

L'art-thérapie en débriefing :
méthode d'intervention préventive
de la traumatisation vicariante chez les intervenants

Suzanne Cloutier

Un travail de recherche

présenté

au

Département de

thérapies par les arts

comme exigence partielle en vue de l'obtention

du grade de Maîtrise ès arts (M.A.)

Université Concordia

Montréal, Québec, Canada

Avril 2006

©Suzanne Cloutier,2006



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

ISBN: 0-494-14357-6

Our file *Notre référence*

ISBN: 0-494-14357-6

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Art-thérapie en débriefing :
méthode d'intervention préventive
de la traumatisation vicariante chez les intervenants
par
Suzanne Cloutier

SOMMAIRE

Plusieurs recherches contemporaines confirment la possibilité, pour les thérapeutes oeuvrant auprès d'une clientèle ayant vécu des traumatismes, ou souffrant de syndrome de stress post-traumatique (SSPT), de développer un phénomène de traumatisation vicariante semblable au syndrome de stress post-traumatique. Dans la littérature portant sur ce sujet, ce phénomène se nomme *stress traumatique secondaire* (STS). La présente recherche décrit l'application d'une méthode d'intervention, conçue par l'auteure, alliant l'art-thérapie et le débriefing. Cette méthode a été développée à partir du *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) (Mitchell & Everly, 1993, 1996, 2002) lequel se déroule en sept étapes. L'auteure a substitué, à la quatrième étape du CISD, laquelle s'adresse à l'affect de l'usager, une étape d'art-thérapie. L'objectif de cette recherche consiste à étudier les effets préventifs d'une intervention hybride basée sur l'intégration de l'art-thérapie et du débriefing sur les symptômes de STS et d'épuisement professionnel.

Neuf travailleuses sociales exerçant leur profession auprès d'une clientèle d'immigrants en attente du statut de réfugié ont été sélectionnées. Ce groupe a été scindé en deux : le groupe expérimental formé de cinq participantes auprès desquelles

la méthode nommée « art-thérapie en débriefing » a été appliquée et le groupe témoin qui n'a reçu aucune intervention, cette procédure permettant de comparer les résultats obtenus. Un pré-test et un post-test mesurant la présence de symptômes de STS et/ou d'épuisement professionnel a été complété par les participantes au début et à la fin de l'expérience. L'analyse des données a montré que chez le groupe expérimental ayant reçu trois séances d'interventions la moyenne quant au risque de développer le stress traumatique secondaire (STS) ou/et l'épuisement professionnel a été réduite de façon substantielle.

L'intégration de l'art-thérapie au débriefing a permis également de dégager les éléments art-thérapeutiques essentiels à cette approche, soient les phénomènes de symbolisation, de distanciation et d'intentionnalité. La présente dissertation rend compte de cette expérience et termine en proposant certaines recommandations pour des recherches futures.

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être possible sans le soutien de ma directrice de thèse, Madame Josée Leclerc. Par sa constance à me relancer pour que je n'abandonne pas, par son immense disponibilité à relire mes textes, à les corriger, à réfléchir sur leur contenu avec moi, Madame Leclerc a su me donner le sentiment que je pouvais mener cette synthèse à terme. Par sa rigueur intellectuelle, elle m'a permis de me dépasser et de mener ma réflexion plus loin que je n'aurais su le faire seule. Par sa patience et son bel humour, par ses multiples encouragements, je me suis sentie accompagnée. Elle ne pourra jamais mesurer l'importance de son apport, mais j'aimerais toutefois qu'elle reçoive ces quelques mots comme un hommage.

J'aimerais aussi remercier profondément Madame Louise-Andrée Lauzière, qui a corrigé tous mes textes, en a fait la mise en forme et tout cela par pure amitié. Au-delà de cet apport technique, elle a été l'amie fidèle sur qui je me suis appuyée maintes fois pour déverser mon flot de questionnements, d'inquiétudes et de découragements. Elle a toujours su y répondre de façon réconfortante et avec une intelligence qui la distingue. Madame Lauzière et Madame Leclerc auront été les anges de ce travail.

Pour terminer, certaines personnes m'ont offert une aide importante bien que ponctuelle. J'aimerais témoigner ma reconnaissance à Natalia Czarnecka et Amanda Beeman, qui m'ont aidée à rendre compte de la partie quantitative de ma recherche. Finalement, Reva Kominsky m'a patiemment accompagnée durant ces quelques années qui ont constitué un parcours difficile pour moi et je l'en remercie du fond du coeur.

J'aimerais dédier ce travail à mon père – décédé en juillet 2006; il aurait tant apprécié voir ce projet terminé – et à ma mère, qui sera les yeux de ce couple que même la mort n'aura su séparer.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Définition et enjeux de la traumatisation vicariante	p. 1
Hypothèse de recherche	p. 4
Description de la recherche-terrain	p. 5
Limites du projet-pilote	p. 7
Description des chapitres	p. 8

CHAPITRE 1 : COMPTE RENDU BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire du SSPT et du STS	p. 10
Terminologie : SSPT STS, FC,TV	p. 13
Choix du terme STS pour cette recherche	p. 17
Répertoire des recherches sur le STS-FC-TV	p. 18
Clientèle.....	p. 18
Situations traumatisantes.....	p. 20
Événements d'origine humaine	p. 22
Modèles théoriques	p. 25
Débriefing	p. 28
Art-thérapie et débriefing	p. 37

CHAPITRE 2 : RECHERCHE TERRAIN

Description de la recherche-terrain.....	p. 43
Introduction de l'hypothèse	p. 43
Description des participantes	p. 48
Critères d'inclusion.....	p. 48
Sélection des participantes.....	p. 48
Déroulement	p. 50
Méthodologie	p. 52
Description et analyse des données	p. 54
Description de l'application de la méthode.....	p. 54
Description des images et des entrevues.....	p. 56
Analyse des entrevues et des œuvres.....	p. 98

Compilation des tests et analyse.....	p. 104
Compte rendu du questionnaire subjectif	p. 110
DISCUSSION ET CONCLUSION	
Sommaire des résultats.....	p. 113
Limites de cette recherche.....	p. 116
Disparition de documents et son influence sur les résultats	p. 119
Recommandations pour recherches futures	p. 119
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p. 122
ANNEXES	
Annexe 1 : Formulaire de consentement	p. 145
Annexe 2 : Pré-test et/ou post-test.....	p. 151
Annexe 3 : Questionnaire qualitatif.....	p. 155
Annexe 4 : T-Test pre-post	p. 157
Annexe 5 : T-Test group 1 and 2	p. 159
Annexe 6 : Plan d'intervention par étapes	p. 161
IMAGES 1 à 17	p. 163

INTRODUCTION

Définition et enjeux de la traumatisation vicariante

Cette recherche présente les résultats d'une expérience visant à démontrer l'efficacité d'un modèle d'intervention hybride combinant l'art-thérapie et le débriefing afin de prévenir la traumatisation vicariante. Le terme *traumatisation vicariante* décrit le fait d'être traumatisé par le récit de l'expérience traumatisante d'une autre personne. Le débriefing (*emprunt lexicalisé*) psychologique est une méthode d'intervention brève s'adressant à trois personnes ou plus qui ont fait ensemble l'expérience d'un événement traumatisant grave. Ce travail présente le compte rendu d'une recherche menée auprès d'un groupe de cinq personnes travaillant dans le domaine de la relation d'aide et plus spécifiquement, auprès d'une clientèle de nouveaux arrivants demandant le statut de réfugiés. Recherche ayant comme objectif la prévention de symptômes liés à la traumatisation vicariante chez ces intervenants.

Afin de définir le concept de traumatisation vicariante, il convient d'abord de préciser les termes de traumatisation, de syndrome de stress post-traumatique (SSPT), et de stress traumatique secondaire (STS).

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est décrit dans le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) en fonction de différents critères. Selon le premier, le critère A, il faut une exposition à un événement traumatisant. Le critère B présente un ensemble de symptômes liés à la reviviscence (*reexperience*) intrusive de certains aspects de l'événement (souvenirs, pensées,

rêves, flash-back). Le critère C comprend une série de symptômes de négation et d'évitement (i.e. éviter des aspects et/ou des pensées de l'événement, engourdissement émotionnel, « oubli » motivé), et le critère D, des symptômes d'hyperactivation (*hyperarousal*) neurovégétative (niveau d'irritabilité accru, réactions de sursaut exagérées, troubles de sommeil, tachycardie, etc). Enfin, concernant le critère E, le DSM stipule que les symptômes cliniques de l'état de stress post-traumatique devraient avoir une grande répercussion sur le fonctionnement social et/ou professionnel de l'individu traumatisé. Le caractère traumatique de l'événement réside dans l'interprétation objective et subjective que l'individu a de cet événement. Le DSM-IV a contribué à élargir le champ de la traumatologie en reconnaissant que le contact empathique avec l'expérience traumatique d'une autre personne pouvait aussi avoir un effet traumatisant (Figley, 1995b); il s'agit du sujet de la présente recherche : « Secondary trauma, psychological injury to the caregivers from doing the work, is intrinsic in the work itself. » (Shay & Munroe, 1999, p. 392)

Il convient, dans le présent contexte, de distinguer les « victimes primaires » des « victimes secondaires ». La victime primaire est traumatisée de façon directe ; c'est la personne ayant vécu une situation hors du commun à potentiel traumatisant (*traumatogène*) et dont la vie en reste bouleversée. Elle présente les symptômes spécifiques des résidus de stress aigu (parfois allant de pair avec des reviviscences à caractère dissociatif) ou de stress post-traumatique. Tous les gens appartenant à l'entourage direct de la victime primaire sont considérés comme des « victimes secondaires » (potentielles) : les membres de la famille, les proches, les collègues et

les ami(e)s des victimes directes peuvent vivre une traumatisation indirecte qui provoquera des troubles spécifiques de stress traumatique. Les intervenants des services de secours et les acteurs de l'aide psychosociale sont également considérés comme des victimes secondaires potentielles et pourront subir, éventuellement, un processus de traumatisation vicariante sur la base des contacts intenses et parfois multiples avec les victimes primaires et secondaires (De Soir, 2003).

La distinction entre la traumatisation vicariante et la traumatisation secondaire s'impose également ceci afin de situer clairement le cadre de la présente recherche. Le terme *Secondary PTSD* ou *STS* (*secondary traumatic stress*) est souvent utilisé pour désigner la traumatisation vicariante. Dans cette recherche, l'appellation française, « stress traumatique secondaire » (STS) sera privilégiée. Le concept du stress traumatique secondaire sous-entend une traumatisation secondaire et ne fait pas de distinction entre le traumatisme subi par les aidants naturels (famille, amis, etc.) et celui vécu par les professionnels car, selon Figley (1999), « simply learning about the traumatic event(s) carries traumatic material » (p. 6). La traumatisation vicariante réfère à l'effet cumulatif et subtil du matériel traumatique sur le thérapeute ou la victime secondaire. Pearlman et Saakville (1995a) la définissent en ces termes : « Transformation of the inner experience of therapist that comes about as a result of empathic engagement with client *trauma material* » (p. 67). Le concept de STS a été vulgarisé par Charles Figley (1995) et son équipe et développé plus abondamment par plusieurs autres chercheurs, notamment Beaton & Murphy, 1995; Danieli, 1994, 2002; English, 1976; Hartsough, & Myers, 1985; Joinson, 1992; McCann, & Pearlman, 1990; Miller, Stiff, & Ellis, 1988; Wilson & Raphael, 1993.

Le STS, la traumatisation vicariante et la fatigue par compassion sont similaires du fait qu'ils sont le résultat de l'interaction émotionnelle avec des victimes primaires ou à proximité de celles-ci (Figley, 1999, p. 20). La présence, chez un intervenant, de symptômes de fatigue par compassion, ou encore, de traumatisation vicariante consiste à développer une détresse psychologique suite à l'exposition répétée aux récits traumatiques de ses clients. Se préoccuper d'une manière soutenue d'une victime met à risque émotionnellement (Figley, 1999, p. 7). Le STS quant à celui-ci peut se développer suite à l'exposition à un seul récit. Ces trois concepts feront l'objet d'une description plus détaillée à la partie 1.2 de la présente recherche.

Hypothèse de recherche

Considérant que les thérapeutes travaillant auprès de victimes de traumatismes réagissent de façon similaire aux victimes ayant développé le syndrome de stress post-traumatique, nous postulons que l'adaptation de traitements appropriés pour traiter le SSPT peut s'avérer efficace pour les aidants comme pour les aidés. Outre le débriefing, les thérapies cognitives, le travail d'exposition imaginaire de l'approche cognitive, le EMDR (*Eye Movement Desensitization and reprocessing*), les thérapies par les arts se sont révélées efficaces pour le traitement du SSPT: « There is clinical consensus that the use of the creative arts may be helpful as an adjunct to the treatment of PTSD (...). » (Foa, Keane, Friedman, 2000, p. 311) Les tenants de cette approche insistent sur la spécificité du rôle de l'intervention non verbale.

Cette recherche propose donc une approche nouvelle de prévention du stress traumatique secondaire (STS) ou de la traumatisation vicariante pour les intervenants

exerçant auprès d'une clientèle souffrant de SSPT et/ou ayant été traumatisée. Cette approche novatrice combine l'art-thérapie au modèle d'intervention classique de débriefing nommé « Critical Incident Stress Debriefing » (CISD) (Mitchell, 1983). Au cours de cette recherche, nous posons les questions suivantes : *Qu'est-ce que l'art-thérapie ajoute au débriefing? Est-ce que le fait de pouvoir vivre une expérience d'art-thérapie en débriefing, de façon régulière, ajoute au potentiel d'efficacité préventive, étant donné que la personne aura alors l'occasion d'exprimer de façon symbolique des « images envahissantes », (c'est-à-dire qui lui restent en tête après avoir entendu le récit du trauma vécu par ses clients) ? Quels thèmes pourrions-nous dégager par cette approche? Quelle est la pertinence de réagir rapidement après l'exposition à du matériel traumatique? Quelle peut-être l'efficacité d'une thérapie brève? Ces questions sous-tendent notre démarche et forment la toile de fond sur laquelle cette recherche s'est développée.*

Description de la recherche-terrain

Cette recherche porte sur l'efficacité de l'art-thérapie pour traiter les symptômes liés au syndrome de stress traumatique secondaire et à la traumatisation vicariante chez les travailleurs exerçant auprès d'une clientèle souffrant de syndrome de stress post-traumatique. Pour ce faire, une approche d'art-thérapie combinée à l'approche débriefing a été développée. Dans cette recherche, l'auteure a privilégié l'appellation « art-thérapie en débriefing » pour cette nouvelle méthode.

L'expérience a consisté à choisir un groupe expérimental, à appliquer la méthode développée et à tenter d'en mesurer l'efficacité. L'hypothèse de recherche de départ

supposait que si on incluait une intervention d'art-thérapie au moment de l'étape de l'expression des émotions propre à l'approche de débriefing, qui est conçue de façon telle qu'elle passe des étapes cognitives vers des étapes émotives, cela favoriserait l'expression des images intrusives : « Art therapy facilitates the expression of traumatic imagery as it emerges from memory and finds forms. » (Appleton, 2001, p. 7) Ça en ferait donc une approche préventive en ceci qu'elle est susceptible désamorcer au fur et à mesure les réactions émotionnelles liées au matériel traumatique.

