose de soi dans l'autre et de recevoir en soi quelque chose de l'autre » (p.20). L'auteur ajoute que Freud s'est lui-même servi de cette notion pour exprimer la capacité de connaissance intime de la psyché de l'autre. Néanmoins, selon Pigman (1995, cité dans Urtubey, 2004), la conception de Freud de l'*Einfühlung* (empathie) demeure intellectuelle, bien qu'indispensable à l'établissement d'un rapport entre l'analyste et le patient. Pour Urtubey (2004), Freud emploie le terme « empathie » et « identification » de manière interchangeable. L'empathie, parente avec l'introjection, est plus intimement liée à la capacité de s'identifier à autrui, de ressentir ce qu'il ressent, se mettre à la place de l'autre (Urtubey, 2004). L'empathie, si elle est synonyme de partage, selon Urtubey (2004), n'est que partage partiel; il y a bon nombre d'éléments qui ne peuvent être répartis entre le patient et l'analyste, comme les défenses. L'analyste ne peut sentir comme le patient, car il ne lui serait que de peu de secours; l'analyste ressent « ce que le patient n'éprouve pas et ne veut pas goûter » (Urtubey, 2004, p.863), sa folie privée, selon l'expression d'André Green (1990), et ce, dans le but de le comprendre et l'aider à changer. L'analyste s'identifie avec ce qui est inconscient chez le sujet.

Au sens de Freud, l'empathie est une attribution, une projection de tel ou tel fantasme qui ne modifie pas le thérapeute dans son fonctionnement psychique ou son identité. Pour Mélanie Klein et ses disciples, l'empathie s'apparente plus à l'identification projective, qui, elle, modifie celui en qui s'opère la projection (Houzel, 2003). En ce sens, il importe d'explorer les diverses théories et les applications cliniques

concernant les identifications projectives, puisque celles-ci semblent opérationnaliser la notion d'empathie et révéler le processus qui la sous-tend.

1.3 Les identifications projectives

Laplanche et Pontalis (1967, p.192) décrivent l'identification projective comme « un mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler. » Introduite par Mélanie Klein (1946), cette notion, à l'origine, décrit « une forme particulière d'identification qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive » (1952, p.300), une défense corrélée au clivage. Cette psychanalyste est la première à proposer que suite à toute projection survienne un processus d'identification au contenu projeté et à l'objet ciblé. Klein (1946) ajoute à cela que la projection n'est pas toujours liée aux pulsions sadiques-anales et que l'identification projective peut parfois concerner de « bons » objets partiels; ainsi peuvent naître des sentiments d'amour et d'empathie (Grotstein, 1981; Sandler, 1991; Segal, 1964, cités dans Brunet Casoni, 2000).

Wilfred Bion s'inspire de ces deux fonctions de l'identification projective pour élaborer sa théorie et décrire la relation contenu/contenant. Pour l'auteur (1962) il existe des identifications projectives excessives (pathologiques) et des identifications projectives dites « normales ». Ces dernières représentent un mode de communication primaire, archaïque, à visée objectale et réparatrice, fondé sur le partage d'états psychiques. Le bébé s'en remet à la fonction de contenance de sa mère et expulse en elle les parties de soi clivées qu'il ne peut rassembler et assimiler afin que celle-ci les traite et les lui renvoie sous une forme plus intégrée, tolérable et « pensable ». L'objectif de l'identification projective peut donc être de faire souffrir l'objet (la mère) par la projection de sa colère et de sa rage dans celle-ci ou, encore, de lui communiquer sa détresse dans l'espoir que l'objet puisse en faire quelque chose pour

lui (Bion, 1962). Houzel (2003) ajoute que ce processus se perpétue bien au-delà de la prime enfance et que « tout un chacun a besoin de retrouver un objet contenant externe dans les situations de crise ou de traumatisme » (p.22). D'ailleurs, Bion (1962) a lui-même appliqué sa théorie à la relation entre le thérapeute et l'analysant. Nombreux sont les auteurs (Bégoïn-Guignard, 1989; Grotstein, 1981; Meltzer, 1984, cités dans Brunet et Casoni, 2000) qui décrivent la relation thérapeutique comme une relation contenant/contenu dans laquelle le soignant doit employer sa capacité à recevoir les projections du sujet, cela favorisant la formulation d'interprétations permettant la réappropriation du contenu et ainsi enrichissant son activité symbolique.

L'empathie représente la forme d'identification projective non défensive qui permet d'accéder à la subjectivité de l'autre. Selon Brunet et Casoni (2000), elle implique de la flexibilité et de la nuance dans les identifications. En situation clinique, l'analyste doit accepter de se laisser toucher et de laisser l'analysant déposer en lui sa détresse ou ses affects violents. Brunet et Casoni (1996, 1998, 2000, 2001) ont établi trois grandes classes d'identifications projectives : intrusive, communicative et empathique.

1.3.1 Identification projective intrusive

Ce type d'identification projective est celui que décrit Mélanie Klein en 1946. C'est un fantasme d'omnipotence et de pénétration de l'objet par la projection d'objets internes partiels clivés chargés d'hostilité dans l'autre. Sa visée est d'attaquer, de contrôler ou de détruire l'objet ciblé. Ainsi, à l'instar de Mélanie Klein, nombreux sont les auteurs qui remettent en question la possibilité de tout simplement déposer en l'autre un objet interne (Segal, 1977; Aulagnier, 1984, Sandler, 1993; Boesky, 2000, cités dans Brunet et Casoni, 2000).

1.3.2 Identification projective communicative

Cette forme d'identification projective est celle décrite par Bion (1962, cité dans Brunet et Casoni, 2000) visant à projeter un contenu mental affligeant dans un objet dans l'espoir que celui-ci le transforme et lui renvoie sous une forme intégrable.

1.3.3 Identification projective empathique

Ce type d'identification projective incarne la métaphore de « se mettre à la place de l'autre ». Bégoïn-Guignard (1985) en parle en tant que « respiration psychique ». C'est un processus d'exploration du monde psychique subjectif de l'autre (ses pensées, ses sentiments) basé sur notre propre vécu et sur la culture d'un lien identificatoire très fort au sujet. Ce serait la réponse adéquate aux identifications projectives communicatives des analysants, selon Brunet et Casoni (2000).

Comme nous l'avons indiqué dans notre premier article (Smolak et Brunet, 2017), l'empathie du soignant face aux patients confrontés aux situations extrêmes nécessite parfois l'expérience momentanée des mêmes conditions de vie précaires que ces derniers (Roussillon, 2005). « C'est ce qui permet de "sentir" ce que les sujets sentent, de voir les choses à partir de leur point de vue, empathiquement », souligne Roussillon (2005, p.234). Selon le psychanalyste (2005), c'est la position de « côte à côte », de partage, que le clinicien doit prendre afin de « partager [avec lui] la même difficulté, voire la même détresse ou le même désespoir » (p.234). Ainsi, la position de soignant, dans le cas des situations extrêmes de la subjectivité, ne peut se fonder que sur un « partage d'affect » (Parat, 1995). Comment se fait-il alors que certains cliniciens s'en sortent indemnes alors que d'autres en viennent à souffrir de différentes réactions traumatiques? D'après Roussillon (2005), c'est parce que c'est une forme apparentée, heureusement atténuée, de l'expérience subjective du sujet traumatisé qui est partagée que le soignant ne s'en voit pas lui-même affecté. Néanmoins, nous constatons que très peu d'auteurs se sont appliqués à articuler des modèles théoriques explicatifs

complexes étayant cette hypothèse et c'est pourquoi, à notre avis, il est pertinent de s'y attarder. En somme, nous avons choisi d'aborder l'expérience subjective des aidants humanitaires par l'entremise des identifications projectives empathiques, puisque leur position les pousse à ressentir « en miroir », ni plus ni moins, ce que leurs patients ressentent.

CHAPITRE II

OBJECTIFS DE RECHERCHE, MÉTHODOLOGIE ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

2.1 Objectifs et questions de recherche

Nous constatons que des aidant(e)s humanitaires sont confronté(e)s de façon directe ou indirecte à des situations extrêmes de la subjectivité. Par ailleurs, nous jugeons que les grands modèles complémentaires théorico-cliniques du traumatisme (psycho-économique et lié aux relations d'objet) et que le concept de l'identification projective peuvent nous permettre d'étudier de façon profonde et opérationnalisée l'expérience subjective de ces individus. Ainsi, l'objectif principal de cette recherche consiste à : comprendre comment des aidantes humanitaires travaillant auprès de patients traumatisés se voient affectées sur les plans intrapsychique et inconscient par la réalisation de leurs fonctions dans un contexte de situation extrême de la subjectivité.

Les objectifs spécifiques du projet, en lien avec la question principale de recherche, sont :

1. Explorer la dynamique et le caractère traumatique, le cas échéant, du vécu des soignantes ayant été confrontées directement ou indirectement à une situation extrême de la subjectivité.

- 1.1 Notamment, identifier les manifestations des effets du vécu traumatique des soignantes : affects, symptômes, défenses, mouvements sublimatoires.
2. Explorer l'expérience subjective relative à la fonction de contenance des soignantes ainsi que leurs identifications.
3. Explorer comment se déploient le besoin et la demande de contenance des aidantes humanitaires
4. Explorer le lien entre la dynamique et le caractère traumatique, le cas échéant, du vécu des soignantes et leur expérience subjective de la fonction contenante.
5. Formuler des recommandations de dispositifs cliniques et institutionnels pouvant agir comme des facteurs de protection pour les aidantes

2.2 Méthodologie

Afin de mieux comprendre comment des aidantes vivent leur expérience de soins en situation extrême de la subjectivité, le chercheur a exploré les « manifestations secondaires » (Brunet, 2009) du vécu des participantes, mais surtout les aspects intrapsychiques et inconscients de leur expérience. La recherche a été effectuée « à partir de la psychanalyse » (Brunet, 2009), c'est-à-dire en utilisant les concepts de la théorie psychanalytique dans le but d'étudier des phénomènes cliniques qui ne sont pas nécessairement « mesurables » ou visibles « en positif » (Brunet, 2008). En d'autres termes, notre angle de compréhension et d'analyse des données recueillies a certainement été influencé par le paradigme épistémologique et ontologique auquel nous adhérons, c'est-à-dire celui de la psychanalyse. Un devis de recherche qualitatif, basé sur l'analyse du discours, semblait mieux s'accorder avec le cadre théorique analytique et les objectifs du projet, puisqu'il permet d'accéder au contenu latent du

vécu, grâce à l'association libre, à l'observation, au questionnement, à l'interprétation et à l'analyse d'éléments rapportés par association, par le sujet, lors des entrevues. Cette méthode permet d'accéder aux déplacements des éléments inconscients à travers les manifestations de l'intrapsychique.

À partir d'entrevues successives semi-directives, nous avons fait émerger une pluralité de thèmes et de catégories conceptualisantes (Paillé et Mucchielli, 2012). L'objectif était ensuite de souligner la façon dont ces éléments s'articulent entre eux afin de permettre l'élaboration d'un modèle ou d'une synthèse théorisante portant sur le vécu dynamique et potentiellement traumatique ainsi que l'expérience de la fonction contenante de soignantes ayant été confrontées à une situation extrême de la subjectivité. Nous entendons par « synthèse théorisante » un travail de gestalt, « de mise en relation des entités conceptuelles d'une enquête » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.375). Cet exercice dépasse l'établissement de corrélations ou de liens causaux. Il s'agit d'un travail dynamique d'établissement, de description et d'explication des liens qui unissent les divers concepts ayant émergé lors de nos premières étapes d'analyse. C'est un procédé itératif et continu qui est réalisé au fur et à mesure que la réflexion avance, sans toutefois écarter le fil conducteur ou les questionnements de départ. C'est aussi un processus qui élit la subjectivité du chercheur « comme lieu de synthèse, comme centre de la compréhension, comme incarnation de la théorisation » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.397), et ce, dans le but d'atteindre un niveau supérieur, intégré et global de représentation du phénomène à l'étude.

2.3 Recrutement

Puisque la recherche porte sur des phénomènes intrapsychiques et inconscients, difficiles d'accès, la méthodologie employée a privilégié la profondeur à l'étendue. Un nombre limité de sujets a été recruté, mais un nombre suffisant d'entrevues et une méthodologie permettant l'accès aux contenus inconscients ont été mis en place; cela

a permis d'améliorer la validité des inférences qui ont été effectuées. Trois participantes ont été recrutées en fonction de leur expérience de soignante auprès d'individus ayant vécu une situation « traumatique », c'est-à-dire ayant potentiellement mis en péril leur intégrité physique ou psychique, ne pouvant, de prime abord, déterminer si ces événements auront été vécus subjectivement de façon traumatisante, au sens psychanalytique du terme. Par l'utilisation du terme « soignante », nous incluons toute personne ayant prodigué des soins physiques ou psychiques dans le cadre d'une relation intersubjective avec un patient ou un collègue.

Puisqu'il s'agit d'un projet de recherche dont la méthodologie est qualitative, avec un nombre restreint de participantes, l'homogénéité de l'échantillon n'a pas nécessairement été priorisée. Nous avons eu accès à un échantillon de convenance, recrutant trois soignantes par l'entremise d'un processus de bouche à oreille. Nous sommes conscients qu'il aurait été intéressant de s'entretenir avec des hommes dans le cadre de notre recherche, mais nous sommes aussi d'avis que cela n'était pas absolument essentiel. L'étude portait principalement sur l'expérience intrapsychique et inconsciente des sujets et s'attardait peu à l'inclusion de critères objectivants ou concrets dans la sélection des participants. Par ailleurs, cela peut avoir contribué à l'amélioration de l'homogénéité de notre échantillon. En somme, notre objectif était de recruter des individus entretenant ou ayant entretenu dans le passé une relation intersubjective de soin avec des sujets ayant été exposés à des circonstances extrêmes et présentant une forme de souffrance traumatique. L'intervention des participant(e)s devait aussi avoir été effectuée, du moins en partie, dans le cadre d'un projet ou d'un contexte d'aide humanitaire.

Une méthodologie d'entretiens qualitatifs semi-directifs associatifs a été utilisée. En outre, les recommandations scientifiques de Brunet (2008a, 2008b, 2009) (saturation, cohérence, convergence, analyse par consensus et analyse retour) ont été respectées

dans le but d'atteindre les contenus intrapsychiques et inconscients étudiés avec suffisamment de validité scientifique (Daxhelet, 2013; Filion, 2016; Maatouk, 2016).

2.4 Participantes

Trois participantes ont été rencontrées dans le cadre de cette recherche doctorale. Nous avons réalisé 4 ou 5 entretiens semi-directifs d'une durée d'une heure chacun avec chacune d'entre elles pour un total de 14 heures d'entrevue. Ces participantes ont été recrutées en fonction de leur expérience de soins auprès de patients potentiellement traumatisés en contexte jugé comme extrême. Ainsi, les critères d'inclusion étaient : d'avoir prodigué à un moment ou un autre de sa vie des soins à des sujets potentiellement traumatisés, et ce, dans un contexte de situation extrême de la subjectivité, de pouvoir s'exprimer en français et d'avoir 25 ans ou plus, puisque nous nous souhaitons augmenter les probabilités que leur structure de personnalité soit relativement cristallisée.

Plusieurs méthodes ont été employées pour effectuer le recrutement des participantes. D'abord, nous avons contacté des organismes humanitaires comme La Croix Rouge ou Médecin Sans Frontières. Nous avons aussi fait appel à notre réseau de contacts dans le monde de la psychologie et avons fait parvenir une affiche ainsi qu'un texte explicatif concernant notre projet de recherche à des professionnels de la santé ou des professeurs d'université pratiquant de près ou de loin dans le domaine de l'humanitaire. Ainsi, nos trois participantes ont été recrutées par l'entremise de psychologues qui ont partagé les détails de notre étude à certaines de leurs connaissances, leur fournissant dès lors nos coordonnées (courriel et numéro de téléphone) pour qu'ils puissent entrer en contact avec nous. Aucune compensation financière ne leur était offerte.

2.4.1 Présentation des participantes

Afin de préserver l'anonymat des participantes, des prénoms fictifs leur ont été attribués et certaines données biographiques ont été modifiées. Il est à noter qu'un(e) quatrième participant(e) avait entamé le processus de recherche, mais s'est désisté(e).

La première participante a été surnommée Marwa. Dans la trentaine, elle travaille depuis quelques années au Moyen-Orient, d'où elle est originaire, comme psychologue et art-thérapeute. Elle remplit ses fonctions auprès de diverses populations, dont des adolescents, des réfugiés de guerre, des ex-prisonniers ou des victimes du régime d'oppression syrien. Au quotidien, elle est appelée à agir comme consultante, formatrice et psychothérapeute au sein d'organismes locaux et internationaux, oeuvrant, entre autres, pour la liberté d'expression. Marwa a aussi travaillé dans des régions occupées par le Hezbollah où elle a souvent senti son intégrité compromise.

La seconde participante, Thalia, est aussi psychologue au Moyen-Orient, d'où elle est originaire. Elle aussi dans la trentaine, elle travaille auprès de réfugiés et d'ex-prisonniers de guerre, entre autres choses. Au cours des dernières années, elle a donné des soins psychothérapeutiques dans une institution hospitalière, se déplaçant d'une chambre à l'autre. Chaque jour, elle pouvait rencontrer jusqu'à une dizaine de patients ayant souffert de violences diverses. Elle indiquait d'ailleurs avoir souffert d'un traumatisme secondaire, présentant divers symptômes de trauma et rapportant une expérience débordante et désubjectivante.

La troisième participante, surnommée Natalie, est une infirmière québécoise dans la quarantaine. Il y a 15 ans de cela, elle a effectué deux missions humanitaires d'environ un an chacune, à Haïti, puis au Kosovo. Elle a rempli ses fonctions d'abord dans un service de pédiatrie haïtien, auprès d'enfants malades ou mourants. Par la suite, elle a travaillé dans une institution hospitalière kosovare où elle a mis sur pieds

un programme de formation et de soutien pour les infirmières et les médecins, en plus de rencontrer elle-même des patients.

2.5 Méthode de cueillette des données

L'entrevue semi-structurée de type associatif semble le mieux s'accorder avec le devis de recherche qualitatif; elle a l'avantage, selon plusieurs auteurs, de bien coller à la réalité du participant, jouissant ainsi d'un maximum de liberté pour s'exprimer sur les thèmes qu'il juge pertinents, en plus d'enrichir le matériel d'analyse et le contenu de la recherche (Poupart et al., 1997). Selon les mêmes auteurs, cela favorise l'émergence de dimensions nouvelles non pressenties au départ par le chercheur. Cette méthode de cueillette de données s'inscrit dans un processus itératif d'aller-retour entre chercheur et sujet et permet d'être au plus près de la subjectivité des participants. C'est d'ailleurs dans l'articulation de ce que le participant raconte, la façon dont il le dit et les associations dans le discours au sein d'une rencontre intersubjective entre intervieweur-interviewé que se fonde la richesse de l'entrevue semi-structurée. Le processus vise à dégager un sens du discours et du vécu du sujet. Somme toute, cette méthode de cueillette de données vise à faire émerger un maximum de contenu tant manifeste que latent, et d'en souligner les éléments convergents et divergents afin d'en faire une synthèse parcimonieuse. Idéalement, la finalité de la présente étude est de faire émerger une certaine conceptualisation du phénomène, par la compréhension profonde de ses multiples éléments constitutifs et du tout qu'ils forment.

Nous avons réalisé 4 entrevues d'une heure chacune avec Thalia puis cinq entrevues d'une heure avec les deux autres participantes. Les entretiens étaient enregistrés par un enregistreur numérique ou grâce à un programme informatique, après avoir obtenu le consentement libre et éclairé des participants. Il n'est pas possible d'imaginer avoir accès de façon valide à des contenus inconscients avec une procédure comportant

moins d'entretiens (Brunet, 2009). Le nombre total d'entrevues et d'heures d'entrevue pour chaque sujet a été balisé par le principe de saturation des données, atteint lorsque plus rien de significatif ne s'ajoute pour contribuer à la compréhension du phénomène étudié (Paillé et Muchielli, 2008). Bien entendu, la véritable « saturation », au sens strict du terme, n'est qu'un idéal lorsqu'on traite de manifestations ou de rejets de l'inconscient, puisque toute représentation est surdéterminée. Cependant, comme il y eut une analyse-retour (procédé expliqué plus en détail ultérieurement), il a été possible de statuer qu'une saturation relative était atteinte lorsque les chercheurs avaient l'impression qu'un matériel suffisamment significatif aura été obtenu et qu'en même temps, peu de matériel nouveau ne semblait être obtenu par les entretiens et leur analyse. Ce principe explique d'ailleurs pourquoi nous avons réalisé que quatre et non cinq entrevues avec la seconde participante, Thalia.

Il est à noter que Marwa a été rencontrée en personne qu'une seule fois et que le reste des entretiens a été réalisé par l'entremise du logiciel Skype, celle-ci se trouvant au Moyen-Orient au moment de la cueillette de données. En ce qui a trait à Thalia, l'entièreté des entrevues a été effectuée par Skype et, avec Natalie, nous sommes entretenus avec elle en personne, dans un local réservé à cet effet, dans un des pavillons de l'Université du Québec à Montréal.

Afin de s'assurer d'une certaine liberté de parole du participant, une première grille d'écoute avec une question ouverte générale a été développée. C'est par la question suivante que nous avons débuté la première entrevue : « J'aimerais que vous me parliez de votre expérience de soignante auprès de personnes ayant vécu une situation potentiellement traumatique? Je vous invite à me dire très librement tout ce qui pourrait vous venir à l'esprit à cet effet. ». À partir de cette question, nous avons suivi la direction prise par les participantes et, en fonction des données recueillies et de celles que nous désirions obtenir ainsi que du contenu et des thématiques abordés, de

nouvelles questions ont été introduites dans les entrevues. Nous avons par ailleurs inscrit dans notre grille d'écoute divers thèmes ou éléments jugés d'emblée comme importants à explorer au cours de l'étude, comme : le vécu de sidération, le débordement, les affects et les symptômes associés à l'expérience, la qualité du processus de symbolisation de l'expérience ainsi que l'expérience d'empathie et de prise en charge des besoins du Moi des patients rencontrés (besoins phorique, métaphorique et sémaphorique) (voir Annexe B). Il est à noter que ces éléments ont été employés comme des guides ou des repères et que nous avons favorisé suivre les associations des participantes plutôt que de leur imposer une structure préalablement constituée.

La dynamique de type « questionnaire » (questions-réponses) a été évitée au profit de la méthode associative-séquentielle (Brunet, 1998). L'essentiel des interventions était de l'ordre de relances associatives et visait surtout à soutenir le processus d'introspection et de communication des sujets. Ces relances constituaient aussi des demandes de précisions et d'élaborations. Nous notons que cette démarche de recherche s'appuie sur la notion de « rencontre », de « dialogue » et de jeux complexes de transfert et de contre-transfert, et exige que l'autre soit traité avec respect, franchise et empathie. « C'est l'intensité relationnelle qui [favorise] les processus de projection, de déplacement de la part du sujet et parallèlement les processus d'identification, de « résonance » et de fonction contenante du côté du chercheur, lui permettant [à la fois] d'utiliser sa subjectivité comme instrument de réflexion et de connaissance » (Brunet, 2009, p.75) et d'analyser son contre-transfert. Ceci est d'autant plus vrai que la recherche demande à l'autre de se révéler dans ce qu'il est, et dans sa subjectivité. Somme toute, le travail du chercheur était d'effectuer un bon soutien associatif et de suivre les participantes dans leurs élaborations, selon leur volubilité et leur niveau de dévoilement, sans pour autant effectuer des interprétations susceptibles d'accentuer le transfert de la participante au-delà du phénomène relationnel présent dans toute rencontre, fût-elle de recherche. Nous tenons à préciser

que la méthodologie des entretiens se différencie de façon importante des entretiens thérapeutiques : d'aucune façon l'interviewer ne va intervenir avec des techniques thérapeutiques (interprétations, travail du transfert, etc.). Nos entretiens ne constituaient donc pas des interactions ou une relation de type thérapeutique, de prime abord. Tout rapport de type transférentiel n'était ni plus important, ni moins important que si le sujet parlait avec un médecin, ou un collègue, car, comme nous le savons, le transfert, ou le déplacement inconscient de relations intrapsychiques, existe dans toute relation humaine.

Le caractère itératif du processus de cueillette (et d'analyse) de données s'arrime au principe d'*analyse-retour en spirale* (Brunet, 2008) appliqué dans le cadre de cette étude. L'analyse retour vise, en premier lieu, à faire ressortir les éléments principaux et jugés comme importants suite à chaque entretien. Un intérêt a aussi été porté aux thèmes qui n'ont pas été abordés par les sujets, étant donné les possibles résistances qui pouvaient pousser les participantes à omettre certains aspects de leur vécu. Des hypothèses et des inférences ont ensuite été proposées puis approfondies dans les entretiens subséquents avec celles-ci. Ainsi, par la mise en place de ce processus, nous croyons avoir facilité l'exploration du matériel latent et inconscient contenu dans le discours des participantes et avoir assuré la cohérence et la validité des inférences interprétatives que nous avons faites.

2.6 Analyse des données

En premier lieu, l'ensemble des entrevues a été retranscrit dans un format commun sous forme de verbatim. Ces verbatim ont ensuite été relus à plusieurs reprises afin de pouvoir bien s'imprégner du matériel (Blais et Martineau, 2007) et en analyser le contenu. La subjectivité du chercheur, balisée par la mise en lumière de ses présupposés ontologique et épistémologique ainsi que par l'établissement d'une méthodologie rigoureuse, a constitué l'outil principal de recherche, et ce, tout au long

du processus. Une analyse par consensus a aussi été réalisée, avec le directeur de thèse du chercheur, Dr Louis Brunet, psychologue et psychanalyste. Cela a été effectué dans le but d'encadrer la subjectivité du chercheur principal et d'améliorer la validité des analyses du contenu. Ainsi, par ce processus consensuel, le chercheur a bénéficié d'un certain recul par rapport aux données recueillies et à sa relation aux participants permettant une analyse rigoureuse de ces éléments, notamment par la mise en lumière des phénomènes contre-transférentiels.

Les données ont été analysées, dans un premier temps, selon la méthode de l'analyse du discours (contenu manifeste et inférences sur le contenu latent, séquence et relation intervieweur-interviewé) (Brunet, 1998). Dans un second temps, nous avons identifié les éléments qui nous paraissaient les plus pertinents, cohérents et convergents, et les avons regroupés sous plusieurs thématiques. Puis, dans un troisième temps, ces différents éléments ont été rassemblés en catégories conceptualisantes plus larges dans le but de créer une synthèse théorique, ou un modèle explicatif.

La grille d'écoute initiale a été modifiée au fur et à mesure que progressaient les entretiens et, parallèlement, a été employée comme grille d'analyse des données recueillies. Notre visée était non seulement d'analyser le contenu du discours des sujets, mais aussi de prendre en compte les éléments propres à la relation instaurée entre l'interviewer et les participantes. L'objectif était aussi d'arriver à constituer une série d'inférences interreliées dynamiquement et de parvenir à expliquer de manière complexe la nature des liens qui les unissaient. La grille d'analyse était composée de quatre colonnes. Dans la première colonne, une partie de l'entretien était retranscrite telle quelle. La seconde colonne comprenait une reformulation phénoménologique du contenu brut soulevé, dans le but d'en dégager le sens conscient ou préconscient. La troisième colonne contenait une interprétation du discours du sujet dans le but d'en faire ressortir le contenu latent, le cas échéant. Elle comprenait des inférences

(renvoyant à des contenus et des processus conscients et inconscients) sur le contenu, la séquence, ainsi que la relation entre l'intervieweur et l'interviewé. Finalement, le thème global se dégagant du discours du participant et de son analyse était inscrit dans la 4e colonne. Ce sont ces éléments qui ont guidé la suite des entrevues ainsi que le processus ouvert et dynamique d'analyse des données.

Les thèmes retenus lors de ce premier temps ont aussi été validés par les principes de répétition, de cohérence interne des données et de convergence (Brunet, 2008; Paillé et Muchielli, 2008). Le critère de cohérence interne renvoie au fait que le chercheur doit assurer la plausibilité de ses résultats de recherche, ses interprétations et ses inférences, en fonction du matériel recueilli et analysé. La convergence réfère à la similitude des éléments apportés par le sujet à divers moments d'un entretien ou entre plusieurs entretiens (Brunet, 1998, 2008) et le critère de la parcimonie suppose que plus l'on a d'inférences susceptibles d'expliquer un phénomène, plus celui-ci est valide. Les thèmes dégagés lors de l'analyse horizontale du premier sujet pourront être employés comme guides pour bâtir la grille d'analyse de départ pour analyser les entretiens suivants. Les thèmes retenus lors du premier temps seront aussi validés par les principes de répétition, de cohérence interne des données et de convergence (Brunet, 2008; Paillé et Muchielli, 2008). Le critère de cohérence interne renvoie au fait que le chercheur doit assurer la plausibilité de ses résultats de recherche, ses interprétations et ses inférences, en fonction du matériel recueilli et analysé, donc de faire ressortir la logique interne du fonctionnement de l'individu. La convergence réfère à la répétition d'éléments analogues dans le discours du sujet, à divers moments d'un entretien ou entre plusieurs entretiens (Brunet, 1998, 2008). Le critère de la parcimonie, quant à lui, suppose qu'une hypothèse explicative valide permettra d'expliquer simultanément plusieurs phénomènes et non un seul. Les éléments dégagés lors de l'analyse des entretiens de la première participante ont aussi été employés comme guides pour bâtir la grille de départ d'écoute et d'analyse pour les sujets suivants.

Lors d'un second temps d'analyse, le chercheur a rassemblé les thèmes qui ont émergé au sein du discours des trois participantes pour en dégager des idées plus globales et constituer des catégories conceptualisantes, formulées en termes psychanalytiques. S'ensuit un travail d'articulation de la dynamique des liens qu'entretiennent ces divers thèmes et catégories, dans le but ultime de constituer une synthèse théorisante « hypercomplexe » selon la conceptualisation de Morin (2004). Cette synthèse théorisante, orientée par nos questions de recherche, visait à développer un modèle ou une conceptualisation théorique mettant en relation les multiples construits ayant émergé au terme de l'analyse des entretiens de recherche. L'objectif était donc de pouvoir articuler une dynamique entre les éléments soulevés et d'arriver à décrire le vécu et la représentation de ce vécu de manière à rendre justice à l'expérience subjective des participantes.

Les impressions cliniques et le vécu contre-transférentiel du chercheur ont aussi été analysés et mis en parallèle avec le contenu émergeant de l'expérience des participants. Le transfert, dans le cadre de cette recherche, est entendu au sens large de sa définition; il est considéré comme un phénomène qui, plus ou moins, renvoie à la « mise en acte de la réalité de l'inconscient » (Lauru, 2001), un déplacement d'affect, de représentation et d'enjeux, dans la relation avec le chercheur. Il n'est pas à comprendre en tant que « névrose de transfert », organisation typique d'une psychanalyse.

2.7 Considérations éthiques

Puisque cette recherche a été réalisée auprès d'êtres humains, de nombreux principes éthiques ont été respectés. D'emblée, le projet a reçu l'approbation éthique du comité éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la faculté des sciences humaines de l'UQAM. La recherche a ensuite été présentée aux participantes afin qu'elles puissent consentir de façon éclairée et libre à y participer ;

le chercheur s'est assuré d'obtenir le consentement écrit (ou vocal, sous forme enregistrée, dans le cas de Thalia) de celles-ci. Aucune compensation financière ne leur a été octroyée. Les sujets ont aussi été informés du fait que, en tout temps, ils avaient la possibilité de se désister, peu importe le motif, et ce, sans préjudice (voir Annexe A). Les participantes ont vu leur intégrité physique, psychique et culturelle respectées et ont eu droit à la discrétion. Les recommandations de Gabbard (2000) quant à l'anonymat ont d'ailleurs été respectées. Le chercheur a camouflé l'identité des participants dans la thèse et dans toutes les publications qui en découlent tout en conservant l'authenticité et la richesse de leurs caractéristiques psychodynamiques.