Les intervenantes sociales d'un centre de santé spécialisé en soutien auprès de réfugiés et des nouveaux arrivants au Canada ont été contactées. Neuf travailleuses sociales ont accepté de prendre part à l'expérience qui leur était proposée. Lors d'une première rencontre, elles ont rempli un pré-test conçu à l'origine par Figley (1994) portant sur la fatigue par compassion (voir annexe 2). Après que les tests furent remplis, deux groupes ont été constitués au hasard. Cinq travailleuses ont été sélectionnées pour la recherche proprement dite et les quatre autres ont constitué le groupe témoin. Le premier groupe a vécu trois rencontres individuelles, environ aux deux semaines, selon leurs disponibilités. Ces rencontres consistaient en une entrevue inspirée du modèle de débriefing *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) (Mitchell, 1983, p.73), auquel l'approche art-thérapeutique a été intégrée, ceci en remplacement d'une des étapes conventionnelles de la méthode. Ces étapes seront expliquées plus en détail dans la partie 1.5 du chapitre 1. Les outils graphiques mis à la disposition des travailleuses consistaient en des crayons de couleur, des pastels

secs, des pastels gras, des crayons de cire, un crayon à mine, un stylo, de la colle et des ciseaux.

Ces travailleuses sociales oeuvrent auprès d'une clientèle majoritairement composée d'immigrants qui présentaient un état de SSPT à leur arrivée. Dans un premier temps, trois rencontres d'une heure ont été complétées avec cinq d'entre elles afin de leur procurer un cadre art-thérapeutique leur permettant de se libérer des images envahissantes qui pouvaient les habiter suite aux récits de leurs clients. Chaque rencontre a été enregistrée et des notes ont été rédigées après le déroulement de l'entrevue. Le test d'évaluation de la fatigue par compassion, élaboré par Figley (1994) mais révisé par Stamm et Figley (1995-1999, p. 18-19), a été utilisé comme pré-test et comme post-test. Le même test a donc été donné au début et à la fin de la recherche aux membres des deux groupes afin d'évaluer si l'expérience s'était avérée bénéfique, ou non, pour le premier groupe. Le groupe témoin a rempli le pré-test et le post-test, mais n'a pas bénéficié des rencontres d'art-thérapie en débriefing. Ainsi, la comparaison des résultats des deux groupes a permis d'évaluer l'efficacité et de valider l'application de la méthode d'intervention proposée.

Limites du projet-pilote

En combinant les bénéfices de chacun de ces deux outils, soit le débriefing et l'art-thérapie, pour développer une approche novatrice de prévention de la traumatisation vicariante, nous espérons en accroître l'efficacité. Cependant, une des limites de cette recherche réside dans la mesure de l'efficacité de l'approche. Il est difficile de quantifier les bénéfices d'une approche préventive. Comment mesurer ce

qui n'est pas là et que l'on cherche à empêcher de s'installer? Pour pallier cette lacune, à la fin de la recherche, un questionnaire d'appréciation qualitatif fut remis aux clientes du premier groupe.

Description des chapitres

Voici défini, selon les différents chapitres qui composent cette recherche, l'itinéraire suivi. Le premier chapitre présente un compte rendu bibliographique traitant de l'historique du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et de l'évolution de ce concept jusqu'à l'inclusion du concept de stress traumatique secondaire (STS), le sujet de la présente recherche. Afin de dissiper toute la confusion terminologique, les termes syndrome de stress post-traumatique (SSPT), stress traumatique secondaire (STS), fatigue par compassion (FC) et traumatisme vicariant (TV) seront définis. Le choix du terme stress traumatique secondaire (STS) sera précisé. Un survol de ce qui s'est écrit sur le STS, la FC et la TV sera présenté, suivi de la synthèse des différents modèles théoriques. Par la suite, les recherches qui touchent uniquement au débriefing en tant que spécificité seront décrites et, principalement, les deux grands courants qui le définissent, soit le CISM (*Critical Incident Stress Management*) et le CISD (*Critical Incident Stress Debriefing*) qui en fait partie. La dernière partie de ce chapitre présentera le compte rendu bibliographique de l'art-thérapie comme méthode d'intervention spécifique pour le STS.

Le chapitre 2, décrira les différentes étapes de la recherche-terrain, à savoir : la description des participantes, de l'application de la méthode d'analyse et des étapes

du déroulement de l'expérience. Suivra, en second lieu, l'analyse des données recueillies lors de la recherche-terrain, l'analyse des entrevues et des images et la compilation des tests. Enfin, le résumé du questionnaire qualitatif remis aux travailleuses ayant participé aux entrevues sera présenté.

La partie « Discussion/conclusion » portera d'abord sur le sommaire des résultats. En deuxième lieu, les limites de cette recherche seront exposées. En troisième lieu, la disparition de certains documents lors de la recherche sera commentée et, pour finir, certaines hypothèses et recommandations pour des recherches futures concluront ce travail de recherche.

Toutes les images réalisées durant les entrevues sont reproduites à la fin de cette recherche. Les copies du formulaire de consentement, du pré-test et du post-test, du questionnaire qualitatif final, du t-test, ainsi que le résumé du plan d'intervention par étapes du modèle d'intervention art-thérapie en débriefing sont aussi mises en annexe.

CHAPITRE 1 : COMPTE RENDU BIBLIOGRAPHIQUE

Ce chapitre présente un compte rendu des ouvrages traitant du syndrome de stress traumatique secondaire (SSTS), du débriefing et de l'art-thérapie comme méthode d'intervention pour le stress traumatique secondaire (STS), ceci afin de situer adéquatement le cadre théorique de la présente recherche.

HISTOIRE DU SSPT ET DU STS

Le champ de la traumatologie est relativement jeune. Il a pris son essor en 1980 lors de l'inclusion du concept de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) dans le DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Le SSPT est défini comme un désordre psychique qui suppose le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à « l'exposition à un facteur de stress traumatique hors du commun impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort ou une menace pour sa propre intégrité physique » (*American Psychological Association, APA, 1980*). La révision du DSM-III (DSM-III-R) a permis d'élargir la conception de ce qui constitue un événement traumatique pour inclure l'effet potentiellement traumatisant de la connaissance de l'expérience traumatique de quelqu'un d'autre. Les symptômes peuvent ainsi se développer consécutivement « *au fait d'être témoin* d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne » ou être « consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou quelqu'un de proche » (DSM-IV, 1994). Selon le DSM-IV, une personne peut donc être traumatisée

directement ou indirectement, par exemple en étant le témoin privilégié ou le récepteur de la narration d'un événement traumatisant vécue par une autre personne.

Ayant étudié l'état de stress post-traumatique à l'intérieur d'un système familial, Figley (1995) a observé comment cette pathologie semble « contaminer » les membres du groupe familial, et ce, après avoir été diagnostiqué chez seulement un membre de la famille. Il a remarqué le même phénomène chez les aidants de différentes professions qui traitent les victimes de SSPT : « Caring for traumatized people present other risks as well. (...) caring deeply makes us emotionally vulnerable to the catastrophes which impact them. » (Figley, 1995, p. 7) Figley définit le stress traumatique secondaire comme étant « the natural, consequent behaviors and emotions resulting from *knowledge about* a traumatizing event experience by a significant other. It is the stress resulting from *helping or wanting to help* a traumatized or suffering person. » (Figley, 1995, p. 10) Conséquemment, le stress traumatique secondaire (STS) est une pathologie présentant des symptômes presque identiques à ceux du syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Selon le DSM-IV, le SSPT suppose : (a) la présence d'un facteur de stress extrême, d'une peur intense; (b) que l'événement traumatisant peut être revécu de diverses manières; (c) que les stimuli associés au traumatisme sont évités de manière durable; et (d) que le sujet peut présenter des symptômes persistants d'anxiété et d'« hypervigilance » (qui n'étaient pas présents avant le traumatisme (DSM-IV, 1994).

Le syndrome de stress traumatique secondaire (SSTS) se distingue du SSPT aux critères (a) et (b). L'événement de base n'est pas vécu directement, mais est entendu

par une personne, et la peur que celle-ci éprouve est liée à l'événement qui a touché la première victime. La personne souffrant de STS revit en quelque sorte les événements traumatiques de la première personne. Les critères (c) et (d) sont presque identiques sauf pour le symptôme (d) qui devient alors de l'« hypervigilance » envers la première personne. L'empathie est le facteur-clé dans le processus d'induction du matériel traumatique de la première à la seconde « victime ». Le sens du terme « victime » diffère puisque la seconde victime n'a pas vécu le traumatisme directement, mais bien par procuration : « The process of empathising with a traumatized person helps us understand that person's experience of being traumatized, but in the process we may be traumatized as well. » (Figley, 1995, p. 20)

La propension à développer le stress traumatique secondaire (STS) repose sur deux facteurs : l'empathie envers la victime et l'exposition au matériel traumatique. Les personnes travaillant de façon régulière auprès de personnes souffrant de syndrome de stress post-traumatique sont particulièrement à risque de développer le stress traumatique secondaire. Différents facteurs peuvent influencer la vulnérabilité à développer cette pathologie; il y a d'abord l'empathie qui permet de mieux aider : « Empathy is a major resource for trauma workers to help the traumatized. » (Figley, 1995, p. 20); puis, le fait d'avoir fait l'expérience personnelle d'événements traumatisants; le fait que l'expérience des victimes puisse activer des traumatismes non résolus, ou encore, le fait de travailler auprès d'enfants traumatisés : « Emergency workers report that they are most vulnerable to compassion fatigue when dealing with the pain of children. » (Beaton & Murphy, 1995, p. 21) Ce sont tous là des facteurs qui influencent le développement du STS.

TERMINOLOGIE : SSPT, STS, FC, TV

Il convient de noter que la délimitation entre le syndrome du stress traumatique secondaire, la fatigue par compassion et la traumatisation vicariante n'est pas toujours claire puisque ce champ de recherche est encore jeune. Toutes ces pathologies décrivent l'effet sur les thérapeutes du fait de travailler auprès d'une clientèle traumatisée et présentant des composantes du syndrome de stress post-traumatique : « Trauma-related constructs stem from contact with trauma survivors, and include a similar component of residual PTSD-like symptoms that suggests a moderate-to-high correlation between them. » (Jenkins & Baird, 2002, p. 424) Malgré des parentés conceptuelles, leurs spécificités diffèrent. Pearlman & Saakville (1995, p.52) définissent la traumatisation vicariante de la manière suivante : « Transformation in the inner experience of the therapist that comes about as a result of empathic engagement with clients' trauma material. » Le concept de la traumatisation vicariante met l'accent sur l'atteinte aux schémas cognitifs. À ce propos, Pearlman & Saakville, (1995) soutiennent ce qui suit :

The main symptoms of VT are disturbances in the therapist's cognitive frame of reference (...) it changes cognitive schemas regarding both self and others in five key areas representing major psychological needs relevant to trauma : trust, safety, control, esteem, and intimacy. (p. 60)

Le stress traumatique secondaire, quant à lui, est plutôt associé à la symptomatologie du désordre de stress post-traumatique. Les critères diagnostics que

l'on retrouve dans le DSM pour le SSPT et le SSTS sont similaires. Jenkins et Baird (2002) donnent quelques distinctions supplémentaires : « VT and STS also differ on four main dimensions: (1) focus of symptomatology versus theory; (2) nature of symptoms (observable reactions vs. more covert changes in thinking); (3) relevant populations; and (4) critical amount of exposure to trauma survivors. » (p. 425) Figley croit qu'une seule exposition au matériel traumatique d'une personne peut engendrer le déclenchement des symptômes du STS : « STS can emerge suddenly and without warning » (Figley, 1995, p. 17), alors que pour McCann et Pearlman (1990a), la traumatisation vicariante est le résultat d'une exposition cumulative.

La fatigue par compassion, telle que conceptualisée par Figley, inclut une composante d'épuisement professionnel (Figley & Kleber, 1995) et, selon Figley, peut être appelée « stress traumatique secondaire », quoique l'auteur privilégie le terme de « fatigue par compassion ». La fatigue par compassion s'apparente à l'épuisement professionnel à cause de l'effet cumulatif qui peut déclencher le développement de la pathologie. Elle est comme un STS, sauf pour la dimension du facteur déclencheur du *temps*. Le STS, peut surgir soudainement. Pour la fatigue par compassion, c'est le facteur de l'accumulation des récits traumatiques, à quoi s'ajoute un certain épuisement qui mène à la fatigue par compassion : « Secondary traumatization and burn-out, are the two components of CF. » (Gentry, Baranowsky & Dunning, 1997, p. 125)

Charles R. Figley est une sommité dans le domaine du stress traumatique secondaire et de la fatigue par compassion. Il a reçu en 1994 le *Lifetime Achievement Award* octroyé par l'*International Society for Traumatic Stress Studies*. (Stamm,

1999, p. 3) Bien que le terme de « fatigue par compassion » est apparu pour la première fois sous la plume de Joinson, ceci dès 1992, dans un article de la revue *Nursing*, c'est Figley qui fut le premier à développer le modèle théorique de la fatigue par compassion en tant que réaction *normale*, naturelle au travail avec une clientèle souffrant d'un état de stress post-traumatique (PTSD) et de troubles comorbides. Ses observations des symptômes de la fatigue par compassion l'ont amené à élaborer son modèle d'auto-évaluation, le CFST (*Compassion Fatigue Self-Test*) (1995a), qui a permis une reconnaissance élargie de ce phénomène par le milieu des professionnels intervenant auprès des personnes ayant été exposées à du matériel traumatique. Il a aussi suggéré différentes pistes de traitement telles la prévention, la reconnaissance par le milieu de travail de l'aspect contaminant de certain matériel clinique si ignoré, et le traitement de ce matériel par différentes mises en place de moyens préventifs comme la supervision, le débriefing et la discussion confidentielle de cas de façon éthique avec d'autres collègues. Sous sa supervision, plusieurs approches ont été explorées. Par exemple, le *Accelerated Recovery Program* (ARP) fut créé par Gentry, Baranowsky et Dunning (1997) et sert maintenant de modèle pour la prévention et le rétablissement de professionnels atteints de fatigue par compassion. Ce programme traite la fatigue par compassion de façon holistique. Le ARP est une approche préventive individuelle ou de groupe conçue pour des professionnels qui pourraient développer la fatigue par compassion ou qui en présenteraient les symptômes. Cette méthode s'inspire de divers concepts thérapeutiques en parcourant une série d'éléments précis comme l'alliance thérapeutique, l'évaluation qualitative et quantitative de la fatigue par compassion,

les méthodes de gestion de l'anxiété, l'exploration narrative par le pouvoir de l'histoire, les méthodes d'exposition (*exposure methods*), la restructuration cognitive et un plan comportant plusieurs directives pour prendre soin de soi après la formation. (Gentry, Baranowsky & Dunning, 1997, p. 129 à 131)

B.H. Stamm (1995-1999) est l'autre figure importante de la recherche sur le stress traumatique secondaire et la fatigue par compassion. Elle a collaboré avec Figley pour développer le *Compassion Fatigue Self-Test* et en 2001, avec l'aide de Figley, elle a modifié ce test pour y inclure la dimension de la satisfaction par compassion. Elle considère aussi important dans le phénomène de compassion, l'impact positif que l'impact négatif. Son test *amélioré* permet donc de rendre compte de cette réalité. Elle a aussi supervisé de vastes recherches sur le stress traumatique secondaire, qui regroupent des études traitant de la définition du champ de recherche, la compréhension du coût lié aux soins (*cost of caring*), les risques liés au traitement de clientèle souffrant de PTSD, l'étude de modèles de soins auto-administrés (*self-care*) et les problèmes éthiques. Une des approches de traitement auxquelles elle s'est intéressée est la « télésanté », soit l'usage d'un réseau de discussion entre professionnels de la santé.