Le matériel recueilli lors des entrevues a été conservé, sous clé, dans un classeur et les fichiers informatiques contenant des informations au sujet des participants ont été protégés par un mot de passe. Le nom des participants n'a en aucun cas été divulgué ni utilisé lors de l'analyse du contenu ou la rédaction de la thèse ou d'un article. Les participantes ont été mises au courant qu'il se peut que les résultats de la recherche fassent l'objet de publications ultérieures et qu'elles pourront, si elles le désirent, refuser que soient publiées des informations les concernant.

Nous sommes d'avis que la position d'écoute et d'empathie de l'interviewer a suffi à « contenir » affects ou les réactions qui ont émergé lors des entretiens de recherche. Toutefois, dans le cas où un sujet aurait fait état d'une détresse ou d'un besoin d'aide, nous avons prévu diriger la participante vers une ressource adaptée à son besoin ; ces ressources avaient l'objet d'un accord préalable avec les autorités des organisations impliquées.

Finalement, il est important de souligner que cette recherche se situe sous le seuil de risque minimal tel que défini par la politique éthique des trois conseils canadiens de recherche. En effet, la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients que cette recherche peut causer aux participantes de l'étude sont comparables à ceux

auxquels elles s'exposent dans les aspects similaires de leur vie quotidienne. En d'autres termes, le risque engendré par la méthodologie employée dans le cadre de cette recherche (entrevues semi-dirigées de type associatif-séquentiel) n'est pas plus important que si les participants parlaient de leur vécu à un ami, ou à un collègue.

CHAPITRE III

ARTICLE I

Interprétations psychanalytiques du traumatisme: une synthèse théorico-clinique

Résumé : De plus en plus, on tend à reconnaître la spécificité du travail clinique effectué auprès de victimes de traumatismes. Dans le contexte actuel d'accueil des réfugiés syriens, nombreux sont les soignants qui auront à prendre en charge des survivants de situations extrêmes. Ainsi, l'article qui suit propose une synthèse théorico-clinique de quelques grands courants (Freud, Ferenczi, Winnicott, Bokanowski, Roussillon) et concepts (fonction contenante, médium malléable) psychanalytiques, dans l'objectif d'apporter un nouvel éclairage sur le phénomène du traumatisme et de fournir des repères aux aidantes pour les soutenir dans leurs futurs efforts de mise en sens de cette expérience irreprésentable.

Mots clés : trouble de stress post-traumatique (TSPT), traumatisme, situation extrême de la subjectivité, fonction contenante, médium malléable, psychanalyse

Statut de l'article : publié dans le 3^e numéro du 38^e volume de la *Revue québécoise de psychologie* en 2017.

INTRODUCTION

Dans le contexte actuel de la crise mondiale des réfugiés syriens, de la multiplication des désastres humains et naturels et de la prolifération des actes terroristes, de nombreuses questions se posent en rapport à la préparation des aidants trop souvent envoyés de façon subite dans des contextes de prise en charge du traumatisme. Un modèle nosographique mis de l'avant dans l'évaluation et le traitement des troubles de cet ordre est celui de la 5e, et plus récente édition du *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5)* (2013), où l'on se contente de décrire un ensemble de symptômes qualifiés de trouble de stress post-traumatique. Bien que cette description syndromale du traumatisme ait son utilité diagnostique, il semble qu'au fil du temps se soient édulcorés les repères théoriques permettant d'accéder aux autres dimensions du phénomène traumatique. De par l'extension récente de l'usage du terme de « traumatisme », cette notion est devenue un lieu de malentendus où s'entremêlent fantasmes et réalité, prédispositions psychiques et biologiques, actualité et passé (Marty, 2011). Nombreux sont les cliniciens qui hésitent à inclure dans leur pratique les apports de la psychanalyse au sujet du traumatisme, peut-être à cause du nombre important de publications cognitives-comportementales sur la question, mais aussi peut-être en raison d'une maîtrise insuffisante des apports modernes de la psychanalyse sur le sujet. Ainsi, les questions que nous posons sont les suivantes : qu'a à nous apprendre la psychanalyse contemporaine, à propos du traumatisme et comment peut-on s'inspirer de celle-ci pour adapter la clinique d'aujourd'hui? Succinctement, nous pouvons dire que la psychanalyse est un modèle théorique qui ne fait pas que décrire les symptômes d'un individu, mais qui permet d'expliquer les processus psychiques et les vécus subjectifs en cause dans l'organisation de ces symptômes. Elle décrit les conflits inconscients, les processus énergétiques et les aléas des processus en cause dans les phénomènes traumatiques. La psychanalyse

permet de comprendre comment un individu peut réagir de façon saine à un vécu traumatique alors qu'un autre développera une souffrance et des symptômes incapacitants.

Dans cet article, nous proposons une synthèse de quelques grands courants psychanalytiques actuels portant sur le concept de traumatisme, en détaillant comment la compréhension du phénomène a évolué au cours du temps, en passant des idées de Sigmund Freud, à celles de Sándor Ferenczi et de Donald Winnicott pour en venir aux auteurs contemporains, comme Thierry Bokanowski. Nous poursuivons en exposant les idées originales et intégratrices de René Roussillon, ayant entre autres participé à l'élaboration du concept de situation extrême de la subjectivité, permettant l'articulation de la relation que la réalité externe entretient avec le fantasmatique, dans le cadre de la clinique de la survivance psychique et du traumatisme. En reprenant ces notions et en insistant sur les caractères quantitatif et « asymbolique » du phénomène traumatique, nous étayons l'idée selon laquelle il importe pour le thérapeute de répondre aux besoins du Moi de ses patients et de s'avérer contenant, en plus présenter les qualités d'un objet médium malléable. Finalement, nous faisons état de quelques enjeux propres à l'évaluation et au traitement de patients traumatisés en mettant l'accent sur la description des particularités de ce type d'individu.

1. Contextualisation de la réflexion

L'épistémologie des sciences nous aide à comprendre qu'en psychologie, la conception que nous avons de l'humain et du psychique va considérablement orienter notre façon de comprendre une souffrance, de concevoir ce qui est pathologique et de concevoir l'aide ou le traitement. Le cas des réactions traumatiques ne fait pas exception.

Si le DSM-5 reconnaît qu'on peut souffrir d'une réaction traumatique même par une exposition indirecte (premiers répondants, travailleurs humanitaires, thérapeutes) sa vision demeure en général centrée sur les manifestations « en positif » (souvenirs récurrents, cauchemars, détresse, évitement de situation en lien avec le traumatisme, amnésie, blâme, irritabilité, hypervigilance, problèmes de sommeil) plutôt que sur l'organisation psychique sous-jacente à celles-ci. Ces symptômes sont considérés par certains cliniciens comme constituant en soi le problème, alors que pour la psychanalyse plusieurs de ces manifestations constituent soit une tentative du psychisme de se « guérir », soit un signal autoréférentiel d'un débordement ou l'expression d'un échec des processus de maîtrise du traumatisme. En conséquence, pour un modèle du psychisme comme celui de la psychanalyse, il est possible que des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) soient une expression relativement saine d'un travail psychique, comme il est possible qu'un individu présente, au contraire, des difficultés psychiques énormes sans présenter de symptômes « en positif » très marqués.

La distinction entre les modèles psychiatrique et psychanalytique du traumatisme est importante, car elle implique que selon le premier, on n'offrira de l'aide qu'aux sujets présentant des symptômes manifestes alors que, selon le second, il importera de prendre en charge tant ceux qui exhibent des signes en positif qu'en négatif de psychopathologie. Ainsi, le risque d'un diagnostic syndromal est d'amener le clinicien à croire qu'il ne peut y avoir de réaction traumatique nécessitant de l'aide en l'absence de symptômes en positif. D'ailleurs, les recherches utilisant la théorie psychanalytique ont fait ressortir d'autres tableaux cliniques que ceux décrits dans le DSM-5 chez des individus dont la psyché a été désorganisée par des événements traumatiques. Faute d'espace, nous n'en mentionnerons brièvement que deux. Dans une étude sur les enfants-soldats congolais, Daxhelet et Brunet (2014) ont montré que certains mécanismes d'amputation d'une partie de la psyché avaient protégés ces sujets d'une réaction traumatique classique, alors qu'on aurait pu croire que ceux-ci,

ayant été exposés en jeune âge à des meurtres et des mutilations, auraient pu développer des symptômes de TSPT. Le prix à payer, soulevaient les auteurs, était cependant de se couper d'une partie de son propre vécu qui faisait alors retour dans l'agir et dans une attirance vers la violence. D'autres recherches (Maatouk et Brunet, 2015a, 2015b) ont aussi montré comment des mécanismes psychiques de renversement du « passif » en « actif » pouvaient empêcher l'installation de symptômes classiquement identifiés au TSPT. Une fois de plus, ici, le prix à payer était l'amputation chez les sujets de certains aspects de leur identité et le recours à la violence, notamment en raison d'identification à l'agresseur. Ainsi, les manifestations du traumatisme semblent être en partie définies par les caractéristiques idiosyncrasiques du sujet, en plus, comme nous le verrons, d'être déterminées par les symboles et les représentations culturelles de ce dernier.

1.1 Le traumatisme chez les réfugiés

Il est reconnu que la population des réfugiés est dix fois plus à même de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique que la population générale (Fazel et al., 2005). Préalablement à leur départ, ces gens sont exposés à de multiples pertes (réelles et symboliques) et expériences de violence individuelle ou collective (torture, viol ou agression) les prédisposant à développer un TSPT (Hargreaves, 2002). Divers facteurs post-migrations, comme la rupture de leur cadre culturel (Baubet et Moro, 2013), le racisme (Ellis et al., 2008) ou le danger inhérent au périple leur ayant permis de se rendre en terre d'accueil (Schwarzer et Schulz, 2003), vulnérabilisent aussi ces individus. Toutefois, bien que certains chercheurs aient identifié quelques symptômes (reviviscence et hyperactivité neurovégétative) pouvant être retrouvés de façon relativement universelle chez toutes les populations (Radjack, 2012), d'autres ont souligné le défi que représentait l'évaluation et le traitement du TSPT chez des sujets de cultures et d'horizons divers, tels les réfugiés (Nicholl et Thompson, 2004). En effet, Hollifield et ses collègues rappellent que différentes mesures cliniques

d'évaluation de ce trouble s'avèrent non validées pour plusieurs cultures (2002). De plus, Crumlish et O'Rourke indiquent qu'aucune technique psychothérapeutique visant à traiter le TSPT chez les réfugiés ne semble clairement soutenue par des données probantes (2010). Finalement, Radjack soulève que l'émergence de certains symptômes du trouble de stress post-traumatique dépendrait significativement du contexte culturel (éviter, éroussement de la réactivité) (2012). Cela renvoie aussi au fait que chaque culture possède ses propres « idioms of distress », c'est-à-dire ses « formulations idiomatiques culturellement déterminées de la souffrance » (Rechtman, 2000, p.48). En d'autres termes, chaque collectivité détient ses manières singulières, appropriées subjectivement par ses membres, d'exprimer la pathologie (p.ex. le « chu kbaal », mal de tête associé à la rencontre avec des esprits et une nostalgie de la terre natale représente un véhicule culturel propre au peuple cambodgien permettant l'expression d'un type de détresse psychologique) (Rechtman, 2000).

Au-delà des différences (individuelles et culturelles) dans l'expérience du traumatisme, certains ethnopsychanalystes, comme Baubet et Moro (2003), avancent que ce vécu est invariablement caractérisé par des processus d'effroi et de sidération qui transforment le sujet dans sa manière d'appréhender le monde. Moro (2012) ajoute qu'en clinique transculturelle, le traumatisme devrait être conçu comme étant « tous les non-sens qui touchent l'individu selon le niveau de l'être, du sens et du faire » (p.12), c'est-à-dire comme l'ensemble des éléments bouleversant le sujet dans sa manière d'exister, d'octroyer une signification à son expérience et d'appartenir à sa communauté et même à l'humanité. À notre avis, cette conception appuie l'idée selon laquelle il importe de s'attarder au plan symbolique et intrapsychique de l'expérience du traumatisme, puisque cela dépasse la simple description symptomatologique, qui, comme nous l'avons vu, peut se voir influencée tant par les caractéristiques idiosyncrasiques du sujet que ses représentations culturelles.

Somme toute, bien que la population des réfugiés présente un vécu particulier et qu'elle appelle à une clinique qui lui soit adaptée, dans le cadre de cet article, nous désirons porter à l'attention du lecteur la pertinence du fait d'étudier le phénomène du traumatisme sous l'angle de ce qui semble fondamentalement définir cette expérience, c'est-à-dire l'atteinte des capacités de mise en sens, et de contenance du sujet, par la sidération et le débordement. En ne s'attardant qu'aux manifestations « positives » et propres à leur culture, nous sommes d'avis que les cliniciens pourraient sous-estimer la prévalence de l'expérience traumatique chez leurs patients et omettre de leur proposer des soins adaptés à leurs besoins.

2. Le traumatisme

Bien que notre objectif soit de rassembler les multiples sens attribués au terme de traumatisme, il nous paraît primordial de rappeler que les différentes définitions de ce phénomène ne renvoient pas nécessairement à une entité nosographique unique, mais plutôt à une série de processus psychiques qui tentent de maîtriser une expérience qualifiée de traumatique. Tel qu'indiqué précédemment, nous souhaitons situer ce texte dans une perspective contemporaine, notamment en examinant les dimensions quantitatives et les échecs de la symbolisation dans les réactions traumatiques, plutôt que de s'attarder trop longuement aux traumatismes infantiles de nature sexuelle décrits par les premiers psychanalystes.

2.1 Modèle freudien du traumatisme

À travers le parcours de Sigmund Freud, le concept de traumatisme s'est vu remanié à de nombreuses reprises, conservant cependant une place centrale et déterminante au sein de la psychanalyse. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la théorie freudienne du traumatisme a subi trois avancées importantes au cours de son histoire :

l'élaboration et l'abandon de la neurotica, le développement du point de vue économique du traumatisme et l'abord des enjeux narcissiques du phénomène.

2.1.1 Le traumatisme sexuel en après-coup

En 1895, dans *Études sur l'hystérie et l'Esquisse*, Freud postule que la majorité de ses patients, au cours du traitement, en viennent à se remémorer des expériences de séduction, vécue passivement et avec effroi, « pouvant aller de simples avances en paroles ou par gestes jusqu'à un attentat sexuel » (Laplanche Pontalis, 1967, p.436). L'auteur démontre comment ce type de traumatisme se produit nécessairement en deux temps, en après-coup. Dans sa première théorie, celui-ci propose que tout sujet névrotique, lors de son enfance, ait réellement été victime d'une forme de séduction (agression) sexuelle imposée de l'extérieur par un adulte. Toutefois, dans sa lettre à Wilhem Fliess (1897), l'analyste avoue « ne plus croire » en cette proposition (neurotica), en raison de l'improbabilité du fait que toutes ses patientes aient véritablement subi un acte de séduction de la part d'un parent. Dès lors, pour Freud, ce n'est plus la scène de séduction (réelle) qui est l'organisateur principal de la névrose, mais plutôt le fantasme de celle-ci. Le fait nouveau, souligne-t-il, est que les hystériques fantasment certaines scènes vécues comme traumatisantes et qu'il « est donc nécessaire de tenir compte, à côté de la réalité pratique, d'une réalité psychique » (Freud, 1914, p.275). Ainsi, selon cette seconde théorie du traumatisme, dans l'avant-coup, un enfant subit un acte, par exemple sous la forme de soins corporels, qui sera refoulé et écarté de la conscience grâce au refoulement. Puis, le second temps survient après la puberté alors qu'une scène analogue au traumatisme originel réactive le souvenir de la première scène et lui confère sa connotation sexuelle traumatique. Charbonnier (2007) précise que c'est donc la façon par laquelle le psychisme compose avec l'événement premier qui définit, dans ce cas, la nature traumatique de l'expérience et qui permet au refoulé de faire retour dans le préconscient et se manifester sous forme de symptômes.

2.1.2 *Le fonctionnement en traumatique : quand la quantité fait effraction*

Par la publication de son texte *Au-delà du principe de plaisir* (1920), Freud introduit et remanie bon nombre des assises conceptuelles et théoriques de la psychanalyse. Il développe la notion de membrane « pare-excitante » qui non seulement protège l'appareil psychique par l'amortissement des excitations en provenance de l'extérieur, mais permet aussi un travail psychique, un emmagasinement des quantités pulsionnelles. Bokanowski (2011) précise que le traumatisme acquiert dès lors une nouvelle dimension et devient « un concept emblématique (métaphorique) des apories économiques de l'appareil psychique » (p.42). À partir de ce moment, le phénomène est compris comme une effraction de la membrane pare-excitante, une rupture de la barrière de défense, de par un manque de préparation de l'appareil psychique, celui-ci n'arrivant pas à lier et transformer un phénomène quantitativement trop important. Freud (1920) rappelle que c'est l'absence d'angoisse signal, supposant préparer l'appareil psychique à d'éventuels dangers ou surcharges quantitatives, qui mène à l'effraction traumatique de la barrière pare-excitante.

Lorsqu'il y a traumatisme, le Moi, impréparé, se voit vulnérable face à l'effraction quantitative, d'origine externe ou interne, et devient submergé par l'effroi (*schreck*). Le principe de plaisir est mis en échec et l'appareil psychique s'efforce de « se rendre maître de ces excitations, d'obtenir leur immobilisation psychique d'abord, leur décharge progressive ensuite » (Freud, 1920, p.302). Le sujet est sidéré, médusé, et n'arrive pas à se s'approprier correctement ce à quoi il est confronté. Puis, le défaut de mise en sens laisse toute la place à la compulsion de répétition comme tentative de maîtrise de cette expérience désorganisant (souvenirs traumatiques, cauchemars, etc.). Somme toute, à cette époque, Freud conçoit le traumatisme comme un trop-plein, « un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.499).

À cela, Masud Khan (1974) ajoute que le traumatisme, toujours en lien avec son caractère quantitatif, peut parfois revêtir une apparence peu dramatique, quoique tout aussi dommageable que la catastrophe ou l'agression. Par l'élaboration du concept de traumatisme cumulatif, l'auteur explique que certaines carences ou certains événements semblant anodins peuvent ne pas être traumatisants dans l'actuel, mais le devenir rétrospectivement, s'ils s'accumulent imperceptiblement. Ainsi, la genèse du traumatisme peut parfois être difficilement identifiée puisqu'elle ne renvoie pas inmanquablement à un unique événement grandiose ou spectaculaire tel un attentat terroriste ou un désastre naturel ou humain.

Ce que Freud décrit comme effraction du pare-excitation suivie de l'œuvre de répétition est repris par Thierry Bokanowski comme « fonctionnement en traumatique » (2002). L'auteur met l'accent sur le fait qu'en réaction à l'effraction traumatique s'installe un type particulier d'aménagement psychique ayant des effets « en positif », qui cherchent à répéter l'expérience traumatique dans le but, jamais atteint, d'arriver à la maîtriser ou lui donner un sens (Freud, 1939), et des effets « en négatif », inhibant ou visant à ce que l'événement traumatique n'accède pas au souvenir. Ainsi, le traumatique, selon Bokanowski (2002), représente à la fois l'irruption subite d'angoisse dans l'appareil psychique et la mise en place d'un type spécifique de fonctionnement dont les effets se font ressentir par le sujet. Conséquemment, dans un contexte d'intervention auprès de réfugiés, il nous semble que ce modèle de compréhension puisse s'avérer fort utile pour concevoir des aménagements thérapeutiques adaptés aux besoins urgents de contenance de ces individus à la fois submergés, aux prises avec des contenus psychiques mal symbolisés et embourbés dans une logique mortifère de répétition. Nous reviendrons sur cette idée dans une partie subséquente du texte, en décrivant de façon plus approfondie les caractéristiques de la fonction contenante que peut remplir l'objet-thérapeute dans ce type de situation, en réponse au débordement quantitatif.

Finalement, en 1926, dans *Inhibition, symptôme et angoisse*, Freud propose un lien entre le traumatisme et la perte d'objets ou figures relationnelles significatives. Puis, dans *Moïse et le monothéisme* (1939), il affirme que les expériences originaires constitutives de l'organisation de la psyché, comme nos premières relations aux parents, peuvent entraîner des atteintes précoces du Moi et des blessures narcissiques qui entachent le développement d'un sentiment d'exister en tant qu'être total et intègre. C'est d'ailleurs principalement ces idées qui seront reprises et détaillées par Sándor Ferenczi, comme nous l'exposerons dans la section qui suit.

2.2 Sándor Ferenczi

Dans les années 1920, Sándor Ferenczi reprend la notion du trauma sexuel de la première théorie freudienne et décrit les effets sur la psyché d'une quantité d'excitation sexuelle vécue trop prématurément par l'enfant. L'auteur remanie aussi les idées avancées par Freud après le tournant de 1920, en insistant cette fois sur le rôle de l'objet réel, notamment en soulignant les effets du déni ou de la disqualification de la souffrance traumatique de l'individu. Ainsi, bien que Ferenczi ait élaboré une théorie complexe de la confusion des langues (1925) pouvant s'instaurer dans le rapport entre le parent et son enfant, nous insisterons, dans le cadre de cet article, sur sa conceptualisation des effets de cette dénegation de la part de l'entourage de l'expérience traumatique des sujets. Nous exposerons aussi la conception de l'auteur des effets du trauma sur le narcissisme et l'intégrité du sujet.

2.2.1 *Déni et disqualification de l'expérience traumatique*

Ferenczi indique que c'est surtout le déni et la disqualification des affects du sujet (victime) par l'objet (l'entourage, les personnes significatives) qui signe le caractère traumatique d'un événement, bien que l'acte en lui-même ne soit pas négligeable. Par sa réponse, ou son absence adéquate de réponse, l'objet réel peut causer une véritable déchirure identitaire chez le sujet traumatisé. La réaction « des adultes à l'égard de

l'enfant qui subit le traumatisme fait partie du mode d'action psychique du traumatisme », avance-t-il (1933, p.141). Certaines personnes dans l'environnement des victimes, souligne Ferenczi, ne parviennent pas, pour une multitude de raisons (deuil, dépression, pathologie du narcissisme), à entendre et reconnaître le malaise des sujets traumatisés et cela ne fait qu'ajouter à leur souffrance. Ainsi, à cette agression venant de l'extérieur s'ajoute le mouvement narcissique du sujet, s'attribuant la cause ou la faute de l'abus et développant des affects de honte et de culpabilité; celui-ci en vient à se blâmer pour l'expérience traumatique qu'il a vécue. Par ailleurs, sur le plan intrapsychique, la souffrance se perpétue étant donné l'introjection de l'objet agresseur et défaillant, c'est-à-dire à l'intériorisation d'un parent inadapté et incapable de s'occuper des besoins du Moi de son enfant. À cela s'ajoutent diverses conséquences néfastes sur le développement ou le maintien de la structure de l'appareil psychique, tels une commotion psychique ainsi qu'un clivage narcissique.

2.2.2 Commotion psychique et clivage narcissique

Dans son *Journal clinique* (1932), Ferenczi rapporte que, en réaction au choc traumatique, la psyché se scinde, causant une véritable déchirure dans le Moi ou l'identité, créant ainsi diverses sphères de fonctionnement au sein de celle-ci. Dans *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* (1925), l'auteur décrit l'existence d'un phénomène de clivage de la personnalité et de régression suite au choc traumatique vers un état de béatitude prétraumatique cherchant à le rendre non advenu. En outre, plus le nombre ou l'intensité des chocs seraient grands, plus il y aurait de segments de la personnalité qui se comporteraient de manière indépendante les unes des autres. Dans *Réflexions sur le traumatisme* (1933), Ferenczi ajoute que le « clivage narcissique » représente la création au sein de l'appareil psychique d'une partie du Moi qui mesure l'ampleur des dommages et ne laisse accéder à la perception que ce qui est supportable. Tout se passe comme si la partie endommagée

de la personnalité se réfugiait dans les confins de la psyché, dans l'espoir d'être protégée par le fragment du Moi artificiellement mûr et adapté.

Pour Ferenczi, le traumatisme constitue une atteinte du Moi qui entraîne des effets morbides et négatifs (1932) et qui paralyse le fonctionnement psychique. Il représente à la fois une effraction sexuelle et une expérience destructrice contre laquelle le Moi ne peut se protéger qu'en se clivant. Ainsi, l'auteur présente des idées novatrices, à l'époque, en reconnaissant avant quiconque que le traumatisme désintègre l'unité de la personnalité en encapsulant la partie traumatisée du Moi dans l'attente d'une possible liaison psychique, d'une réintégration du traumatisme par la symbolisation dans un Moi constitué. Les sujets traumatisés souffrent de l'impossibilité d'intégrer divers fragments d'eux-mêmes, vécus comme irréconciliables, mentionne Quinodoz (2000). Au plan clinique, ceux-ci montrent un vide narcissique et se disent « désaffectés » (McDougall, 1982) ou même « désertiques » (Cournut, 1991).

2.2.3 Ferenczi et la clinique d'aujourd'hui

Ferenczi montre combien il importe pour l'objet de reconnaître et d'accueillir la souffrance du sujet traumatisé, sans quoi son expérience s'en voit d'autant plus violente et insensée. Conséquemment, nous croyons qu'il est essentiel de s'interroger sur les effets des thérapeutiques qui n'abordent que la symptomatologie des patients, aux dépens du travail sur la souffrance sous-jacente à celle-ci. En offrant au sujet de dissocier ses affects de ses souvenirs, en proposant, par exemple, d'agir directement sur le processus de reconsolidation des souvenirs par la combinaison d'un traitement pharmacologique accompagné de techniques de réactivation du souvenir traumatique (p.ex. le Propranolol, Brunet et al., 2011), le thérapeute ne favorise-t-il pas le déni qui pourrait être à la source d'un clivage permanent? N'ajoute-t-il pas à la souffrance de cet individu déjà atteint d'une problématique qui attaque le symbolique et la liaison et qui cultive un sentiment de déshumanisation? Au contraire, un modèle thérapeutique basé sur des notions de contenance psychique (Bion, 1962; Brunet et Casoni, 2000) et

de malléabilité du thérapeute (Roussillon, 2014) ne permet-il pas, justement, d'éviter ce phénomène de duplication du traumatisme? À notre avis, ces dernières thérapeutiques renseignent effectivement les cliniciens sur les fonctions à remplir pour répondre aux besoins du Moi du sujet et permettent l'appropriation subjective, à la source de l'intégration au Moi des expériences vécues comme incompatibles avec l'unité de l'appareil psychique. C'est pourquoi nous les détaillerons de façon plus exhaustive dans les sections qui suivent.

2.3 Donald Winnicott : le rôle de l'objet-environnement

Donald Winnicott s'applique à étudier les processus que l'on qualifie de traumatiques à partir d'observations de phénomènes normaux liés au développement psychique des nourrissons. Il élabore une théorie orientée autour des questions de la dépendance de l'enfant envers son environnement et de la désillusion que ses premiers objets doivent progressivement instituer dans leur lien à celui-ci et présente un ensemble de processus psychiques développementaux normaux qui sont modulés par la qualité des réponses de l'environnement aux besoins du nourrisson. Winnicott offre donc une forme de modèle prototypique du phénomène traumatique, en mettant l'accent sur le rôle de l'ajustement et de la réponse des objets aux besoins du bébé qui, comme celui-ci l'avait indiqué, « n'existe pas » seul. C'est la manière par laquelle les objets répondent au débordement de l'appareil psychique qui constitue le caractère traumatique d'un événement pour le sujet. Ainsi, dans la clinique d'aujourd'hui, cela signifie que nous puissions proposer un modèle à la fois de compréhension, de prévention (ou protection) et de prise en charge du traumatisme tant chez l'enfant que chez l'adulte, si nous parvenons à bien saisir à quelles fonctions doit répondre l'objet pour s'avérer suffisamment bon et contenant pour le sujet.

2.3.1 La dépendance du sujet à son environnement

Winnicott avance que le traumatisme représente ce qui participe à l'annihilation de l'idéalisation d'un objet, par la haine du sujet, en réaction au fait que ce dernier a failli dans l'atteinte de ses fonctions (Winnicott, 1965). Le trauma provient d'une désillusion, d'une perte de confiance, à l'égard de l'environnement généralement prévisible, auquel le nourrisson est complètement dépendant. Dans ces écrits, Winnicott emploie l'image d'une mère qui ne peut faire usage de son ambivalence et de sa haine à l'égard de l'enfant et qui échoue à soutenir le processus de désillusion qui suit la phase d'omnipotence du nourrisson comme figure prototypique. En d'autres mots, il avance qu'il peut s'avérer débordant et traumatique que le pourvoyeur de soin ne réponde pas de façon suffisamment bonne aux besoins de l'enfant dans son cheminement vers l'indépendance. Le parent qui ne soutient pas bien le passage entre le « trouvé/créé » (Winnicott, 1951-1953) de ses objets et celui où il doit accepter, avec frustration, que le réel ne correspond pas à son monde intérieur agit comme un objet « non malléable » (Roussillon). L'objet ne se laisse pas saisir par le sujet et ne survit pas dans ses capacités créatrices de transformation de l'expérience, ce qui ajoute le caractère traumatique à l'expérience de désillusion, qui, autrement, représente une étape normale du développement.

Dans les situations traumatiques, l'enfant se voit incapable de développer ses capacités de transitionnalité et son sentiment d'exister de façon continue est altéré. Puisque l'objet n'a pas su s'ajuster de façon suffisamment sensible aux besoins du Moi du sujet et s'offrir comme objet « pour symboliser », celui-ci se voit envahi par la haine. Ainsi, le traumatisme représente la perte trop subite de l'illusion d'être soutenu et comblé par un bon objet, celui-ci se montrant empiétant de par ses absences ou sa trop grande présence, cela menant le sujet à entretenir une rage destructrice à l'égard de dernier. Dans le pire des cas, lorsque l'empiètement se produit dans les premiers mois de vie, cela engendre une véritable scission du Soi,

créant une déchirure agonistique dans l'existence du sujet ainsi qu'une fragmentation de ses éléments constitutifs. Le sujet se sent en proie d'une véritable mort psychique, d'un état de mort de sa subjectivité. Ce phénomène donne aussi parfois lieu à l'émergence d'un faux-self qui, à l'instar de la partie surdéveloppée du Moi clivé décrite par Ferenczi, en vient à négliger ses tendances spontanées et à être suradapté à l'environnement ou aux désirs des parents. Dès lors le sujet en vient à ressentir des impressions de vide ou d'irréalité ainsi qu'un sentiment de ne pas avoir accès à sa subjectivité propre. Dans la clinique d'aujourd'hui, nous croyons que les apports de Winnicott quant à la question de la dépendance du nourrisson à son environnement suffisamment bon nous fournissent des pistes fort pertinentes quant aux dispositifs thérapeutiques à mettre en place et au positionnement à favoriser lors de la rencontre de patients traumatisés. En effet, nous verrons comment il importe particulièrement, dans ce type de clinique d'évaluer puis de mettre en place les conditions nécessaires à la réponse aux besoins du Moi du sujet en souffrance.

2.3.2 *La défaillance de l'objet*

Winnicott relie aussi le traumatisme à la temporalité qui, dans les situations extrêmes, entraîne un sentiment d'agonie primitive, étant donné son caractère inintelligible et débordant. Dans *Jeu et réalité* (1971), l'auteur indique que lorsque le parent « s'absente » de l'enfant, il se doit de retourner auprès de celui-ci pour subvenir à ses besoins dans un temps raisonnable et tolérable pour ses capacités psychiques. Dans le cas échéant, ces brefs moments d'imperfection agissent comme des soutiens à l'autonomisation du sujet. Dans le cas contraire, si le temps de séparation est trop long et que l'enfant est laissé à lui seul, ce dernier fait l'expérience d'une « angoisse impensable » (*unthinkable anxiety*), qui déstructure sa psyché et contre laquelle son Moi érige des défenses primitives. Puis, tout se met en place, dans l'expérience du sujet, pour éviter la répétition de cet éprouvé de « coupure de la continuité de l'être » et de cet état de confusion allant de pair avec la perturbation de

l'organisation naissance du Moi (Winnicott, 1971). Ainsi, dans le cas d'un traumatisme, les moments d'échec (failures), d'absence ou de manque d'ajustement de l'objet réel sont trop nombreux ou trop intenses et en viennent à empiéter (impingement) sur le sentiment de continuité d'être du nourrisson, encore peu outillé pour faire face aux obstacles de la vie. Somme toute, le caractère « temporel » du traumatisme renvoie à la durée de l'expérience débordante que doit subir le sujet en fonction de la présence réelle ou symbolique de l'objet qui, de par ses réponses, s'avère contenant ou non. Dans le cas, d'un « trop » d'absence ou d'un manque de réponses adaptées au besoin du Moi, le Soi s'en voit fragmenté. L'appareil psychique n'est en mesure de contre-investir l'effraction économique que pour une période restreinte, suite à quoi le système défensif de ce dernier s'effondre s'il n'est pas soutenu. Cela renvoie donc directement au mode de présence, réflexif et contenant, qui doit être celui du clinicien oeuvrant auprès de populations traumatisées. En effet, comme l'indique Roussillon (2014), dans la clinique actuelle de l'extrême, le thérapeute doit « se prêter au jeu de la symbolisation du sujet » (p.170) et accepter de mettre en suspens son altérité pour prolonger la position de préoccupation maternelle primaire, évoquée par Winnicott, et offrir une présence malléable, constante et ajustée aux besoins du Moi du patient traumatisé.

2.3.3 Winnicott et la clinique du traumatisme

Selon cette perspective, le travail en clinique consiste à inscrire l'expérience qui n'a pas pu avoir lieu, de répondre dans la relation transféro-contre-transférentielle par la réponse qu'aurait dû avoir l'objet primaire aux besoins du nourrisson (Green, 1974). Il s'agit d'offrir un environnement suffisamment bon, mais surtout contenant, au sujet, en répondant de façon adéquate aux besoins de son Moi et en se montrant soutenant, afin que celui-ci reconstitue son sentiment de continuité d'être et d'intégrité. En s'étayant sur la présence réelle et fantasmatique du clinicien, le sujet peut s'extirper de sa logique de survie, où la fragmentation de sa personnalité était nécessaire, et de

nouveau accéder à son vrai Soi. Ainsi, il est essentiel pour l'aidant de se présenter au sujet comme un objet pouvant à la fois amortir son choc quantitatif et soutenir ses efforts de symbolisation. Il est à noter que cette représentation du lien thérapeutique rejoint la façon par laquelle nous pensons de nos jours la clinique, c'est-à-dire en relation avec la qualité de la relation à l'autre-sujet.

2.4 René Roussillon et le traumatisme

Malgré la richesse des élaborations théorico-cliniques exposées précédemment, peu d'auteurs analytiques semblent s'être attardés à développer une synthèse intégrative et contemporaine des théories du traumatisme et des situations intersubjectives dans lesquelles ce phénomène éclot. René Roussillon, dans ses écrits, s'applique à unifier le legs de ses prédécesseurs en élaborant le concept de « situation extrême de la subjectivité » et en décrivant de façon détaillée et complexe les paramètres à prendre en compte dans la clinique de la survivance psychique. En effet, par sa théorisation du contexte intrapsychique et intersubjectif dans lequel le traumatisme se voit plus propice d'émerger, de la fonction contenante et de l'objet « médium malléable », l'auteur nous rappelle le caractère à la fois bien réel et inconscient du phénomène et nous offre de nombreuses pistes cliniques pour en traiter.

2.4.1 *Les situations extrêmes de la subjectivité*

Roussillon, dans son texte *Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique* (2005), reprend le concept de la situation extrême de la subjectivité (Bettelheim, 1960) en indiquant qu'il s'agit de circonstances « 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); ce sont des moments qui plongent l'individu dans un univers où règnent des logiques mortifères de répétition et d'économie de survie. Parallèlement, l'auteur explicite sa volonté de dégager « un

fond relativement unitaire » de l'expérience de ceux qui ont été confrontés à ce type de situation et qui, dans certains cas, ont réussi à organiser certaines stratégies de survie leur ayant permis de la traverser.

2.4.2 La déshumanisation

Selon Roussillon (2005), les situations extrêmes ne se résument pas à des situations dans lesquelles sont vécus des sentiments d'impuissance et de détresse; « elles sont cela, mais elles sont plus que cela » (p.223). Les situations extrêmes confrontent le sujet à des affects qui vont au-delà de l'impuissance et de la détresse, « qui présentent des formes "dégénérées" de celles-ci, voire "déshumanisées" » (Roussillon, 2005, p.223). Souvent, on évoque la souffrance pour caractériser ce type d'expérience, mais la souffrance (psychique) désigne un affect qui possède un sens, qui appartient à la condition humaine. Les situations extrêmes noient le sujet dans un océan de douleur « aiguë » et inintelligible, parfois corporelle, mais surtout psychique. Son caractère le plus traumatique est son irréprésentabilité, le fait qu'elle soit insignifiante, illogique et incompréhensible. La fuite effective de la situation traumatique s'avère, dans ces cas, impossible ou vaine, le vécu d'impasse ajoutant à l'impression d'une situation insensée. Le sujet souffre à la fois de la perte de son organisation psychique et de la perte « des logiques du choix », la situation extrême le projetant dans l'univers des « logiques de la contrainte », de la compulsion et de la répétition (Roussillon, 2005, p.224-225). Progressivement, le traumatisé se voit envahi d'un état de désespoir absolu, de rupture du « contrat narcissique » (P. Aulagnier, dans Roussillon, 2005) qui le relie à l'humanité. Dans ce type de situation, la déshumanisation entraîne non seulement un sentiment de perte de dignité humaine, mais aussi de honte, de dérégulation, de solitude incommensurable ; le sujet est jeté hors de l'ordre symbolique qui organise l'humanité. Il se sent fondamentalement seul devant son éprouvé, vécu comme absurde et insensé.

2.4.3 *Se tuer pour survivre*

Roussillon caractérise de paradoxale la principale défense associée aux stratégies de survie des sujets traumatisés : à défaut de pouvoir fuir la situation extrême dans la réalité, le sujet « se retire de son expérience subjective, se quitte, se coupe de lui-même » (2005, p.226), comme le lézard qui, lorsque pris au piège, accepte de sacrifier une partie de soi pour sauver le tout. Le sujet se retrouve face à la nécessité de se couper d'une expérience subjective centrale, d'anesthésier la partie de soi en contact avec cette douleur insupportable, de se « tuer » pour subsister, ce qui rappelle le clivage narcissique évoqué par Ferenczi. Comme l'indique Roussillon : « on ne gagne pas contre une situation extrême, mais on peut "survivre psychiquement", mettre en œuvre des stratégies pour "survivre", ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir. » (2005, p.226). Ainsi, ce mode défensif représente une solution paradoxale qui puisse paraître illogique, mais qui, tout en permettant de préserver une partie de la psyché, permet aussi au sujet de passer d'un mode « passif » à un mode « actif » (Matouk et Brunet, 2015a, 2015b). Afin de ne pas subir passivement la situation traumatique et de retrouver un sentiment de maîtrise sur celle-ci, le sujet « se tue » lui-même d'une partie de soi. Ce mécanisme est aussi repérable dans plusieurs formes de processus issus de logiques répétitives et mortifères, comme le fait de réinstaurer dans la réalité une forme d'exil ou d'opposition, par exemple, par un refus des soins proposés, afin de retrouver un rôle actif dans l'expérience de passivation et de solitude subie. Il a aussi été lié aux suicides de terroristes (Brunet, 2015).

Sur le plan clinique, Roussillon (2005, 2014) rapporte qu'il faut s'intéresser aux stratégies de survie des patients et se questionner à savoir si celles-ci fonctionnent toujours ou non. Par le respect que l'on accorde à la solution psychique du sujet traumatisé, nous entamons le travail de prise en charge des besoins de son Moi. D'emblée, nous devons œuvrer à nous représenter la manière par laquelle le sujet cherche à se soigner. Puis, une fois la sidération reconnue et les stratégies « d'auto-

cure » (Khan, 1974 cité dans Roussillon, 2014, p.115) repérées et acceptées, le travail consiste à offrir un espace de réaménagement du système défensif, mais aussi d'accompagnement vers la rencontre des éprouvés agonistiques contre lesquels le patient se défendait. Il s'agit donc, selon Roussillon (2014), d'un paradoxe qui se présente de façon particulièrement prégnante dans la clinique de l'extrême : accepter l'autre tel qu'il se présente à nous dans l'actuel, dans quelque état qu'il soit, pour ensuite lui fournir les conditions nécessaires à la mise en œuvre du changement.

2.4.5 Les conditions extrinsèques à la conjoncture traumatique

Roussillon (2002, 2005) évoque quelques conditions extrinsèques ou « objectives » à ce qu'il nomme les conjonctures traumatiques, bien qu'il précise que « les causes du déclenchement de la situation extrême [puissent] être de natures très différentes » (2005, p.223) et que celles-ci affectent chaque sujet de manière bien singulière. Selon l'auteur, le processus de symbolisation ou d'appropriation de cette expérience ainsi que la mise en place de solutions à cette dernière dépendent de quelques facteurs particuliers :

1. L'âge et le degré de structuration de l'appareil psychique : plus un sujet se développe, plus le degré d'organisation de son appareil psychique se complexifie. Ainsi, un bébé, par exemple, serait plus enclin qu'un adulte à être traumatisé et durablement désorganisé par une situation extrême, étant donné la précarité de sa constitution et son immense dépendance envers le monde extérieur.

2. Les moyens de récupération et la plasticité de l'appareil psychique : les jeunes enfants, toujours en période de structuration, montrent « des moyens importants de récupération et de plasticité » (Roussillon, 2005, p.227) lorsque confrontés à des modifications de leur environnement. Ainsi, si la situation pathogène se modifie et s'ils se voient soutenus par leur milieu, ceux-ci semblent pouvoir se sortir des situations extrêmes de la subjectivité sans trop de dommages psychiques. Toutefois,

si l'environnement s'avère nocif, celui-ci acquiert un caractère « traumatisant » et l'équilibre psychique des jeunes sujets s'en voit d'autant plus fragilisé.

3. La durée de la situation : la durée de la période pendant lequel le sujet est exposé aux circonstances inhumaines importe sur les effets que celles-ci auront sur sa psyché. Ainsi, plus la situation extrême de la subjectivité dure, plus grandes sont les probabilités que les traces laissées par celle-ci soient traumatiques ou durables.

4. L'intensité de la situation : l'intensité « objective » de l'excitation engendrée par certaines circonstances vient moduler l'aspect quantitatif des situations extrêmes de la subjectivité, quoique cela ne doit être compris comme un absolu. En effet, bien que nous puissions, par exemple, nous attendre à ce que la torture ou l'expérience d'une guerre civile soit plus propice à faire effraction dans l'appareil psychique, il reste que chaque situation est interprétée subjectivement et vécue en fonction de divers paramètres intra et intersubjectifs.

5. L'impréparation du sujet : moins la psyché est préparée à recevoir un choc, par l'apparition progressive d'angoisse signal, plus grandes sont les probabilités que le sujet se voit traumatisé. L'individu, surpris par la survenue de la situation extrême, n'a point l'occasion de se préparer contre le danger menaçant son intégrité en mobilisant son système défensif et en subit donc d'autant plus les effets de débordement.

6. La vulnérabilité du sujet : la vulnérabilité du sujet se manifeste sur deux plans. D'abord, elle est définie par le fait que le traumatisme se produise alors que le sujet a relâché sa vigilance et ses défenses, par exemple, en s'adonnant à une activité qui lui était habituelle et connue. Puis, la vulnérabilité évoque l'état de fragilité dans lequel le sujet peut se retrouver au moment de la conjoncture traumatique, alors que celui-ci

met en « crise » ou en « drame » certains conflits ou enjeux psychiques qui lui sont propres au moment de sa survenue.

Ce sont ces facteurs, en plus des réponses des objets, qui selon Roussillon potentialisent le caractère extrême des circonstances dans lesquelles se retrouve le sujet. Par ailleurs, une fois extirpé de ce type de situation, l'auteur précise qu'il reste encore à traiter les traces que celle-ci, et que les défenses extrêmes mobilisées pour survivre à celle-ci, ont laissées dans la psyché. L'essence du problème réside dans la réactivation mortifère des vestiges internes hérités des circonstances extrêmes, dans cette compulsion de répétition, et dans ce retour de l'intérieur du traumatisme. Ainsi, les réfugiés semblent constituer une population particulièrement propice à faire l'expérience de situations extrêmes de la subjectivité, ces sujets ayant souvent été exposés pour de longues durées à la déshumanisation et ayant dû, à des fins de survie, s'amputer de la part agonistique de leur expérience, du moins, jusqu'à leur arrivée en terre d'accueil.

3. L'identification au sujet traumatisé : une position de partage

L'empathie représente la forme d'identification projective non défensive qui permet d'accéder à la subjectivité de l'autre (Brunet et Casoni, 2000). Elle implique de la flexibilité et de la nuance dans les identifications. En situation clinique, le thérapeute doit accepter de se laisser toucher et de laisser le patient déposer en lui sa détresse ou ses affects violents.

De par ses fonctions, le soignant fait généralement l'expérience d'un vécu très rapproché de celui de ses patients. Par identification projective empathique, celui-ci ressent et relate vivre des expériences psychiques parallèles ou semblables à celles des sujets. Dans la prise en charge de sujets traumatisés, selon Roussillon (2005), le clinicien en vient à se placer en « côte à côte » avec ses patients, c'est-à-dire dans

une position de partage de « la même difficulté, voire la même détresse ou le même désespoir » (p.234). Dans le cas des situations extrêmes de la subjectivité, il semble que le clinicien ne puisse être thérapeutique que dans la mesure où il arrive à une certaine forme de « partage d'affect » (Parat, 1995). Le soignant est celui qui fait fonction de témoin compassionnel; il occupe une position tierce, nomme et qualifie. Cela se manifeste entre autres par le « bricolage » (Levi-Strauss, 1962) de dispositifs cliniques ajustés à la situation actuelle des sujets. Certains thérapeutes vont même jusqu'à faire ce que Selma Fraiberg appelle de la « kitchen therapy », c'est-à-dire des rencontres cliniques dans les lieux mêmes d'habitation ou de refuge des patients traumatisés. Ainsi, « le "partage" de la situation extrême passe parfois par partager les mêmes lieux, endurer pendant un certain temps les mêmes conditions de vie. L'intelligibilité est souvent à ce prix, c'est ce qui permet de "sentir" ce que les sujets sentent, de voir les choses à partir de leur point de vue, empathiquement » (Roussillon, 2014, p.119). Rappelons que l'une des caractéristiques essentielles du vécu traumatique est qu'il est accompagné d'un sentiment de solitude extrême. Ainsi, le partage du vécu de détresse est nécessaire et, dans certains cas, pourrait être suffisant pour relancer certains processus psychiques paralysés par l'éprouvé d'isolement agonistique. Toutefois, dans d'autres cas, ce partage s'avère insuffisant puisque le sujet se voit aux prises non seulement avec un trop-plein économique, mais aussi avec des difficultés d'appropriation subjective et de symbolisation. Conséquemment, nous proposons qu'à ces défauts d'activités de transformation de la quantité en qualité, le clinicien doive répondre en s'offrant comme objet contenant et en revêtant les caractéristiques d'un médium malléable, que nous exposerons subséquemment.

Somme toute, selon Roussillon (2005), ce partage est ce qui met en marche le processus de réhumanisation, ébranlant l'impression que l'expérience psychique vécu dans un traumatisme n'est pas partageable. Ainsi, la position de témoin compassionnel, de double, du thérapeute permet d'amoindrir la surcharge quantitative

portée par le sujet et d'entamer le processus de remise en marche des capacités de symbolisation.

3.1 La prise en charge des besoins du Moi du sujet

Pour Roussillon (2014), le travail clinique avec les patients traumatisés constitue une forme de prolongement de la préoccupation maternelle primaire. Il y aurait un rappel, dans la relation thérapeutique, du lien de dépendance mère-enfant. En plus d'intervenir au plus près de l'événement traumatique pour éviter l'enkystement du trouble (Cortais, 2003), le travail en clinique consiste à se préoccuper (au sens de Winnicott) des besoins du Moi de la victime. Roussillon (2002) propose de définir ces besoins comme étant « l'ensemble des conditions intra et intersubjectives requises, pour qu'un sujet puisse faire le travail psychique de métabolisation de son expérience subjective vécue que celle-ci soit traumatique ou pas » (p.40). Ainsi, selon lui (2002, 2014), le travail auprès du sujet traumatisé en est donc d'abord un d'identification des besoins du Moi, maintenu dans un état d'agonie de par la non-reconnaissance de ces derniers. L'auteur précise que le patient, au sein de l'espace thérapeutique, exprime ses besoins sur trois plans distincts auxquels sont appariées trois fonctions particulières auxquelles doivent répondre les cliniciens.

1. Le premier plan, ou fonction phorique, est celui de la contenance de la quantité et de l'accueil de la subjectivité du sujet par le dispositif humain et matériel. Ce type de besoin renvoie à la nécessité d'abaisser les tensions à un niveau tolérable pour l'appareil psychique, cela lui permettant de poursuivre ses activités de symbolisation et de maintenir une certaine forme d'intégrité psychique. Cela rappelle en quelque sorte le holding (Winnicott, 1956) de la mère, permettant à l'enfant d'être porté, tenu, pare-excité, investi et stimulé. Cette fonction met ainsi l'accent sur la gestion de l'économie psychique du sujet, dont la barrière défensive a été mise à mal.

2. Le second besoin du Moi, ou fonction du thérapeute est sémaphorique. Il s'agit de la reconnaissance du fait que toute activité humaine soit porteuse « de signifiante potentielle ou de signification passée » (2002, p.20), adressée à un autre. Toute production humaine est habitée de signes, aussi énigmatiques qu'ils puissent paraître, qui structurent notre échange avec le monde. Ainsi, la fonction sémaphorique est celle qui injecte une qualité dans les signes lorsque ceux-ci ont été ignorés, dégénérés ou effacés.

3. Finalement, le troisième besoin du Moi, ou fonction du clinicien, est métaphorique. Cela concerne la production de sens, l'activité de symbolisation. C'est un travail d'organisation de l'expérience et de liaison des affects aux représentations. C'est ce à quoi se prête l'objet tiers et témoin, l'objet « pour symboliser ».

Le clinicien, capable de contenance, fiable et empathique agit comme un Moi auxiliaire, facilitant non pas l'oubli ou l'édulcoration du souvenir (Daligand et Gonin, 1993), mais bien la diminution du surplus de quantité et la restauration de la fonction symbolique du sujet. Le travail en est un d'élaboration de l'expérience violente mal symbolisée, de restauration du sentiment de continuité d'être, de traitement de la quantité et de remise en marche du processus de symbolisation. Ce n'est que par cette réouverture symbolique langagière ou sublangagière que peut s'opérer « une secondarisation des inscriptions sensorielles », indique Cortais (2003, p.234). Le rôle du clinicien est de soutenir la victime dans son travail de deuil de son sentiment d'invulnérabilité (Cortais, 2003) et, ultimement, viser à subjectiver cet éprouvé d'anéantissement et réinvestir le désir de vivre du sujet (Roisin, 2010). Ainsi, dans ce cas, l'objectif principal du suivi est de redonner la capacité « de contenir, [de] penser et [de] dire » (Cortais, 2003) à un sujet à qui cet espace humanisant a été dénié, à un sujet à la fois submergé, sidéré et dans l'impossibilité de lier psychiquement.

3.2 La fonction contenantante

Comme nous l'avons indiqué précédemment, le travail clinique auprès des patients traumatisés en est un de repérage des besoins du Moi, de contenance du surplus d'excitation qui fait effraction dans la psyché, puis, finalement, de traduction de l'expérience du sujet en contenu assimilable pour la psyché. Le thérapeute doit « survivre » psychiquement à l'excès pulsionnel et aux projections de ses patients et leur offrir un environnement suffisamment bon qui pourra permettre la restitution chez ces derniers d'un sentiment de sécurité et de continuité d'être. En réponse à la destructivité du patient, il doit s'abstenir de se retirer de la relation, doit rester physiquement et psychiquement présent et montrer une absence de représailles. Par ailleurs, la contenance s'effectue aussi sur le plan symbolique, puisque le clinicien, comme la mère avec son nourrisson, doit s'offrir comme objet permettant de transformer, de « détoxifier », les éléments inassimilables de l'expérience du sujet en contenus digestes pour la psyché.

De façon plus contemporaine, selon Brunet (2006), la fonction contenantante est caractérisée par deux polarités, celle du fantasme et celle de la fonction réelle de l'objet. Elle est composée d'éléments de nature intrapsychique et d'autres de nature intersubjective. Du point de vue du thérapeute, la fonction contenantante ne peut se réduire à une écoute bienveillante, à un partage d'affects ou à une acceptation, fut-elle inconditionnelle. Elle représente plutôt « sa disponibilité psychique, sa capacité à se laisser utiliser par l'objet, sa capacité à être un objet attracteur et ainsi de pouvoir remplir un rôle objectalisant chez des individus dont les carences ou les traumas portent vers une désobjectalisation importante » (Brunet, 2006, p.31). Pour rendre compte de la complexité de la fonction contenantante, Brunet (2013) propose d'expliquer l'engagement dans ce processus intrapsychique et intersubjectif en le divisant en cinq étapes distinctes.

1. Au départ, le patient, traumatisé dans ce cas, espère pouvoir transmettre et déposer dans le thérapeute, le surplus de quantité et les contenus angoissants peu symbolisés qui l'affligent. Il souhaite expulser de son appareil psychique les éléments à la source de sa souffrance dans l'espoir que le thérapeute soit suffisamment solide pour les contenir sans se voir écrasé, anéanti. Comme l'indique Bion (1962), l'objectif inconscient du sujet est non seulement de se débarrasser des contenus psychiques vécus comme dangereux, mais aussi qu'ils soient traités et pensés par le thérapeute pour qu'il les lui redonne sous une forme digeste, tolérable ou intégrable au Moi.

2. À ce processus intrapsychique s'ajoutent par la suite des tentatives « d'inductions émotives » (Brunet, 2013, p.158), prenant la forme de communications verbales et non verbales, ayant comme visée de « toucher » le clinicien. L'objectif du sujet, à cette étape, est d'amener l'objet à accepter de porter en lui les contenus projetés et de se laisser les ressentir; position proche des besoins phoriques et métaphoriques décrits par Roussillon.

3. Par la suite, c'est à l'objet de se montrer réceptif et sensible et de « présenter suffisamment de sensibilité et d'ouverture identificatoire pour que ces inductions soient reçues, intégrées » (Brunet, 2013, p.158). Le thérapeute, malgré la lourde charge quantitative et la qualité violente ou archaïque de ce qui est projeté en lui, doit accepter de se laisser pénétrer, de régresser, d'être ému et de recevoir ce qui lui est partagé.

4. Lorsque le thérapeute se laisse toucher et saisir par le sujet auquel il s'identifie, il en vient à éprouver consciemment et inconsciemment divers émois qui finissent par s'amalgamer à ses propres pulsions, conflits ou angoisses, constituant une sorte d'hybride « soi-objet » ou une véritable chimère, selon les termes de de M'Uzan (1994).

5. Finalement, le clinicien doit en venir à élaborer, à transformer psychiquement, cet amalgame de projections du patient et d'enjeux qui lui sont propres pour parvenir à en rendre une version transformée, tant sur le plan quantitatif que symbolique, au sujet.

C'est de ce processus, en quelque sorte transitionnel, dont il est question lorsque l'on propose au clinicien de favoriser la mise en place d'un espace de contenance au sein de son dispositif clinique. Il s'agit d'un positionnement à la limite entre l'intrapsychique et l'intersubjectif où l'objet réel se montre disponible pour le sujet dans ses capacités de réception des contenus peu symbolisés et de « digestion » de ces derniers. Toutefois, pour en arriver à surpasser la simple gestion économique et parvenir à la mise en place du travail de transformation symbolique, nous croyons que le patient doit impérativement faire la rencontre d'un thérapeute présentant les qualités d'un objet « médium malléable ».

3.3 L'objet médium malléable

Pour remplir cette fonction contenante, l'objet, le thérapeute, doit remplir une série de fonctions pour les besoins du Moi du sujet. René Roussillon, inspiré des écrits de Marion Milner (1952-1954), a développé en profondeur, à travers sa conception de l'objet médium malléable, une série de caractéristiques de l'objet répondant aux besoins du Moi du sujet et tout particulièrement à ses besoins de symbolisation. Bloqué dans ses capacités de transformation de la quantité et de travail sur les représentations, le sujet doit nécessairement s'étayer sur un autre-sujet, présentant diverses qualités, afin de parvenir à métaboliser son expérience. Roussillon, dans son Guide de pratique clinique (2014), avance que c'est le « mode de présence » de l'objet ou du clinicien qui favorise le soutien adéquat des besoins du Moi du sujet ainsi que ses processus de symbolisation et de subjectivation. À l'instar de Winnicott, Roussillon propose une relation étroite entre ce qui s'est produit ou non dans le rapport du sujet à son environnement et les réponses que le clinicien peut tenter

d'apporter. En d'autres mots, pour lui, « mieux comprendre les particularités de ce que l'objet "aurait dû apporter" permet dès lors du même coup de mieux comprendre ce que le clinicien peut ou "doit" apporter » (2014, p.167).

L'objet médium malléable, emblème de l'activité de symbolisation, revêt une série de propriétés qui permettent au sujet d'étayer ses propres capacités de représentation. D'abord, par son caractère contenant, il s'offre comme pare-excitation, permettant d'abaisser la quantité à niveau tolérable pour l'appareil psychique. Puis, il se présente comme un « objet pour symboliser », un soutien à la relance des processus de symbolisation. Dans la plupart de ses écrits, Roussillon utilise la métaphore de la pâte à modeler pour exemplifier les qualités que doit prendre le thérapeute souhaitant se présenter comme malléable. L'espace de ce texte ne nous permet pas une description exhaustive des qualités du médium malléable, nous nous contenterons de les décrire ici à grands traits.

Pour soutenir les besoins du Moi du sujet, l'objet doit être « consistant » on doit pouvoir le voir le sentir, le toucher (au moins métaphoriquement); il se laisse donc saisir, toucher. L'objet est malléable, il doit pouvoir s'adapter à ce qu'on lui impose. Il doit faire preuve d'une indestructibilité symbolique, ou du moins d'une grande résistance à la destructivité volontaire ou involontaire du patient; résister à ses émois, colères et autres affects qui peuvent être ressentis comme destructeurs. Cependant, tout en étant résistant à la destructivité, il doit demeurer extrêmement sensible. Pour reprendre la métaphore de la pâte à modeler, si on peut l'écraser et lui faire subir des transformations sans dommage, elle reste sensible et elle sera « touchée et marquée » par l'effleurement d'un ongle (Roussillon, 2014, p.182). L'objet sera capable de tolérer les grandes quantités que le sujet arrive mal à gérer et les transformera en qualité, en sens, en représentations; comme le fait d'écraser et de rouler une boule de pâte à modeler deviendra un serpent ou un autre symbole. Cet objet sera donc

transformable et adaptable à l'infini, selon les besoins du sujet. Il se rendra disponible à ses besoins, ne les fuira pas.

Le médium malléable reste toutefois fidèle à la forme que l'on lui donne, et ce, jusqu'à ce qu'on choisisse de lui en donner un autre. Il est donc aussi constant et prévisible dans sa façon de conserver ses caractéristiques et ses propriétés. Attendant avec patience d'être employé par le sujet, il est résistant à l'usure aux attaques que l'on lui lance. L'objet médium malléable survit et ne fait que changer de forme sous la pression que lui fait subir le sujet qui l'utilise. Il transforme les changements quantitatifs en modifications qualitatives. À cela, Roussillon (2014) ajoute que ce qui distingue l'objet matériel médium malléable du médium malléable humain est la capacité de ce dernier à éprouver et partager ses affects.

CONCLUSION

Ce texte vise à montrer l'intérêt des modèles psychanalytiques modernes de l'expérience traumatique tant pour les gens aux prises avec les symptômes classiques « en positif » du « trouble de stress post-traumatique », tel que décrit dans le DSM-5, que pour les sujets confrontés aux situations extrêmes de la subjectivité, qui quoique grandement perturbés dans leur équilibre psychique ne présentent pas pour autant de portrait syndromal typique.

Tant les théories que les recherches psychanalytiques sur les réactions à des événements traumatiques montrent que les souffrances et les désorganisations psychiques des sujets qui en sont affligés vont bien au-delà des symptômes « en positif » du DSM. Elles exposent aussi le fait que des symptômes de TSPT peuvent refléter, dans certains cas, un processus normal de subjectivation. Par ailleurs, elles illustrent comment certains individus ne présentant pas le portrait symptomatologique décrit dans le DSM peuvent aussi vivre une désorganisation psychique qui

hypothèque non seulement leur fonctionnement, mais aussi leurs relations, leur identité ainsi que leurs capacités d'adaptation. Elles montrent comment ce point de rupture dans l'équilibre psychique du sujet le met à risque de développer ultérieurement le syndrome du TSPT ou encore d'être rattrapés par les vécus mal symbolisés au point de les agir plutôt que de les ressentir ou les subjectiver.

Les modèles psychanalytiques conçoivent le traumatisme comme un phénomène intrapsychique et intersubjectif qui bouleverse l'organisation économique de la psyché par ses effets d'effraction de la barrière pare-excitante, forçant parfois le Moi à opérer des répétitions mortifères (sous forme de gestes plutôt que de pensées), et crée une déchirure dans l'identité du sujet ainsi qu'une paralysie sur le plan de ses capacités de liaison et d'appropriation subjective.

L'intérêt des modèles psychanalytiques dont nous avons traité est non seulement d'expliquer le rôle de l'objet réel dans la constitution d'une réponse pathologique à un événement déstabilisant, mais aussi de présenter comment une personne, même non-thérapeute, peut remplir les fonctions qui seraient nécessaires pour soutenir une réorganisation psychique. Ainsi, ils permettent de comprendre par quels moyens il est possible d'aider certains individus à contenir l'excitation et donner sens à leur expérience avant même qu'ils ne développent un trouble de stress post-traumatique. Ces modèles permettent donc de se représenter comment il est possible de venir en aide à des gens dont l'économie psychique est à risque et qui, d'autre part, ne remplissent pas les critères « en positif » du DSM (p.ex. les travailleurs humanitaires, les réfugiés, etc.).