Figley et Stamm se sont aussi intéressés à la nomenclature entourant ce phénomène et se sont attardés à en étudier la distinction terminologique, car la fatigue par compassion pouvait être nommée, selon les approches, épuisement professionnel, syndrome de stress traumatique secondaire, contre-transfert, traumatisation vicariante, ou stress traumatique secondaire, selon le locuteur. Figley a privilégié le terme « *compassion fatigue* » par opposition à « *secondary traumatic*

stress » considérant ce terme trop pathologisant, alors que Stamm préférait l'expression « stress traumatique secondaire » (*secondary traumatic stress*). La polémique terminologique demeure. Dans une étude quantitative récente (2002), Jenkins & Baird recommandent l'usage du terme « *secondary traumatic stress* » plutôt que celui de « *compassion fatigue* » : « This term (*compassion fatigue*) invite misinterpretation from a content validity standpoint because most of the CF scale items (17 of 23) query trauma symptoms and experiences, and none evaluate compassion or fatigue. » (Jenkins & Baird, 2002 , p. 426)

CHOIX DU TERME STS POUR CETTE RECHERCHE

Dans cette recherche, le terme *stress traumatique secondaire* (STS) sera utilisé pour définir une réaction à un stress extérieur (*post traumatic stress reaction (PTSR)*) qui nécessite une réorganisation psychique pour prévenir qu'elle ne devienne pathologique. Le STS décrit la réaction normale qu'un aidant ou une personne sympathisante peut développer suite au soutien qu'elle apporte au survivant d'un traumatisme. Tous les symptômes sont presque identiques au PTSD, sauf qu'ils sont dits « de seconde génération ».

Cette dénomination est privilégiée pour sa parenté symptomatique avec le SSPT et aussi parce que le STS, comme le SSPT, peut survenir soudainement, sans avertissement (Figley, 1995), ce qui le distingue de l'épuisement professionnel, de la fatigue par compassion, et de la traumatisation vicariante.

RÉPERTOIRE DES RECHERCHES SUR LE STS-FC-TV

Plusieurs recherches portant sur le phénomène du stress traumatique secondaire se distinguent soit par l'accent mis sur les différents types d'événements traumatiques ou encore sur le type de professionnels à risque. Dans cette partie (1.4), sera examiné en premier lieu le répertoire des recherches impliquant un regard sur les différentes clientèles d'intervenants. En deuxième lieu, l'examen se portera sur l'inventaire des recherches classées selon les situations traumatisantes. En troisième lieu, ce sera l'inventaire des situations traumatisantes provoquées par une volonté humaine : guerre, violence, abus. Pour terminer, cette partie de la synthèse bibliographique examinera les modèles théoriques du stress traumatique secondaire.

Clientèle

Les thérapeutes travaillant auprès d'une clientèle souffrant d'état de stress traumatique ont été identifiés comme étant vulnérables à développer le syndrome de stress traumatique secondaire (Figley, 1995). Danieli et Mahmoud, (2002); Cerney (1995); Chrestman, (1995); et Courtois, (1997) ont pris en considération le contre-transfert lié au travail auprès de cette clientèle. Figley (1995) a démontré que l'expérience traumatisante vécue par des personnes peut affecter de plusieurs façons d'autres membres de leur système social, incluant la famille, les amis et d'autres aidants.

Ainsi, les travaux de Paton et Violanti (1995, 1996) et ceux de Dunning (1988) examinent comment le travail dans des environnements critiques peut affecter le bien-être des groupes comme les policiers, les pompiers et les urgentologues. Ceux

de Beerhr, Johnson, & Nieva (1995), de Kaufmann & Beerhr (1989), et ceux de Violenti (1995) ont porté spécifiquement sur l'observation des réactions des policiers aux situations traumatisantes qu'ils rencontrent au quotidien, dans le cadre de leur travail. De leur côté, Wagner, Heinrichs, & Ehlert (1998) ont mené une enquête sur la prévalence de symptômes de stress post-traumatique et de stress traumatique secondaire chez des pompiers en Allemagne.

Burke (1996); Evans & Evans (1992); Genest, Levine, Ramsden & Swann (1990); Lum, Goldberg, Mallon, Lew & Margulies, J. (1995); Marmar, Weiss, Metzler & Delucchi (1996); et Bills (1995) se sont intéressés aux services médicaux d'urgence et ont réalisé de vastes analyses concernant les conséquences du travail chez les aidants du groupe médical.

Le secteur du nursing a grandement contribué à faire évoluer les concepts de la fatigue par compassion et du stress traumatique secondaire. Les études ont porté sur la reconnaissance de stressseurs et des manifestations du stress que les infirmières d'urgence ou de soins palliatifs rencontrent au quotidien. Acker (1993); Brown, Carn, Fagin, Bartlett & Leary (1994); Davidson & Jackson (1985); Hover-Kramer, Mabbett & Shames (1996); Riordan & Saltzer (1992); Pilkington (1993); Slover (1998); Sorrells-Jones (1993); Vachon (1987).

La notion des contrôles médicaux (*health checks*) pour le personnel a aussi été examinée et des recommandations ont été émises afin d'encourager le personnel des institutions médicales à consulter sans risquer la stigmatisation par les pairs : « The discomfort, for some, might be their concern that such labels are derogatory. » (Figley, 1995, p. 20) De même, « professionals generally view themselves as care

providers and hence are resistant to seek help for themselves. » (Gentry, Baranowsky & Dunning, 1997, p. 129)

Un phénomène plus contemporain, et malheureusement toujours d'actualité, concerne l'intervention auprès de clientèles séropositives ou atteintes du VIH. Coyle & Soodin (1992), ainsi que Gabriel (1994), et Garside (1993) se sont intéressés aux intervenants exerçant leur profession auprès de cette clientèle.

Je note en terminant qu'un champ d'étude des plus actifs présentement est celui des paramilitaires qui travaillent au maintien de la paix, tels les casques bleus, et celui des organismes humanitaires qui oeuvrent auprès des groupes affectés par des situations critiques¹

Situations traumatisantes

Cette section traite en premier lieu des désastres naturels et des événements traumatisants accidentels (écrasement d'avion, déraillement de trains, feu) et, en deuxième lieu, d'événements traumatisants d'origine humaine (tueries dans des lieux publics, vols, agressions sexuelles, torture, guerre, etc.). Cette distinction entre ces deux champs d'observation est créée par souci d'organisation, afin de favoriser une classification plus rigoureuse.

Plusieurs recherches ont porté sur l'intervention de crise. Ces recherches furent souvent développées à la suite d'un désastre. Les études ayant traité d'événements désastreux sont de mieux en mieux documentées et mettent en relief l'impact psychologique négatif de l'événement stressant sur le travailleur (SSPT), l'impact du

récit de l'événement par la victime et le danger de son incidence sur l'intervenant (STS).

McCammon & Long (1993), Mega & McCammon (1992) ont analysé les conséquences de tornades et ont conçu des guides d'intervention pour les professionnels agissant lors des désastres naturels. Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, & Foreman (1996), et Foreman (1992) ont fait des études semblables à la suite d'un tremblement de terre au nord de la Californie en 1989 et 1996. Certaines études-terrain ont porté sur l'écrasement d'avions. Bartone, Ursano, Wright & Ingraham (1989) et Ursano, Fullerton, Wright, McCarroll, Norwood & Dinneen (1992) ont traité de ces tragédies. Leurs recherches ont permis d'identifier la source majeure de stress chez les familles des intervenants, la relation entre le degré d'exposition au stress et l'impact sur la santé, ainsi que la localisation des facteurs de risques et la résilience subséquente à l'exposition. Les recherches de Miles, Demi & Mostyn-Aker (1984) se sont intéressées aux incendies majeurs, comme celui de l'hôtel Hyatt à Kansas City. Le but de cette étude était d'identifier quelles stratégies de soutien le personnel d'urgence avait utilisé pour prévenir l'impact négatif de l'exposition à de tels sinistres.

Des enquêtes similaires ont été réalisées par Raphael, Singh, Bradbury & Lambert (1983, 1984) lors du déraillement du train de Granville. Raphael (1983, 1984, 1986, 1991) a travaillé à de multiples études portant sur le stress traumatique secondaire et il s'est attardé à définir des modèles de prévention permettant d'enrayer les facteurs de morbidité à long terme.

¹ Voir à ce sujet l'excellent ouvrage de Yael Danieli (2002) *Sharing The Front Line and The Back Hills. Peacekeepers, Humanitarian Aid Workers and The Media in The Midst of Crisis.*

Événements d'origine humaine

La nature a son lot d'événements hors de contrôle et de tout temps l'être humain a dû affronter les éléments naturels; il en est parfois demeuré traumatisé. Toutefois, les événements traumatisants provoqués par des mains humaines comme les guerres, tueries, violence, abus, vols semblent laisser des traces encore plus sévères dans la psyché des victimes. Les actes perpétrés par des pairs affectent la perception que l'on a du monde. Un pédiatre présent lors du génocide au Rwanda a exprimé ce qui suit (Leux & Bower, 2002) :

But for a long time afterwards I was in depression. Even now I feel my whole approach to life has changed. Before I was an optimist, I thought humans were essentially good. Now I know there is evil in the world.

(p. 81)

La guerre et ses conséquences sur la population civile fait en sorte que les intervenants humanitaires comme les Casques bleus, la Croix rouge, Médecins sans frontières et tous les intervenants de crise, incluant les psychologues et psychothérapeutes, sont hautement à risque de développer le syndrome de stress traumatique secondaire : « In the past decade alone, internal armed conflicts have turned over 40 million people into refugees and displaced persons. » (Danieli & Mahmoud, 2002, p. 4-5) Cette réalité a aussi pour conséquence de créer de forts mouvements d'immigration vers les pays en paix. Le Canada reçoit un bon nombre d'immigrants qui requerront le statut de réfugiés. Bon nombre d'entre eux ont été témoins d'événements hors de l'ordinaire et ont subi des traumatismes. Certains

développeront le syndrome de stress post-traumatique. L'âge, la santé globale, les conditions psychologiques préexistantes et la présence d'un soutien social lors des événements sont tous des facteurs qui peuvent influencer l'occurrence ou la non-occurrence de ce désordre (Kaplan & Saddock, 1985). Lors de leur arrivée, si les symptômes sont aigus, des services en santé mentale seront offerts.

Les intervenants qui entrent en contact et reçoivent le récit des réfugiés souffrant de syndrome de stress post-traumatique sont à risque de développer un stress traumatique secondaire (Danieli & Mahmoud, 2002) : « Listening closely to unfolding atrocities and terror challenges the therapist's world. » (Williams et Sommer, 1998, p. 240) Les études de Sutker, Uddo, Brailey, Vasterling & Errera (1992, 1993, 1994) portant sur la guerre du Golfe ont examiné les effets du combat direct sur les soldats, comme la détresse psychologique. Ils ont aussi examiné certaines méthodes de prévention du SSPT telles le *briefing* et le *débriefing*. Des études similaires ont été réalisées par Maxwell & Sturm (1994), Jiggetts & Hall (1995) et White (1998) durant la guerre de Bosnie et Croatie auprès des intervenants en santé mentale.

Plusieurs recherches ont été effectuées sur les agressions sexuelles et l'incidence du récit de l'événement sur les professionnels traitants. Astin (1997) et Hartman & Jackson (1994) se sont intéressés à la notion de contre-transfert dans le travail avec les femmes ayant subi un viol et ont constaté le risque plus élevé de développer le syndrome de stress traumatique secondaire. Blanchard & Jones (1997) ont observé la vulnérabilité particulière d'être abusées sexuellement chez les femmes souffrant de troubles mentaux. Courtois (1997) et Hollingsworth (1993) se sont intéressés au

contre-transfert dans le travail auprès des survivants d'inceste et ont aussi constaté que le danger de développer le STS augmentait si le thérapeute avait vécu de l'abus sexuel dans son enfance : « The self-care strategy that is most helpfull here is for the therapist to identify his or her own salient theme in the material (which may differ from the client). » (Pearlman, 1999, p. 61) Les recherches de Folette, Polusny & Milbeck (1994) font écho à cette conclusion. Un sondage ayant été mené auprès de 558 professionnels (thérapeutes et travailleurs légaux tels avocats, policiers, travailleurs sociaux de la Protection de la jeunesse) indique que 29,8 % des thérapeutes et 19,6 % des travailleurs ont admis avoir fait l'expérience d'abus sexuel durant leur enfance. Everett (1997), Johnson, & Hunter (1997), Kassam-Adams (1995), Schauben & Frazier (1995), et Simonds (1997) ont tous abordé le sujet du point de vue de l'impact, sur l'intervenant, du travail auprès d'une clientèle traumatisée sexuellement. Pearlman & Saakvitne (1995) ont mené de multiples recherches sur le phénomène de la traumatisation vicariante, qu'ils distinguent du STS par l'impact sur le soi : « One's identity, world view, and spirituality together constitute frame of reference. As a result of doing trauma work, therapists are likely to experience disruptions in their sense of identity. » (p. 53) Pour terminer, Maltz (1992) s'est intéressé à l'impact négatif, sur la vie affective des thérapeutes, de travailler auprès des clientèles ayant subi des assauts sexuels.

Dutton (1992) et Roberts, O'Toole, Lawrence & Raphael (1993) se sont penchés sur le thème de la violence domestique, plus spécifiquement de la violence faite aux femmes, et sur l'incidence des récits sur les intervenants et intervenantes qui les

soutiennent, et ils ont travaillé à développer des modèles préventifs d'évaluation et d'intervention.

Les abus qui touchent les enfants sont particulièrement risqués pour les intervenants qui soignent cette clientèle. Les policiers, les pompiers, les ambulanciers et d'autres travailleurs en traumatologie expriment qu'ils sont plus vulnérables à la fatigue par compassion et au STS lorsque leur travail implique le contact avec des enfants abusés. (Figley 1995, Pearlman, 1999). Lyon (1993), Marvasti (1992); McCann & Coletti (1994), Meyers (1997), Nader (1994), Neumann & Gamble (1995), et Parson (1994) se sont tous intéressés au phénomène de stress traumatique secondaire chez les intervenants de divers secteurs qui travaillent directement avec des enfants. Ils ont aussi proposé des pistes de prévention, tels la supervision, le contact avec les pairs, la formation continue, la diminution des cas à traiter, l'augmentation du temps de qualité dans la vie privée, etc. Chrestman (1995) a effectué une recherche qui établit une forte corrélation entre le fait d'avoir vécu des traumatismes durant l'enfance et la susceptibilité à développer un STS si le thérapeute est réexposé au récit d'un enfant traumatisé ou d'un adulte survivant de traumatismes de l'enfance.

Modèles théoriques

Pour terminer ce compte-rendu bibliographique, différents modèles théoriques incluant les recherches qui tentent de définir le champ du stress traumatique secondaire seront présentées. Ces différentes recherches sont regroupées ici parce qu'elles ont permis une évolution du concept de STS. Charles Figley (1995), il en

était question ci-dessus, a été le premier à développer le concept de la fatigue par compassion et du stress secondaire. Avec son équipe de chercheurs, il a fourni des modèles théoriques sur la fatigue par compassion et le stress traumatique secondaire et, avec Stamm (1999), il a développé des outils d'évaluation et le diagnostic. Il a fait la distinction entre les expressions « fatigue par compassion », « STS » et « épuisement professionnel » et a aussi suggéré des méthodes de prévention et de traitement.

Plusieurs autres auteurs ont approfondi le thème de la traumatisation secondaire. Valent (1995) a observé la nature et le rôle de huit stratégies de survie employées par les intervenants de crise. Ces stratégies de survie sont les suivantes : « Rescuing, Attaching, Asserting, Adapting, Fighting, Fleeing, Competing, and Cooperating » (Valent, 2002, p. 21, in Figley, 2002). À partir de ces stratégies, Valent explique les causes du stress traumatique secondaire. Selon lui, le STS est le résultat d'une identification de la part du thérapeute (contre-transfert) avec les stratégies de survie inadéquates de la victime. Harris (1995) s'est intéressé aux principaux paradigmes d'évaluation et de traitement appropriés pour aider les intervenants de crise. Leach (1994) a écrit un ouvrage pertinent sur la psychologie de survie appliquée, étapes par étapes, sur le terrain par les travailleurs qui font le sauvetage de victimes. Miller (1995), Raphael, Meldrum & O'Toole (1991) ont fait l'inventaire de stratégies thérapeutiques efficaces pour aider les aidants et prévenir la morbidité à long terme. Hartsough & Myers (1985), Danieli (1994) se sont principalement intéressés à la psychologie de survie pour tout le personnel faisant face à des situations d'urgence traumatiques et qui sont en contact avec des victimes potentielles. Ils ont créé des

méthodes précises d'intervention pour prévenir, améliorer et traiter les problèmes de santé mentale découlant de l'exposition aux victimes. Munroe, Shay, Fisher, Mackary, Rapperport & Zimering (1995) se sont intéressés aux questions éthiques de la traumatisation secondaire. Partant du principe que le stress traumatique secondaire est un risque réel et qu'aucun thérapeute n'est à l'abri de le développer, ils demandent quelle est la responsabilité d'informer, d'éduquer et d'agir entre les pairs : « Active preventive measures should be a regular part of the work environment ». (Munroe, 1999, p. 226)

Un des livres-clé couvrant une très large partie de ce thème est celui de Weaver (1995), qui donne notamment un aperçu bibliographique important de ce sujet et met l'accent sur le matériel publié par le National Institute of Mental Health (NIMH). Ce livre offre un survol pragmatique du champ de la santé mentale en lien avec l'étude des désastres. Il traite d'intervention de crise, de soutien, de discrimination, de consultation, de préparation, de deuil, de supervision, du travail auprès des médias, de burn-out et de stratégies de survie.

Saakvitne & Pearlman (1996), et McCann & Pearlman (1990) distinguent la traumatisation vicariante (TV), du STS. Comme il a été mentionné ci-dessus, la traumatisation vicariante provoque plus spécifiquement la modification des schèmes de références présents chez tout être humain. Lorsqu'il est atteint de traumatisation vicariante, celui-ci perçoit ses mondes intérieur et extérieur différemment : « The main symptoms of VT are disturbances in the therapist's cognitive frame of reference, identity, world view, and spirituality, affect, tolerance, fundamental psychological need, deeply held beliefs about self and others, interpersonal

relationships, internal imagery, and physical presence in the world. » (Pearlman & Saakville, 1995, p. 53-54). Aussi les termes STS et TV se recoupent-ils, puisqu'une personne présentant des symptômes de STS peut aussi présenter des symptômes du TV, comme l'affectation de ses schèmes de références. De même, une personne ayant développé une traumatisation vicariante peut, en comorbidité, souffrir aussi de stress traumatique secondaire.

DÉBRIEFING

L'historique du débriefing est inextricablement liée au développement du concept du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) : « Historically, the psychodynamic dimensions of the immediate aftermath of stressful exposure have been perceived as central for the subsequent disorders. » (Shalev, 2002, p. 20) À ses débuts, le développement du concept de SSPT empruntait ses symptômes principaux d'évitement et d'intrusion au concept de perte et de deuil. Le SSPT était perçu principalement comme un deuil non résolu (Horowitz, 1974). Les situations de stress étaient confondues avec les situations de perte. Des recherches effectuées auprès des vétérans de la guerre du Vietnam ont permis la naissance du concept du PTSD et le développement de méthodes pour le traiter. C'est par le biais des recherches faites dans le domaine militaire que ce concept a pris son essor.

Le débriefing psychologique, pour le distinguer du terme populaire de débriefing en général (qui implique seulement de *dire ce qui s'est passé*), est une méthode d'intervention brève conçue pour trois personnes ou plus qui ont fait ensemble l'expérience d'un événement traumatisant grave : « Debriefing is a systematic

process of education, emotional expression, cognitive reorganisation through the provision of information, fostering meaningful integration and group support through identifying shared common experience. » (Ursano et al., 2002, p. 32) Son origine remonte à l'étude des expériences de guerre du 20^e siècle et à la volonté de réinsertion du personnel militaire ayant traversé des situations à haut niveau de stress. La technique du *historical group debriefing* a été développée par les militaires américains. Le principal concepteur fut S.L.A. Marshall, qui développa un modèle visant à recueillir les histoires de combat durant la Deuxième Guerre mondiale (Marshall, 1944, 1947). Ce qui devait d'abord être une reconstitution historique s'avéra être bénéfique pour les soldats qui, en s'exprimant, réduisirent ainsi leur niveau de stress, tout en ayant l'occasion de créer un sens commun à ce qu'ils avaient vécu.

Dans les années 1960, Caplan (1964) proposa un modèle d'intervention de crise conçu pour composer avec l'impact d'une situation de stress aigu lorsque les mécanismes de défense habituels ne fonctionnent plus. Comme le débriefing, c'est un modèle d'intervention brève. Le concept d'intervention de crise fut d'abord développé pour les citoyens ayant subi un désastre. Éventuellement, il fut raffiné et appliqué à plus petite échelle, par exemple dans des cas de viol, de violence, lors d'un décès ou de séparations traumatisantes, ou encore, lors de n'importe quelle situation résultant dans l'incapacité d'un individu à s'y adapter.

Le concept de débriefing psychologique tel que nous y référons aujourd'hui s'est développé à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Le modèle le plus utilisé fut développé par le pionnier J.T. Mitchell aux États-Unis. Il est connu sous le

nom de *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) (Mitchell, 1983, p. 73). Le CISD est une méthode d'intervention de crise brève et non une psychothérapie. C'est une technique de groupe, très structurée (Mitchell, 1983, p. 73). Il a été conçu pour réduire le stress relié à un événement tragique et accélérer la « guérison », ou le rétablissement d'une clientèle préalablement en santé qui éprouve momentanément des réactions normales à une situation de détresse. Cette intervention de groupe se déroule en sept étapes. C'est cette méthode, appelée parfois *Traumatic Event Debriefing* (TED), mais reconnu sous le terme de *critical incident stress debriefing* (CISD) qui a été utilisée sous une forme modifiée dans la présente recherche. Les sept étapes de cette approche comportent une phase d'introduction, une seconde qui réfère aux faits liés à l'événement, une troisième aux pensées que l'on avait lors de l'événement, une quatrième aux réactions qu'on a eues au moment de l'événement; une cinquième phase permet une transition d'un niveau émotionnel à un niveau cognitif, une sixième consiste à informer et enseigner, et une dernière phase de réinsertion marque la fin du processus. Cette approche sera décrite plus à fond lors de la section *Description des entrevues et des images* (2.2.2) du présent travail de recherche. Le CISD est mené par une équipe comprenant généralement des membres d'un groupe ayant reçu une formation spéciale et des professionnels de la santé mentale. Cette technique doit être appliquée très rapidement après l'événement critique, soit de 24 à 72 heures suivant le drame.

Le CISD a été conçu pour prévenir le côté pathogénique du traumatisme. Cependant, les recherches semblent confirmer (presque toutes) qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure que le CISD peut prévenir le SSPT: « They

do not claim, and should not, to prevent PTSD (...). It may be that this is a potential effect, but a systematic research agenda would be needed to establish it. » (Raphael, 2002, p. 353) En fait, la réponse à la question de l'efficacité des méthodes réside peut-être dans une approche plus globale, soit celle du *Critical Incident Stress Management* (CISM).

Cette approche, développée par J.T. Mitchell (1976, 1981, 1982, 1983, 1986, 1988, 1992) et éventuellement consolidée avec un cochercheur (Mitchell & Everly Jr., 1993, 1996), englobe plusieurs étapes de l'intervention de crise. Le CISD est maintenant considéré comme une composante de la méthode du CISM. Les composantes du CISM sont les suivantes: « Preincident education, mental preparedness training, individual crisis intervention, support/on-scene support, demobilization after disaster or large scale events, defusing, critical incident stress debriefing, significant other support services for families and children, and follow-up services and professional referrals as necessary. » (Mitchell & Everly Jr., 2002, p.75) Il appert qu'il est préférable de renseigner les travailleurs d'urgence avant qu'ils se retrouvent en situation de stress intense : « A seemingly appropriate time to issue the warning would be when hiring or assigning a new therapist to work with trauma clients ». (Munroe, 1999, p. 213-214) C'est pourquoi les deux premiers points de cette approche (CISM) s'y attardent : le *preincident education* et le *mental preparedness training* consiste en une préparation mentale pour permettre au travailleur de savoir à quoi il peut s'attendre lors de la crise ou du désastre, tout en mettant l'accent sur les comportements appropriés à la crise (Mitchell & Everly Jr., 2002). Le *individual crisis intervention* (intervention de crise individuelle) est requis

lorsque la situation traumatisante n'implique qu'une ou deux personnes. Elle peut être fournie immédiatement après la crise et sur le site (*on-scene support*). L'intervention de crise individuelle s'intéresse aux besoins individuels et a pour but de stabiliser la situation de crise, d'en atténuer l'impact, d'assister l'individu afin qu'il mobilise ses propres ressources et qu'il normalise son expérience, dans le but de réintégrer ses fonctions (Mitchell & Everly Jr., 2002). Lors d'un désastre, la démobilisation est une intervention transitoire qui consiste en un point d'information de dix minutes suivi d'une pause de vingt minutes pour se restaurer. Cette intervention de « pause » ne s'applique que sur les désastres de longue durée (Mitchell & Everly Jr., 2002). Le *defusing* est une discussion de groupe qui doit prendre place le plus tôt possible après l'événement traumatisant (entre huit et douze heures maximum). C'est une intervention brève qui permet au groupe de discuter de l'événement et d'être informé des symptômes qui pourraient survenir (Mitchell & Everly Jr., 2002). Le CISD est cette méthode de débriefing en sept étapes expliquée plus tôt. Le *significant other support services for families and children*, soit le soutien aux membres de l'environnement immédiat de la victime consiste à donner du soutien aux familles des victimes. Le stress pour la victime est plus tolérable lorsque que sa famille est aussi soutenue (Mitchell & Everly Jr., 2002). Le *follow-up services and professional referrals* est le suivi post-crise. Il permet de réancrer la victime aux soins traditionnels déjà existants, comme les hôpitaux, les soins en santé mentale, les organismes d'aide financière ou caritatifs, les organismes religieux, etc. (Mitchell & Everly Jr., 2002).

Initialement, on réfèra au CISM comme « Critical Incident Stress Debriefing » (CISD), ce qui sema la confusion. Il est important de bien distinguer les sigles CISD et CISM, quoiqu'ils soient liés, puisque le CISD fait partie de l'approche CISM et devrait en principe être utilisé lors de l'application de cette approche, si le besoin se présente : « CISD was designed to be used only within the context of a comprehensive and multicomponent crisis intervention system known as CISM. (...) No one service can be equally applicable to all people in all circumstances at all the times. » (Mitchell & Everly Jr., 2002, p. 73) Le débriefing (CISD) est donc une des étapes possibles du CISM.

Raphael (1986) a aussi mis l'accent sur l'aspect multiple de la nature d'une intervention de crise pour les victimes de désastre et tout aussi bien pour le personnel d'urgence ou les équipes d'aide d'intervention spéciale.

Les résultats de recherches sur l'efficacité du CISD diffèrent. La polémique demeure : « A number of studies indicate that debriefing services have no appreciable positive effect. » (Mitchell & Everly Jr., 2002, p. 81; Paton, 1995; Weisaeth, 1989b; Griffiths & Watts, 1992; Searle & Bisson, 1992; Deahl & all, 1994). Les standards de ces recherches diffèrent beaucoup, ce qui en complique l'interprétation. Ces études réfèrent à des recherches faites auprès de différentes clientèles, ou encore de situations traumatisantes trop différentes pour être comparées. Certaines recherches démontrent que la méthode de débriefing a été légèrement modifiée, donc difficile à évaluer : « When an independent variable is not adequately defined, the meaning of the study are obscured. » (Mitchell & Everly Jr., 2002, p. 81-82).

Ce qui semble être une constante dans toutes ces recherches est que les variables sont trop grandes pour uniformiser une conclusion : « These studies (...) cannot fit with rigid criteria for controls. » (Raphael, 2002) Parfois c'est la technique qui diffère, parfois la clientèle, parfois le groupe témoin, parfois les mesures, etc.

Cela dit, plusieurs mémoires de maîtrise et thèses de doctorat ont démontré l'aspect positif du CISD (Mitchell & Everly Jr., 2002, p. 82). J'en ferai état brièvement. Lanning (1987) a répertorié les différentes perceptions positives du CISD auprès du personnel d'urgence qui a participé à l'intervention de crise après l'écrasement d'un avion. En 1988, Bohl s'est intéressée aux symptômes d'anxiété et de dépression liés à l'exposition à un événement traumatisant. Ses conclusions démontrent qu'une séance de 90 minutes de CISD administrée à un groupe de travailleurs humanitaires dans les 24 heures suivant l'événement traumatisant semble avoir réduit ces symptômes. En 1995, elle a aussi fait une recherche auprès de 65 pompiers qui ont vécu un événement traumatisant sérieux. Elle a séparé le groupe en deux afin d'avoir un groupe témoin qui ne recevait aucun traitement. Encore là, les signes de colère, d'anxiété et de dépression étaient réduits après le CISD et cela, même après un post-test trois mois plus tard. O.W. Roger (1993) a fait sa thèse de doctorat sur l'évaluation du modèle de débriefing. Son analyse suggère que le CISD réduit le stress psychosocial en générant un sentiment d'être plus en contrôle de ses réactions à un événement. Après une émeute à Los Angeles, des recherches ont été entreprises par Wee (1996) et Wee et al. (1999) auprès du personnel médical d'urgence sur l'impact des réactions de stress et l'efficacité du CISD. Les chercheurs ont utilisé le *Frederick Reaction Index* (FRI) pour mesurer le degré de réaction post-

traumatique (*post traumatic stress reaction, PTSR*). Ceux qui ont participé à la recherche ayant reçu une session de CISD ont eu un pointage significativement plus bas sur l'index du FRI. Hanneman (1994) a entrepris une étude qualitative importante auprès de pompiers de la Nouvelle-Écosse afin d'évaluer l'utilisation du CISD. Elle a déterminé huit facteurs positifs qui suggèrent l'efficacité du CISD. Dans une vaste enquête auprès de 823 ambulanciers en Australie, 82 % ont émis l'opinion que le CISD était positif (Robinson, 1994). Après une tuerie au Texas en 1991, Jenkins (1996) a fait une évaluation longitudinale contrôlée afin de déterminer l'efficacité du CISD. Ceux qui ont participé au CISD associaient leur réhabilitation au fait d'avoir subi un débriefing. De plus, le CISD semble avoir réduit les symptômes de dépression et d'anxiété. Après un ouragan à Hawaï, une étude a été faite auprès des travailleurs d'urgence. Au CISD, on a ajouté une des composantes du CISM, soit l'éducation : « educating, normalizing, teaching coping responses » (Mitchell & Everly Jr., 2002). Par l'utilisation du test « Impact of Event Scale » qui mesure le degré de stress post-traumatique, les chercheurs Chemtob, Thomas, Law & Cremmiter (1997) ont constaté un degré plus bas de stress après leur intervention.