En ce qui a trait à la « prévention » ou à la « protection », ces modèles psychanalytiques des expériences traumatiques ne prétendent pas que quelqu'un puisse s'immuniser devant des situations extrêmes ou horribles. Au contraire, ils « dé-pathologisent » nombre de réactions qui sont vues comme les indices du travail

sous-terrain de l'appareil psychique pour se soigner devant l'intensité et l'effraction désorganisatrice. En ayant une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents (p.ex. difficultés de liaison et de symbolisation) aux manifestations positives du TSPT, nous croyons qu'il est plus facile d'offrir une aide qui saura rendre plus efficace ce travail psychique, effectué sous la surface. Une action « en amont », par exemple, auprès de travailleurs humanitaires ou de réfugiés ayant connu des bouleversements traumatiques, semble aussi souhaitable et possible. Elle doit miser, à notre avis, à soutenir le travail psychique de liaison, de symbolisation et d'appropriation subjective des sujets de façon à minimiser les risques que les vécus non subjectivés ne fassent retour dans des symptômes ou dans des agirs de diverses natures. Ainsi, selon nous, les concepts de fonction contenante et de médium malléable, notamment, permettent de conceptualiser tant des mesures de protection que de traitement des expériences extrêmes; les théories modernes de la psychanalyse montrent qu'il est possible d'aider des intervenants à se préparer à aider des victimes de traumatismes afin de « survivre » eux-mêmes aux effets vicariants de ceux-ci.

Somme toute, penser la thérapeutique sous ces angles nous permet à la fois de mettre en place des dispositifs de protection des individus confrontés à des situations extrêmes de la subjectivité et d'élaborer des aménagements ou des cadres de traitement efficaces, sensibles et adaptés aux besoins de gestion du quantitatif et de soutien à la symbolisation des patients affectés même, et peut-être surtout, lorsque ceux-ci ne présentent pas les symptômes « en positif » du TSPT.

CHAPITRE IV

ARTICLE II

L'intervention en contexte humanitaire : une mise à l'épreuve de la subjectivité

Résumé : Nous observons que les aidants humanitaires font fréquemment l'expérience de symptômes semblables à ceux dont souffrent les victimes de traumatismes psychiques, et ce, sans nécessairement avoir vécu directement les événements traumatiques. À ce jour, peu d'espace réflexif semble avoir été accordé à la description de l'expérience subjective de ces soignants aux prises avec un vécu désobjectivant et quantitativement chargé. L'article qui suit propose de réaliser une synthèse théorisante des données recueillies au cours d'entretiens réalisés auprès de trois aidantes humanitaires. L'objectif est de parvenir à décrire sous un angle psychanalytique le contexte instable dans lequel elles sont appelées à intervenir ainsi que leur expérience psychique subjective de celui-ci, en miroir à celle de leurs patients : affects de solitude, tristesse, impuissance, culpabilité, fatigue, expériences psychosomatiques et bouleversements sur le plan de la gestion de l'économie psychique et de la symbolisation.

Mots clés : aide humanitaire, traumatisme, expérience subjective, traumatisme secondaire, situation extrême de la subjectivité

Statut de l'article : soumis pour évaluation et publication à la *Revue québécoise de psychologie*.

INTRODUCTION

Au cours des cinquante dernières années, le nombre de catastrophes humaines et naturelles, de conflits politiques et d'actes terroristes s'est vu multiplié de façon significative (Institute for Economics & Peace, 2016; Pielke, 2006). Chaque jour, des organismes internationaux œuvrent sans répit dans le but d'offrir un soutien humanitaire aux pays affligés de ces désastres. Leur mission principale est de répondre à l'urgente demande d'aide des populations sinistrées et de leur porter secours sans aucune discrimination de race, de religion, de philosophie ou de politique. Ce sont donc des centaines de professionnels et de bénévoles qui partent en mission annuellement et plusieurs millions de dollars qui sont investis pour venir en aide à ces victimes.

Nous savons que le stress occupationnel constitue un risque pour la santé mentale et physique des aidants intervenant auprès de victimes de traumatismes, en plus d'être un obstacle à leur efficacité professionnelle (Kahn et Byosiére, 1992; Sauter et Murphy, 1995). Il est aussi admis que les aidants dépêchés lors de catastrophes naturelles et de désastres d'origine humaine font eux-mêmes l'expérience de détresse psychologique (Faust et al., 2008; Lev- Wiesel et al. 2009; Wee and Myers 2002). Leur travail les rend plus vulnérables au développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou de psychopathologies qui y sont reliées (Connorton et al. 2012). Nous savons aussi que les soignants font l'expérience de traumatismes de façon directe et indirecte, en étant confrontés à la fois aux stressseurs intrinsèques au contexte dans lequel ils interviennent et aux défis de la relation intense qu'ils développent avec leurs patients ou leurs collègues (Delbrouck et al., 2011; Petiau, 2016; Cusin et Fabre 2017; Karray et al., 2017).

Divers chercheurs ont tenté de décrire le phénomène par lequel ces professionnels développent des symptômes similaires à ceux de leurs patients souffrant d'un TSPT.

Or, il semble que la grande majorité de ces modèles n'aient intégré que les aspects « en positif », symptomatologiques, du TSPT, aux dépens de l'explication dynamique des processus intrapsychiques et inconscients sous-jacents au phénomène. À ce jour, très peu d'importance semble avoir été accordée à l'expérience subjective des aidants humanitaires et donc à la compréhension profonde des mécanismes qui sous-tendent les bouleversements psychiques et fonctionnels observés (El Husseini, 2017; Karray et al., 2017; Petiau, 2016). En ce sens, nos objectifs sont, d'une part, d'explicitier comment l'expérience de soin des aidants les mobilise et les affecte sur les plans interpersonnel et intrapsychique et, d'autre part, de mettre en lumière comment une telle expérience subjective entrave la capacité des soignants à remplir adéquatement leurs fonctions thérapeutiques.

Afin d'apporter un éclairage nouveau et dynamique sur l'expérience subjective des aidants humanitaires, l'auteur principal s'est entretenu avec trois soignantes œuvrant ou ayant œuvré dans un contexte humanitaire auprès de patients montrant des signes de traumatismes psychiques. Quatre ou cinq entretiens ont été réalisés avec chacune des participantes, totalisant 14 heures d'entrevue toutes analysées dans un processus itératif d'analyse retour en collaboration avec le second auteur de l'article. L'objectif final de cette réflexion était donc d'arriver à constituer une synthèse théorisante, ou un modèle, décrivant les multiples éléments de l'expérience subjective personnelle et professionnelle des soignantes¹.

¹ Le féminin est employé tout au long de l'article étant donné le sexe des participantes.

SYNTHÈSE THÉORISANTE DE L'EXPÉRIENCE DES AIDANTES

Nous avons décliné l'expérience subjective des soignantes en quatre grands volets. D'abord, nous savons qu'elles prodiguent des soins à des patients aux prises avec diverses formes de souffrances traumatiques dans des contextes extrêmes ou déstabilisants. Nous notons aussi que ces aidantes font l'expérience d'un processus d'identification profond et empathique aux individus qu'elles rencontrent. Cette position les mène à éprouver un vécu subjectif semblable à celui de leurs patients et parfois même à vivre une désorganisation psychique similaire sur les plans de l'équilibre économique et des capacités de symbolisation. De plus, nous observons chez elles l'expression plus ou moins élaborée d'une demande de soutien dans leur fonction de contenance et de métabolisation du « traumatique ». Finalement, en fonction de la qualité de la réponse (ou de l'absence de réponse) de l'objet-environnement à cette demande, nous remarquons la mise en place d'un système défensif de survivance psychique permettant, jusqu'à un certain point, de préserver l'intégrité de l'appareil à penser. Des solutions psychiques moins coûteuses ainsi que des symptômes psychopathologiques émergent aussi parfois au terme de ce processus de traitement du traumatique.

Puisque nous souhaitons accorder un espace réflexif substantiel à chaque volet de cette synthèse, nous avons choisi de nous attarder, dans le cadre de cet article, aux deux premières facettes du modèle proposé. Notre visée est de décrire et d'expliquer, sous un angle psychanalytique, l'expérience subjective et intrapsychique d'aidantes humanitaires intervenant dans un contexte extrême auprès d'individus traumatisés. Dans un écrit ultérieur, nous reviendrons sur le besoin et la demande de contenance des soignantes, pour ensuite décrire de façon plus exhaustive les réactions défensives ou symptomatologiques de ces dernières. Notre souhait est aussi de souligner le caractère paradoxal et déstructurant du manque de contenance offert aux aidantes et

de parvenir à penser divers types d'aménagements qui pourraient les soutenir dans leurs fonctions.

1. L'expérience concrète de soin en situation humanitaire

Chacune des participantes de cette recherche a prodigué des soins thérapeutiques à des individus ayant vécu divers traumatismes, et ce, dans des contextes revêtant plusieurs des caractéristiques des situations extrêmes de la subjectivité décrites par Bettelheim (1960) puis reprises par Roussillon (2005). Selon Roussillon, ce type de situation représente des circonstances particulières « 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 » (2005, p.221). Souvent, tant les aidantes que leurs patients font l'expérience de circonstances inintelligibles dans lesquelles elles se voient confrontées à des affects « déshumanisés » (2005, p.223), qui vont au-delà de la détresse ou du désespoir.

Concrètement, cette rencontre avec l'irreprésentable se manifeste tant dans le contexte (institutionnel, politique, culturel, etc.) dans lequel les participantes de cette recherche sont appelées à travailler, qu'au travers de la réalisation de leur fonction de « transformation» (Bion, 1962) des contenus psychiques. Voyons donc maintenant dans quelles circonstances ces aidantes sont intervenues. Natalie², infirmière de

² Des prénoms fictifs sont employés et certaines données biographiques ont été modifiées afin de préserver l'anonymat des participantes.

profession, a effectué deux missions humanitaires, d'environ un an chacune, il y a une quinzaine d'années de cela. Elle a rempli ses fonctions dans un service de pédiatrie haïtien. Par la suite, elle a travaillé dans une institution hospitalière au Kosovo où elle a mis sur pied un programme de formation et de soutien pour les infirmières et les médecins, en plus de prodiguer des soins aux patients. À Haïti, afin de remplir ses tâches et « d'éviter d'être victime d'enlèvement », Natalie indique avoir été protégée par des gardes du corps. Elle décrit avoir vécu dans un climat très tendu où régnaient racisme et menaces continues à son intégrité. L'aidante rapporte aussi avoir dû intervenir auprès d'enfants blessés ou malades en ayant accès à des mesures de protection sanitaires déficientes. Elle indique aussi avoir été déstabilisée par le fait d'intervenir au sein d'une culture différente de la sienne. Au Kosovo, Natalie dit avoir été frappée, par exemple, par la nécessité de devoir constamment justifier son opinion professionnelle, recevant selon elle une moins grande reconnaissance que ses collègues masculins. Elle ajoute aussi être intervenue en contexte de fin de guerre civile, c'est-à-dire en étant constamment sur le qui-vive et à l'affût des possibles dangers. Pour décrire l'intensité du contexte dans lequel elle travaillait, Natalie raconte :

Il y avait toujours les hélicoptères, 24 heures sur 24, pis des jets qui passaient. Il y avait l'armée partout. Je ne pouvais pas marcher sur le gazon parce qu'il y avait des mines. J'ai même eu une formation sur ça, pour ne pas marcher sur les mines. T'entendais des pétards, des bombes, des cocktails Molotov... C'est cette tension-là qui existe tout le temps.

À cela s'ajoutait le stress de vivre dans des appartements souvent sans électricité ni chauffage et de travailler avec des professionnels de la santé ayant eux-mêmes vécu de nombreux traumatismes. Natalie rapporte s'être fait confier par un collègue kosovar qu'une partie de sa famille avait été exécutée dans la nuit par des membres d'un des groupes impliqués dans la guerre civile.

Marwa, quant à elle, a œuvré comme psychologue en Turquie et au Liban auprès d'organismes internationaux, souvent dans la peur de se faire attaquer en raison du soutien apporté à des groupes militant pour la liberté d'expression. Elle a travaillé dans des régions occupées par le Hezbollah où elle aurait reçu des menaces et se serait fait attaquer par des membres de certains groupes opposés aux projets auxquels elle participait. Marwa a aussi fait l'expérience d'interrogatoires aux douanes du Liban et de cybermenaces de la part d'un groupe extrémiste. Encore aujourd'hui, elle est appelée à rencontrer plus d'une dizaine de patients par jour. Elle intervient, par exemple, auprès d'individus ayant été victimes du régime d'oppression syrien et donc ayant subi : pertes, torture, viol, humiliation et rejet de la part de leur communauté. Constamment confrontée à la violence, Marwa rapporte :

J'ai peur parfois de devenir comme ces personnes qui se disent : « ah, c'est rien c'est juste une bombe » ou « ah c'est rien c'est juste un mortier qui est passé à côté de la fenêtre. » (rire) Justement, c'est... parce que ça devient aussi un quotidien et une routine, mais voilà, c'est pas évident (rire). Ça m'inquiète.

Thalia a elle aussi travaillé comme psychologue au Liban auprès d'une population d'ex-prisonniers de guerre, entre autres choses. Elle a offert des soins psychothérapeutiques dans un contexte hospitalier très peu structuré, sans aucune supervision ni soutien institutionnel. Elle rencontrait quotidiennement un grand nombre de patients ayant perdu des membres, subi des amputations ou survécu à la torture. À cette époque, elle réalisait les entretiens dans la chambre d'hôpital de ces personnes, bien qu'elle n'ait jamais été véritablement préparée au travail auprès de victimes de traumatismes. Thalia précise d'ailleurs avoir été marquée par le mélange d'odeurs d'urine, de sang et d'excrément qui habitait son milieu d'intervention. Cette expérience « extrême » était « difficile sur le plan personnel et humain, autant, bien sûr, que sur le plan professionnel », rapporte-t-elle.

Ces témoignages exposent l'ampleur et la gravité de la déshumanisation à laquelle sont confrontés quotidiennement les aidants humanitaires. Les participantes de cette étude, de par leurs rôles, ont été exposées, tant directement qu'indirectement, à des expériences extrêmes et débordantes quantitativement. Elles ont souffert du manque de préparation préalable de leur appareil psychique et de l'absence de soutien institutionnel ou intersubjectif qui aurait, peut-être, pu les soutenir dans leurs efforts de métabolisation de certains vécus désorganisant. Ce bref portrait du contexte dans lequel peuvent intervenir les aidantes humanitaires illustre à quel point ces soignantes sont à risque d'être ébranlées, tant dans leur propre équilibre psychique que dans leurs fonctions de gestion de la quantité et de mise en sens de l'expérience.

2. L'expérience subjective des aidantes

L'empathie peut être décrite comme un phénomène identificatoire de « respiration psychique » (Bégoïn-Guignard, 1985) qui, en situation extrême de la subjectivité, pousse l'aidant à prendre en lui le trop-plein d'excitation ou le trop-peu de sens expérimenté par le patient, mais aussi à le rendre assimilable pour ce dernier (Smolak et Brunet, 2017). Dans le cas du travail auprès de patients traumatisés, le clinicien doit en venir à adopter une position de « côte à côte » permettant le partage des mêmes affects (Parat, 1995) ou de « la même difficulté, voire la même détresse ou le même désespoir » (Roussillon, 2005, p.234). Conséquemment, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'un risque non négligeable pour les soignantes que d'accepter de partager cette expérience déssubjectivante. Sans préparation ni soutien, comment espérer qu'elles se sortent indemnes de cette prise en charge d'un surplus d'excitation et de contenus mal symbolisés?

Dans la section qui suit, nous présentons de nombreuses manifestations ou conséquences du processus identificatoire mis en action au moment de l'intervention des participantes. Nous exposons comment l'identification projective empathique

rend poreuses les limites du Moi et permet aux soignantes de faire l'expérience psychique et somatique d'affects et d'éprouvés semblables à ceux vécus par leurs patients. De plus, notre intention est de soulever les implications d'un tel processus psychique sur l'organisation des capacités élaboratives et de gestion économique de l'appareil psychique des participantes.

2.1 L'identification aux sujets traumatisés

Les aidantes avec lesquelles nous nous sommes entretenus rapportent faire l'expérience de vécus très similaires aux patients qu'elles ont rencontrés. Que leur vécu soit traumatique ou non, elles expriment partager pratiquement l'ensemble des réactions psychiques ou même somatiques des sujets sous leur charge. Thalia affirme : « toutes ces angoisses que j'ai pu vivre inconsciemment m'ont certainement été transmises par la parole, par l'image, et par l'image du trauma ». Elle ajoute que ce qu'elle a vécu dans le cadre de sa première expérience humanitaire était un « trauma dans l'écoute, dans l'écoute professionnelle ». Marwa avance que ce travail est extrêmement exigeant; il la « fait travailler de manière émotive », puisqu'il nécessite absolument un temps d'élaboration psychique des « choses projetées sur elle » et de ses propres « introjects », liés au contenu qu'elle est appelée à traiter. Natalie rapporte : « je suis imprégnée de ça. Ça fait partie de moi » [...] « je suis imprégnée de leur douleur », en parlant de son impression d'avoir été marquée par la souffrance des sujets dont elle a fait la rencontre. Chacune des participantes rend compte du processus identificatoire par lequel elle a senti devenir habitée par les contenus et l'intensité projetés sur elle par ses patients. Chacune d'entre elles montre comment elle a été appelée à se positionner en côte à côte avec ces personnes traumatisées et ainsi à accepter de partager leur expérience, aussi absurde et violente qu'elle soit.

2.2 Le partage d'affects

2.2.1 Solitude

Les soignantes indiquent ressentir de façon prégnante une série d'affects très semblable à celle vécue par leurs patients confrontés aux situations extrêmes de la subjectivité. Elles relatent éprouver une solitude démesurée et peu intelligible pour les individus extérieurs à leur contexte d'intervention. Leur impression est souvent de porter un fardeau et de le porter seul. Souvent elles ont conscience de partager les mêmes affects. Ainsi Thalia rapporte :

J'étais vraiment dans la solitude face aux patients et finalement les patients aussi peut-être sont seuls face au trauma. [...] Ils sont aussi seuls quelque part, parce qu'ils ont perdu pleins de choses. Ils ont perdu leur maison, leur famille, donc eux aussi se retrouvent face à cette solitude.

Ce processus de partage émotif permet au sujet de comprendre comment un trauma peut être subjectivement vécu, et ce, au-delà d'une compréhension intellectuelle ancrée dans une conception symptomatologique classique. Il montre comment le trauma fait vivre le fait d'être « sans aide », sans personne sur qui compter, sans « objet contenant » (Bion, 1962). Il illustre de manière frappante le phénomène de débordement : le Moi est en désaide devant l'intensité des émotions qui le désorganisent.

Les soignantes se retrouvent responsables à la fois de leur propre survie psychique et de celle des nombreux patients qu'elles prennent en charge. À diverses occasions, Marwa et Thalia disent avoir été les seules psychologues de leur équipe et ne pas avoir eu l'occasion d'être supervisées ou d'être inscrites dans un groupe faisant fonction de contenant. On fait « l'expérience, d'abord, de la solitude. On est seuls. On n'a pas d'espace où on peut partager », dit Thalia. De plus, il arrive fréquemment que

ces aidantes soient appelées à agir comme consultantes pour leurs collègues. Marwa indique : « c'est des journées entières toute seule... donc voilà c'est fatigant, physiquement aussi, et avec tout ce que j'entends... il faut toujours être à l'écoute de tout le monde ». Natalie, quant à elle, insiste surtout sur la solitude qu'elle a vécue dans son processus de mise en sens de ses expériences de soin. Elle rapporte :

Moi, j'étais traumatisée. J'avais vraiment un post trauma avec les coups de feu et les hélicoptères [...] C'était toujours présent. Ça m'affectait beaucoup et l'expérience [de soin] aussi ça m'avait affectée, alors c'est difficile de passer à autre chose, de faire du sens avec ce que j'ai vécu. Je n'étais pas capable toute seule, et comme il y a pas grand monde qui fait ce travail c'est difficile de faire du sens, de parler avec d'autres qui ont déjà vécu ça.

2.2.2 Culpabilité et impuissance

Devant cette « situation impossible », telle que décrite par Thalia, l'aidante se voit affectée par une grande solitude, mais aussi par un puissant sentiment de culpabilité. Les participantes disent porter une énorme charge psychique, étant donné l'ampleur du mandat qu'il leur est octroyé. Elles se sentent investies d'une mission de sauvetage « héroïque » puisqu'elles se retrouvent à porter seules l'ensemble des espoirs de survie et de réparation des patients et de l'institution, en plus des leurs. À l'instar du patient souffrant de traumatisme qui vit une grande culpabilité face à sa propre survie, les soignants ressentent la culpabilité de se montrer faillible lors de moments de fragilité ou d'émotivité. Alors que Marwa rapporte se sentir « coupable quand [elle a] les larmes aux yeux » en écoutant les récits de gens auprès desquels elle intervient, Thalia avance qu'on « est obligé de contrôler nos émotions, de faire comme si de rien n'était au niveau personnel. [...] On ne peut pas être psychologue si on s'effondre devant le patient ». Devant la destruction quasi totale de l'univers des individus traumatisés et devant le manque de structure ou de stabilité de leur propre situation, les soignantes ressentent la pression de devoir incarner le bon objet idéal et réparateur, de personnifier ce pilier solide et immuable qui saura préserver l'équilibre psychique

des sujets sous leur charge. Les aidantes se voient en quelque sorte condamnées à l'abnégation. Elles en paient le coût en se sentant envahies de culpabilité du moment où elles croient faillir à leur tâche « impossible ». Or, il est permis de se poser la question suivante : s'agit-il vraiment de culpabilité, d'un effet du Surmoi interdictif qui ferait reproche, ou s'agit-il plutôt, sous cette culpabilité consciente, de la déception narcissique d'être incapable d'être l'objet idéal, qui aurait réponse à tout, qui serait capable de tout réparer et soulager? Natalie raconte qu'elle fait tout son possible pour sauver la vie d'une fillette haïtienne atteinte du VIH :

On essayait de la réanimer. Elle était toute petite, la cocotte. Elle avait, quoi, peut-être quatre ans. Elle était complètement déshydratée, et je m'étais coupée avec une fiole. J'avais été en contact avec son sang... Oh my god... Mais, sur le coup, tu n'y penses pas. T'as juste ce petit être-là qui est là. Tu fais qu'est-ce que tu peux, qu'est-ce qui est digne d'être fait pis... Elle est décédée... Et moi après ça j'ai été testée pendant je sais pas combien de temps. Ça a créé vraiment beaucoup de stress, ça.

Et quelques échanges plus tard :

Moi, en fait, mon but c'était qu'elle soit sauvée. Oui... Quitte à en perdre la mienne [sa vie] finalement. Tu sais, dans le fond, quand j'y pense, là... C'est drôle parce que je pense que foncièrement je suis comme ça. Oui. Prendre soin des autres. C'est après coup que je le pense : « Oh finalement c'était dangereux pour moi (rire) ».

Sauver quelqu'un quitte à en mourir semble davantage relever d'un idéal grandiose, d'un Moi idéal, que d'obéir aux interdits d'un Surmoi, fût-il démesuré. D'ailleurs, à force de se buter à la tâche sisyphéenne de redonner un souffle de vie à des sujets submergés par l'horreur, les aidantes relatent vivre un fort sentiment d'impuissance. Elles rapportent souvent remettre en question la valeur de leur travail et douter du poids qu'elles peuvent avoir dans la vie de leurs patients ayant été confrontés à la destruction et la déshumanisation. Thalia rapporte : « on ne peut être qu'à côté de la personne, vraiment. L'accompagner. [...] Peut-être qu'on a envie d'être tout puissant,

mais on ne peut pas ». De la position d'un Moi idéal puissant qui pourrait tout réparer et tout soulager, la limite de leur action, conjuguée à l'identification au vécu d'impuissance typique des gens traumatisés, place les soignants dans une logique de tout ou rien. Marwa raconte comment elle pouvait éprouver un « sentiment d'incapacité totale » en rapport à la « mission » dont elle se sentait investie. Elle se demandait :

Qu'est-ce que je peux... qu'est-ce que je peux faire? C'est ça. Qu'est-ce que je peux faire? Je ne peux rien lui [le patient] garantir. [...] Quand on voit la détresse de ces personnes, on se dit « on est tellement petit ». Ce qu'on lui offre est tellement petit par rapport à l'impact de ce qui se passe. Ce n'est pas évident.

Devant l'immensité de la souffrance de leurs patients et devant l'absurdité de la situation extrême dans laquelle elles se trouvent, les aidantes en viennent à remettre en question la légitimité de leur présence et de leur soutien en se demandant souvent « à quoi bon? ». Que peut la parole pour un individu en aussi grande souffrance? Ici encore, il est possible d'y voir une réaction identificatoire en miroir au désespoir typique des victimes de traumatismes qui ont l'impression que tout effort est inutile et que rien ne modifiera leurs souffrances et leurs angoisses. Marwa illustre ce processus en se questionnant sur son rôle. Elle remet en question la légitimité de son soutien psychothérapeutique, face à l'ampleur de la déshumanisation dont elle est témoin :

[...] ça fait longtemps [que les patients] n'ont pas vu leurs parents. Ça fait quatre ans qu'ils n'ont pas pu voir leur fiancée. Ils ont perdu tous leurs amis. Ils ont vu des gens se faire massacrer... Ils ont... été kidnappés, torturés, violés par tous les matériels possibles et imaginables se trouvant en prison. Et moi, venant du Liban, toujours souriante, [je suis] en train de leur dire « vous savez, si vous travaillez sur vous-même, ça vous fera du bien », puis « réfléchissez un peu au lendemain. Pensez positif. »

Ainsi, malgré la formation théorique et clinique qui enseigne à ces soignantes qu'il est possible d'élaborer un trauma, celles-ci accordent leur vécu subjectif au désespoir des patients qu'elles prennent en charge. Toutefois, étant soumises à une telle

identification désespérante, comment pouvons-nous imaginer qu'elles soient capables de continuer à remplir une fonction contenant et à aider ces personnes à élaborer leur trauma?

2.2.3 Tristesse et désespoir

Étant constamment confrontées à la perte et à l'impuissance, par leur empathie et leur identification à leurs patients, mais aussi par leur propre expérience de situations extrêmes de la subjectivité, les soignantes expriment aussi vivre une forme particulière de tristesse. « C'était... surtout... de la tristesse pure », indique Marwa, une émotion plus proche du désespoir, à la frontière, encore une fois, de l'impensable. Les pertes sont multiples et prennent différentes formes; il s'agit de pertes de repères, d'êtres chers, d'une illusion, d'un sentiment de sécurité ou d'humanité. Il s'agit de pertes imprévues et répétées. À cet effet, Marwa rapporte que, dans le cadre de ses fonctions, elle « voi[t] la mort, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Des gens morts. La destruction ». À cela elle ajoute : « il y a les personnes avec qui je travaille, d'abord en groupe, puis individuellement, qui meurent, qui se font tuer ». Puis, quelques entretiens plus tard, l'aidante raconte avec émotion comment on lui a déjà demandé d'identifier le cadavre d'un de ses anciens patients, égorgé dans la nuit par un membre d'un groupe extrémiste. Thalia, quant à elle, décrit ce qu'elle sentait « recevoir » au contact de ses patients : « ce qui est reçu c'est, c'est les [sourir]... c'est les, les pertes, les... les situations un peu impossibles, c'est ça, c'est que... oui, les pertes, la séparation, le deuil... c'est ce qui est reçu ». On voit bien par cette phrase que la souffrance des aidantes n'est pas seulement liée à la situation difficile d'être dans un lieu potentiellement traumatisant, mais qu'elle est vécue comme une introjection de la souffrance de ceux qu'elles aident.

Le processus de deuil semble aussi mis à rude épreuve pour ces aidantes qui sont constamment assaillies de microtraumatismes et qui se voient privées d'un espace

d'élaboration. La disparition de certains membres de la communauté empêche tant pour les patients que les intervenantes de donner un sens aux pertes expérimentées. Il y a des millions de disparus, précise Marwa, « on a aucune idée s'ils sont morts ou pas, donc le deuil est impossible à faire ». L'aidante raconte aussi : « je me rappelle la première fois que j'ai appris la mort de certains [collègues] avec qui je travaillais, ça m'a complètement bouleversée. Je me suis effondrée. J'ai pleuré pendant deux jours. Je... je pleurais. » En ce qui concerne Natalie, nous observons qu'un système défensif robuste d'isolation de l'affect, de coupure de soi, avait été mis en place au moment de son intervention en contexte humanitaire. Elle rapporte :

Je me suis coupée pour être capable de rester là parce que c'était dangereux. [...] Sur le coup c'est comme si je m'efface, je ne le sens pas. [...] Après plusieurs mois, c'est là que j'ai réalisé que ça avait eu plus d'impact, le Kosovo, sur moi, mais, là... il n'y avait personne.

Le trauma, dans ce cas, est jugulé au prix d'une coupure avec soi, au prix d'une amputation psychique dont les conséquences négatives risquent d'être considérables, notamment sur ses capacités subséquentes à rester empathique et à remplir une fonction contenante (Roussillon, 2002). Après avoir expliqué comment un de ses collègues s'était confié à elle concernant l'exécution de sa famille, Natalie raconte : « c'est atroce ces histoires-là. C'est atroce et... j'ai même pas pu pleurer ces fois-là. C'est comme hors de l'en... C'est pas imaginable. C'est pas imaginable que tu puisses entendre des histoires comme ça, d'êtres humains ».

2.2.4 Fatigue

La fatigue, « avec un grand F », comme l'indique Marwa, semble aussi faire partie de l'expérience des soignantes. Concrètement, elles sont appelées à travailler dans des milieux instables, à se déplacer fréquemment, à voyager d'un pays à l'autre, à voir parfois plus d'une dizaine de patients par jour ayant souffert de traumatismes et à

occuper divers rôles (consultante, formatrice, thérapeute, etc.). Le rythme de vie qui accompagne la position de soignant de l'extrême est prompt à générer de la fatigue, tant physique que psychique. Marwa relate même s'être ennuyée de son oreiller ou de son lit après quelques mois d'intervention et de voyageant, vivant dans une instabilité continue. Sur le plan métaphorique, il est possible d'apercevoir, aussi, le besoin prégnant de quiétude de cette soignante, constamment mobilisée et pratiquement consommée et consumée par les demandes de ses patients.

Sur le plan psychique, il semble que cette fatigue, totale et omniprésente, signe l'épuisement de l'appareil à penser. Les soignantes voient leurs capacités de symbolisation et d'élaboration fortement sollicitées. En plus de devoir traduire leur propre vécu chargé et insensé, elles se trouvent responsables du processus de contenance et de transformation des projections et de l'excitation déchargés sur elles par leurs patients, pratiquement tous aux prises avec des traumatismes. Thalia indique qu'il s'agit d'une « fatigue émotionnelle », causée à la fois par le « rappel des histoires » qui lui ont « été transmises » par ses patients et par le poids des « responsabilités qu'elle a dû endosser vis-à-vis ces personnes ».