Des interventions de débriefing ont aussi été réalisées auprès des adolescents et des enfants. Stallard & Law (1993) ont conclu que le débriefing pouvait réduire les pensées envahissantes, possiblement par le fait que la personne est entendue dans son expérience traumatique et que cette intervention lui permet de réinterpréter ses perceptions et d'exprimer ses émotions. Une autre étude, celle de Pynoos & al. (1994) auprès de deux groupes d'enfants confirme cette hypothèse. Le second

groupe, qui n'a pas reçu de débriefing, n'a pas eu de résultats aussi bons quant à la diminution des symptômes de pensées intrusives.

En 1994, le navire *Estonie* a fait naufrage et neuf cents personnes ont péri. Nurmi (1997) a comparé trois groupes de travailleurs d'urgence avec un groupe d'infirmières d'urgence. Les trois premiers groupes ont reçu un CISD; le groupe d'infirmières a reçu du soutien de ses superviseurs, mais pas le CISD. Le test d'évaluation utilisé était le *Impact of Event Scale* (IES). Encore là, les symptômes de stress étaient moindres chez les trois premiers groupes de travailleurs que chez les infirmières. Des résultats similaires ont été obtenus dans une recherche impliquant 219 infirmières. De ce nombre, 193 ont rapporté une perception positive du CISD (Burns & Harm, 1993).

Everly et Boyle (1997) ont tenté d'évaluer l'efficacité du CISD en soumettant cinq recherches à une analyse de fond (Bohl, 1995; Jenkins, 1996; Chemtob et al., 1997; Nurmi, 1997; Wee et al., 1999). Toutes ces recherches utilisaient le modèle du CISD. Une analyse quantitative a démontré une forte prépondérance en faveur du CISD.

Que les résultats soient positifs ou non, il semble que plus de recherches scientifiques seront nécessaires pour déterminer la valeur du débriefing. La seule conclusion sur laquelle tous ces chercheurs s'entendent, c'est que le CISD en soi ne peut prévenir le PTSD. Pour ce qui est du CISM, les résultats spécifiques à ce sujet diffèrent. Mais il semble que si bénéfiques il y a, c'est dans cette direction (par cette méthode plus globale) et auprès d'une clientèle de travailleurs d'urgence qu'il faudra travailler. Par « travailleurs d'urgence », nous désignons policiers, militaires, intervenants de l'aide humanitaire, urgentologues, psychologues, etc. La raison

semble tenir au fait que chez ces groupes, on peut appliquer les différentes étapes du CISM. Ces clientèles sont mieux encadrées, ce qui a pour résultats qu'on peut mieux les préparer à différentes situations de crise. Ils sont donc plus en contrôle durant leurs interventions et on peut mieux les accompagner après l'intervention pour les aider à *débrief* et donner un sens à leur expérience.

ART-THÉRAPIE ET DÉBRIEFING

Très peu de recherches ont porté sur les méthodes d'intervention pour contrer le stress traumatique secondaire par l'art-thérapie. On retrouve un ensemble d'ouvrages plus exhaustif pour les études utilisant l'art-thérapie pour intervenir auprès des victimes directes de trauma, pouvant souffrir de SSPT. À cet égard les études de Chapman (2001), Gantt (1990) et Malchiodi (1985) sont incontournables. Linda Chapman est connue pour son apport auprès d'enfants traumatisés, dans les services pédiatriques. Avec une équipe qu'elle dirigeait, elle a créé une méthode d'intervention pour réduire les symptômes du SSPT chez les enfants. Cette méthode, le *Chapman Art Therapy Treatment Intervention* (CATTI), a été évaluée par une recherche quantitative. Les résultats montrent qu'il n'y a pas eu de différences significatives dans les symptômes de SSPT, mais que les enfants qui ont reçu cette intervention ont démontré une réduction des symptômes de stress aigu (Chapman, Morabito, Ladakakos, Schreier & Knudson, 2001). Linda Gantt quant à elle est connue pour son test du *Formal Elements Art Therapy Scale* (FEATS) et l'utilisation du test *Draw a Person Picking an Apple from a Tree Assessment* (DPPAT) (1993-1997). Le FEATS contient 14 éléments d'analyse dérivés de symptômes

psychiatriques décrits dans le DSM-III-R, et à partir duquel le DPPAT est analysé. Les recherches de Cathy Malchioldi (1985), quant à elles, ont démontré que l'art-thérapie est efficace dans le traitement des enfants traumatisés, plus spécifiquement les enfants ayant souffert d'abus.

Quelques études seulement ont porté directement sur l'art-thérapie et le stress traumatique secondaire. Rozelle (1997) a développé un modèle d'intervention pour les art-thérapeutes faisant l'expérience de la traumatisation vicariante, Riley (1997), a exploré la thérapie de groupe auprès d'art-thérapeutes d'expérience. Good (1996) quant à elle a fait une étude théorique sur le stress traumatique secondaire et les art-thérapeutes.

À ma connaissance, aucune recherche n'a été faite dans le domaine de l'art-thérapie qui aurait utilisé conjointement les techniques de l'art-thérapie et la méthode de CISD développée par Mitchell & Everly Jr., (2002). Riley et Rozelle s'en approchent par le fait qu'une partie de leur expérience comporte un échange verbal entre les pairs.

Riley (1997) a formé un groupe de trauma-thérapeutes qui ont utilisé l'art-thérapie afin de réduire le stress. Ce groupe s'est intéressé à l'identification et la gestion d'images touchant le contre-transfert ou la traumatisation vicariante. Par cette recherche, Riley a mis en évidence la force du travail du groupe, qui agit en permettant une supervision par les pairs.

La recherche de Rozelle quant à elle avait comme principal objectif d'offrir aux trauma-thérapeutes une façon d'utiliser l'image comme support non verbal pour stimuler le dialogue avec un pair afin de mieux comprendre, aborder et améliorer le

contre-transfert et les réactions dénotant une traumatisation vicariante (Rozelle, 1997). Pour atteindre cet objectif, elle a conçu une méthode qui implique la supervision par les pairs.

La recherche de Good est une approche quantitative. Elle a porté sur 264 intervenants en relation d'aide, dont 146 étaient art-thérapeutes. Les participants ont complété le *Compassion Fatigue Self Test* et le *PK scale* (MMPI-2) qui mesure les symptômes du SSPT. Ses résultats n'ont pas réussi à prouver qu'il y a corrélation entre les symptômes de STS chez les thérapeutes et le fait qu'ils travaillent auprès d'une clientèle traumatisée. Par contre, sa recherche a démontré que les intervenants ayant souffert de SSPT dans le passé sont plus à risque de développer le STS lors de leur pratique professionnelle. Elle a aussi mentionné que sa recherche concluait qu'il était plus stressant de travailler avec des clients qui présentent des signes de dissociation, qu'avec des clients qui n'ont pas ce comportement de défense.

Les recherches suivantes ont porté sur la notion de contre-transfert plutôt que sur l'utilisation de l'art-thérapie pour soigner le stress traumatique secondaire, mais puisque que la notion de contre-transfert rejoint en partie le STS, elles seront incluses ici : « Secondary traumatic stress includes but is not limited to what researchers and other professionals view as countertransference. » (Figley, 1999)

Wolf (1985) et Lachman-Chapin (1987) décrivent dans leurs recherches l'utilisation de l'art-thérapie pour la gestion du stress relié au contre-transfert durant les sessions avec des clients. Wolf insiste sur l'aspect *contenant* de l'image et durant ses sessions, il dessine (*aimless sketches*) pour augmenter sa capacité de percevoir de subtils mouvements dans sa relation de transfert avec le client. Lachman-Chapin

utilise l'image de façon différente. Durant les sessions avec ses clients, elle dessine en même temps qu'eux. Durant ce processus, elle se concentre activement sur les inquiétudes que le client lui a énoncées. Lorsqu'ils ont terminé, ils discutent ensemble en utilisant les deux dessins.

En termes de recherches plus spécifiques, les travaux de Kielo (1991), Fish (1989) et de Lavery (1994) traitent du contre-transfert de la relation thérapeutique. Kielo a interviewé quatorze art-thérapeutes qui utilisaient la création d'images afin de mieux comprendre les réactions de contre-transfert qu'ils ressentent dans leur pratique. Suite à cette expérience, ces derniers considéraient que cela les aidait à clarifier leurs émotions, à identifier, à sympathiser et à explorer la relation thérapeutique : « (...) a majority suggested that their art work and reflection upon their imagery helped to bring to the surface and to clarify unconscious and preconscious, as well as conscious reactions within the art therapeutic relationship. » (Kielo, 1988, p. 91) Le produit artistique leur permettait de créer une distance entre eux et leurs clients : « The picture offers an alternative external presence, it is an object which exists outside of the artist, and yet a part of her or him temporarily inhabits it. » (Schaverian, 1992, p. 19)

Lavery (1994) était elle-même le sujet de sa recherche. Par l'usage méthodique du dessin (« *a three step visual image making process* »), elle a pu observer ses réactions de contre-transfert lorsqu'elle abordait avec ses clients les thèmes d'abus, de violence et de mort. En premier lieu, elle commence par un croquis rapide et abstrait pour saisir sa première impression du client. En second lieu, après avoir évalué son premier dessin, elle crée un gribouillis de sa main non-dominante afin

d'investiguer plus profondément ce qu'elle ressent par rapport au client. En dernier lieu, lorsqu'elle a perçu une image dans son gribouillis, elle le renforce en ajoutant de la couleur et des lignes.

Fish (1989), qui est art-thérapeute dans un hôpital psychiatrique, utilise le dessin lorsqu'elle est confuse face à certaines de ses relations à ses clients ou lorsque que l'orientation de la thérapie devient moins claire. Elle dessine immédiatement après une session de thérapie afin de clarifier ses pensées et ses émotions. Fish dit que cela l'aide à prendre conscience du contre-transfert qu'elle éprouve durant la session et aussi à organiser la prochaine session. Par la suite, elle discute de ses images avec son superviseur, facilitant ainsi une plus grande prise de conscience de ses émotions et du contenu de ses images.

Ce chapitre a porté sur l'historique du syndrome de stress post traumatique SSPT et de son évolution quant à l'inclusion du concept de traumatisation secondaire STS. La terminologie reliée au concept de traumatisation secondaire a été clarifiée. Ainsi, nous avons fait la distinction entre le stress traumatique secondaire, la fatigue par compassion et la traumatisation vicariante. En second lieu, la préférence pour le terme STS a été expliquée. Par la suite, nous avons fait un compte rendu bibliographique des recherches portant sur le stress traumatique secondaire, la fatigue par compassion et la traumatisation vicariante. Nous avons également répertorié les recherches portant sur le stress traumatique secondaire en catégorisant ces études selon la clientèle qui en souffrait, le genre de situations traumatiques, la nature de leurs causes, soit naturelles ou humaines. Pour terminer, un compte rendu

bibliographique a été fait sur les recherches qui impliquaient l'art-thérapie et le stress traumatique secondaire.

Le prochain chapitre portera en premier lieu sur la description de la recherche terrain et en second lieu sur l'analyse des données. La description de la recherche terrain comportera la description des participantes, les critères de sélection, le déroulement des différentes étapes de cette partie de la recherche et la description de la méthodologie mixte, qualitative et quantitative. L'analyse des données consistera d'abord à décrire les entrevues et les œuvres et par la suite à les analyser. Finalement, les tests quantitatifs seront compilés et analysés et le compte-rendu du questionnaire sera présenté.

CHAPITRE 2 : RECHERCHE TERRAIN

DESCRIPTION DE LA RECHERCHE-TERRAIN

Introduction de l'hypothèse

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'évaluer les résultats d'une expérience de recherche-terrain qui a combiné l'art-thérapie à une technique de débriefing, le *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), afin d'observer le phénomène de traumatisation vicariante ou de stress traumatique secondaire chez l'aidant et d'en répertorier la présence de symptômes. Un second objectif vise à décrire la méthode utilisée et les applications de cette méthode, appelée par l'auteure de cette recherche « l'art-thérapie en débriefing », ceci afin d'expliquer comment l'inclusion de la création d'images visuelles au cours d'un processus de débriefing auprès d'un aidant peut s'avérer un instrument adéquat pour les traumathérapeutes en général.

Lors d'un événement traumatisant, la voie neurologique habituelle selon laquelle l'information perceptuelle est traitée peut devenir temporairement envahie par certaines images traumatiques. Ces images peuvent demeurer actives et stimuler un procédé dit de « revisualisation » (Chapman, 2000). Ainsi, les personnes affectées peuvent perdre leur capacité à se défaire de ces images envahissantes. Or, les limites des recherches effectuées dans le domaine de la prévention du syndrome de stress post-traumatique par l'art-thérapie sont évidentes. Même les recherches prenant source dans le champ habituel de la traumathérapie ne semblent pas donner à l'utilisation de l'image comme traitement le pouvoir qui lui revient, et qui est de plus en plus reconnu (Cerney, 1995; Danieli, 1994; Saakvitne & Pearlman, 1996). Si

l'image est souvent utilisée de façon auxiliaire, certaines recherches en art-thérapie ont toutefois utilisé l'image comme outil principal de la traumathérapie, mais surtout auprès des victimes souffrant de syndrome de stress post-traumatique (Chapman, 2000; Gantt, 1990; Malchiodi, 1985). Par exemple, le modèle d'intervention développé par Linda Chapman nommé CATTI (*Chapman Art Therapy Treatment Intervention*) démontre l'efficacité de l'art-thérapie. Ce modèle est basé sur des recherches stipulant que lors d'un traumatisme, l'information est emmagasinée dans le cerveau reptilien, responsable de l'aspect kinesthésique de notre être. C'est pourquoi l'art-thérapie, par sa qualité isomorphique de l'approche neuro-développementale, est efficace, car elle stimule cette partie d'abord (R-système), ce qui ouvre la porte au pan affectif de l'information :

By activating both right and left hemisphere activity along with both visual and verbal neural pathways, therapeutic potential is maximized as the brain creates a visual, nonverbal narrative that is translated to a coherent linguistic narrative. (Chapman, 2000, p.102)

Cependant, les recherches manquent dans le domaine de l'art-thérapie et du débriefing auprès des intervenants exposés directement à des récits traumatiques. D'où la pertinence de la présente recherche.

Diverses raisons ont motivé le choix de combiner deux méthodes d'intervention, à savoir le CISD et l'art-thérapie. Plusieurs recherches confirment que le CISD renforce le sentiment de compétence professionnelle, réduit les congés de maladie, les mouvements de personnel et autres indices de stress professionnel (Mitchell, & Everly, 1993, 1996, 2002). Cependant, quoique la majorité des recherches tentent de

prouver que le CISD réduit le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), il n'existe pas suffisamment de preuves pour confirmer cette hypothèse. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que toutes les recherches semblent confirmer que le CISD est largement perçu comme étant efficace par ceux qui le reçoivent. Le but du CISD est de réduire le niveau de stress relié à un événement tragique et d'accélérer le processus de rétablissement vers un niveau « normal » de stress. Les recherches sur le stress traumatique secondaire confirment sans exception qu'une supervision régulière est bénéfique pour réduire le risque de stress traumatique secondaire (STS). Les techniques de supervision se rapprochent des techniques de débriefing car elles permettent de rendre compte de l'expérience du travailleur. Elles permettent un certain encadrement qui aide la personne supervisée à retrouver une distance par rapport à sa pratique. Notons que le phénomène de distanciation se retrouve aussi dans les techniques d'art-thérapie.