2.3 Le flou des limites et le partage d'éprouvés corporels

La fatigue éprouvée par les aidantes fait aussi état du rapport intime qu'entretiennent la psyché et le soma. À titre d'exemple, Marwa raconte qu'il y a quelques mois de cela, elle s'est sentie « très très fatiguée », et ce, au point de « tomber malade ». En s'inscrivant dans un processus d'identification et de contenance, les aidantes s'offrent comme lieu symbolique d'accueil et de synthèse des contenus et de l'excitation projetés en elles. Comme nous l'avons décrit dans un article précédent (Smolak et Brunet, 2017), par leurs fonctions, les soignantes permettent la formation d'une sorte d'hybride psychique constitué de leurs propres enjeux et des projections de leurs patients auxquelles elles acceptent de s'identifier. Une fois transformé et rendu

psychologiquement manipulable, cet amalgame est retourné aux sujets sous forme de mots assimilables et intégrables à la psyché. Chez les participantes, nous observons que ce processus, où les limites entre soi et l'autre deviennent poreuses, cause une impression vertigineuse de menace identitaire. Marwa rapporte devoir souvent s'arrêter pour essayer de départager ce qui lui appartient de ce qui appartient à ses patients. À plusieurs reprises, elle exprime son malaise quant à l'absence de limites claires entre elle et ces derniers. Souvent, elle intervient auprès d'individus qu'elle côtoie au quotidien et qui partagent sa culture, ses valeurs, ses opinions politiques ou avec qui elle doit, faute d'autres moyens, conserver un lien par des méthodes peu orthodoxes (p.ex. par Facebook). « On ne sait plus trop s'il faut être la maman, la copine, la sœur, la thérapeute, la pas-thérapeute », indique Marwa. Par ailleurs, la confusion dans les limites, pour cette aidante, représente l'absence « de séparation entre [son] travail et [sa] vie privée ». Quand cesse-t-elle d'être le contenant? Quand redevient-elle Marwa?

Le truc c'est que... c'est « l'après ». C'est la séparation vie privée, vie professionnelle. En général je réussis plutôt bien à faire ça [...] Je fais tout pour fuir, pour ne plus repenser à tout ça, oui. C'est d'avoir du recul, voilà! Le boulot c'est le boulot et moi, ma vie, c'est autre chose.

Illustrant bien les difficultés inhérentes à la fonction contenante et à l'identification nécessaire des soignants à leurs patients, Marwa ajoute qu'il faut absolument « mettre des limites », maintenir un cadre, pour éviter de se sentir envahie et conserver un lien professionnel et thérapeutique avec ses patients. Thalia, quant à elle, indique que, malgré l'empathie et la sensibilité, « on doit avoir une distance, la bonne distance » par rapport aux patients. Elle rapporte :

Je savais que c'est ma fonction. Je sais que théoriquement je suis censée tout porter. C'est-à-dire tout porter... dans le sens de tout porter en gardant une distance, etc., mais on peut pas, oui. [...] C'est compliqué d'être vraiment empathique sans être trop empathique, parce qu'on peut tomber dans l'empathique « plus, plus, plus », on va dire.

En acceptant de rendre floues les limites entre soi et l'autre, l'aidante accepte aussi implicitement que certains contenus peu symbolisés prennent la voie somatique pour tenter d'être traduits. Souvent, les manifestations psychosomatiques présentées par les soignantes semblent être liées à leur identification à des expériences hors de l'entendement qui se sont inscrites aussi dans le soma, chez leurs patients. Marwa raconte que ses patients lui font fréquemment le récit de leur captivité et des sévices dont ils ont été victimes. Elle rapporte que ce type de contenu est difficile à tolérer et à élaborer :

Quand j'entends des femmes ou des hommes raconter des détails crus de leur captivité, de leurs agressions, je sens parfois comme si moi-même dans mon intérieur, dans mon corps, il y a quelque chose qui pique. [...] C'est une sensation comme si moi-même je me sentais électrocutée à l'intérieur. Ou quand ils les brulaient avec des cigarettes... c'est aussi comme si je sentais cette mini-piqûre sur mon corps. [...] c'est quelque chose de très... qui devient très tactile.

Dans ce genre d'expérience traumatique particulier (la torture physique), c'est d'abord le corps et son intégrité qui se voient attaqués. Ainsi, les soignantes, en prenant le risque de s'ouvrir aux projections de leurs patients et de s'y identifier consentent en quelque sorte à ressentir dans leur propre corps la souffrance de leurs patients. Thalia rapporte elle aussi avoir vécu « des émotions négatives [...] dans [son] corps. ». Se trouvant devant l'impasse de donner seule un sens à ce qui était partagé sur le plan somatique, elle indique :

Il y a quelque chose qui se passait en moi. Je n'étais pas indifférente même physiquement. Je sais pas comment décrire, mais, heu, oui, mais je, je... c'est-à-dire on ressent quelque chose, heu... oui. Peut-être, je sais pas si c'est vraiment de la tristesse c'est un peu peut-être un mix d'é... d'émotions, quoi.

Ici, nous voyons combien les mots manquent, combien il est ardu de qualifier les ressentis corporels éprouvés à la rencontre de patients polytraumatisés. Natalie, quant à elle, montre combien une dissociation entre la psyché et le soma peut s'opérer lors

de situations extrêmes de la subjectivité alors qu'elle relate avoir vécu « physiquement » certaines émotions, et ce, plusieurs années après son retour. L'aidante indique : « il y a deux ans, il y a eu un gros gros bruit, [...] au 2e étage [de son appartement]. Ça a fait un bruit... Oh mon dieu... Pour moi, c'était comme une bombe et... Je me suis mise à pleurer, physiquement. » Dans cet extrait, l'expression « pleurer physiquement » illustre combien l'affect est non seulement ancré dans le corps, mais qu'il dépasse la capacité des mots à le qualifier. L'aidante se fie à ses réactions physiques pour émettre des hypothèses sur ses sentiments difficiles à représenter.

Encore une fois, nous constatons à quel point ces soignantes sont immergées dans leur propre processus d'élaboration et de mise en sens de leur expérience. Occupées psychiquement et somatiquement à traduire leur vécu, elles tentent par divers moyens de se rendre disponibles pour leurs patients, tout en essayant de se préserver. Sans équivoque, elles parviennent à aider les individus qu'elles prennent en charge, mais nous pouvons nous questionner à savoir si elles bénéficient vraiment de conditions idéales ou même suffisantes à la réalisation de leurs fonctions de contenance psychique et de remise en marche du processus de symbolisation.

2.4 Implications sur le plan de l'économie psychique et des capacités de symbolisation

Le traumatisme psychique est un phénomène psychopathologique à la fois économique et symbolique. Conséquemment, nous observons certains de ses effets, chez les victimes et chez les soignantes, tant sur le plan économique que sur celui de l'élaboration psychique et de l'appropriation subjective.

2.4.1 Le débordement économique

Sur le plan économique, les aidantes rapportent avoir vu leurs capacités psychiques débordées, à un moment ou à un autre de leur pratique. Thalia indique souvent s'être sentie « surchargée » ou « trop empathique (...) au point de recevoir des coups », alors que Marwa relate avoir été tellement « marquée » par certaines histoires qu'il a fallu qu'elle prenne une pause de ses fonctions, sans quoi elle « [n'aurait pu] continuer ». Cette dernière souligne aussi avoir pris en charge environ 200 personnes depuis les deux dernières années. Elle indique : « on me sollicite énormément et je n'ai plus de vie ». Puis, lors d'un entretien subséquent, elle ajoute : « parfois, je n'ai juste pas envie d'entendre quoi que ce soit. Ce n'est pas que je n'ai plus envie d'entendre ces personnes. C'est que j'ai juste envie d'entendre rien. » Cela rend bien compte du trop-plein d'excitation psychique dont Marwa fait l'expérience. Le contenant est plein, ne peut plus rien recevoir. La moindre excitation supplémentaire déborderait les capacités de gestion économique de son Moi. Elle se dit aussi parfois « sidérée » lorsqu'elle porte une attention particulière aux sensations corporelles vécues pendant et suite aux entretiens auprès de ses patients traumatisés. Pour Marwa, écrire dans un journal ce qu'elle ressent sur le plan somatique lui permet de « vider [s]on sac », « d'évacuer de manière directe » quelque chose de sa psyché. Fait marquant, elle précise ne jamais relire ces notes et attendre de quitter le milieu humanitaire pour « mettre des mots » sur ce qu'elle a ressenti. Natalie, quant à elle, rapporte « qu'une partie » d'elle a dû se « détacher » de son expérience « parce que c'était trop intense ». Celle-ci souligne : « il y avait toujours une tension, mais la tension que je vivais, c'était ma normalité ». Cet extrait illustre combien la barrière pare-excitante de l'appareil psychique de ces aidantes peut être confrontée à une pression constante et donc en venir à l'usure ou à la perforation.

L'aspect économique de l'expérience d'intervention se manifeste aussi au retour des aidantes en terrain sécuritaire ou familial. Puisqu'elles ont tendance à éjecter ou à

encapsuler défensivement leur expérience au moment de leur intervention, les participantes énoncent parfois ressentir une surcharge émotionnelle du moment où elles s'extirpent de cette logique de survivance psychique. Natalie raconte avoir vécu certaines réactions « à retardement » :

C'est comme si c'est dans une petite case dans mon cerveau, mon expérience, et là quand j'ouvre ce tiroir-là c'est... Il y a beaucoup d'émotions. Il y a beaucoup d'émotions, des bonnes, des mauvaises, et j'ai jamais eu la chance de pouvoir aller explorer.

Par le contexte dans lequel les participantes interviennent ainsi que par leur expérience de contenance et de mise en sens du vécu de leurs patients, les aidantes se voient elles-mêmes débordées. Du point de vue individuel et subjectif, elles expriment vivre une surcharge de leurs capacités moïques, cela les forçant à adopter un mode défensif de survivance psychique notamment par le gel des affects ou l'expulsion du trop-plein. Lorsque leurs défenses ne suffisent plus, les soignantes voient émerger un ensemble de symptômes témoignant à la fois d'un bouleversement ou d'une traumatisation de leur fonctionnement psychique et de la surcharge de leur appareil à penser. Sur le plan de leurs fonctions, il est possible de se questionner à savoir comment il est possible pour ces dernières de s'offrir comme lieu de contenance alors qu'elles sont elles-mêmes débordées par l'angoisse et qu'elles doivent se protéger contre l'affect et la représentation. Sans aménagement métacontenant, permettant le renforcement de leur propre système de pare-excitation, il est difficile de concevoir qu'elles puissent tolérer une quantité aussi importante et, encore moins, qu'elles puissent se montrer disponibles pour la transformer en représentations utilisables par ceux qu'elles aident.

2.4.2 L'annihilation du sens

Les soignantes de l'extrême font l'expérience d'une forme particulière de violence déssubjectivante. Tout comme les sujets traumatisés, ces dernières se sentent projetées dans un univers « pas imaginable », insensé, où la compulsion de répétition règne. Prisonnières de ce monde dénué de sens, nous observons qu'elles tentent, par divers mécanismes psychiques, de préserver leur intégrité et de traduire ou s'approprier leur expérience. « Quand je rentrais chez moi, je trouvais que plus rien n'avait un sens » [...] « je sentais que j'étais spectatrice de cette vie », rapporte Marwa, qui, en décidant de tenir un journal personnel, en plus d'obtenir de la supervision et d'être en psychanalyse est parvenue à survivre. En décrivant de façon détaillée ses éprouvés corporels, elle indique pouvoir mieux « comprendre où est le lieu de la torture » chez ses patients. Elle attribue un sens à son vécu grâce à l'écriture.

Marwa ajoute s'être réconciliée avec la « méchanceté de l'homme » et les « atrocités » dont il est capable, au cours de ses missions. Nous croyons que cette réalisation a eu comme fonction de réhumaniser le contenu auquel elle a été confrontée. « Ce n'est pas moins humain », dit-elle, en parlant des horreurs dont elle a été témoin. Thalia, quant à elle, décrit avoir travaillé en psychanalyse sur son impression d'avoir subi une « déchirure » dans le tissu « délicat » de sa subjectivité. Pour exprimer son sentiment d'avoir vu son univers chamboulé par son expérience et pour souligner le parallèle qui existe entre son propre processus et celui de ses patients traumatisés, elle emploie la métaphore suivante :

Il y a des blessures internes [...] la soie qui se déchire donc c'est comme... elle ne sera plus comme avant. Mais, voilà, on peut la recoudre, on va dire. Il y aura toujours des petites cicatrices. La cicatrice on va la voir, la comprendre, mais elle sera peut-être toujours présente. Je parle aussi pour les patients, c'est ce même processus. C'est que... le pied ne va plus... les mains amputées, la main amputée, le pied amputé. On ne va plus être ce qu'on était avant, qui on était avant. On a une nouvelle identité.

Natalie, quant à elle, rapporte avoir senti quitter « une réalité » pour en trouver une toute autre, à son retour. De plus, en raison de l'état de sidération et d'enkystement de sa psyché, elle a montré une difficulté marquée à se réadapter au contexte québécois. À son arrivée au Canada, cette dernière présentait les mêmes défenses ou symptômes mis en place lors de ses missions, comme si le temps s'était arrêté. Comme si chaque fois qu'une perception évoquait le contenu en attente de sens, elle revivait le traumatisme dans l'actuel. En abordant le processus de recherche, Natalie dit avoir réalisé qu'au début des entretiens, sa représentation de son expérience « était figée, figée » et que, grâce à l'espace de parole qui lui avait été offert, maintenant, « c'est vraiment comme si [elle] s'étai[t] approprié ces années-là d'expérience de vie. » Elle rapporte aussi ne jamais avoir eu de soutien à son retour pour l'aider à « digérer », selon sa propre expression, son expérience. L'aidante a vécu une quinzaine d'années dans l'attente de sens, cela ne faisant que renforcer son impression d'avoir vécu « la fin du monde » à l'étranger, du moins, du monde tel qu'elle l'avait connu auparavant.

Les effets mortifères de ce type de fonctionnement en traumatique, c'est-à-dire sous l'égide de la compulsion de répétition et d'une logique de survivance psychique, peuvent aussi être observés chez les participantes. La répétition vise, entre autres, à lier et transformer l'excès d'excitation; c'est un passage du passif à l'actif (Maatouk et Brunet, 2015), de la passivation à la prise en charge. Elle est le signe d'un travail de liaison qui peine à réussir, mais qui permet à la pulsion de vie de se faire entendre et de reprendre ses droits contre la destructivité (Ottino, 2007). Chez Natalie, la répétition se manifeste, entre autres, par un symptôme de reviviscence du traumatisme. Elle indique : « quand j'entends les hélicoptères, c'est comme si j'étais là-bas. Je ne suis plus dans ma réalité, je suis là-bas. Mais physiquement... c'est très vif. [...] je suis télétransportée à une autre place ». L'émergence de ce symptôme illustre combien l'appareil psychique des aidantes est fortement mobilisé pour essayer de lier et de donner un sens au contenu brut du passé qu'il tente de traiter.

Nous observons que la prise en charge du traumatisme bouleverse l'économie psychique des aidantes et ébranle leurs capacités de symbolisation et d'appropriation subjective. Considérant cette désorganisation, nous ne pouvons que remettre en question la disponibilité de ces soignants déjà aux prises avec leur propre surplus de quantité et de contenus mal symbolisés. Quelle place reste-t-il au sein de leur psyché pour accueillir les projections et l'angoisse de leurs patients ? Comment s'attendre à ce qu'elles continuent à prendre plaisir et à se sentir gratifiées par leur travail ? Mais aussi, comment s'attendre à ce qu'elles survivent non seulement à leur propre expérience, mais aussi à celle de la contenance et de la mise en sens du traumatique déposé en elles, rappelons-le, dans un contexte où les institutions ne reconnaissent plus leur rôle d'environnement suffisamment bon?

CONCLUSION

Cet article vise à dresser un portrait de l'expérience subjective et intrapsychique d'aidantes étant intervenues auprès de patients traumatisés dans des circonstances désobjectivantes. Par les caractéristiques du contexte institutionnel, culturel, politique, ou clinique dans lequel elles réalisent leurs fonctions, ces dernières mobilisent déjà fortement leurs capacités psychiques. Ainsi, avant même d'avoir rencontré qui que ce soit, ces soignantes se retrouvent dans une situation qui porte à son maximum leur capacité à maintenir leur cohésion identitaire et leur sentiment de s'inscrire dans le contrat social qui les lie à l'humanité. Étant donné leur position de thérapeutes, elles font le pacte, plus ou moins tacite, de s'identifier à leurs patients et de prendre en elles, par un processus d'identification empathique, des contenus et des ressentis mal symbolisés.

Les effets du positionnement en « côte à côte » des soignantes de l'extrême sont multiples. Sur le plan intrapsychique, il favorise le partage d'affects intenses et bruts. Il les plonge dans une solitude « en miroir » de celles des victimes de traumatismes

auxquelles elles doivent s'ouvrir. Leur identification empathique génère aussi des réactions affectives d'impuissance, souvent vécues consciemment comme de la culpabilité, en réaction au sentiment de faillir à la tâche impossible qui leur est assignée. Elles éprouvent aussi une grande tristesse, étant donné l'ampleur et l'omniprésence des expériences de pertes, elles aussi partagées en miroir. De plus, nous observons que le corps des soignantes est mobilisé dans leur tentative de contenance et de mise en sens du vécu traumatique. En s'offrant comme lieu de projection et de transformation psychique, elles acceptent en quelque sorte de suspendre les limites de leur Moi. Cela engendre chez elles un sentiment de dissolution identitaire qui peut n'être que temporaire, mais qui peut laisser des traces à long terme, en plus de générer une myriade de manifestations psychosomatiques.

L'équilibre psychique économique des soignantes est complètement chamboulé. Leur appareil à penser est surchargé, puisqu'elles sont assaillies de demandes de contenance de la part des patients qu'elles prennent en charge, mais aussi de leurs collègues, tout autant sidérés. Ces aidantes en viennent à mettre en place une économie de survie, visant à préserver leur intégrité en expulsant ou isolant le trop-plein auquel elles s'identifient. Par ailleurs, elles se voient habitées et parfois même envahies de contenus psychiques peu symbolisés à caractère archaïque. Sur le plan des capacités de symbolisation, nous observons que leurs ressources d'élaboration psychique et d'appropriation subjective, à l'instar des sujets traumatisés, sont mises à rude épreuve.

Compte tenu du caractère extrême de l'expérience de soin en situation humanitaire, la disponibilité psychique de ces aidantes est mise en péril. Puisque leur propre subjectivité est ébranlée et qu'il n'existe pratiquement pas d'espace où elles peuvent elles-mêmes donner sens à leur expérience, nous observons qu'une demande de contenance (ou de métacontenance), plus ou moins élaborée, émerge chez ces dernières. Dans un article subséquent, nous détaillerons comment cette demande se

manifeste, tout en explicitant comment se déploie la réponse des institutions ou de l'objet-environnement à ce besoin d'être contenues. Par ailleurs, il sera question des aménagements psychiques qui résultent de la qualité de cette réponse, c'est-à-dire des systèmes défensifs érigés, qui sont plus ou moins coûteux pour la psyché, et des symptômes que présentent les aidantes. Diverses recommandations seront aussi émises pour promouvoir la mise en place, au sein des institutions, d'un métacadre pouvant soutenir et protéger les soignants.

En somme, devant l'absurdité et l'intensité qu'implique l'intervention en situation extrême de la subjectivité, nous croyons qu'un objet ou un espace contenant et malléable doit impérativement être mis à la disposition des aidantes et des aidants qui, dans le cadre actuel, sacrifient à grand coût leur propre intégrité, au nom d'une expérience de soins idéalement humaine et humanisante.

CHAPITRE V

ARTICLE III

La clinique de l'extrême et le paradoxe du contenant non contenu

Résumé : Les aidants humanitaires oeuvrent dans des contextes désubjectivants qui mettent à l'épreuve leur subjectivité. Ils sont confrontés à des conditions extrêmes de travail et développent des relations avec leurs patients qui sont chargées quantitativement et empreintes de contenus peu symbolisés. En réaction à cette expérience au haut potentiel traumatique, les soignants érigent des systèmes défensifs variés (expulsion de la quantité, coupure de soi, etc.) et présentent une diversité de symptômes (dépression, reviviscence, hypervigilance) plus ou moins couteux pour l'appareil psychique. En lien avec leur réponse à la situation extrême s'élabore aussi une demande de prise en charge des besoins de leur Moi à laquelle l'objet-environnement répond de façon plus ou moins ajustée. Cet article vise à porter un regard nouveau et psychanalytique sur les réactions psychiques à la clinique de l'extrême, mais aussi à proposer divers dispositifs métacontenants qui pourraient agir comme des facteurs de protection pour les aidants.

Mots clés : traumatisme vicariant; survivance psychique; métacadre; aide humanitaire

Statut de l'article : non soumis.

INTRODUCTION

Chaque année, des centaines d'aidants humanitaires sont envoyés en mission dans des contextes déstabilisants et désubjectivants. Ces expériences poussent à l'extrême la possibilité pour ceux-ci de continuer à se vivre comme des sujets inscrits dans « l'humaine condition » (Roussillon, 2005, p.221). Par le soutien empathique qu'ils offrent à leurs patients, la plupart du temps traumatisés, ces soignants acceptent de s'offrir comme lieu de « transformation » (Bion, 1962) de contenus mal symbolisés et de contenance d'un trop-plein d'excitation. En se présentant à leurs patients comme un objet contenant (Bion, 1962; Brunet et Casoni, 2000) et malléable (Roussillon, 2014), ils parviennent à s'identifier à ces derniers et à leur rendre une version assimilable de leur vécu. Or, comme plusieurs études le montrent, l'intervention en contexte humanitaire ou auprès de victimes de traumatismes ébranle les aidants tant sur le plan personnel (par le développement d'une myriade de symptômes et de psychopathologies) que sur celui de leurs fonctions thérapeutiques (p.ex. Connorton, Hemenway et Miller, 2012; Quosh, Eloul et Ajlani, 2013). Les soignants sont exposés directement et indirectement à la souffrance traumatique et voient leur propre intégrité mise à rude épreuve, cela menant, entre autres, à l'émergence d'un fonctionnement psychique en traumatique (Bokanowski, 2002).

Nous notons que l'espace réflexif accordé à l'expérience subjective des aidants humanitaires est minime dans le corpus scientifique d'aujourd'hui et que les études actuelles se concentrent surtout à décrire les manifestations symptomatologiques « en positif » de la fatigue empathique et du traumatisme vicariant ou secondaire. Ainsi, afin d'apporter un éclairage nouveau et dynamique sur l'expérience subjective des soignants, nous nous sommes entretenus avec des aidantes oeuvrant ou ayant œuvré dans un contexte humanitaire auprès de patients montrant des signes de traumatismes psychiques. Notre objectif était de constituer un modèle, décrivant sous un angle

psychanalytique les éléments de l'expérience subjective personnelle et professionnelle des soignantes³.

Dans notre article, intitulé *L'intervention en contexte humanitaire : une mise à l'épreuve de la subjectivité* (Smolak et Brunet, 2018), nous avons développé les deux premiers volets de notre modèle, en décrivant le contexte et l'expérience concrète de dispensation de soins des participantes ainsi que l'ensemble des effets du processus d'identification empathique inhérent à leurs fonctions. Parmi nos observations, nous avons noté que les soignantes étaient appelées à intervenir dans des contextes revêtant plusieurs des caractéristiques de la situation extrême de la subjectivité (Bettelheim, 1960; Roussillon, 2005), souvent sans formation spécifique ni soutien institutionnel. Elles étaient constamment confrontées à l'horreur et à la déshumanisation, cela mobilisant fortement leurs capacités psychiques. Sur le plan des affects, d'une façon qui rappelle la notion de fonction contenante (Bion, 1962; Brunet, 2000), elles disaient vivre une série d'émotions et de réactions corporelles en miroir de celles de leurs patients. Envahies par la tristesse, l'impuissance, la culpabilité, la fatigue et la solitude, les aidantes exprimaient éprouver un sentiment vertigineux d'effritement de leurs limites identitaires, en plus de présenter nombre de réactions psychosomatiques (Smolak & Brunet, 2018). Nous avons observé que la psyché de ces aidantes était occupée à traiter l'intensité et le non-sens auxquels elles pouvaient s'identifier. Les capacités d'élaboration et de gestion de l'aspect quantitatif de ce qui était vécu dans leur fonction de soignantes étaient mises à l'épreuve. Elles se voyaient bouleversées à

³ Le féminin sera employé tout au long de l'article étant donné le sexe des participantes.

la fois par le contexte dans lequel elles intervenaient et par l'intensité et le caractère peu symbolisé des contenus partagés par leurs patients. Conséquemment, nous nous sommes questionnés à savoir comment elles pouvaient se sortir indemnes de cette expérience de soin et comment elles pouvaient véritablement remplir leurs fonctions thérapeutiques, sans y laisser leur propre intégrité.

Dans le texte qui suit, notre visée est d'explorer les deux derniers volets de notre synthèse théorisante, en lien avec l'expérience subjective des aidantes humanitaires. Dans un premier temps, nous souhaitons exposer comment se manifestent le besoin et la demande de contenance, plus ou moins élaborée, des soignantes. Puis, en fonction de la qualité de la réponse de l'environnement à cette demande, nous décrivons, sous un angle psychanalytique, les aménagements psychiques qui en résultent, c'est-à-dire les défenses érigées ainsi que les symptômes mis en place. Finalement, en lien avec les éléments soulevés précédemment, nous recommandons des dispositifs pouvant, à notre avis, agir comme des facteurs de protection pour les aidants.

Nous avons réalisé 14 entretiens, dans un processus d'analyse-retour, avec trois aidantes humanitaires ayant dispensé ou dispensant actuellement des soins en contexte humanitaire. Nous avons rencontré : (1) Natalie⁴, infirmière ayant effectué deux missions humanitaires d'environ un an chacune, à Haïti, puis au Kosovo, (2) Marwa, psychologue oeuvrant auprès de réfugiés de guerre, d'ex-prisonniers ou de

⁴ Des prénoms fictifs sont employés et certaines données biographiques ont été modifiées afin de préserver l'anonymat des participantes.

victimes du régime d'oppression syrien, et (3) Thalia, elle aussi psychologue au Moyen-Orient auprès d'ex-prisonniers de guerre. Il est à noter que de plus amples informations concernant la réalité du travail de ces aidantes peuvent être retrouvées dans notre article antérieur (Smolak et Brunet, 2018).

1. Le besoin et la demande de contenance des aidantes

Les entretiens avec ces soignantes oeuvrant en situation extrême de la subjectivité montrent que leur équilibre psychique est fortement taxé par leur expérience. Leur appareil à penser est surchargé et leurs capacités d'élaborations sont débordées. La disponibilité de ces soignants est mise en péril. Elles sont occupées à traiter leurs propres affects, archaïques et déshumanisés, et à évacuer ou isoler le trop-plein d'excitation qui les habite. Leur fonctionnement psychique est désorganisé par le caractère désobjectivant des circonstances dans lesquelles elles interviennent et par la position empathique de partage quasi direct de l'expérience des patients, qu'elles adoptent. Devant ces bouleversements, nous voyons émerger une demande de soutien à l'élaboration et à la contenance, en miroir de celle qu'elles offrent aux patients traumatisés.

Marwa raconte avoir fait l'expérience de la « sidération », de l'envahissement et de l'effacement de ses limites identitaires dans son travail d'aide humanitaire, bien qu'elle ait précédemment réalisé deux tranches de psychanalyse personnelle. Elle décrit ainsi son travail : « on me sollicite énormément et je n'ai plus de vie ». Elle raconte comment elle en est venue à établir elle-même un cadre strict de travail pour se protéger et délimiter clairement sa position envers ses patients. Sans ce cadre, sans ces limites, elle sentait qu'une confusion s'installait dans son rapport à ceux-ci. Était-elle leur thérapeute? Leur amie? Leur confidente? Une séparation entre son travail et sa vie privée permet cependant à Marwa de préserver ses repères identitaires et donc sa capacité à remplir ses fonctions thérapeutiques. Par ailleurs, elle avoue parfois se

dire qu'il n'est pas normal d'être constamment confrontée à l'horreur. Elle ajoute par moment vouloir arrêter ce type de travail pour se préserver de cette violence. Paradoxalement, elle précise : « je ne me donne pas le temps d'arrêter, parce que ... ça voudrait dire qu'il faudrait peut-être que je prenne une pause... une longue pause et que je passe à quelque chose d'autre. » Cet extrait illustre l'ambivalence de Marwa, partagée entre son désir d'aider et de soutenir ses patients et son besoin personnel de préserver son intégrité psychique. On voit qu'elle pressent que la difficulté de son rôle pourrait facilement l'amener à quitter ce travail. Elle se dit souvent « fatiguée [...] d'être à l'écoute de tout le monde », et ajoute qu'il est « relaxant de pouvoir évacuer [...] ce qui a été écouté, mais dans un champ professionnel où les collègues peuvent faire des commentaires ». Marwa constate que sa position d'écoute exige, pour elle-même, la présence de quelqu'un qui peut « recevoir » ce trop-plein qui l'habite, un espace où l'on peut « recevoir des conseils » de ses pairs, mais surtout être « écouté » par des gens qui « compren[nent] l'impact que ça peut avoir d'entendre des gens ayant subi divers traumatismes ».

Bien que Marwa souligne que le travail en groupe ou en paire ait pu l'aider dans la réalisation de ses fonctions, elle précise avoir ressenti le besoin de travailler en étant « supervisée directement ». De par ses propres moyens, elle a contacté une association française spécialisée dans le traumatisme pour entreprendre une supervision d'approche psychanalytique. Depuis, elle avoue se sentir « beaucoup mieux ». Par ailleurs, Marwa déplore l'absence systématique d'espace de supervision dans ses milieux de travail. Elle rapporte : « avec un des O.N.G. avec qui je bosse j'ai même exigé [...] qu'on nous trouve une supervision pour le groupe, pour nous, l'équipe ». Il semble donc que cette participante ait dû se mobiliser pour trouver elle-même une solution à ses besoins de contenance. Nous observons d'ailleurs que les organismes avec lesquels elle a œuvré ont bien entendu ses demandes et ont tenté de lui offrir des espaces pouvant répondre à ces besoins. Ainsi, l'appareil psychique de Marwa a été

ébranlé par la surcharge quantitative associée à son expérience, mais ne semble pas avoir été désorganisé au point de mettre en place un fonctionnement en traumatique.

Thalia relie sa demande de soutien à la « solitude de l'intervenant dans une situation impossible. » Elle indique avoir éprouvé une forme particulière de solitude lors de ses expériences d'aide humanitaire, de par le fait d'être la seule psychologue de son équipe, mais aussi à cause de la nécessité de faire face seule à l'intensité et à l'horreur partagées par ses patients. « On n'a pas d'espace où partager », indique-t-elle. Lors de son expérience de soins en milieu hospitalier, elle rapporte : « je n'avais pas de supervision et, pourtant, j'avais demandé [à en avoir] ». Thalia avoue qu'elle était fatiguée émotionnellement. Elle n'arrivait plus à se « protéger [...] contre le burn-out ou la traumatisation secondaire » et sentait « recevoir des coups » psychiques au contact de ses patients. Pour cette aidante, « ce manque de soutien était en soi traumatisant ». Elle indique :

Comme pour le patient qui vit un trauma, [qui a] besoin d'un soutien, les professionnels, eux aussi, ont besoin d'un soutien professionnel, c'est-à-dire un lieu de parole où ils peuvent peut-être exprimer tout ce qui a été rapporté... c'est-à-dire, ils [ne] peuvent pas être laissés seuls face à ce trauma.

Thalia insiste aussi sur l'importance de comprendre ses limites et de demander un soutien professionnel. Elle précise: « face à ces expériences très difficiles, on ne peut pas être laissés seuls [...]. Il faut quelque part un autre [...] pour nous contenir ». Selon l'aidante, grâce au soutien et à l'encadrement qu'elle aurait souhaité obtenir, elle aurait « certainement vécu [son expérience] différemment, [...] avec moins d'obstacles. » Elle ajoute qu'une thérapie personnelle ou un travail en binôme peut aussi permettre aux soignants de se protéger de la traumatisation, du fait que ces aménagements mènent à la fois à la diffusion de la charge quantitative ressentie et à la possibilité de « réfléchir à deux ». Or, Thalia rapporte avoir souffert d'un traumatisme secondaire qu'elle relie à sa première expérience de soin en milieu

hospitalier. Elle semble avoir souffert d'une solitude existentielle l'ayant privé d'un lien contenant ainsi que d'une relation humanisante pouvant la rassurer quant au fait que ses expériences soient porteuses d'une signification potentielle. Nous notons cependant qu'elle a quitté ce milieu de travail en raison de la pauvreté de la qualité des réponses de l'institution à ses demandes. Ainsi, Thalia a su amoindrir l'effet traumatique de son expérience en diminuant la durée de son exposition à la situation extrême.

Finalement, Natalie exprime une demande de soutien à l'élaboration qu'elle relie à son sentiment de s'être « déconnectée » ou « détachée » de son expérience d'aide humanitaire. D'abord, elle dénonce le fait qu'« il [n']y a personne qui soit intéressé à [les] préparer à aller là ». En effet, elle indique n'avoir reçu aucune formation spécifique à l'intervention en contexte humanitaire avant ou pendant ses missions, cela l'obligeant à devoir « panser ses blessures psychologiques » d'elle-même, après son retour en terre canadienne. Par ailleurs, elle indique s'être « coupée » de son expérience, au moment de son intervention, et avoir senti ses symptômes éclore en « après-coup », « plusieurs mois après », alors qu'il « n'y avait plus personne » pour l'aider à contenir et penser son vécu. À son arrivée au Québec, suite à sa mission au Kosovo en partenariat avec le gouvernement canadien, elle relate ne jamais s'être fait offrir de suivi psychothérapeutique. Natalie déplore :

Je trouve que c'est une lacune de ne pas avoir fait de suivi par rapport à l'état des employés qui peuvent avoir été dans des situations comme ça. [...] Ces expériences-là, elles méritent d'avoir un débriefing quand on revient. Je trouve que c'est important... Quelques moments, quelques heures de débriefing, et d'orienter après pour être capable de digérer cette expérience-là [...] Moi je suis allé à la même place que les soldats, il y en a des soldats qui ont des post trauma et ils en ont sûrement du soutien!

Natalie exprime de la colère et de la frustration à l'égard du gouvernement et des organismes qui omettent de soutenir les aidants humanitaires. Elle sent que cette

absence de soutien les empêche de partager ou de « parler ouvertement » de cette expérience « incompréhensible » et inimaginable; cela les prive d'un lien qui saurait les aider à « s'approprier » ou « faire du sens » de leur vécu. Conséquemment, nous croyons que cela a participé à la mise en place, chez elle, d'un fonctionnement psychique traumatique. Elle semble avoir souffert d'un trop-plein d'excitation, d'une solitude désubjectivante et de l'absence d'espace où traduire et donner sens à son vécu. Il est à noter que Natalie avait entamé, de son propre gré, un suivi psychothérapeutique, quelques années après son retour. Par ailleurs, à la fin des entretiens de recherche, elle a avoué avoir su tirer avantage de la possibilité de réaliser une exploration active de cette expérience, toujours en attente de sens. L'aidante raconte :

Pour moi c'était aidant d'avoir cet espace-là [les entretiens de recherche] pour discuter, pour que ça fasse du sens. [...] Moi je repars avec ça. Avoir eu cet espace-là pour faire du sens de ces expériences-là qui ont été positives et négatives et d'en sortir avec... De me les approprier, plus que tout.

Comme nous pouvons l'observer, le besoin et la demande de soutien des participantes sont élaborés de diverses manières par ces dernières. En fonction de leur expérience et de la qualité des réponses de l'objet-environnement aux besoins de leur Moi, les aidantes présentent chacune des réactions psychiques idiosyncrasiques à caractères plus ou moins traumatiques. Ainsi, nous sommes d'avis qu'une grande variété d'aménagements psychiques peut s'édifier en réaction à un ébranlement traumatique et que c'est en fonction de la nature de ces réactions et des besoins du Moi (Roussillon, 2002) du sujet que nous devons penser des dispositifs de protection ou de métacontenance. Actuellement, nous notons que les réponses des institutions aux demandes des soignantes sont des plus variables, certaines n'offrant ni la supervision ou le soutien réclamé et d'autres ayant tenté de mettre en place certains aménagements pour les appuyer. Fait notable, chacune des participantes avec lesquelles nous nous sommes entretenus est allée chercher, de par ses propres moyens,

un suivi psychothérapeutique ou une supervision à l'extérieur de son contexte d'intervention. Cela nous mène à nous poser de multiples questions. D'abord, devant l'incapacité de certaines institutions à présenter les qualités d'un environnement suffisamment bon, à contenir le contenant, comment les aidantes parviennent-elles à survivre psychiquement aux situations extrêmes de la subjectivité et à la relation intense qu'elles nouent avec leurs patients? Par quels mécanismes psychiques arrivent-elles à se préserver ou au contraire succombent-elles à un processus de traumatisation secondaire ou de fatigue empathique? Et comment s'aménage la psyché des soignantes dont les ressources élaboratrices ou de contenance sont épuisées ou non soutenues?

2. Les aménagements psychiques des aidantes

2.1 Un mode défensif de survivance psychique

Les aidantes humanitaires mettent en place des processus défensifs, en réaction au manque de soutien des institutions et surtout au caractère intense et déshumanisant du contexte dans lequel elles interviennent. En plus de réaliser leurs fonctions dans des circonstances extrêmes, elles s'offrent comme objet de réception et de transformation de l'intensité et des contenus mal symbolisés apportés, sinon projetés par les patients qu'elles prennent en charge. Les soignantes ressentent elles-mêmes une surcharge de leurs propres capacités moïques, cela les contraignant à adopter un mode défensif de survivance psychique visant essentiellement à « se retire[r] de [leur] expérience subjective, se quitte[r], se coupe[r] de [soi]-même » (Roussillon, 2005, p.226) ou à expulser le trop-plein quantitatif qu'elles reçoivent et ressentent. Leurs tentatives défensives ne rencontrent pas de réponse adéquate de l'objet-environnement; elles ne parviennent pas trouver elles-mêmes d'objet pouvant les aider à transformer l'expérience brute en contenus assimilables. Les aidantes tentent par tous les moyens qui leur semblent bons de survivre à la situation extrême de la subjectivité, « ce qui

n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir », indique Roussillon (2005, p.226).

À cet effet, Natalie raconte :

Quand tu t'en vas [à l'étranger], il faut qu'il y ait une partie de toi qui soit détachée... Comme quand je suis allée au Kosovo, il y a une partie de moi qui devait être détachée parce que c'était trop intense [...] Les choses que j'entendais, les choses que je voyais... Puis dès que ça été fini, après un an et demi, quand j'étais à l'aéroport au Kosovo puis je m'en allais, toute cette barrière-là, c'est tout tombé. Puis j'avais peur, mais quand j'étais là [au Kosovo], il fallait que je survive, il fallait que je continue.

Dans la section qui suit, nous détaillons par quels moyens les aidantes parviennent à diminuer l'angoisse engendrée par leur expérience directe et indirecte de situations extrêmes de la subjectivité. Parallèlement, nous souhaitons rappeler comment ces aménagements défensifs s'érigent en miroir de ceux mis en place par les patients sous leur charge, pratiquement tous aux prises avec des souffrances traumatiques.

2.1.1 Une logique d'expulsion et de décharge de la quantité

Les soignantes ont recours à des processus défensifs visant à décharger, « évacuer » ou « situer à l'extérieur », selon leurs propres expressions, leur propre trop-plein d'excitation. Cependant, cette mise à l'extérieur peut n'avoir dans certains cas qu'une fonction évacuatrice, alors que dans d'autres cas, elle peut s'avérer une tentative paradoxale d'appropriation subjective. Marwa, après avoir décrit comment certains patients lui font part des sévices qu'ils ont subis lors de leur captivité, raconte qu'elle écrit dans un journal l'ensemble de ses propres ressentis :

J'ai besoin non pas d'écrire ce qui s'est passé avec ces personnes, mais d'écrire mon ressenti à moi [...] J'ai besoin d'évacuer, mais d'évacuer sur papier de manière directe, quasiment directe [...] même si je ne les relis jamais... je les relis pas, mais je les garde toujours.

Dans cet extrait, l'expression « évacuer de manière directe » nous mène à constater le besoin de décharge des aidantes, elles-mêmes aux prises avec une intensité intolérable pour leurs capacités psychiques. L'expression « je ne les relis pas mais je les garde toujours » nous semble rendre compte du paradoxe de devoir expulser un ressenti mais en même temps de ne pas se couper complètement d'une partie de soi; comme une tentative paradoxale d'appropriation par l'expulsion. Cela illustre bien comment l'appareil à penser est débordé quantitativement. Marwa précise : « parfois je n'ai juste pas envie d'entendre quoi que ce soit. Ce n'est pas que je n'ai plus envie d'entendre ces personnes, c'est que j'ai juste envie de n'entendre rien. » Elle raconte comment, subjectivement, elle n'a plus les capacités de contenir davantage le vécu des gens qu'elle aide. « À la fin de la journée, après 6 heures ou 7 heures de travail à entendre au moins 12 personnes dont 7, par exemple, ont été arrêtés plusieurs fois, torturés, la fatigue est là », précise-t-elle. Le contenant est plein; il ne reste ainsi qu'à « vider son sac » avant de pouvoir se montrer psychiquement disponible de nouveau.

Thalia rapporte souvent s'être sentie « surchargée ». Pour elle, le traumatisme, dans la clinique de l'extrême, est un trauma « entendu », un « trauma dans l'écoute », pour reprendre ses paroles. Conséquemment, pour survivre à cette expérience, il lui importe d'avoir elle-même un lieu où il est possible de se « vider verbalement », de « prendre conscience de ce qui s'est passé pour vider [...] tout ce qu'on a pris [en soi] ». L'appareil psychique des soignantes semble ne plus être en mesure de maîtriser une quantité trop grande d'excitation, d'où leur conviction d'avoir à expulser une partie de leur angoisse à l'extérieur d'elles-mêmes pour ensuite mieux digérer celle conservée. Ce besoin d'expulsion représente un processus défensif nécessaire à l'équilibre psychique des participantes et à l'établissement ou au maintien d'une position de contenance et de malléabilité auprès de leurs patients. Comme le décrit bien Freud (1920) l'appareil psychique peut lier une certaine quantité d'excitation et d'angoisse, mais il peut arriver un moment où, débordé, il doit recourir à des mécanismes qui ne sont pas sans inconvénients.

2.1.2 Se couper de soi pour survivre

Pour illustrer comment le sujet traumatisé en vient à s'amputer d'une partie de soi pour survivre à la situation extrême de la subjectivité, Roussillon (2005) emploie la métaphore du lézard qui lorsque pris au piège accepte de sacrifier une partie (sa queue) pour sauver le tout. Tout comme ce reptile, l'individu aux prises avec une souffrance hors de l'entendement se dissocie de la partie de son être qui est en contact avec la douleur insupportable pour survivre aux circonstances extrêmes. Ce mode défensif est paradoxal puisqu'il permet la survie de l'appareil psychique au coût de l'intégrité du Moi, qui se voit clivé et privé d'une sphère de son expérience. Il permet par ailleurs de renforcer le sentiment de maîtrise du sujet sur la situation, en lui permettant de passer d'un mode « passif », où la souffrance est subie, à un mode « actif » où il a au moins l'illusion de la contrôler. Green (1990) tout comme Reid (2008) décrivent une dérive du travail du négatif aboutissant à « l'effacement du sujet » qui se rapproche de cette amputation psychique de soi, aussi décrite par Maatouk et Brunet (2015b). Parmi les participantes rencontrées, il semble que Natalie soit celle qui ait mis en place un système défensif correspondant à ce type de logique déssubjectivante. L'aidante a d'ailleurs entamé le processus d'entretiens de recherche en insistant sur son sentiment d'étrangeté par rapport à son expérience. Lors de notre rencontre initiale, elle indique : « c'est comme si c'était une autre moi qui était allée [à l'étranger] ». De plus, à de nombreuses reprises, elle décrit son impression de s'être « détachée » d'une partie de soi pour continuer son travail en contexte humanitaire. Elle dit : « je pense que quand tu fais ce travail-là, il faut que tu te coupes un peu. Moi mon expérience, c'est que je me suis coupée pour être capable de rester là, parce que c'était dangereux ».

Natalie a dû effectuer une scission dans sa subjectivité et cela semble avoir ébranlé à la fois sa capacité à se représenter et s'approprier ce qu'elle a vécu, en plus de désaffecter son expérience (McDougall, 1989). En effet, l'aidante rapporte à plusieurs

reprises ne pas avoir bénéficié d'un soutien pour « digérer » ou « s'approprier » son expérience d'intervention en milieu humanitaire. Ayant peine à mettre des mots sur son vécu, elle souligne que depuis son retour, « [s]es capacités cognitives ou [s]a mémoire [ne sont] pas revenues à 100% ». Mais que veut dire « digérer » une expérience? Le langage courant utilise souvent une telle métaphore pour rendre compte de la capacité de transformation de l'appareil psychique permettant de « garder au-dedans » d'une façon utile une expérience plutôt que de devoir la mettre hors de la psyché pour ne pas en être malade. Par un processus de rationalisation, Natalie s'explique son manque de représentations en lien avec son expérience traumatique. Les idées manquent. La pensée est atteinte, elle n'arrive donc pas à « psychiser » cette expérience pour la faire sienne. Parallèlement, elle évoque plusieurs fois son sentiment d'être « déconnectée » de ce qu'elle a vécu. « Je ne me souviens pas d'avoir pleuré, je ne me souviens pas d'avoir été si connectée que ça », soulève-t-elle. L'aidante raconte : « J'étais vraiment déconnectée. Pourquoi ? Je pense que je n'aurais pas résisté. Je ne serais pas resté là. J'aurais eu peur. Je l'ai [son vécu affectif] mis dans une petite case en dedans de moi et j'ai fermé ça. ». Elle décrit donc s'être coupée d'une partie d'elle, car elle croit qu'elle n'y aurait pas survécu psychologiquement (« je n'aurais pas résisté »). Nous observons comment cette participante s'est protégée de façon à « ne pas sentir » la « peur » et les affects déstructurants associés à son expérience de soin.

Tout comme leurs patients traumatisés, les aidantes se « crocodilisent », selon une expression arabe employée par les patients de Marwa. On développe une « peau dure » et épaisse que « rien n'atteint », pour survivre à l'horreur et l'intensité. Pour Marwa, l'idéal est que le sujet « crocodilisé » en arrive, par la relation avec elle, à quitter cette identité déshumanisée et se rappeler qu'en dépit du trauma on reste « tellement humain ! tellement dans l'émotion ! ». En somme, les aidantes « s'imperméabilisent » affectivement et voient leurs capacités d'appropriation subjective minées par

l'émergence d'un aménagement défensif paradoxal visant à amputer la partie de l'appareil psychique en contact avec les aspects déstructurants de leur expérience.

2.1.3 Préserver le narcissisme et injecter de la vie

Les aidantes doivent à employer des processus défensifs pour contrer les effets dépressifs associés à leur intervention en contexte de situations extrêmes. Pour abaisser la tension ressentie et injecter du plaisir dans l'univers mortifère dans lequel elles se voient projetées, elles rapportent avoir « besoin de faire la fête » et de s'adonner à des activités de pure satisfaction. Elles disent conserver leur équilibre psychique grâce aux rencontres amicales, aux festivités, aux voyages de loisir, aux rencontres familiales, etc. Ce mode adaptatif semble déjà moins couteux que les précédents, étant donné son l'implication de l'objet, vécu comme vivifiant. En lien avec ce besoin de vitalité, Marwa indique : « J'avais besoin de sortir, de me changer les idées, d'aller dans les pubs de Beyrouth, faire la fête (petit rire) » pour oublier, en quelque sorte, cet univers de déshumanisation. Cela évoque d'ailleurs l'effort de cette aidante à tenter de tenir bien séparées son identité personnelle de son identité d'aidante. Natalie raconte aussi comment elle pouvait s'évader ou même retrouver certains repères identitaires lorsqu'elle rencontrait d'autres Québécois, lors de ses missions. Avec ces gens, elles ne parlaient ni de comment elle se sentait ni des horreurs dont elle avait été témoin. Elle voulait « se vider la tête », retrouver un certain plaisir de vivre, rire et échanger autour de plats lui rappelant sa terre natale, symbole de sécurité. Elle raconte :

On allait souvent manger au restaurant. On allait danser. On allait voir des films. On se faisait des soupers de Québécois avec des patates rissolées et du sirop d'érable et du jambon. Et on parlait du Québec. [...] On travaillait fort fort fort pendant la semaine et le vendredi on partait, on s'en allait en Macédoine ou en Grèce. Ça, c'était notre but. Le but c'était de sortir de là [du Kosovo] et d'aller faire le tour des magasins en Grèce. Aller sur les plages, au resto, on était toute une « gang » de jeunes pas d'enfant, pas de famille, et oui, c'est ça qu'on faisait.

Ces derniers mécanismes de survivance psychique semblent relativement peu coûteux psychiquement, contrairement aux processus d'expulsion ou d'amputation du soi décrits précédemment. Comme l'indique Natalie, ces hiatus représentent de véritables « soupapes » permettant de diminuer l'angoisse éprouvée lors de leur mission humanitaire. Cela permet à la fois de juguler le trop-plein quantitatif, de retrouver ses repères identitaires, de s'isoler d'une partie de la souffrance vécue en lien avec leur position empathique et de faire « le plein » de plaisir en fuyant les circonstances déshumanisantes. Finalement, nous observons que Marwa, elle aussi, a recours à ces activités vivifiantes. À quelques reprises, elle raconte comment ses voyages à l'extérieur du pays ou ses sorties avec des amies lui ont permis de tolérer son quotidien, intense et empreint d'horreurs. Elle raconte :

[lors du dernier mois] j'ai été en France voir ma meilleure amie, ça m'a vraiment fait du bien. Je me suis carrément amusé. J'ai profité... je suis allée voir un concert. Je suis allée, dans les restos que j'aime. Ben... carrément des vacances et ça faisait vraiment longtemps que je n'avais pas été en vacances. Déconnectée de tout. [...] J'étais vraiment déconnectée. C'était du temps pour moi, réellement du temps pour moi. Je suis même allée dans un spa, [...] donc ça m'a vraiment fait du bien, quoi.

L'ensemble de ces processus psychiques s'inscrit dans un continuum en rapport aux coûts qu'ils engendrent pour l'appareil psychique et à l'implication de l'objet dans l'abaissement des tensions. Se mutiler d'une sphère complète de son expérience pour préserver son intégrité semble être le mécanisme le plus radical de survie à la situation extrême de la subjectivité, alors que sur le même registre, il est aussi possible d'effectuer une certaine « coupure » symbolique en quittant les lieux d'intervention et laissant libre cours à ses pulsions de vie. D'autres processus, bien qu'ils puissent avoir une apparence d'excitation hypomaniaque, n'impliquent ni une coupure d'une partie de soi, ni une position de repli relationnel, mais, au contraire, permettent un réinvestissement libidinal dans un contexte relationnel.

Somme toute, les processus défensifs employés par les aidantes montrent à quel point elles sont portées à réagir de façon similaire à leurs patients traumatisés. Nous croyons que ces mécanismes permettent aux soignantes de survivre psychiquement au contexte dans lequel elles sont appelées à travailler et aux relations intenses qu'elles sont appelées à nouer. Toutefois, il faut se demander à quel point ceux-ci leur permettent de remplir de façon optimale leurs fonctions thérapeutiques de contenance et de remise en marche du processus de symbolisation. Au contraire, les contraignent-elles à réduire leur capacité d'empathie et de soutien? À quel point certains mécanismes ont comme conséquence de leur faire perdre leurs capacités de ressentir et de contenir les émois que leur transmettent leurs patients? Dans plusieurs cas, il n'est pas surprenant de constater qu'en réponse à certaines failles dans ce système de survivance psychique émergent alors une série de symptômes.

2.2 Éclosion symptomatologique

Chez ces aidantes, nous observons qu'une myriade de manifestations symptomatologiques émergent en réponse à la situation intense et désobjectivante dans laquelle elles se trouvent. Elles présentent des symptômes de l'ordre de la dépression, de la déflation narcissique, de la reviviscence et de l'hypervigilance.

2.2.1 Dépression et impuissance

Des affects dépressifs ainsi qu'une déflation narcissique peuvent aussi être observés chez les participantes. En lien avec l'impuissance et la tristesse éprouvées en raison de leur expérience d'intervention en situation extrême, les aidantes expriment vivre une forme de dépressivité envahissante et intense. « Quelque part, inconsciemment, on se remplit de tout ce que chacun, peut-être, a perdu », indique Thalia. Quelle façon éloquente de décrire l'identification à la souffrance et aux pertes de ses patients. À cela, Marwa ajoute s'être « effondrée » et avoir « pleuré pendant deux jours » la

première fois qu'elle a appris la mort de certaines personnes avec qui elle travaillait. En contexte humanitaire, les deuils se multiplient et viennent occuper une grande part de l'espace psychique des aidantes. À de nombreuses reprises, les aidantes remettent en question l'utilité de leur présence ou de leurs interventions. Thalia parle de ses « symptômes de trauma secondaire » en indiquant avoir souffert d'un fort sentiment « d'impuissance » accompagné d'un « [affaiblissement] de l'estime de soi ». Ces vécus de souffrance nous portent à poser l'hypothèse que s'additionnent chez les soignantes leur propre souffrance personnelle de travailler dans des conditions extrêmes aux souffrances introjectées de leurs patients pour lesquels elles remplissent une fonction contenante.

2.2.2 Reviviscence et hypervigilance

Les aidantes en viennent à faire elles-mêmes l'expérience de symptômes de reviviscence de type traumatique, en plus de développer une hypervigilance aux stimuli. Natalie rapporte revivre, encore à ce jour, la détresse et l'angoisse éprouvées lors de ses missions humanitaires lorsqu'elle entend des bruits d'hélicoptères ou d'avion. Elle dit se sentir « télétransportée » au moment même des vécus éprouvants et souffrir dans l'actuel de leurs effets. « J'ai des flashbacks, encore », dit-elle. Parallèlement, la reviviscence des expériences éprouvantes conduit à des comportements d'évitement qui souvent prennent la forme d'un émoussement de la réactivité. Le sujet souffrant de traumatismes évite de penser et de sentir, surtout. Les aidantes décrivent des symptômes typiques des réactions post-traumatiques et cela va parfois même jusqu'à l'amnésie psychogène ou l'échappement somatique. La personne affligée d'une souffrance traumatique en arrive à s'absenter de tout ce qui peut lui faire vivre de l'effroi. Dans le cas des personnes que nous avons rencontrées, puisque le trauma est vécu « dans l'écoute », l'évitement peut prendre la forme d'un certain repli sur soi, d'une fuite de la pensée et d'un effacement d'une partie importante de soi.

Il arrive que les aidantes développent une acuité psychique particulièrement aiguisée en lien avec leur expérience de soin, et ce, dans le but de ne plus être surprises sans préparation par le traumatisme ou la répétition de celui-ci. Cet état de « qui-vive », comme l'indique Natalie, leur permet de se préparer psychiquement au choc que pourrait causer une expérience traumatique subséquente. L'appareil psychique se protège grâce à une angoisse signal omniprésente qui génère un état continu de vigilance. Marwa rapporte souvent être « sur ses gardes » alors que Natalie souligne, encore aujourd'hui, se sentir « hypervigilante ». Cette dernière dit toujours être aux aguets et avoir développé une sensibilité accrue aux stimuli évoquant son expérience humanitaire. Lorsqu'elle entend des bruits d'avion ou d'hélicoptère, elle relate que pendant quelques secondes il n'y a « plus rien qui existe alentour ». L'hypervigilance est aussi un symptôme impliquant une désillusion à l'égard de l'environnement, autrefois vécu comme sécuritaire. Lorsque l'aidante est sur le qui-vive et réagit à la moindre perception évoquant son expérience traumatique, la psyché ne semble plus en mesure de discriminer ce qui est menaçant de ce qui ne l'est pas (Ottino, 2007). Il est possible de comprendre le phénomène comme le retour au mode hallucinatoire de pensée (Reid, 2008) pour lequel la représentation ne se distingue plus de la perception. Natalie souligne comment, plus de quinze années après ses missions humanitaires, elle vit comme si c'était « toujours la guerre ». Elle ajoute, par exemple, avoir pris plusieurs semaines ou même mois avant de pouvoir marcher sur le gazon, à son retour, étant donné sa peur d'activer une mine antipersonnel.

En somme, les aidantes, en plus de devoir gérer leur propre expérience d'intervention dans un milieu éprouvant, contiennent et transforment un surplus d'excitation et des contenus mal symbolisés venant des patients qu'elles prennent en charge. Souvent condamnées à la solitude et à la désubjectivation, par le manque de contenance qu'elles subissent elles-mêmes, elles n'ont comme dernier rempart que l'édification de défenses couteuses. Elles en viennent à souffrir de symptômes multiples faisant état du primat d'un fonctionnement psychique au-delà du principe de plaisir. Le Moi

de ces soignantes peut en arriver à flancher devant l'impossibilité de la tâche de contenance, de symbolisation et d'appropriation subjective. Heureusement, nous observons aussi le déploiement, chez elles, d'une série de processus moins rigides et coûteux pour l'économie psychique, cela leur permettant de survivre à leur expérience et parfois même d'enrichir leur Moi. Lorsque les aidantes ne sont pas complètement débordées ou embourbées dans un fonctionnement en traumatique, elles parviennent à mobiliser leurs ressources psychiques et à symboliser certains aspects de leur vécu, et ce, en ayant recours elles-mêmes à un objet ou à une forme de médiation à caractère malléable. Faute d'espace nous ne pouvons élaborer ici sur ces solutions moins coûteuses des intervenantes qui utilisaient la créativité et l'humour.

3. Propositions de dispositifs métacontenants

Nos entretiens font ressortir à quel point ces intervenantes font face à des conditions désubjectivantes. Il est préoccupant de constater à quel point ces aidantes en viennent à développer des réactions que l'on peut assimiler à un trouble de type post-traumatique, mais aussi de réaliser à quel point leurs capacités psychiques de liaison, de symbolisation et d'appropriation subjective sont mises à mal. À l'extrême, ces personnes en viennent à devoir s'amputer d'une partie d'elles-mêmes. Ces solutions sont coûteuses non seulement pour leur travail d'aidantes, mais aussi pour leur équilibre personnel, les orientant sur la voie de la désappropriation subjective.

Considérant ces éléments, il est possible d'imaginer des mesures qui pourraient permettre de mieux préparer, soutenir et contenir les aidants humanitaires face aux phénomènes traumatiques. Quelques auteurs ont déjà soulevé succinctement qu'il était important de bien former et sensibiliser les soignants aux multiples enjeux de l'intervention en contexte humanitaire. D'autres ont exposé la nécessité d'avoir recours à de la supervision ou des groupes d'inter-vision. D'autres encore ont souligné l'importance d'offrir des espaces de psychothérapie ou de débriefing aux

soignants, en plus de les encourager à diversifier leurs activités professionnelles et personnelles (Ladislav Paviae, 1999; Delbrouck et al., 2011; Petiau, 2016; Tarazi-Sahab, El Hussein et Moro, 2016; Cusin et Fabre, 2017; El Hussein, 2017; Karray et al., 2017). Nous croyons de notre côté pouvoir proposer un type de soutien assez simple en fonction des difficultés spécifiques que nous avons identifiées; difficulté de contenance, difficulté de symbolisation de l'expérience extrême, risque d'amputation d'une partie de soi, notamment.

3.1 La formation

Si l'impréparation au danger est un élément causal important des réactions traumatiques (Freud, 1920), il est logique de penser que la formation des aidants humanitaires devrait tenter de les préparer non seulement sur le plan technique, mais aussi sur le plan psychique. En plus des connaissances habituelles sur le milieu (sa culture, son histoire, etc.) et sur les tâches attendues, les aidants ont avantage à avoir une compréhension suffisante des difficultés psychiques et relationnelles qu'ils rencontreront. Une telle connaissance, à elle seule, ne peut prévenir avec certitude les réactions que nous avons identifiées, mais pourrait dans certains cas en atténuer la violence et la soudaineté. Les soignants gagneraient aussi à être sensibilisés aux effets de l'identification empathique aux victimes de traumatismes et à la nécessité de trouver pour eux-mêmes un lieu d'écoute et de contenance.

3.2 Contenir le conteneur

Le paradoxe mis de l'avant par les aidantes est qu'elles doivent offrir une écoute empathique et une contenance aux gens traumatisés qu'elles soignent, mais que cette position les met à risque de vivre des impasses psychiques similaires limitant leurs propres capacités de symbolisation. Cela les mène parfois à employer des solutions très coûteuses de désobjectivation et d'effacement d'une partie de soi. Si leur rôle est

de contenir et d'aider à l'élaboration psychique, qui les aide pour ce même travail? Nous savons à quel point, quand l'appareil psychique est débordé, l'individu a besoin d'un autre semblable pour retrouver ses capacités (Roussillon 2012). D'ailleurs, ces aidantes se sont plaintes de ne pas avoir de lieu pour exprimer leurs difficultés. Le conteneur a lui aussi besoin d'être contenu pour continuer à remplir sa fonction et pour ne pas verser lui-même dans une réaction traumatique.

Cette autre fonction contenantante (métacontenante) peut prendre plusieurs formes. Il ne s'agit pas d'une psychothérapie au sens strict du terme, bien que certains aidants puissent en sentir le besoin. Il ne s'agit ni d'une approche visant à nier ou remplacer des vécus pénibles par des cognitions calmantes ni d'une approche recherchant à identifier des sources personnelles de vulnérabilité, mais il s'agit plutôt de fournir la possibilité aux aidants d'avoir quelqu'un qui peut écouter, comprendre, reconnaître les émois et le désespoir. Éventuellement, l'objectif est permettre de remettre en marche la capacité de penser ces ressentis en se sortant peu à peu du fonctionnement hallucinatoire (Reid, 2008) qui les amène à vouloir s'amputer de ces vécus pénibles. Il s'agit donc d'une écoute réflexive où un « autre semblable » peut être touché et où il est possible d'effectuer une certaine élaboration des ressentis dans un type de pensée partagée (Roussillon, 2008). En quelque sorte, il s'agit du sens étymologique de comprendre : prendre avec, donc ressentir avec l'autre et penser avec l'autre semblable. Cela peut se faire dans un espace officiel de supervision ou d'inter-vision (entre collègues) exempt de toute dimension de « contrôle » ou d'évaluation de l'aidant. Celui-ci doit pouvoir, en toute confiance, mettre en jeu et tenter de communiquer autant ce qu'il arrive à représenter de ses difficultés (colère, désespoir, symptômes) que ce qu'il peine à comprendre et à identifier. Il n'est pas facile dans les milieux où œuvrent ces aidants humanitaires de pouvoir mettre en place un tel lieu, quelquefois à cause de l'isolement professionnel, mais certains aidants nous ont mentionné comment l'utilisation d'une technologie comme Skype pouvait leur permettre de parler à quelqu'un de confiance qui pouvait remplir cette fonction.

3.3 Au retour

Comme les aidantes l'ont décrit, le retour après une mission humanitaire ne signifie pas nécessairement le retour à l'équilibre psychique. En plus de symptômes typiques comme la reviviscence et l'hypervigilance, plusieurs mentionnent le besoin de se « retrouver ». Ainsi, cela laisse entendre que les soignants ont dû s'amputer ou effacer une partie d'eux-mêmes durant leurs missions. C'est donc dire qu'on ne peut tout simplement pas laisser les aidants revenir dans leur pays d'origine sans chercher à leur fournir, là aussi, un espace de partage et de pensée qui répond aux objectifs formulés précédemment. Dès lors, plusieurs avenues s'ouvrent à eux.