Le choix de jumeler l'art-thérapie au CISD poursuit donc le même but que celui visé par la supervision, soit d'offrir un outil structuré permettant une forme de distanciation. Dans une optique similaire, l'art-thérapie permet trois phénomènes importants qui justifient le choix de l'auteure de cette recherche de combiner l'art-thérapie et le débriefing. Ces phénomènes sont la symbolisation, la distanciation et l'intentionnalité. Le phénomène de la symbolisation se produit lors de la mise en récit pictural. Elle joue souvent un rôle de médiation entre ce qui est connu et ce qui ne l'est pas, entre l'inconscient et le conscient : « Symbolism gives conscious expression to unconscious mental content and serves both adaptation and

communication. » (Beres, 1968, p. 510) La mise en récit par l'image permet souvent l'expression et la révélation d'aspects inconscients.

La distanciation, quant à elle, se produit lors de la réception de l'image. C'est le regard que le client porte sur l'image après sa réalisation et qui est susceptible d'offrir une perspective différente : « The powerfull emotions contained in the visual product can now be viewed with a certain mesure of detachment. » (Betensky, 1987, p. 158)

Le troisième phénomène, celui de l'intentionnalité, permet à l'auteur de l'œuvre d'entrer en communication avec ce qu'il a produit. Il reçoit en quelque sorte le message qui y a été déposé (Betensky, 1987, p. 158). Cela fait partie du processus d'intégration, qui permet à la partie inconsciente, « retenue » dans l'image, de se révéler. Lors de cette étape, le client peut être invité à intervenir de façon intentionnelle à partir de ce que l'image lui renvoie. Par exemple, lorsqu'il est demandé à l'intervenant : « Que voyez-vous dans cette image? », le client entre en contact avec le phénomène qu'il a produit et peut en dégager le sens personnel qu'il y a inconsciemment placé.

Ces trois phénomènes — symbolisation, distanciation et intentionnalité — ont été intégrés sciemment à la méthode de CISD afin d'en augmenter le potentiel thérapeutique. Mais d'abord, il importe de décrire le fonctionnement en sept étapes du CISD : (1) la phase d'introduction ; (2) la phase où l'on relate les faits, où la personne recrée l'événement (*a fact phase*) ; (3) la phase où l'on exprime les pensées que l'on a eues durant l'événement (*a thought phase*) ; (4) la phase où l'on verbalise ses réactions, où l'on identifie la partie la plus difficile de l'événement (*a reaction*

phase), c'est l'étape où les émotions les plus intenses sont exprimées ; (5) la phase où l'on exprime les symptômes que l'on a ressentis (*a symptoms phase*) ; (6) la phase où l'on informe le client des symptômes qui accompagnent généralement l'exposition à un événement traumatique (*a teaching/information phase*) ; et (7) la phase du retour au quotidien (*a re-entry phase*) (Mitchell & Everly, 2002, p. 76). Les trois premières phases s'adressent à la partie cognitive de l'expérience traumatique. Dans le CISD traditionnel, la quatrième étape est la phase de verbalisation des réactions où le client est invité à raconter son récit en y incluant les réactions émotives ressenties durant l'expérience traumatisante qu'il a vécue. C'est lors de cette phase que l'art-thérapie est introduite, modifiant ainsi le CISD. L'auteure de cette recherche émet l'hypothèse qu'en combinant l'art-thérapie à la technique d'intervention de débriefing (CISD), elle en augmentera l'efficacité à libérer les images envahissantes, liées aux récits traumatiques des clients, qui peuvent s'imposer aux intervenants. L'art-thérapie permet souvent un accès rapide aux affects, parfois inconscients, du client. Le CISD est une méthode brève d'intervention qui permet aussi un accès rapide mais structuré à l'expérience cognitive du client. En combinant ces deux méthodes, nous obtenons une méthode d'intervention brève de type cognitivo-affectif.

Ce chapitre dressera le portrait de la recherche-terrain en décrivant les participantes, les critères d'inclusion, la sélection des participantes, le déroulement de l'expérience-terrain et la méthodologie de recherche. Suivra la description des œuvres et des entrevues, l'analyse des composantes de cette expérience et la compilation des tests.

Description des participantes

Le groupe ciblé pour cette recherche est formé de travailleuses sociales qui oeuvrent au sein d'un organisme de santé dans un grand centre urbain et qui ont pour fonction de recevoir une clientèle d'immigrants requérant le statut de réfugié. Ces immigrants ont presque toujours quitté leur pays dans des conditions extrêmes, de guerre, de torture, ou d'abus de toutes sortes. Plusieurs d'entre eux souffrent de SSPT et doivent, pour assembler le dossier de leur requête, faire le récit des horreurs qu'ils ont vécues aux travailleuses sociales qui traitent leurs demandes.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des travailleuses sociales à cette recherche n'étaient pas basés sur leur histoire de vie personnelle et/ou leur exposition à des événements traumatisants, mais plutôt sur leur volonté de prendre part à cette recherche. Les participantes faisaient toutes partie d'une équipe de travail d'accueil pour nouveaux arrivants et étaient toutes des travailleuses sociales reconnues par l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec. Elles devaient avoir une expérience clinique auprès d'une clientèle traumatisée et accepter de signer un formulaire de consentement (voir l'annexe 1). Aucune habileté artistique n'était requise.

Sélection des participantes

Les travailleuses sociales ont d'abord été approchées en juin 2002. Le projet leur a été présenté et dix d'entre elles ont choisi de participer à la recherche. Ces dix travailleuses ont donc rempli le pré-test dès cette rencontre, ainsi que le formulaire de

consentement. Le pré-test ainsi que le post-test (il s'agit du même) est le *Compassion Fatigue Self-Test* conçu par Figley et Stamm (1995); son objectif est de déterminer le degré de risque d'un travailleur de développer des symptômes reliés à la fatigue par compassion. Le terme de « fatigue par compassion » utilisé par Charles Figley lors de la création de ce test désigne le phénomène du stress traumatique secondaire (STS). Il en est le synonyme. Des recherches plus récentes (Jenkins & Baird, 2002) tendent à créer une distinction entre ces termes. L'auteure de cette recherche utilisera le terme « fatigue par compassion » lors de l'analyse des tests quantitatifs, puisque ce test évalue le degré de risque de la fatigue par compassion. Ce type de test est ce que l'on nomme un « autotest », c'est-à-dire que la personne répond elle-même au questionnaire. Il contient quarante questions : seize portent sur les émotions et les symptômes que la personne ressent, quatorze sur des éléments relatifs aux clients et à leur famille et dix questions concernent le fait d'être un aidant et l'environnement de travail. On note certaines limites dans l'efficacité de ce type de tests : « Self-report questionnaires have some inherent weaknesses, including the ambiguity that is built into questions and items, and the problem that test-takers may not all interpret questions uniformly or as the test-maker had intended. » (Feder & Feder, 1998, p. 154) Sur le pré-test, les travailleuses sociales devaient inscrire leurs dates de vacances estivales puisque cette information devait servir de critère de sélection pour former deux groupes : un groupe de cinq travailleuses qui bénéficierait de trois rencontres individuelles, et un autre groupe formé des autres travailleuses qui rempliraient le pré-test et le post-test, comme le premier groupe, mais à qui n'était offert aucune entrevue. Un échéancier des disponibilités de la chercheure et des leurs

a été établi et cinq travailleuses ont été sélectionnées selon la correspondance de nos disponibilités respectives. Cette sélection n'impliquait aucun choix subjectif de la part de la chercheuse puisqu'il ne s'agissait pas de choisir des personnes, mais des dates. L'échantillon était donc fait au hasard de la compatibilité chronologique.

À la suite de ce pré-test, cinq travailleuses ont été sélectionnées pour former le groupe expérimental et cinq autres pour le groupe témoin. Ce groupe témoin n'assistait à aucune entrevue mais remplissait le pré-test et le post-test, comme le premier groupe. Le groupe témoin est utilisé pour permettre une comparaison avec le groupe qui bénéficie des entrevues afin de vérifier si le fait d'avoir vécu des rencontres a eu, ou non, un impact sur le résultat des tests. Par la suite, toutes les participantes ont été avisées des procédures les concernant. Une personne s'est désistée de la recherche, ayant appris qu'elle quitterait cet emploi dans un avenir rapproché. Un premier groupe de cinq femmes, dont les vacances permettait de réaliser l'expérience-terrain a été constitué, alors que les quatre travailleuses restantes ont formé le groupe témoin.

Déroulement

La structure de cette partie de la recherche s'appuie sur une approche constructiviste (*construction research*). L'objectif, tel que mentionné précédemment, est d'appliquer une nouvelle méthode d'intervention brève et préventive qui combine l'art-thérapie et le débriefing afin de « libérer » les intervenants, au fur et à mesure de leur pratique, des récits de leurs clients qui pourraient demeurer envahissants. Lorsque l'auteure de cette recherche emploie le terme *intervenant*, elle entend tout

professionnel placé en situation d'aide empathique auprès d'une clientèle ayant vécu des traumatismes.

Tel que mentionné ci-dessus, lors de la première rencontre du mois de juin, le projet de recherche-terrain a été expliqué aux travailleuses intéressées, qui ont été invitées à remplir un pré-test d'une durée de trente minutes (autotest sur la fatigue par compassion) (Figley et Stamm, 1995). Toutes les travailleuses ont donc rempli le pré-test. La deuxième étape a consisté en trois entrevues, d'environ une heure chacune, pour chacune des participantes du groupe expérimental. Les rencontres ont eu lieu durant les mois de juillet et août 2002. Plus précisément, une série de trois rencontres individuelles sur une base fixe, environ une fois par deux semaines, durant six semaines, a été complétée, ceci afin de procurer aux cinq participantes un cadre permettant de se libérer des images envahissantes qui pourraient les habiter. Durant ces entrevues, les participantes ont exploré, par la méthode d'art-thérapie en débriefing, les récits des clients recueillis durant leur pratique, elles en ont sélectionné le segment le plus significatif pour elles et l'ont représenté en image. Les entrevues ont été enregistrées et la prise de notes a été effectuée par l'auteure après chaque entrevue. À la fin du processus de rencontres, un post-test a été distribué aux membres des deux groupes afin d'évaluer si l'expérience s'est révélée bénéfique, ou non, pour le premier groupe. Puisque le groupe témoin a rempli le pré-test et le post-test, mais n'a pas bénéficié des rencontres, la comparaison des résultats des deux groupes a permis de valider l'application de la méthode développée. De plus, à la toute fin de la recherche, soit après le post-test, un questionnaire qualitatif

comportant quelques questions sur leur appréciation de l'expérience a été remis au premier groupe. Une copie de ce questionnaire est placée en annexe 3.

Méthodologie

Avant d'aborder directement la description et l'analyse des images, il importe de définir brièvement certains aspects de l'art-thérapie et de la méthode d'analyse utilisée durant cette recherche. Les techniques projectives dérivent de l'hypothèse projective mise de l'avant par les tenants de la théorie psychanalytique, recherchant chez un individu ce qui peut permettre de révéler des aspects de sa personnalité. La part de l'inconscient, de l'intériorité psychique d'un individu est faite des perceptions, fantaisies, pensées et émotions dont il n'est parfois pas conscient. L'expression de cette intériorité peut être verbale, mais l'image permet l'expression de ce contenu sous une forme symbolique. L'approche projective suppose que le sujet construit spontanément, à partir de matériel non structuré, un principe structuré qui révèle un matériel psychologique (Rappaport et al., 1946). Les tests projectifs ont donc pour fonction de tenter d'identifier des modes de perception et de sensations afin de rendre observable la structure psychologique du sujet.

Ce sont donc des méthodes indirectes qui amènent la personne à parler d'elle-même, à travers un objet situé à l'extérieur d'elle-même. De même, l'art-thérapie peut permettre de révéler la structure interne formant la réponse de l'individu au monde extérieur, et ce, de façon symbolique.

Plusieurs techniques d'évaluation sont basées sur le dessin, que la méthode soit dirigée ou spontanée. Même si les productions spontanées sont plus en mesure

d'évoquer la structure psychologique de l'être suivant un principe projectif, en tant qu'outil d'évaluation diagnostic, elles impliquent souvent trop de variables. C'est pourquoi la plupart des tests emploient une méthodologie dirigée et leur validation se base, pour la plupart, sur une tentative d'établir des corollaires entre différents éléments, tels la forme, la couleur, la ligne, et certains aspects spécifiques à certaines pathologies.

Lors de cette recherche, l'usage du dessin spontané a été privilégié même si un thème était parfois suggéré. L'objectif visé par cette méthode était de permettre une réflexion sur la pratique professionnelle de l'intervenante, d'explorer les récits traumatiques et de permettre la libération du matériel envahissant. Ainsi, le modèle d'analyse privilégié est qualitatif, et plus précisément, phénoménologique. Il s'agit de procéder à l'analyse des images et des entrevues afin d'en dégager les thèmes récurrents. Les thèmes répertoriés durant les entrevues sont liés aux processus phénoménologiques mentionnés ci-dessus, c'est-à-dire la symbolisation, la distanciation et l'intentionnalité. C'est par l'activation de ces processus que les thèmes surgiront à la conscience de l'intervenant. Il va sans dire que l'analyse sera axée sur la pratique professionnelle de la travailleuse sociale et non sur sa vie privée.

DESCRIPTION ET ANALYSE DES DONNÉES

Cette section, présente la description des entrevues et des œuvres ainsi que l'analyse des données. L'analyse des images sera appuyée par des extraits du *verbatim* des entrevues. Toutes les images créées durant les entrevues seront analysées en tenant compte de l'ensemble de la production issue des trois entrevues de chacune des travailleuses sociales. Les thèmes récurrents seront isolés. L'analyse de la recherche sera ensuite examinée de façon globale afin de juger de sa pertinence et de voir quelles conclusions il est possible d'en tirer. Le contenu des œuvres des cinq travailleuses sera examiné afin de déterminer si les corrélations thématiques qui s'en sont dégagées donnent des informations relatives aux conséquences des récits de la clientèle sur les intervenantes et à l'effet de l'environnement de travail sur celles-ci. De même, toutes les données seront comparées pour déterminer si l'hypothèse de départ, qui supposait l'impact positif de la méthode, a été validée ou non. Enfin, les limites de cette recherche seront décrites.

La dernière partie de ce chapitre présente la compilation du pré-test et du post-test afin de vérifier, en premier lieu, s'il y avait présence de fatigue par compassion et, en deuxième lieu, si les résultats du pré-test et du post-test du groupe bénéficiant des trois entrevues diffèrent. Pour terminer, les commentaires consignés par les participantes elles-mêmes seront présentés.

Description de l'application de la méthode durant les entrevues

Les entrevues se sont déroulées suivant le modèle du CISD utilisé sous une forme modifiée dans la présente recherche tel que mentionné ci-dessus. La modification se

situé à l'étape quatre où, en principe, dans la méthode de débriefing classique la personne décrit verbalement les réactions émotives qu'elle a ressenties lors de l'écoute du récit de sa cliente. Dans le modèle que l'auteure de cette recherche a créé, l'art-thérapie est introduite à cette étape et implique la mise en image d'un segment du récit, c'est-à-dire sa narration picturale.