Bien entendu, un espace de contenance, comme mentionné précédemment, peut tout à fait remplir des fonctions de réactivation de la pensée et permettre la réappropriation subjective. Or, spontanément, les aidantes rencontrées ont cherché à développer des solutions créatives dont les organismes humanitaires pourraient bien s'inspirer. À titre d'exemple, Marwa, à la fin du processus de recherche, souhaitait écrire un livre dans lequel elle ferait part de son processus d'aidante et où elle proposerait divers aménagements ou conseils pour soutenir les travailleurs humanitaires. Natalie, elle aussi, exprimait vouloir transmettre aux générations futures les apprentissages que lui ont permis de faire ses missions humanitaires. Même la participation de ces trois soignantes à notre recherche semble avoir favorisé un mouvement d'appropriation subjective. En somme, ces aidantes ont trouvé des façons de communiquer à d'autres leur expérience extrême, et ce faisant ont entamé un travail de représentation et d'appropriation subjective. On voit bien comment les organismes pourraient mettre à profit ce désir de communiquer pour préparer d'autres aidants à des vécus similaires et soutenir l'appropriation subjective de ceux qui reviennent de mission. Par ailleurs, puisque les aidantes ont mentionné la solitude ressentie au retour, nous croyons que la mise sur pied de réseaux de partage pourrait aussi soutenir la possibilité d'une contenance, groupale cette fois. Par divers moyens, elles nous ont montré que

transmettre à autrui une version digeste de l'expérience extrême leur permettait de ne plus vivre leur expérience comme un corps étranger à expulser ou dont il fallait s'amputer.

CONCLUSION

Cet article vise à détailler les deux derniers volets du modèle que nous avons développé portant sur la question de l'expérience intrapsychique d'aidantes étant intervenues auprès de patients traumatisés dans des circonstances extrêmes. Il se veut une synthèse des éléments propres au vécu particulier du soin en contexte humanitaire, mais aussi une mise en lumière du manque prégnant de formation et de soutien de ces soignantes, déployées sans égard à la préservation de leur propre intégrité. Ces dernières sont confrontées à des conditions insensées et désobjectivantes d'exercice de leur profession. Par des processus empathiques, elles sont appelées à capter et transformer le vécu brut et chargé quantitativement des sujets qu'elles prennent en charge. Ce phénomène les mène à faire l'expérience « en miroir » d'affects ou même de réactions somatiques très semblables à ceux de leurs patients, mettant à rude épreuve leurs capacités de contenance et de symbolisation et diminuant leur disponibilité psychique.

Nous exposons comment en réponse au déséquilibre psychique vécu par les aidantes, elles formulent de façon plus ou moins élaborée une demande de métacontenance : le contenant a lui aussi besoin d'être contenu pour continuer à remplir sa fonction et pour ne pas verser lui-même dans une réaction traumatique.

Devant la qualité de la réponse de l'objet-environnement ou des institutions à ce besoin de métacontenance, les soignantes présentent différentes solutions psychiques plus ou moins couteuses pour l'économie de leur psyché. Face à l'angoisse que génèrent les situations extrêmes de la subjectivité, elles érigent un système défensif

de survivance psychique qui peut aller jusqu'à l'amputation d'une partie de soi. Il arrive aussi qu'elles désinvestissent ponctuellement leurs fonctions dans le but de rapporter leur libido sur leur Moi et renflouer leur narcissisme. Les aidantes peuvent rechercher avec zèle toute occasion de pouvoir s'évader, s'amuser ou se sentir vivantes, cela s'avérant des défenses relativement moins coûteuses que celles décrites auparavant. Lorsque le système défensif est mis en échec et que la barrière de pare-excitation de l'appareil psychique est fissurée, les soignantes peuvent faire l'expérience d'un traumatisme secondaire ou vicariant. Nous entendons par cela l'éclosion d'un type de fonctionnement en traumatique, sous l'égide de la compulsion de répétition, ainsi que l'émergence d'une panoplie de symptômes tels que l'hypervigilance, la reviviscence, la perte d'estime de soi ou encore l'éprouvé d'affects dépressifs.

À la lumière des impasses de la subjectivation vécues par les aidantes, nous croyons nécessaire que les institutions humanitaires mettent en place un cadre métacontenant et symboligène au sein de leurs organisations. Face aux solutions coûteuses de désobjectivation et d'effacement d'une partie de soi que nous avons décrites, nous croyons qu'il faille offrir un lieu et une écoute permettant la remise en marche des capacités de penser les ressentis traumatiques plutôt que de devoir s'amputer de ces vécus pénibles. Il s'agit d'une écoute réflexive où un « autre semblable » peut être touché et où il est possible d'effectuer une certaine élaboration des ressentis dans un type de pensée partagée (Roussillon, 2008).

CHAPITRE VI

SYNTHÈSE THÉORISANTE ET DISCUSSION

6.1 Résumé des principaux éléments de la synthèse théorisante

Le traumatisme psychique est un phénomène polymorphe qui affecte l'équilibre psychique des sujets en fonction d'une multiplicité de paramètres. Les attributs extrinsèques de la situation extrême de la subjectivité ainsi que les caractéristiques idiosyncrasiques et culturelles de l'individu qui y est confronté modulent la réaction traumatique. Par ailleurs, le *métacadre* mis en place par l'institution d'appartenance des soignants, de par la qualité de sa réponse, participe lui aussi au renforcement ou à la traumatisation de leur fonctionnement psychique. En ce sens, il nous paraît essentiel de considérer le traumatisme comme un phénomène intrapsychique et intersubjectif qui à son paroxysme bouleverse l'organisation économique de la psyché par ses effets d'effraction de la barrière pare-excitante et crée une déchirure dans l'identité du sujet ainsi qu'une paralysie sur le plan de ses capacités de liaison et d'appropriation subjective. Le trauma entraîne des conséquences quantitatives et « symbolicides » sur la psyché. Il méduse sa victime et l'éjecte du monde symbolique partagé par l'humanité; il est à la fois « trop-plein » d'excitation et « trop-peu » de sens.

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. Ainsi, notre synthèse théorisante vise à décrire, sous quatre volets, l'expérience subjective de ces soignantes qui se mobilisent pour survivre non seulement au contexte déstructurant dans lequel elles travaillent, mais aussi aux relations intenses et désorganisantes qu'elles en viennent à développer.

Le milieu de travail des aidantes humanitaires est extrême et met leur subjectivité à l'épreuve. Les trois soignantes que nous avons rencontrées ont dressé un portrait vivide et saisissant des conditions dans lesquelles elles réalisent leurs fonctions. D'abord, nous notons qu'elles ne bénéficient que de très peu de formation spécifique à la clinique de l'extrême, bien que, chaque jour, elles rencontrent de nombreux patients ayant fait l'expérience de circonstances horribles et déshumanisantes. Vivant dans l'instabilité et la crainte continuelle d'une atteinte à leur intégrité psychique et physique, les soignantes oeuvrent sans répit afin d'offrir des soins sensibles et adaptés à la demande de leurs patients ou même de leurs collègues. Or, elles se butent parfois au manque de ressources ou de soutien des institutions avec lesquelles elles travaillent et se retrouvent à porter seules le fardeau de l'élaboration du traumatique. De par leur propre expérience et leur position identificatoire empathique, les aidantes sont doublement confrontées aux pertes répétitives, à l'horreur et à la série d'affects qui accompagnent la situation extrême de la subjectivité.

La position de « côté à côte », de contenance, que les aidantes sont appelées à prendre lors de la réalisation de leurs fonctions les mène à éprouver un vécu subjectif « en miroir » de celui de leurs patients et parfois même à vivre une désorganisation

psychique semblable. Par un processus d'identification projective, elles en viennent à partager l'expérience de leurs patients et à vivre des affects de l'ordre de la solitude, de l'impuissance (vécue consciemment comme de la culpabilité), de la tristesse et du désespoir. En s'offrant comme lieu de projection et de transformation psychique, elles acceptent de suspendre temporairement les limites de leur Moi. Cela fait éclore chez les aidantes un sentiment vertigineux de dissolution identitaire et laisse même parfois des cicatrices sur le tissu de leur subjectivité. Même leur propre corps se voit mis au service de la symbolisation, par l'éclosion de manifestations psychosomatiques semblables à celles dont souffrent leurs patients.

Face à cette lourde tâche, les soignantes voient leurs capacités d'élaboration et leur équilibre psychique économique chamboulés. Leur appareil à penser est surchargé et les besoins *phorique*, *sémaphorique* et *métaphorique* de leur Moi ne sont plus pris en charge. Ainsi, en fonction de leur préparation à la situation extrême de la subjectivité, de leurs ressources psychiques et du soutien que leur fournit l'environnement, les soignantes présentent des demandes de contenance et des réactions traumatiques variables. Certains, comme Marwa, demandent à ce qu'un (méta)cadre institutionnel contenant soit établi et maintenu afin de renforcer leur sentiment identitaire et d'alléger la charge quantitative qu'ils doivent porter. D'autres, comme Thalia, souhaitent trouver des lieux de partage et de symbolisation afin de s'extirper de la solitude dans laquelle ils sont plongés. Puis certains, comme Natalie, demandent un soutien thérapeutique afin de reprendre contact avec la partie de leur subjectivité de laquelle ils ont dû s'amputer afin de survivre à la situation extrême de la subjectivité. En somme, nous observons que les aidantes expriment toutes une demande de soutien qui, en quelque sorte, fait écho à leur expérience subjective de soin en contexte humanitaire. Nous remarquons qu'il existe un gradient, un continuum ou même une toile de réactions traumatiques qualitativement distinctes qui peuvent ou non ressembler à celles dépeintes dans le DSM-5. En ce sens, nous croyons qu'il est impératif de prendre en compte l'aspect intrapsychique et inconscient de l'expérience

des sujets, si nous désirons offrir un soutien sensible et adapté aux besoins des individus affligés d'une telle souffrance.

Finalement, lorsque les ressources psychiques des aidantes sont épuisées et que le soutien institutionnel s'avère insuffisant ou inadapté, l'appareil psychique en vient à opérer sous un mode de survivance psychique. Il met en place des défenses parfois très couteuses qui, lorsqu'elles échouent à diminuer l'angoisse, mènent à l'éclosion d'un ensemble de symptômes. Face à l'absence d'espace ou d'objet métacontenants, les soignantes tentent par tout moyen d'expulser le trop-plein d'excitation ou les contenus mal symbolisés qui les habitent. Elles se privent du processus d'appropriation subjective pour survivre aux circonstances impossibles dans lesquelles elles se retrouvent. Elles sacrifient aussi parfois la partie d'elle-même en contact avec la souffrance traumatique pour, paradoxalement, préserver leur intégrité. Par moment, elles choisissent de s'exiler de cet univers déshumanisé pour renflouer leur narcissisme et s'adonner à des activités pleines de plaisir et de vie. Toutefois, lorsque le système défensif du Moi est mis en échec et que la barrière de pare-excitation de l'appareil psychique est perforée, 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. Nous notons encore une fois que les réponses défensives et symptomatologiques à l'expérience d'une traumatisation secondaire s'inscrivent dans un continuum, en fonction de leur coût économique pour l'appareil psychique. Les aidantes font souvent aussi preuve de résilience et de créativité, par exemple, en s'assurant de mettre elles-mêmes en place des espaces de partage et de transmission de leur expérience. Elles emploient aussi l'art et l'humour pour donner sens à leur vécu, endiguer le surplus d'excitation qui les afflige et s'approprier les segments de leurs expériences, jusque-là tenus à distance.

6.2 Réflexion clinique et propositions d'aménagements métacontenants

Cette synthèse théorisante soulève de nombreuses questions. D'abord, comment pouvons-nous nous attendre à ce que les aidants humanitaires remplissent leurs fonctions d'objet contenant et malléable de façon optimale alors qu'ils doivent traiter leur propre souffrance traumatique? En d'autres mots, comment justifier que les institutions demandent aux soignants de répondre aux besoins de patients traumatisés alors qu'elles-mêmes n'arrivent généralement pas à mettre en place un métacadre suffisamment bon et soutenant pour ces derniers? Comment espérer que des contenants déjà remplis et débordants parviennent à recevoir et à transformer une quantité supplémentaire d'angoisse, partagée par ceux envers qui ils s'engagent thérapeutiquement? Selon nous, il s'agit-là d'une demande paradoxale et insensée. Nous exigeons actuellement de ces sujets qu'ils offrent une écoute empathique et une contenance aux gens traumatisés pris en charge, tout en reconnaissant que cette position les met à risque de vivre des impasses psychiques similaires. Cela les mène même parfois à employer des solutions psychiques très coûteuses de désubjectivation et d'effacement d'une partie de soi. Ainsi, si leur fonction est de contenir et de soutenir les efforts de symbolisation, qui les aide pour ce même travail? Le sujet-conteneur a lui aussi besoin d'être contenu par un « autre semblable » pour parvenir à remplir sa fonction et pour ne pas verser dans une réaction traumatique (Roussillon 2008, 2012).

Les aidantes humanitaires que nous avons rencontrées sont des femmes dévouées et inspirantes qui, malgré la gravité de leur situation, ont exprimé prendre plaisir et croire en leur travail. Notre recherche ne remet certainement pas en question leur efficacité thérapeutique ni leur dévotion, au contraire. Elle tente cependant de signifier aux institutions et à leurs membres qu'il est possible et essentiel de penser autrement la clinique de l'extrême. Nous cherchons à montrer qu'il est impératif de croire en notre capacité non seulement de survivre aux situations extrêmes de la

subjectivité, mais de s'en sortir indemne et vivifié. Il s'agit d'un piège que de croire qu'il faille absolument payer de notre subjectivité pour s'adonner à la clinique de l'humanitaire. Ne pouvons plus accepter de nous résigner à ce que les soignants souffrent pour réaliser leurs fonctions ou même nous assoir sur notre conviction que les dommages pourront être réparés au terme d'une telle expérience. En ce sens, nous croyons que divers dispositifs cliniques et institutionnels métacontenants peuvent et doivent être mis en place pour soutenir et protéger les soignants. La fonction première de ce type d'aménagements serait non pas de causer la disparition immédiate des vécus souffrants ou d'encourager le clivage au sein de l'appareil psychique, mais plutôt de fournir un espace d'écoute et de reconnaissance des émois vécus. Il s'agirait d'une occasion d'offrir un espace réflexif où un « autre semblable » se laisse toucher et où il est possible d'entamer un processus d'élaboration des ressentis dans un type de pensée partagée (Roussillon, 2008).

6.2.1 Différents moments et niveaux de métacontenance

Des dispositifs métacontenants doivent être mis à la disposition des soignants à différents moments de leur processus d'intervention. Parallèlement, il importe de les penser en fonction des multiples niveaux d'expérience des sujets concernés.

Un travail de préparation à la fois technique et psychique peut être effectué *avant* le départ des travailleurs pour leur mission humanitaire. En effet, nous croyons que les soignants gagneraient à être mieux formés aux enjeux propres à l'intervention en contexte extrême, comme nous le détaillerons dans les paragraphes suivants. Cette préparation pourrait, entre autres choses, participer au renforcement de leurs capacités moïques et donc possiblement prévenir, pour certains, l'éclosion d'un fonctionnement traumatique.

Pendant et suite à la mission des aidants, des aménagements contenant et malléables devraient leur être offerts afin de les soutenir dans leurs efforts de symbolisation et de

transformation de leur propre vécu traumatique et de celui de leurs patients. Il est important de mettre en place des dispositifs pouvant soutenir les besoins du Moi et les fonctions des cliniciens. En d'autres mots, il nous semble essentiel d'offrir des espaces métacontenants aux soignants afin d'amoindrir l'impact traumatique des circonstances dans lesquels ils interviennent. Ces dispositifs n'ont pas à être explicitement thérapeutiques, quoique certains aidants gagneront à être suivis en psychothérapie pendant ou suite à leur mission; ils doivent néanmoins « faire pencher la balance en direction de l'appropriation subjective » et de la symbolisation (Roussillon, 2014, p.67). En somme, selon nous, de tels aménagements ne doivent pas constituer des solutions visant le simple contre-investissement des pensées ou des ressentis à la source de la souffrance des aidants. Ils doivent représenter des moyens de soutenir leur Moi et permettre la réactivation de leurs fonctions thérapeutiques.

6.2.2 Les aménagements métacontenants

Quelques auteurs ont suggéré des aménagements pouvant appuyer les travailleurs humanitaires dans leur fonction thérapeutique, sans toutefois décrire comment ces dispositifs pouvaient les protéger ou les soutenir. Certains croient qu'il est important de bien former et sensibiliser les aidants aux multiples enjeux de l'intervention en contexte humanitaire. D'autres ont exposé la nécessité d'avoir recours à de la supervision ou des groupes d'inter-vision. D'autres encore ont souligné l'importance d'offrir des espaces de psychothérapie ou de *débriefing* aux soignants, en plus de les encourager à diversifier leurs activités professionnelles et personnelles (Ladislav Paviae, 1999; Delbrouck, Venara, Goulet et Ladouceur, 2011; Petiau, 2016; Tarazi-Sahab, El Hussein et Moro, 2016; Cusin et Fabre, 2017; El Hussein, 2017; Karray, Cénat, Derivois, Anaut et Jacome, 2017). À la lumière de ces suggestions, nous croyons pouvoir proposer un type de soutien ajusté aux difficultés spécifiques que nous avons identifiées : difficulté de contenance, difficulté de symbolisation de l'expérience extrême, risque d'amputation d'une partie de soi, notamment. Dans la

section qui suit, nous reprenons les dispositifs proposés précédemment en détaillant comment ils agissent comme des aménagements métacontenants.

6.2.2.1 La formation

L'impréparation au danger est un élément causal important des réactions traumatiques (Freud, 1920). En ce sens, nous croyons que la formation des soignants devrait tenter de les préparer tant sur le plan technique que psychique. Cela pourrait permettre d'atténuer le choc et le caractère subit de l'événement à la source de la pathologie. Par ailleurs, les soignants gagneraient à être sensibilisés aux enjeux propres à l'identification empathique aux victimes de traumatismes et à la nécessité de trouver pour eux-mêmes un lieu d'écoute et de contenance. Ainsi, nous proposons qu'une formation rigoureuse et continue soit offerte aux aidants humanitaires. Cette formation, devrait non seulement porter sur les thèmes soulevés précédemment, mais aussi sur l'ensemble des enjeux historiques, culturels, sociaux et politiques concernant leur mission. Elle permettrait non seulement de développer une écoute flottante et ouverte aux différents volets de leur expérience et de celle de leurs patients, mais aussi de leur fournir des représentations afin de solidifier la barrière pare-excitante de leur appareil à penser et de les soutenir dans leurs efforts de contenance et de symbolisation.

6.2.2.2 Supervision et échanges groupaux

Au moment de l'intervention en contexte humanitaire, nous croyons qu'il est absolument impératif que les soignants aient accès à un espace de supervision ou d'inter-vision. Les fonctions de ce dispositif sont multiples. Il permet la diffusion de la charge quantitative portée par le clinicien. En offrant un lieu contenant où les aidants peuvent penser autrement leurs patients et conscientiser leurs réactions contre-transférentielles, la supervision agit aussi comme un support à l'élaboration psychique. Le [co]superviseur devient un Moi auxiliaire pour le thérapeute qui, lui-

même, agit comme un Moi auxiliaire auprès de ses patients traumatisés. La supervision ou l'inter-vision permet aussi de s'extirper de la solitude dans laquelle peut nous plonger la situation extrême de la subjectivité. Elle offre des repères et des encrages au clinicien en lui permettant de s'inscrire au sein d'une communauté de soutien. Le « soutien de couloir », les échanges entre collègues, les groupes de paroles ou de co-développement permettent aussi de créer un « nous » solide et cohésif qui résiste plus solidement aux ébranlements traumatiques que le « je » qui, lui, s'effrite au gré de ses expériences extrêmes. Comme l'indiquent Karray et ses collègues (2017), le groupe protège la subjectivité individuelle; il participe à la construction du *métacadre* qui agit comme un « socle pour les deuils, les nostalgies [...] mais aussi les espoirs de dénouement » (p.89). Le groupe permet aussi le développement de liens empreints de vitalité.

Nous encourageons aussi les institutions à créer des occasions et des espaces de transmission et de partage pendant et suite à l'expérience de soin en contexte humanitaire. La visée d'un tel dispositif est de cultiver un sentiment de communauté, de créer « réseau de soutien » comme le dit Marwa, et d'appuyer les efforts d'élaboration ou d'appropriation subjective des aidants. Par divers moyens et dans différents contextes, nous observons que transmettre à autrui une version digeste de l'expérience extrême permet aux soignants de ne plus vivre leur expérience comme un corps étranger à expulser ou dont il faut s'amputer. L'exercice de partage permet de mieux tolérer le vécu désobjectivant et d'en voir les aspects positifs, qui peuvent enrichir le Moi. À titre d'exemple, nous notons que Marwa, à la fin du processus de recherche, souhaitait écrire un livre dans lequel elle ferait part de son processus d'aidante humanitaire et où elle proposerait divers aménagements ou conseils cliniques pour soutenir ce type de travailleur. Natalie, elle aussi, nous exprimait vouloir de transmettre aux générations futures les apprentissages que lui ont permis de faire ses missions humanitaires. Elle disait même souhaiter encourager les jeunes à réaliser de tels projets. Selon nous, la participation de ces trois soignantes à notre

recherche s'inscrit aussi dans ce mouvement d'appropriation subjective et de transmission d'une représentation nuancée et « détoxifiée » de l'intervention en contexte extrême. En filigrane à ce souhait, nous voyons aussi un désir de réparation ou de réassurance de la partie du Soi des aidantes qui fut endommagé par cette mise à l'épreuve la subjectivité. Offrir à d'autres individus un lieu de préparation ou d'élaboration psychique spécifique à l'expérience du trauma permet de renforcer les systèmes de pare-excitation, mais aussi de signifier à notre propre Moi que nous sommes maintenant en mesure de prendre en charge ses besoins et de survivre au choc que ce type d'événement pourrait causer.

Tout comme Karray et ses collègues (2017), nous observons que la réalisation d'activités de groupes encourage les aidants à employer l'humour comme processus défensifs pour faire face à la destruction de leur univers symbolique. Cela représente donc une raison de plus pour en faire la promotion. L'humour est une ressource psychique « salvatrice » qui soutient le processus de résilience lors de « situations de danger particulièrement chargées émotionnellement (Anaut, 2015, dans Karray et al., 2017, p.88). Lorsqu'il est utilisé en situation groupale, il permet l'entame ou la réactivation du processus de symbolisation en offrant une occasion à ses membres de trouver des mots communs et de rire de leurs souffrances et de leurs inquiétudes. L'humour est un processus évolué et adaptatif qui permet au sujet d'édulcorer le caractère angoissant ou sidérant de son expérience sans nécessaire s'en couper complètement. Marwa, Thalia et Natalie ont d'ailleurs toutes trois mentionné avoir employé l'autodérision ou l'humour, lors de leurs missions, pour mieux tolérer leur quotidien et injecter de la vie là où il n'y avait que de la mort. La supervision et le soutien groupal répondent donc à l'ensemble des besoins des soignants en faisant fonction de contenant et de support à la symbolisation.

6.2.2.3 Le cadre et la diversification des activités

Nous croyons que les soignants peuvent protéger leur intégrité s'ils définissent bien le cadre de leur pratique et qu'ils posent des limites claires entre leurs activités professionnelles et personnelles. Le travail en contexte humanitaire met à mal la subjectivité et effrite les limites de l'identité des aidants. Un cadre de travail (lieu, horaire, offre de service, disponibilité, modalités d'intervention) nettement énoncé et maintenu offre des repères et des lieux de sécurité ontologique (Delbrouck et al., 2011) tant aux patients qu'à leur thérapeute. Cela protège les soignants contre les vécus d'engloutissement, d'implosion ou de pétrification qu'ils sont appelés à vivre, en réaction aux contenus traumatiques auxquels ils acceptent de s'identifier lorsqu'ils rendent floues les limites de leur Moi (Delbrouck et al., 2011). Selon nous, toute tentative d'établir et de maintenir un cadre thérapeutique contenant doit absolument être soutenue par l'institution dans laquelle s'inscrivent les aidants. Comme l'indique Roussillon (1993), c'est le *métacadre* (l'institution, la théorie, la Loi) qui permet au thérapeute de lui-même édifier et maintenir un cadre symboligène, un espace transitionnel, au sein de sa pratique. En contexte de situation extrême de la subjectivité, de « chaos ambiant [qui] tord la frontière entre le dedans et le dehors » (El Husseini, 2017, p.49), le *métacadre* permet, par sa fonction de *métacontenance*, de préserver ou réinstituer les fonctions thérapeutiques des aidants.

Par ailleurs, nous sommes d'avis que les soignants gagnent à varier leur pratique professionnelle et à s'engager dans plusieurs types d'activités thérapeutiques ou non. Il peut être soulageant de travailler auprès de diverses clientèles, ne présentant pas toutes des expériences traumatiques. Cela diversifie le type de contenu psychique à traiter et diminue la durée et l'intensité de leur expérience potentiellement traumatisante, c'est-à-dire l'expérience même de soin. Les trois participantes de notre recherche rapportent avoir dû travailler, souvent seules, de façon intensive et ciblée auprès de populations traumatisées, voyant plus d'une dizaine de patients par jour.

Selon nous, ce manque de diversité et ce contexte de travail exigeant peuvent avoir contribué au développement de réactions ou d'aménagements traumatiques chez elles.

Finalement, il semble essentiel que les soignants s'engagent dans des activités pouvant faire office de « soupapes », d'évacuation du trop-plein d'excitation (Cusin, J. & Fabre, 2017, p.12) et de renflouement narcissique. Il importe d'avoir recours à de la supervision et des échanges de groupes, mais aussi d'entretenir un mode de vie équilibré dans lequel il y a place au plaisir et à l'abaissement des tensions, sans quoi l'appareil psychique peut se voir débordé ou intoxiqué de contenus déshumanisés. Par ailleurs, il faut qu'une frontière soit établie entre la sphère professionnelle et personnelle de la vie des thérapeutes afin de solidifier leur identité de soignant et d'encapsuler leur travail du traumatique dans un cadre qui soutient leurs fonctions. L'impact d'une rencontre psychothérapeutique n'est pas le même sur le soignant, par exemple, si elle est effectuée au sein d'une institution auprès d'autres professionnels qu'au téléphone, seul chez soi. Rappelons que Marwa a souvent dû répondre aux appels de ses patients aux petites heures du matin et qu'elle en est même venue à vérifier de façon obsessionnelle leur présence sur Facebook afin de s'assurer qu'ils étaient toujours en vie.

6.2.2.4 Lieux d'élaboration psychique : *débriefing* et suivi thérapeutique

Puisque les aidants en viennent parfois à mettre en place un mode de survivance psychique menant au développement de symptômes propres au TSPT et à l'amputation de parties de soi, nous croyons qu'il est essentiel de leur fournir un lieu d'élaboration psychique permettant la réactivation de leurs capacités de symbolisation et d'appropriation subjective.

Pendant et suite aux périodes d'intervention en contexte humanitaire, nous sommes d'avis qu'il est impératif que les aidants aient accès à des services fixes ou flexibles de *débriefing*, en plus de bénéficier d'un soutien psychothérapeutique. Lors des

missions, nous croyons que les aidants bénéficieraient de sessions de *débriefing*, c'est-à-dire de soutien élaboratif quasi immédiat, puisque cet espace permet de rapidement « détoxifier » le contenu de leur expérience, par sa fonction contenante et symboligène, et ainsi prévenir la traumatisation secondaire. L'important est que les soignants puissent profiter d'un lieu sécuritaire où traduire leur vécu, lui donner un sens et, ultimement, se l'approprier. Les suivis thérapeutiques post-mission peuvent aussi s'avérer nécessaires, lorsque les aidants présentent une demande, puisque, comme nous le savons bien, les réactions aux traumatismes peuvent souvent émerger en après-coup ou quelques semaines, mois, ou années plus tard. Nous recommandons aussi que les institutions offrent un espace d'élaboration *spécifique* à l'expérience de traumatismes (secondaires) ou de fatigue empathique, en l'annonçant clairement comme tel. Selon nous, cela pourrait rassurer les aidants quant au caractère malléable et l'indestructible des objets-thérapeutes qui se mettraient à leur disposition.

Certains organismes proposent déjà des services aux soignants revenant de mission; nous croyons que cela devrait être la règle plutôt que l'exception. Dans leur article, Karray et ses collègues (2017) décrivent un dispositif qui, selon nous, pourrait être employé comme modèle prototypique de prise en charge des aidants, en contexte de situation extrême de la subjectivité. L'O.N.G. dont il est question propose quatre modalités de soutien aux soignants qui oeuvrent auprès des réfugiés à la frontière turque et syrienne :

1. Une plage horaire fixe hebdomadaire pour réaliser des entretiens psychothérapeutiques à la demande des aidants ou des responsables de l'organisme
2. La présence d'un(e) psychologue sur le terrain qui offre des séances individuelles ou de groupes

3. L'implication d'un(e) second(e) psychologue qui parle la langue maternelle des soignants (l'arabe, dans ce cas) qui réalise des entretiens par vidéoconférence, et ce, dans le but d'améliorer l'accès aux services de thérapie et de favoriser la participation de groupes plus marginalisés (p.ex. les femmes, dans ce cas)
4. L'existence d'une équipe de prise en charge ou de débriefing d'urgence qui peut être mobilisée sans planification antérieure ou même sans demande des soignants (p.ex. suite à des accidents)

Nous sommes conscients que l'implantation de tels dispositifs requiert la mobilisation de nombreuses ressources humaines et matérielles, mais nous ne pouvons qu'insister sur le caractère urgent et essentiel d'un tel changement dans la culture de l'humanitaire. Par ailleurs, nommer cette aide « humanitaire » alors que les conditions de travail proposées aux soignants sont justement inhumaines et même déshumanisantes représente un paradoxe que nous ne pouvons plus ignorer. Comme le dit Petiau (2016), nous devons « arrêter d'envoyer le (double) message qui nie les besoins des soignants en clivant le monde entre ceux qui soignent, et qui n'ont pas besoin d'aide et, les Autres. » (p.116). Nous ne pouvons rester silencieux face à l'appel humain des soignants qui, actuellement, risquent leur propre intégrité au nom d'une pratique sensible et subjectivante.

6.3 Apport au domaine

Notre projet de recherche doctorale participe à l'avancée des connaissances en abordant l'expérience des aidants humanitaires sous un angle nouveau et peu exploré jusqu'à maintenant. En s'éloignant de la tendance actuelle à vouloir « positiver » le vécu des individus et « objectiver » différents critères de psychopathologie, nous proposons une réflexion profonde et sensible de l'expérience subjective,

intrapSYchique et inconsciente des soignants. Notre réflexion théorique met aussi en lumière l'importance de prendre en compte l'aspect polymorphique des réactions traumatiques et le bien-fondé d'une position clinique contenantante et malléable.