Les sept étapes comportent une phase d'introduction où la participante et la thérapeute échangent et où la participante est invitée à choisir le récit d'un-e client-e qu'elle a trouvé particulièrement éprouvant. À la seconde étape, la participante narre l'événement : elle explique les faits liés au récit de sa cliente, mais sans exprimer ni ses pensées ni les réactions émotives qu'elle a ressenties lors de l'écoute du récit. Durant la troisième étape, la participante décrit les pensées (et non les émotions) qu'elle avait lors de la narration de l'événement par son client ou sa cliente. À la quatrième étape, la participante est invitée à produire une image au moyen du médium artistique de son choix. Elle illustre picturalement les réactions qu'elle a eues au moment du récit. La cinquième phase permet une transition d'un niveau émotionnel à un niveau cognitif; c'est l'étape où l'on observe le dessin et où l'on discute de ce que l'image renvoie. La sixième étape consiste à informer l'intervenante des concepts de la traumatisation vicariante et la « normalité » des réactions contre-transférentielles, comme cela est prévu dans la technique de CISD. La septième et dernière phase est celle de la réinsertion; elle marque la fin de la rencontre et le retour dans l'environnement de travail. La travailleuse reprend le cours de sa journée. Le prochain rendez-vous est fixé.

Durant les entrevues, différents matériaux artistiques ont été mis à la disposition des travailleuses : des pastels à l'huile ainsi que des pastels secs, des crayons de couleur, des crayons-feutres et des crayons de cire; des crayons à mine, une gomme à effacer, des ciseaux et une règle leur étaient également fournis. Aucun matériau fluide n'a été offert parce que le lieu où les entrevues prenaient place ne s'y prêtait pas. Une variété de matériel est importante pour stimuler le client : « These materials are active participants in the client's artwork. They challenge his sight and touch. They stimulate emotional arousal and consciousness all at once. » (Betensky, 1987, p. 157) Les participantes avaient le choix entre plusieurs grandeurs et textures de papier variant de huit pouces et demi par onze pouces, à vingt-deux pouces par seize pouces.

Description des entrevues et des images

Maria (pseudonyme) / Première entrevue / Image 1-a

Maria est une travailleuse sociale qui, au moment de l'entrevue, cumulait quatorze ans de pratique. Trois entrevues ont été réalisées auprès de cette participante. Afin de permettre une compréhension précise de la méthodologie d'intervention proposée ici, les différentes étapes du processus de la méthode d'art-thérapie en débriefing feront l'objet d'une description détaillée lors du compte rendu de cette première séance. Lors de la première rencontre, des informations relatives au déroulement du processus sont fournies à la participante (étape 1, CISD). La participante est invitée à penser aux récits de ses clients et à identifier un thème avec lequel il est plus difficile pour elle de travailler.

Maria mentionne d'emblée qu'elle « ramène parfois des récits de clientes à la maison » et que ça lui cause des problèmes de sommeil, car elle « rumine » durant la nuit. Elle choisit l'histoire d'une de ses clientes et il lui est demandé d'en faire d'abord un récit factuel (étape 2, CISD). Le récit présente l'histoire d'une femme ayant vécu de la violence, du mépris, du rejet et de l'abandon dans toutes les étapes de sa vie. En effet, c'est une situation de violence organisée dans son pays d'origine qui l'a amenée à immigrer. Ici, elle réalise toute la violence de ce qu'elle a vécu, car avant elle n'en était pas consciente. Là-bas, c'était plus « normal » culturellement. Cette cliente est déprimée. Elle exprime sa lassitude, son manque d'espoir.

Il est demandé alors à Maria de nommer quelles étaient ses pensées lors du récit (étape 3, CISD). Elle répond qu'elle était révoltée du fait que la souffrance est normalisée dans le pays de sa cliente. Elle est invitée ensuite à choisir un moment du récit plus difficile pour elle et à l'illustrer par le dessin, de façon concrète, ou encore, de représenter en image ses émotions à ce moment-là (étape 4, CISD modifié). Maria décide d'illustrer l'environnement symbolique de sa cliente. (Image 1-a)

Elle dessine une spirale au pastel sec noir, représentant métaphoriquement, selon ses dires, l'espace de résilience par où cette cliente devra passer. Maria est invitée à exprimer ce à quoi son dessin lui fait penser. Elle mentionne d'abord des fils barbelés, mais ne retient pas cette image. « What is ultimately more important is that participants find answers that resonate with their own personal experience. » (Rozelle, 1997, p. 77) Ensuite, elle voit, dans le dessin de sa spirale, un tunnel qui, pour elle, représente un « passage protégé ». Le tunnel comme voie de passage se retrouve dans tous les rites d'initiation (Chevalier, Gheerbrant, 1982, p. 981).

Elle est ensuite invitée à s'approprier l'image du tunnel comme si celle-ci était la sienne afin d'explorer comment elle pourrait investir ce symbole, qu'elle associe à un symbole de protection. Ensemble, nous examinons comment ce symbole pourrait être utilisé durant les récits des clients afin de se protéger psychologiquement de l'impact du récit. Cette partie de la procédure d'intervention ne correspond pas à la méthode de l'art-thérapie en débriefing développée par la chercheuse. Cette intervention a été dictée par le souci clinique qu'avait l'auteure d'accompagner efficacement la travailleuse dans sa réflexion portant sur l'appropriation de l'image. Puisque le symbole du tunnel représentait la protection pour Maria, l'auteure a jugé opportun de renforcer l'intentionnalité de son regard sur l'image par l'appropriation de ce symbole. Lors de la suite des entrevues avec les autres travailleuses sociales, le thème de la protection a été proposé à chacune d'entre elles à cette étape du processus, soit à la quatrième étape de la méthode de l'art-thérapie en débriefing. Cette intervention axée sur l'intentionnalité a été proposée, d'une part, dans le but de stimuler l'intégration du sens que l'image avait pour chacune d'elles et, d'autre part, afin de fournir un outil concret de prévention pour les intervenantes. En s'appropriant cette image à forte valeur symbolique, elles pourront être en mesure de l'utiliser par la suite dans leur pratique professionnelle; elles pourront se remémorer ce symbole de protection lors de moments anxiogènes d'un récit de leurs clients.

En ce qui a trait à Maria, il lui est offert à ce stade-ci de l'intervention d'ajouter quelque chose au dessin. Elle décide d'ajouter de la lumière à l'aide du pastel jaune. Maria ayant terminé son dessin (Image 1-a), nous passons à la cinquième étape du CISD (étape initiale, non modifiée du CISD), au cours de laquelle la travailleuse

sociale aborde l'image d'un point de vue cognitif afin de l'analyser : « Through the act of looking at their own art expressions, new facets of themselves become apparent to the art makers, and new communication takes place between the art expression and the subjective experience of the client-turned-beholder. » (Betensky, 1987, p. 165)

Ensemble, nous regardons à nouveau le dessin mais cette fois-ci en le mettant au mur. Il s'agit du phénomène de distanciation où l'image est susceptible d'offrir une perspective nouvelle. Les émotions contenues dans l'œuvre peuvent alors être considérées avec une certaine distance, et ramenées à la conscience. En accord avec cette cinquième étape du CISD, Maria semble vivre une transition d'un niveau émotionnel à un niveau cognitif. Elle voit maintenant une chenille dans son image. Il peut être mentionné ici que, selon la *Bhradarahyaka Upanishad*, la chenille est le symbole de la transmigration (Chevalier, Gheerbrant, 1982, p. 222). Ensemble, nous explorons ce que représente la chenille pour Maria. Elle rattache celle-ci à la transformation de la chrysalide au papillon. Elle dit : « La chenille transporte la turbulence et sort par la porte! ». Maria mentionne se sentir très près de ce symbole. Il est représentatif du jeu, de la joie et de la liberté vécues durant son enfance. Elle « joue » symboliquement avec les éléments du tunnel et de la chenille. Elle explore, par exemple, comment le symbole du tunnel peut la protéger du récit des clients et comment le symbole de la chenille peut virtuellement transporter sur son dos le récit de la cliente et sortir de son bureau en même temps que la cliente afin d'éviter qu'elle ramène le récit des clients à la maison. Maria joue avec cette fantaisie. Winnicott a beaucoup contribué à théoriser la notion de jeu thérapeutique : « Through symbolic

play patients are helped to organize psychological space, both within the art form and within the art relationship. » (Robbins, 1987, p. 71) Maria décide d'ajouter des antennes à la chenille pour lui permettre de « capter ». La participante explore les images du tunnel et de la chenille et exprime le plaisir qu'elle a eu durant l'expérience. Il est convenu que, d'ici le prochain rendez-vous, elle pourra explorer l'utilisation concrète de ces symboles dans son travail.

Maria / Seconde entrevue / Images 1-b et 1-c

Au début de la seconde rencontre, Maria partage son expérience d'exploration avec les deux symboles (le tunnel et la chenille) réalisés lors de la séance précédente. Un soir, chez elle, elle s'est rendu compte qu'elle avait encore « ramené » l'histoire d'une de ses clientes à la maison. Tout de suite, elle a pensé à la chenille. Elle l'a visualisée. Elle dit : « Dans ma tête, c'était comme le processus rationnel, imaginaire et aussi un peu les sentiments. Je commençais à penser à transférer mes sentiments et mes pensées sur la chenille. Je voyais la chenille marcher et prendre le chemin. Après, je me suis sentie comme toute bien. Je me suis laissé aller. Je me suis dit : "Elle est partie; je reste avec mes choses à moi. Je suis en paix avec ces choses." J'ai trouvé que c'était une expérience vraiment *powerfull* ».

Maria exprime ensuite la lourdeur qu'elle éprouve concernant la quantité des dossiers qui lui sont confiés. Puis, elle parle d'un sentiment d'envahissement créé par des clients qui ont besoin compulsivement de parler, qui ont besoin de sa disponibilité. Elle mentionne se sentir drainée et avoir de la difficulté à mettre ses limites, ce qui occasionne parfois un manque d'empathie pour le client suivant qui se

présente avec une problématique semblable. Il lui est offert d'explorer graphiquement le thème de l'envahissement en pensant à une cliente en particulier. Elle dessine au pastel sec une grosse marmite brune qui contient de l'eau bleu pâle avec des bulles, représentant l'ébullition. Sous la marmite, il y a du bois et des flammes orange. Sortant de la marmite, Maria a dessiné des lignes rouges qui représentent la vapeur (1-b).

En mettant l'image au mur, elle voit que, si l'image était inversée, elle représenterait un « chapeau joyeux avec des plumes ». Je lui demande si elle le porterait, ce chapeau. Elle répond que non, car « ça la brûlerait! ». L'interprétation du symbole de la marmite est alors abordée. Maria croit que cela représente son intolérance, son irritabilité face à certains clients. Elle voit un danger de déversement de la marmite dans cette image, et exprime son souci, sa crainte du déversement et la peur de donner accès à « son eau qui bout », métaphore de ses émotions turbulentes. Sa difficulté à exprimer ses émotions et le fait qu'elle soit toujours en contrôle de celles-ci sont abordés. Toutefois, Maria considère que la marmite a aussi quelque chose de joyeux qui amoindrit la menace de déversement. L'image que Maria projette est ensuite abordée, à savoir la perception que les gens ont d'elle. Maria est d'un naturel avenant. Elle est toujours très souriante et invitante; elle inspire la confiance. Maria prend conscience de sa difficulté à mettre ses limites avec les autres. Elle dit que le fait de mettre ses limites n'est pas spontané pour elle, qu'elle doit se « conditionner ». À ce moment, l'auteure propose à Maria de faire un autre dessin sur le thème de « mettre ses limites ». L'objectif de cette proposition est

d'explorer pourquoi elle éprouve cette difficulté et de voir quel message surgira dans la mise en image.

Elle réalise un deuxième dessin (1-c), toujours au pastel sec, qui représente une planète bleue avec quelques divisions. Elle dit qu'elle a dessiné une planète parce que, dans la planète, chaque élément a son espace propre et que cet espace est important pour la vie de la planète. Mais elle considère que les divisions de la planète, exprimées par différents niveaux, sont trop diffuses. Elle fait le lien avec ses propres limites qui sont diffuses et décide d'ajouter de la couleur pour les séparer. Elle ajoute du vert et du jaune qui représentent pour elle la lumière et l'espoir. Elle ajoute aussi du rouge et de l'orangé. Maria se fait la réflexion que c'est souvent le même *pattern* dans sa vie : elle est souvent celle qui écoute et cela gâche son plaisir. Lorsque c'est elle qui a besoin, elle intériorise son émotion et a peu de place pour en parler. Elle se rend compte qu'en dessinant la planète et en ajoutant intentionnellement de la couleur, c'est comme si elle avait laissé toute la place à ses émotions et que ça lui avait donné de la joie. « Intentionality means that I am intent on the thing that I am looking at. By means of my intent look, I made that thing appear to my consciousness more clearly than before I was intent on looking at it. » (Betensky, 1987, p. 151) En dessinant cette planète striée de limites diffuses, Maria a senti le besoin d'en renforcer les délimitations. Par ce geste intentionnel, elle a agi afin d'intégrer consciemment le message de l'œuvre.

Maria / Troisième entrevue / Images 1-d et 1-e

Maria débute l'entrevue en parlant de son sentiment d'être là pour répondre aux urgences et de ne pas avoir de contrôle sur le déroulement de son quotidien professionnel. Nous explorons cette thématique afin de voir s'il y aurait des indices qui pourraient l'informer du fait qu'elle dépasse ses limites. Elle dit que l'irritation qu'elle ressent parfois en est un.

Par rapport au dernier rendez-vous, Maria dit que la réflexion que nous faisons ensemble la met en situation d'éveil de sa conscience. Elle dit réfléchir beaucoup et rêver. Elle parle d'un rêve où une femme, vue de dos, courait en voulant échapper à un agresseur. Elle décide de dessiner la scène (image 1-d). Elle représente au pastel sec un chemin de terre rougeâtre et elle verbalise que la scène se déroule durant le jour. Sur le chemin, elle dessine, en brun, la femme qui court et plus bas, elle dessine, toujours en brun, la tête de l'agresseur. Elle ajoute un peu de végétation verte autour et elle se représente à droite de la scène, la tête seulement, rose, avec cheveux bruns. Elle regarde ensuite son dessin et se remémore une cliente qu'elle a vue avant ses vacances. Celle-ci vivait de la violence conjugale et lui en avait fait le récit en éprouvant encore beaucoup de terreur, même si le conjoint était resté dans son pays d'origine. Cette travailleuse sociale dit avoir ressenti la terreur de cette cliente. Elle parle de la terreur psychologique que le conjoint faisait subir à cette femme.

Une fois le dessin mis au mur, Maria réalise que le personnage qui la représente la regarde. Elle considère que l'exercice que nous faisons est un regard sur elle-même et dit ressentir une certaine distance face à la scène. La distanciation, selon Betensky (1987), consiste à se reculer de manière à obtenir une perspective différente de ce que

l'image renvoie. Maria dit ne pas vouloir perdre de vue que c'est leur chemin à elles, à ses clientes. Elle veut garder son objectivité et son rôle professionnels. Elle insiste pour séparer sa route de la route de sa cliente : « If the patient is to be encouraged to observe his or her own responses, then the therapist needs to also observe his or her own in order to contaminate the situation as little as possible. » (Schaverian, 1992, p.17) Elle dit : « C'est une approche rationnelle pour me guider dans l'émotionnel. Je tente d'amener la cliente dans un espace plus neutre où on peut être toutes les deux. »

Maria est invitée à dessiner cet espace, toujours dans le but de conscientiser intentionnellement ce que pourrait être cet espace pour elle. Au moyen de pastels secs, elle dessine une montagne avec plusieurs chemins qui vont vers la cime (image 1-e). Elle dit que ces chemins représentent les routes plus ou moins difficiles par lesquelles ses clientes passent. Elle mentionne également que la montagne est un symbole de tranquillité pour elle. Elle ajoute qu'il y a beaucoup d'air. La possibilité d'amener symboliquement ses clientes à visualiser la montagne avec elle est ensuite explorée, ceci afin de les transporter ailleurs que dans leur passé, dans une zone où elles prennent conscience de leurs moyens. Maria dit croire beaucoup en la résilience de ses clientes et que c'est important d'avoir la foi.