Dans cette thèse, nous offrons un espace à la parole des aidantes et respectons la créativité de leur psyché en nous laissant nous surprendre par leurs réactions singulières. Évidemment, ce positionnement est possible qu'en raison du respect rigoureux de critères méthodologiques énoncés précédemment (saturation, cohérence, convergence, analyse par consensus et analyse-retour) (Brunet, 2008a, 2008b, 2009), sans quoi nous ne pourrions formuler de synthèse théorisante valide ou pertinente. L'aspect dynamique, dense et complexe du modèle proposé représente aussi la pierre angulaire de ce projet de thèse. Notre projet soulève aussi divers enjeux et problèmes liés au domaine de l'intervention en contexte humanitaire (manque de préparation, absence de soutien), tout en proposant de multiples recommandations afin d'y remédier. Ainsi, nous croyons et nous espérons qu'une telle étude puisse éventuellement avoir des retombées réelles et concrètes sur le travail et la vie de ce type de soignants.

6.4 Limites du projet de recherche

6.4.1 La revue de littérature

Nous sommes d'avis que la contextualisation théorique de notre thèse doctorale présente quelques lacunes. D'abord, nous reconnaissons avoir essayé par de multiples moyens de nous renseigner quant aux divers services de soutien offerts aux aidants humanitaires, par exemple, en tentant de contacter la Croix-Rouge ou Médecins Sans Frontières, en vain. Ainsi, les informations que nous avons obtenues à ce sujet proviennent de sources diverses, comme nos participantes ou des professeurs d'université, et ne nous permettent pas de dresser un portrait exhaustif et représentatif

du soutien véritablement offert par les institutions. L'obtention de ces données nous aurait permis de formuler une critique plus fine et précise des services et d'adapter nos recommandations en fonctions des aménagements déjà en place. Par ailleurs, bien que nous mentionnons brièvement l'aspect transculturel de la clinique humanitaire, dans notre premier article (Smolak et Brunet, 2017), nous sommes d'avis que cette littérature aurait gagné à mieux être intégrée à notre réflexion. Ainsi, les écrits portant sur l'ethnopsychanalyse (ou l'ethnopsychiatrie), le traumatisme cumulatif et la transmission intergénérationnelle du trauma, entre autres choses, auraient pu être incorporés à notre projet. Or, nous avons consciemment choisi de limiter notre champ d'études afin de favoriser la profondeur à l'étendue.

6.4.2 La méthodologie et les inférences

En favorisant la profondeur à l'étendue, nous savons que nous avons miné la possibilité de généraliser nos résultats ou de prétendre à l'homogénéité ou la représentativité de notre échantillon. Notre méthode d'analyse interprétative nous a permis de faire des inférences qui, certes, pourraient être critiquées pour leur caractère « non-objectif ». Or, par la mise en place de balises méthodologiques comme l'analyse par consensus ou l'analyse-retour, nous avons tenté de nous assurer de valider ces inférences (Brunet, 2008a, 2008b, 2009). En outre, nous avons interprété nos résultats avec prudence, sans nécessairement postuler qu'ils soient représentatifs de l'expérience de tous les membres du très grand groupe que forment les aidants humanitaires. Par ailleurs, le fait d'avoir rencontré à de multiples reprises trois participantes ne représente pas nécessairement une limite pour nous, mais, au contraire, un outil fort intéressant pour étudier la subjectivité et l'inconscient, qui, au cours de l'étude, ont été employés comme sources valables de réflexion, de connaissances et d'informations sur l'expérience des soignantes (Brunet, 2009).

6.4.3 L'échantillon

Nous sommes conscients que les participantes recrutées présentaient certaines caractéristiques qui ont, bien certainement, influencé la qualité des données recueillies et notre interprétation de ces dernières. D'abord, bien que cela n'était pas prévu, nous n'avons recruté que des femmes. Un échantillon comprenant des soignants de sexe masculin aurait peut-être permis d'obtenir un regard différent sur l'expérience de soins en contexte humanitaire. De plus, nous avons sélectionné des participantes qui étaient en mesure de nous parler de leur expérience alors que le traumatisme a habituellement comme effet de priver le sujet de la parole et de ses capacités d'élaboration. Rencontrer des sujets se trouvant dans l'impossibilité d'élaborer quant à leur expérience nous aurait tout autant renseignés sur notre sujet d'étude. Par ailleurs, nous avons en quelque sorte assumé, de par les renseignements obtenus, que les participantes recrutées travaillaient en contexte de situation extrême de la subjectivité auprès de patients traumatisés. Toutefois, puisque nous nous situons dans un paradigme psychanalytique, il nous est impossible d'affirmer, sans aucun doute, que ces individus étaient à proprement parler « traumatisés » ou qu'ils ne sentaient plus « sujets ». Cependant, comme nous l'avons énoncé précédemment, il semble qu'il existe un gradient de réactions traumatiques et qu'une vision catégorielle de cette problématique ne fait que limiter notre compréhension de celle-ci. Nous avons aussi rencontré des participantes en faisant fi du moment où elles étaient intervenues en contexte humanitaire. Natalie était revenue de ses missions depuis de nombreuses années, alors que Thalia et Marwa pratiquaient toujours. Nous croyons que cela a peut-être eu un impact sur la qualité des données recueillies, bien que le contenu traumatique ait cette particularité d'être vécu comme « actuel ». Finalement, nous convenons du fait que notre définition du « soignant » ou de « l'aidant » est plutôt large et qu'elle regroupe ni plus ni moins toute personne ayant noué une relation intersubjective de soin, en contexte de situation extrême de la subjectivité. Nous suspectons donc que l'inclusion de deux psychologues et d'une infirmière ait pu

teinter la qualité de nos résultats, bien que nous soyons parvenus à atteindre nos critères méthodologiques de cohérence, de convergence d'indices et de saturation des données (Brunet (2008a, 2008b, 2009). La participation d'autres types de professionnels, comme des médecins, nous aurait peut-être offert une perspective différente sur ce type d'expérience.

CHAPITRE VII

CONCLUSION

En guise de conclusion, nous tenons à explorer quelques-unes des multiples pistes de réflexion frayées par cette thèse.

D'abord, en fonction des éléments soulevés dans le cadre de ce projet de recherche, nous croyons qu'il pourrait être intéressant de mettre sur pieds une recherche-action, en collaboration avec un organisme humanitaire. Ce projet viserait à implanter les dispositifs clinico-institutionnels que nous avons recommandés dans le cadre de notre thèse et d'évaluer l'impact de tels aménagements sur l'expérience des soignants. Des éléments propres aux paradigmes d'intervention transculturel ou ethnopsychiatrique pourraient aussi être intégrés au programme mis en place dans le cadre de cette recherche, dans l'éventualité où cela s'avèrerait pertinent. Les effets de tels dispositifs pourraient être évalués auprès d'un ou plusieurs groupes d'aidants, en réalisant des entretiens semi-directifs et possiblement en mesurant diverses variables (capacités d'élaboration, d'appropriation subjective, de contenance, etc.) pré et post participation. Ce projet aurait comme visée de fournir des données et des outils aux organismes afin de les sensibiliser à l'importance de répondre tant aux besoins des patients qu'ils prennent sous leur charge que ceux des soignants.

Par ailleurs, lorsque les conditions sont propices à ce travail, nous observons que les aidantes tentent de soigner leurs patients et la partie d'elles-mêmes endommagée par leur expérience traumatique en ayant recours à différentes formes de médiations thérapeutiques (Brun, 2012). Entre autres choses, nous remarquons qu'elles font appel à l'art et à l'humour, pour donner sens à leur expérience et à celle des individus qu'elles prennent en charge. Les aidantes créent un espace où s'entrelacent la psyché et la réalité et où il est possible d'employer différents médiums pour « reconstruire » de façon tangible et symbolique quelque chose de son monde ou de sa subjectivité. Marwa, formée à l'art thérapie, nous exprimait, au cours des entretiens, que « la créativité est tellement inattendue » dans ce genre de contexte, mais que « c'est à travers le côté ludique que les choses s'expriment. » Elle ajoute à cela que l'art thérapie permet de parler du processus même de symbolisation et que ce procédé s'édifie « concrètement » dans l'aire transitionnelle créée au sein du dispositif thérapeutique. Les soignantes semblent aussi employer ce type d'aménagement thérapeutique comme lieu de transformation de leur propre expérience d'aidante. Chacune semble être portée à vouloir mettre en place un espace potentiel où peut être représenté le vécu traumatique, grâce à un détour judicieux permettant à la psyché de tolérer le contenu travaillé. Ainsi, nous croyons qu'il serait fort pertinent d'explorer les fonctions et l'utilité, pour les thérapeutes et pour les patients, des diverses formes de médiations thérapeutiques dans un contexte d'intervention en situation extrême de la subjectivité.

En somme, nous croyons qu'il importe de poursuivre la recherche dans le domaine de la clinique de l'extrême en orientant les projets en fonction de thèmes ou d'avenues qui rendent honneur à la complexité de la psyché humaine. À notre avis, ce n'est qu'en considérant les plans subjectif et inconscient de l'expérience des soignants que nous pourrions leur permettre de se préserver d'une traumatisation secondaire et de jouir pleinement de la liberté et de la créativité inhérentes à leurs fonctions.

ANNEXE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement

Le vécu traumatique et la fonction thérapeutique chez des aidants humanitaires étant intervenus auprès d'individus potentiellement traumatisés.

Information sur le projet

Personne responsable du projet

Chercheur responsable du projet : David Smolak

Programme d'études : Doctorat en psychologie (Combiné Psychologiae Doctor/Philosophiae Doctor, Psy.D. et Ph.D.)

Adresse courriel : smolak.david@courrier.uqam.ca

Téléphone : 514-929-7398

Direction de recherche

Direction de recherche : Louis Brunet, PhD.

Département ou École : Université du Québec à Montréal, département de psychologie

Faculté : Faculté des Arts et des sciences

Courriel : brunet.louis@uqam.ca

Téléphone : (514) 987-3000 #1754

But général du projet

Vous êtes invitée, invité à prendre part à un projet visant à comprendre comment des aidants font l'expérience de leur fonction de soignant et se voient affectés sur les plans intrapsychique et inconscient par la prise en charge d'individus ayant vécu une situation potentiellement traumatique.

Cette recherche bénéficie du soutien financier du Fonds de recherche du Québec — Société et culture.

Tâches qui vous seront demandées

Votre participation consiste à donner environ cinq entrevues individuelles, de une heure chacune, au cours de laquelle il vous sera demandé de parler de votre expérience d'aidant auprès de personnes ayant vécu une situation potentiellement traumatique. Ces entrevues seront enregistrées numériquement avec votre permission. Le lieu et l'heure de l'entrevue sont à convenir avec la personne responsable du projet. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

Moyens de diffusion

Les résultats de cette recherche seront publiés dans une thèse doctorale et dans deux articles qui seront soumis à une revue scientifique.

Des extraits de verbatim pourraient faire partie de la publication, mais en aucun cas il sera possible de vous identifier ou de vous relier à ces extraits, car ils seront modifiés de façon à éviter qu'une personne soit reconnaissable.

Si vous le souhaitez, les résultats de la présente recherche vous seront communiqués, par l'envoi des articles scientifiques rédigés au terme de du projet, lorsqu'ils seront disponibles.

Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension du vécu des aidants humanitaires. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation à cette rencontre. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions personnelles liées à des expériences de vie agréables ou désagréables. Dans le cas échéant, vous pourrez être accompagné dans votre démarche auprès des services de soutien déjà offerts par votre organisme d'affiliation et la liste de références de l'Ordre des Psychologues du Québec vous sera fournie, si cela s'avère nécessaire. Une ressource d'aide appropriée ainsi que la liste de références de l'Ordre des psychologues du Québec pourront vous être proposées si vous souhaitez discuter de votre situation. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question sans avoir à vous justifier. Il est de la responsabilité du chercheur de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue s'il croit que votre bien-être n'est pas assuré

Anonymat et confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seules la personne responsable du projet et sa direction de recherche auront accès à l'enregistrement de votre entrevue et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codée) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par la personne responsable du projet pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications des résultats de recherche.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure et que, par ailleurs, vous être libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (incluant la publication d'articles, d'un mémoire, d'un essai ou d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

Compensation financière

Votre participation à ce projet est offerte bénévolement.

Questions sur le projet et sur vos droits

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPÉ, Anick Bergeron, au 514 987-3000, poste 3642, ou par courriel à l'adresse suivante : bergeron.anick@uqam.ca.

Remerciements

Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Signatures**Participante, participant**

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes

questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Je souhaite être informée, informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :
 oui non

Nom, en lettres moulées, et coordonnées

Signature de la participante, du participant

Date

Personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis à la personne participante.

ANNEXE B

GRILLE D'ÉCOUTE

Éléments pertinents (Vécu)	Contenu de l'entrevue	Reformulation	Interprétation	Thème
Sidération				
Débordement				
Affects (effroi/terreur)				
Symptômes/sémiologie				
Symbolisation du vécu – liaison				

Éléments pertinents (Fonction contenante)	Contenu de l'entrevue	Reformulation	Interprétation	Thème
Expérience d'empathie				
<i>Phorique</i> : contenance				
<i>Métaphorique</i> : reconnaissance du message dans l'activité humaine				
<i>Sémaphorique</i> : production de sens				

RÉFÉRENCES

- 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, 103–108.
- Adams, S. A. et Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2, 26–34.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th edition). Arlington, V.A. : American Psychiatric Association.
- Argentero, P. et Setti, I. (2011). Engagement and Vicarious Traumatization in rescue workers. *International archives of occupational and environmental health*, 84(1), 67–75. doi:10.1007/s00420-010-0601-8
- Barron, R. A. (1999). Psychological trauma and relief workers. Dans J. Leaning, S. M. Briggs, L. C. Chen, (eds.) *Humanitarian Crises: The Medical and Public Health Responses* (p.143-175). Cambridge : Harvard University.
- Baubet, T. et Moro, M.-R. (2003). Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire. Dans T. Baubet, K. Le Roch, D. Bitar, Moro, M.-R. (dir.). *Soigner malgré tout* (vol 1, p.71-93), Grenoble : La Pensée Sauvage.
- Baubet, T. et Moro, M.-R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2e éd.). Paris : Éditions Elsevier Masson.
- Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K. et Corneil, W. (1999). Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire services personnel. *Trauma Stress*, 12, 293–308

- Bégoïn-Guignard, F. (1985). À propos de l'identification projective. *Adolescence*, 3(2), 295-307. □
- Bettelheim, B. (1960). *Le cœur conscient*. Paris : Laffont, 1972.
- Bion, W.R. (1962). Une théorie de l'activité de pensée. Dans *Réflexion faite*. Paris : Presse Universitaires de France (1983).
- Blais, M. et Martineau, S. (2007). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens aux données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bohleber, W. (2007). Remémoration, traumatisme et mémoire collective - Le combat pour la remémoration en psychanalyse. *Revue française de psychanalyse*, (71), 803-830. doi:10.3917/rfp.713.0803
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, (66), 745-757. doi:10.3917/rfp.663.0745
- Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma. *Le Carnet PSY*, (155), 41-46. doi:10.3917/lcp.155.0041
- Boscarino, J. A., Figley, C. R., et Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 57-66.
- Brun, A. (2012). Les médiations thérapeutiques dans les cliniques de l'extrême. *Chimères*, (78), 63-73.
- Brunet, A., Poundja, J., Tremblay, J., Bui, E., Thomas, E., Orr, S. P., et al. (2011). Trauma reactivation under the influence of propranolol decreases posttraumatic stress symptoms and disorder: three open-label trials. *Journal of Clinical Psycho-pharmacology*, 31(4), 547-550.
- Brunet, L. (1998). Pour une revalorisation de l'analyse qualitative des instruments projectifs. Une méthode associative-séquentielle. *Bulletin de psychologie*, 51(4), 459-468.

- Brunet, L. (2006). Objet du fantasme ou de la réalité? Quelques réflexions sur la « fonction contenantante ». *Bulletin de la Société Psychanalytique de Montréal*, 2, 30-32.
- Brunet, L. (2008a, novembre). Réflexions sur la recherche qualitative. Université du Québec à Montréal, CARPH, Montréal.
- Brunet, L. (2008). Réflexions sur la validité et la légitimité des méthodes diagnostiques. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29 (2), 29-42.
- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapies psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane : écoutes psychothérapeutiques*, 18(2), 70-85.
- Brunet, L. (2013). Limites, transferts archaïques et fonctions contenantantes. Dans C. Chabert (dir.), *Les psychoses* (p.133-171). Paris : Dunod
- Brunet, L. (2015). Terrorisme, violence de masse et radicalisation. Du Moi idéal au désengagement identificatoire. *Carnet Psy*, 191, 48-51.
- Brunet, L. et Casoni, D. (1996). A review of the concepts of symbolization and projective identification in regards to the patient's use of the analyst. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 4(1), 109–127.
- Brunet, L. et Casoni, D. (1998). Passage à l'acte et impasses en psychothérapie : de l'utilisation de l'objet par la fonction contenantante, dans MILLAUD F. (éd.), *Le Passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques* (p. 163-180). Paris : Masson.
- Brunet, L. et Casoni, D. (2000). A Necessary Illusion : Projective Identification and the Containing Function Klein on Projective Identification. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, (9), 137–163.
- Brunet, L. et Casoni, D. (2001). A necessary illusion. Projective identification and the containing function. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 9(2), 137-163.
- Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe*. Paris : Gallimard (1985).

- Charbonnier, G. (2007). Traumatisme, transfert, transformation. *Psychothérapies*, (27), 139–148.
- Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D. et Miller, M. (2012). Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness. *Epidemiologic reviews*, 34(1), 145–55. doi:10.1093/epirev/mxr026
- Cortais, J. (2003). Entretien et victimes de traumatismes. Dans C. Cyssau (dir.), *L'entretien en clinique* (p. 233-239). Paris, France : In Press.
- Cournut, J. (1991). L'ordinaire de la passion. Dans *Le fil rouge*. Paris : PUF.
- Croix-Rouge canadienne. (2015). Rapport annuel 2014-2015. Repéré à <http://www.croixrouge.ca/crc/documentsfr/Annual-Report-2014-2015-FR.pdf>
- Crumlish, N. et O'Rourke, K. (2010). A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 237-251.
- 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. doi:10.1080/15325024.2010.519279
- Cusin, J. et Fabre, C. (2017). Proposition d'un modèle conceptuel du traumatisme vicariant appliqué à la gestion des ressources humaines : le cas des conseillers en accompagnement vers l'emploi. *Revue de gestion des ressources humaines*, 104, 3-18.
- Daligand, L. et Gonin, D. (1993). *Violence et victimes*. Lyon : Méditations.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Daxhelet, M.-L. (2013). *L'étude des processus défensifs, adaptatifs et anti-traumatiques chez des enfants soldats congolais* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal

- Daxhelet, M-L. et Brunet, L. (2014). La pensée magique chez les enfants soldats congolais. Un processus défensif anti-traumatique. *Criminologie*, 47(1), 247-266.
- de M'uzan, M. (1994). *La Bouche de l'inconscient*. Paris : Gallimard.
- Deahl, M. P., Gilham, A. B., Thomas, J., Searle, M. M. et Srinivasan, M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf War: factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 165, 60–65.
- Delbrouck, M., Venara, P., Goulet, F. et Ladouceur, R. (2011). Syndromes connexes au burn-out du soignant. Dans *Comment traiter le burn-out* (p. 289-303). Paris : De Boeck Supérieur.
- Eidelson, R. J., D'Alessio, G. R., et Eidelson, J. I. (2003). The impact of September 11 on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 144–150.
- El Husseini, M. (2017). Réactions contre-transférentielles en terrain de guerre – Extrait d'une recherche sur l'exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma. *Enfances et Psy*, 74, 43-50.
- Ellis, B.H., MacDonald, H.Z., Lincoln, A.K., et Cabral, H.J. (2008). Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 184–193.
- 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. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.004
- Faust, D. S., Black, F. W., Abrahams, J. P., Warner, M. S., et Bellando, B. J. (2008). After the storm: Katrina's impact on psychological practice in New Orleans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 1–6.
- Fazel, M., Wheeler, J., et Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.

- Ferenczi, S. (1925). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Dans *Oeuvres Complètes Psychanalyse* (vol. VI, p. 125-135). Paris : Payot (1982).
- Ferenczi, S. (1932). *Journal clinique*. Paris : Payot.
- Ferenczi, S. (1933). Réflexions sur le traumatisme. Dans *Oeuvres Complètes Psychanalyse* (vol. VI, p. 139-147). Paris : Payot (1982).
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Filion, B. (2016). *Étude de la relation à la substance chez le toxicomane : réflexions métapsychologiques sur le lien à l'objet-drogue* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal.
- Finklestein, M., Stein, E., Green, T. Bronstein, I et Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health et Social Work*, 40(2), 25-31.
- Frawley-O'Dea, M. G. (2003). When trauma is terrorism and the psychotherapist is traumatized too: Working as an analyst since 9/11. *Psychoanalytic Perspective*, 1, 67-90.
- Freud, S. (1897). Manuscrit M du 25 mai 1897. Dans *La Naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1914). Remémoration, répétition et perlaboration. Dans In Press (dir.), *Libres cahiers pour la psychanalyse*, (9), p. 13-22.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Oeuvres complètes* (vol. XV, p. 273-338). Paris : PUF (1996).
- Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. Dans *Oeuvres Complètes Psychanalyse* (vol. XVII, p.203-286). Paris : PUF.
- Freud, S. (1939). *Moïse et le monothéisme*. Paris : Gallimard (1986).

- Freud, S. et Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF (1965).
- Gabbard, G.O (2000). Disguise or consent: problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(6), 1071-1086.
- Garneau, J. (2000): Le burn-out, prévention et solutions. *La lettre du psy*, (4), NÆ 2 : Février.
- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C. et Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion: Réussir son mémoire ou sa thèse*. France : Person.
- Green, A. (1974). *La folie privée*. Paris : Gallimard (1990).
- Hargreaves, S. (2002). A body of evidence: Torture among asylum seekers to the West. *The Lancet*, 359, 793–794.
- Hodgkinson, P. S. et Shepherd, M. A. (1994). The impact of disaster support work. *Trauma Stress*, 7, 587–600.
- Hollifield, M., Warner, T.D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J.H., Kesler, J., Stevenson, J. et Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *Journal of the American Medical Association*, 288, 611–621.
- Houzel, D. (2003). Empathie, identification projective, intersubjectivité primaire, communication primaire. *Hors collection*, 15–25.
- Institute for Economics et Peace. (2016). Global Terrorism Index : Measuring And Understanding The Impact Of Terrorism. Repéré à : <http://visionofhumanity.org/app/uploads/2017/02/Global-Terrorism-Index-2016.pdf>
- Jenkins S., Mitchell J., Baird S., Whitfield S. et Meyer, H. (2011) « The Counselor's Trauma as Counseling Motivation: Vulnerability or Stress Inoculation? », *Journal of Interpersonal Violence*, 26(12), 2392-2412.

- Kahn, R.L. et Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. Dans M. D. Dunnette, L. M. Hough (dir.) *Handbook of industrial and organizational psychology* (vol 3., p.571- 650). Californie : Consulting Psychologists Press.
- Karray, M., Cénat, J. M., Derivois, D., Anaut, M. et Jacome, M.-C. (2017). Soigner aux frontières : regard psychodynamique sur le quotidien traumatique des soignants/réfugiés. *Revue Québécoise de psychologie*, 38(3), 79-98.
- Keinan-Kon, N. (1998). Internal reality, external reality, and denial in the Gulf war. *The Journal of American Academy of Psycho-analysis and Dynamic Psychiatry*, 26, 417–442.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. a., Koenen, K. C., Petukhova, M. et Hill, E. D. (2012). The importance of secondary trauma exposure for post-disaster mental disorder. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(01), 35–45. doi:10.1017/S2045796011000758
- Khan, M. (1974). Le concept de traumatisme cumulatif. Dans *Le soi caché*. Paris : Gallimard (1976).
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, (27), 99-110.
- Klein, M. (1952). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans : M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs et J. Rivière (dir.), *Développements de la psychanalyse* (p. 274-300). Paris : PUF (1966).
- Kogan, I. (2004). The role of the analyst in the analytic cure during times of chronic crises. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 735–757.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). Identification projective. Dans *Vocabulaire de la psychanalyse* (p. 192-193). Paris : Presses Universitaires de France.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). Séduction. Dans *Vocabulaire de la psychanalyse* (p. 436-439). Paris : PUF.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). Trauma ou Traumatisme (psychique). Dans *Vocabulaire de la psychanalyse* (p. 499-503). Paris : PUF.

- Lauru, D. (2001). Énamoration de transfert. *Actualité de la psychanalyse*, 109–124.
- Leiter, M. P. et Maslach, C. (1998). Burnout. Dans H. Friedman (dir.) *Encyclopedia of mental health* (p. 202–215). Academic Press : New York.
- Lev-Wiesel, R., Goldblatt, H., Eisikovits, Z., et Admi, H. (2009). Growth in the shadow of war: The case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*, 39(6), 1154–1174.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La Pensée sauvage*. Paris : Pocket (1990).
- Lundin, T. et Bodegard, M. (1993). The psychological impact of an earthquake on rescue workers: a follow up study of the Swedish group of rescue workers in Armenia. *Trauma Stress*, 6, 129–139.
- Maatouk, D. (2016). *Le vécu déshumanisant et le conflit identitaire de sujets amputés à l'adolescence suite à un accident traumatique de guerre* (Thèse doctorale). Université du Québec à Montréal
- Maatouk, D. et Brunet, L. (2015a). La haine chez un adolescent amputé de guerre, *Adolescence*, 33(2), 395-404.
- Maatouk, D. et Brunet, L. (2015b). La perte d'une partie de soi dans le contexte d'une amputation traumatique de guerre : un deuil impossible ? *Revue canadienne de psychanalyse*, 23(2), 302-323.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Ronfeldt, H. M. et Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 63–85.
- Marty, F. (2011). Traumatisme, une clinique renouvelée. *Le Carnet PSY*, (155), 35–40. doi:10.3917/lcp.155.0035
- Maslach, M. (1982). *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs : Prentice Hall.
- Matthews, J. R. (2007). A Louisiana psychologist's experience with hurricanes Katrina and Rita. *Psychological Services*, 4, 323–328.

- 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, 131–149.
- McCarroll, J. E., Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Hermsen, J. M. (1996). Posttraumatic stress symptoms following forensic dental identification: Mt. Camel, Waco, Texas. *American Journal of Psychiatry*, 153, 778–782.
- McDougall, J. (1982). *Le théâtre du Je*. Paris : Gallimard.
- McFarlane, A. C. (1988). The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *Nerv Ment Dis*, (176), 30–39.
- Médecin Sans Frontières Canada. (2015). Rapport annuel 2015. Repéré à <https://www.doctorswithoutborders.ca/node/3054>
- Milivojeviae, L. (1999). Complexity of Therapist's Feelings in the Work with War-Traumatized Patients. *Croatian Medical Journal – Clinical Sciences*, 40(4), 503-507.
- Milner, M. (1952-1954). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Dans B. Chouvier (dir.), *Matières à symbolisation. Art, création et psychanalyse* (p. 49-51). Lausanne : Delachaux et Niestlé (1998).
- Morin, E. (2004). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil.
- Moro, M.-R. (2012). Préface. Dans Mouchenik, Y., Baubet, T. et Moro, M.-R. (dir.), *Manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherches contemporaines* (2e éd., p. 11-17). Grenoble : La pensée sauvage.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K. et Doebbeling, C. C. (2009). Compassion fatigue: A review of research to date and relevance to cancer providers. *Journal of Health Psychology*, 14, 267–277.
- Nicholl C., et Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Mental Health*, 13, 351–362.
- Ottino, S. von O. (2007). Violences extrêmes : le poids de la réalité à l'épreuve de la causalité psychique. *Psychothérapies*, (27), 127–138.

- Paillé P. et Muchielli, A. (2008). *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchieli, A. (2012). La mise en place d'une théorisation. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd, p. 372-405). Paris : Armand Colin.
- Parat, C. (1995). *L'affect partagé*. Paris : PUF.
- Pearlman, L. A. et Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York : W.W. Norton.
- Petiau, A. (2016). Ne dites surtout pas que vous êtes médecins. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 57, 103-118.
- Pielke Jr., R. A. (2006). Disasters, death and destruction: making sense of recent calamities. *Oceanography*, 19, 138–147.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Mayer, R. et Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Quinodoz, D. (2000). La psychanalyse est vivante. *Revue française de psychanalyse*, 64(5), 1489–1495.
- Quosh, C., Eloul, L. et Ajlani, R. (2013). Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review. *Intervention*, 11(3), 276-294.
- Radjack, R. (2012). Émergence et limite du concept de PTSD. Dans Mouchenik, Y., Baubet, T. et Moro, M.-R. (dir.), *Manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherches contemporaines* (2^e éd., p. 195-210). Grenoble : La pensée sauvage.
- Rasmussen, B. (2005). An intersubjective perspective on vicarious trauma and its impact on the clinical process. *Journal of Social Work Practice*, (19), 19–30.

- Rechtman, R. (2000). De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes et migration*, (1225), 46-61.
- Reid, W. (2008). Un nouveau regard sur la pulsion, le trauma et la méthode analytique. Première partie : une théorie de la psyché. *Filligrane*, 17(1), 68-94.
- Roisin, J. (2010). *De la survivance à la vie – Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. Paris : PUF.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Revue Belge de Psychanalyse*, (40), 25–42.
- Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. Dans *La santé mentale en actes* (pp. 221-238). Toulouse: ERES.
- Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.
- Roussillon, R. (2012). On souffre du non approprié de l'histoire : on guérit en l'intégrant. *Le carnet psy*, 9(167), 36-41.
- Roussillon, R. (2014). *Manuel de pratique clinique*. Paris : Elsevier Masson.
- Saakvitne, K. (2002). Shared trauma: The psychotherapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(3), 443–450.
- Salston, M. et Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, (16), 167–174.
- Sauter, S. L. et Murphy, L. R. (1995). *Organizational risk factors for job stress*. Washington : American Psychological Association.
- Schwarzer, R., et Schulz, U. (2003). Stressful live events. Dans A.M. Nezu, C.M. Nezu, P.A. Geller, I.B. Weiner (dir.), *Handbook of Psychology* (vol 9, p 28-45). New York : John Wiley and Sons.
- Seeley, K. (2003). The psychotherapy of trauma and the trauma of psychotherapy: Talking to psychotherapist about 9–11. Repéré à http://www.coi.columbia.edu/pdf/seeley_pot.pdf.

- Shamai, M., et Ron, P. (2009). Helping direct and indirect victims of national terror: experiences of Israeli social workers. *Qualitative Health Research*, 19(1), 42–54.
- Smolak, D. et Brunet, L. (2017). Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico-clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 99-124.
- Stoddard, A., Harmer, A. et DiDomenico, V. (2009). Providing Aid in Insecure Environments: 2009 Update. New York, NY: Center for International Cooperation at New York University.
- Tei S., Becker C., Kawada R., Fujino J., Jankowski Kf., Sugihara G., Murai T. et Takahashi H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity?. *Translational Psychiatry*, 4(6), 1-7.
- Thomas P., Barruche G. et Hazif-Thomas C. (2012) : La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie* 187(19) : 266-273.
- Tosone, C. (2006). Therapeutic intimacy: A post-9/11 perspective. *Smith College Studies in Social Work*, 76(4), 89–98.
- Trippany, R. L., White Kress, V. E. et Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling and Development*, (82), 31–37.
- Urtubey, L. de. (2004). Freud et l'empathie. *Revue française de psychanalyse*, (68), 863–875.
- Wee, D., et Myers, D. (2002). Response of mental health workers following disaster. The Oklahoma City Bombing. Dans C. R. Figley (dir.), *Treating compassion fatigue* (pp. 57–83). New York: Brunner/Rutledge.
- Winnicott, D.W. (1951-1953). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p.109-125). Paris : Payot (1969).
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 168-174). Paris : Payot (1969).

Winnicott, D. W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris: Payot (1983).

Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.