Cette dernière entrevue se termine par l'exploration des symboles dessinés durant les trois entrevues, et qui représentent sa propre capacité de résilience. Maria conçoit que lorsqu'elle ressent la souffrance ou la terreur de ses clients, elle peut se réfugier dans la montagne ou dans le tunnel et se rassurer ainsi sur sa propre sécurité et la sécurité de son environnement.

Pascale (pseudonyme) / Première entrevue / Image 2-a

La deuxième cliente est une travailleuse sociale qui, au moment de l'entrevue, cumulait trois ans de pratique. Elle est affectée au département de l'accueil. C'est donc elle qui reçoit les premiers récits des réfugiés et qui bâtit le dossier de départ.

Suivant les étapes de la méthode d'intervention proposée, certaines explications sont d'abord fournies à cette cliente quant au déroulement de l'entrevue. Selon la méthode de débriefing utilisée, elle est ensuite invitée à se remémorer des récits de ses clients et à tenter de voir si certains ont été plus difficiles à entendre que d'autres.

Deux récits similaires lui reviennent immédiatement en tête. Il s'agit de ceux de deux jeunes gens du Cameroun, une fille de 17 ans et un garçon de 21 ans. Aucun lien ne les relie, sauf la parenté de leur histoire traumatique. Ils ont été donnés en adoption à un haut fonctionnaire et utilisés comme esclaves pour des orgies sexuelles au cours desquelles ils ont été torturés de plusieurs façons. Pascale me raconte ce récit et me dit qu'elle a trouvé ça horrible de l'écouter : « Je le sais que le monde est cruel, mais ça, c'est vraiment dégueulasse! » Ses perceptions sont influencées par ces récits d'horreur : « The hallmark of vicarious traumatization is disrupted frame of reference. One's identity, world view, and spirituality together constitute frame of reference. » (Pearlman, 1999, p. 54) Ensuite, elle dit qu'elle tentait de se mettre à leur place et que ce processus d'identification est quelque chose qu'elle fait régulièrement. Le phénomène de contre-transfert implique l'identification au matériel du client. Paul Valent explique comment le contre-transfert peut causer les symptômes de STS : « It is described (countertransference) as the unconscious attunement to and absorption of victims' stresses and traumas. (...) On the receiving

side, empathy is the vehicle whereby helpers make themselves open to absorption of traumatic information. » (Valent, 1995, p. 19-20) Puisque Pascale ne semble pas consciente de ce contre-transfert, elle s'expose au risque d'absorber les émotions de ses clients. En tentant de redonner un sens à cette réalité à laquelle elle participe par empathie, en s'y identifiant, elle accède à la douleur de son client : « Thus, the process of empathising with a traumatised person helps us understand that person's experience of being traumatised, but in the process we may be traumatised as well. » (Figley, 1999, p. 20)

La cliente est ensuite invitée à choisir un moment de ce récit et à l'illustrer en s'attardant à l'émotion qu'il suscite pour elle. Elle utilise les pastels gras et dessine une forme ovale rouge qu'elle remplit en son centre de noir (image 2-a). Elle dit : « Ça, c'est l'enfer, un tunnel sans fin. » Elle ajoute autour quelques lignes noires qui accentuent l'aspect mouvementé de la forme. Tout au long du dessin, elle ajoute des détails au récit, entre autres le fait que lors des abus vécus par ces personnes, il y avait toujours des spectateurs qui ne réagissaient pas et étaient en quelque sorte complices passifs de ces actes. Cela la trouble énormément. Encore là, Pascale tente de se mettre à la place des spectateurs pour évaluer si elle aurait réagi : elle constate que la réponse est *non, pas nécessairement*. Sa vision d'elle-même en est altérée. Elle exprime comment pour elle, c'est important de pouvoir intervenir, de pouvoir donner de l'espoir. À cet égard, Figley (1999) insiste sur le danger de se percevoir comme sauveur, car cela peut augmenter la vulnérabilité à l'aspect traumatisant des récits, à cause du manque de distanciation entre le client et le thérapeute (p. 9). Lorsque je lui

demande si son dessin est terminé, elle décide de rajouter une tache de bleu dans le coin supérieur gauche et un soleil pour signifier l'espoir.

Le dessin est mis au mur. Pascale est invitée à regarder le dessin sans penser au récit de son client, et à tenter de voir si son image lui fait penser à quelque chose. Elle pense d'abord à un tourbillon ayant une force qui attire vers son centre, une force centrifuge. Pascale me raconte que lorsqu'elle écoute les récits de ses clients, c'est comme un film. Lorsque ceux-ci lui disent, par exemple, « Je vois des morts partout », elle les voit et se dit : « C'est mes morts à moi, là! ». Nous discutons du fait qu'une fois chez elle, elle continue de penser à certains récits, qui se déroulent comme des films. Elle m'explique qu'elle « ventile » avec des amis et que cela lui fait du bien. De même, elle pratique des sports et cela aussi lui permet d'exprimer la tension qu'elle accumule tous les jours. Elle partage avec moi les valeurs positives qu'elle a acquis de ses parents, et elle dit utiliser son esprit positif ainsi que son humour pour désamorcer certaines situations dramatiques avec ses clients. Comme Moran (2002) le souligne, « Humor is often regarded as one of the highest forms of coping with life stress. » (p. 139) Dans le dessin, elle associe le soleil et le ciel bleu aux valeurs de ses parents.

Pascale décrit une journée ordinaire dans sa réalité de travailleuse sociale. Elle parle de sa tolérance, qui n'est pas la même à cinq heures de l'après-midi qu'à neuf heures le matin. Elle me confie comment elle trouve que les cas à traiter sont trop nombreux dans une journée. Plusieurs recherches confirment l'impact de la quantité de dossiers sur la santé de l'intervenant : « (...) therapists who had higher caseloads of trauma clients reported more trauma-related symptoms » (Chrestman, 1999, p. 29).

Selon elle, le rythme des journées de travail est frénétique et elle n'a pas le temps de penser à elle. Elle parle de son besoin de *ventiler, de souffler*. Je reflète le choix de ses mots. Cela la conduit à regarder son image comme la représentation d'un ventilateur, une représentation de *ce qui ventile*. Elle perçoit soudainement son image comme positive. Quelque chose s'est transformé. « The potential for transformation is mediated primarily by means of the patient's relation to the pictures. » écrit Schaverian (1992, p. 1) Le ventilateur est perçu comme un outil pour donner de l'air. Pascale s'identifie à ce symbole double, qui est à la fois turbulent et soulageant. Elle mentionne qu'elle tentera de « jouer » avec ce symbole durant ses entrevues pour se rappeler de ralentir. Je lui demande si elle veut donner un titre à son œuvre. « Ouf!! » est le titre qu'elle choisit.

Pascale / Seconde entrevue / Image 2-b

Pascale commence l'entrevue en confiant qu'elle est à bout. Elle sent qu'elle « tient les morceaux en place en attendant que les vacances arrivent. » En même temps, elle résiste à utiliser le terme « fatigue ». Lorsque j'utilise ce terme, le ton de sa voix grimpe et elle répond qu'elle n'est pas fatiguée, qu'elle est plutôt à bout de nerfs et qu'elle a moins de patience. Elle me confie par la suite qu'elle dort mal et très peu et que pour elle, cela est relié directement au travail et à l'excès de tension qu'elle ressent. Elle se couche le soir et sait que le lendemain matin, ce sera la même chose au travail. Elle me confie avoir peur de l'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel est un état d'épuisement physique, émotionnel et psychologique causé par une exposition prolongée à des situations émotionnellement

demandantes (Figley, 1999). Les symptômes de l'épuisement professionnel peuvent être physiques, tels la fatigue et la difficulté à dormir; émotifs, tels l'intolérance, la culpabilité, l'anxiété; comportementaux, tels le pessimisme, le cynisme, l'attitude défensive et l'abus de substances intoxicantes; des symptômes reliés au travail, comme de mauvaises performances, l'absentéisme, ou encore la démission; et, pour terminer, des symptômes interpersonnels comme la difficulté à se concentrer durant les échanges, l'évitement des collègues de travail, ou une déshumanisation et une intellectualisation face aux clients (Figley, 1999). Le STS et l'épuisement professionnel sont les deux composantes de la fatigue par compassion (Gentry, Baranowsky, & Dunning, 2002, p. 125).

Plusieurs parties du *verbatim* seront citées ici afin de mettre en évidence la vulnérabilité de cette cliente. Pascale exprime le besoin de s'arrêter, tout en refusant de valider son sentiment de fatigue : « Mais j'hais ça me plaindre! Parce que tout le monde est fatigué... » Et encore : « Trente ans pis fatiguée; c'est quoi cette connerie-là! » À ce stade, je juge approprié de partager avec elle mes connaissances sur les risques liés à cette profession afin de confronter son attitude de déni face à son épuisement. « If work is dangerous, employers should strive to provide safe working conditions and reduce risk. An important part of providing such conditions is to work to overcome denial and numbing. » (Munroe, 1999, p. 216-217) Elle parle ensuite de l'équipe des travailleuses et dit avoir fait le deuil du travail d'équipe et mentionne son manque d'échanges cliniques en général. Elle porte un jugement sur la performance de l'équipe : « Y'en a qui se traînent les pieds; t'as envie de te traîner les pattes, ben, la porte est là! »

Après s'être exprimée abondamment, elle finit par dire : « Je suis prête à faire tout ce que les gens me disent... ». Ce moment est choisi pour lui refléter ses exigences personnelles, comment elle ne se donne pas le droit d'éprouver ce qu'elle ressent et comment elle juge quiconque démontre des signes de faiblesse. À ce moment, la cliente est réceptive et semble plus près de ses émotions. Mais puisqu'elle semble encore très anxieuse, elle est invitée à faire une relaxation au cours de laquelle l'accent est mis sur la respiration. Durant cette relaxation, elle est invitée à visualiser un lieu où elle se sent bien ou un souvenir d'un moment où elle s'est sentie en paix. « C'est l'eau », dit-elle dans un souffle. Une exploration graphique est alors proposée sur ce sentiment de paix et sur les souvenirs reliés au symbole de l'eau. Elle choisit de dessiner un moment où elle s'est retrouvée avec des amis et que ceux-ci ont décidé d'aller en bateau (image 2-b). Bien qu'en temps normal, elle aurait été portée à accepter l'offre, elle choisit de rester sur la plage, seule, car elle sent le besoin de s'arrêter. Ce moment de relaxation qu'elle se donne à écouter les oiseaux, à regarder le lac, à sentir le vent, aura duré une demi-heure. Pascale dit qu'il a été marquant et qu'elle sent que c'était suffisant pour qu'elle se sente totalement ressourcée. Elle constate qu'elle a été capable de mettre ses limites et de suivre son désir. Elle s'est sentie *connectée* à elle-même. Par ailleurs, elle se rend compte qu'elle a besoin d'un arrêt plutôt bref sinon elle s'ennuie : « J'ai besoin de stimulations! » dit-elle.

Puis Pascale raconte un autre événement où elle n'est pas rentrée travailler parce qu'elle sentait qu'elle n'en pouvait plus. Elle s'est rendue chez ses parents pour se faire prendre en charge durant trois jours. À son retour, elle a repris son rythme

effréné. Pascale prend conscience qu'au travail, plus elle performe, plus on s'attend à ce qu'elle en donne. En ne s'accordant pas de limite, elle participe aux attentes de son groupe de travail. Je l'invite à faire une réflexion sur ses attentes face à elle-même. Elle acquiesce. Elle regarde son dessin et dit : « Ça serait bon de pouvoir me retrouver là au besoin... ». Il lui est reflété que par la visualisation, elle peut s'y retrouver virtuellement. Elle tentera de visualiser ce lieu durant les semaines qui suivent lorsqu'elle se sentira stressée. Elle continuera également à inclure toutes les stratégies qu'elle utilise déjà : sport, verre d'eau en cours d'entrevue, humour, socialisation et respirations. Elle dit sentir que son corps réclame un repos en profondeur. Elle sort en disant : « Il me semble que ça serait bien d'avoir quelqu'un comme toi sur le lieu du travail... Ça m'a vraiment fait du bien! ».

Durant cette entrevue, il m'a semblé évident que les récits traumatiques n'étaient pas l'aspect dominant sur lequel Pascale voulait s'attarder. La réflexion sur son environnement de travail, sa structure et son fonctionnement m'ont semblé d'un intérêt capital pour Pascale. Le fait de pouvoir s'exprimer librement sur ses conditions de travail et ses symptômes de fatigue lui a permis de vider un trop-plein de façon momentanée. Ainsi, temporairement, elle a ressenti une certaine libération à pouvoir nommer ce qu'elle ressentait. Cela dit, on peut supposer qu'une structure de soutien à plus long terme serait nécessaire pour toutes ces intervenantes : « A work environment that denies the existence of these problems will not only prevent such a worker from getting needed support, but will silence other workers, and likely decrease efficiency and effectiveness. » (Munroe, 1999, p. 217) Il s'agit donc d'une responsabilité éthique des employeurs face à cette profession. Une structure qui

permettrait une supervision individuelle intégrée à la structure de travail et où le thérapeute n'aurait pas peur d'exprimer ses vulnérabilités semblerait appropriée pour éviter la stigmatisation par les pairs ou la direction : « If workers are referred out to an employee assistance program (EAP) it may also decrease the likelihood of others responding openly to avoid being stigmatised. » (Munroe, 1999, p. 217)

Pascale / Troisième entrevue / Image 2-c

La troisième entrevue s'amorce avec un retour sur le rendez-vous précédent et l'impact de la visualisation et des exercices de respiration sur la qualité de relaxation de la cliente. Pascale confie qu'elle a fait les exercices de respiration et de visualisation et qu'elle a mieux dormi. Cependant, lors de son travail, elle a tenté de relaxer de cette façon durant des moments de stress et elle a senti que lorsque le niveau de stress était trop élevé, la relaxation était impossible. Elle avait dépassé son seuil de tolérance au stress. L'exposition au stress de façon prolongée a des conséquences sur le cerveau et par le fait même sur les comportements (Goleman, 1998; Downie, 2002).

Elle me confie à nouveau des informations relatives à la somme de travail. Les employés sont tenus de se rendre au travail une demi-heure plus tôt le matin car les clients affluent, et ma participante a, entre autres, terminé une heure à une heure trente plus tard tous les soirs de la semaine; ce fut la même chose pour plusieurs de ses collègues. Elle dit devoir « tourner les coins ronds ». Elle sent que ce contexte de travail crée un éloignement par rapport aux clients. Elle mentionne que sa stratégie de défense consiste à se distancier émotionnellement du récit de ses clients. Pascale

craint d'en venir à se protéger même lorsqu'elle n'en aura plus besoin. Sa stratégie de défense pour faire face à cette pression constante consiste à performer encore plus et à se détacher de plus en plus, mécanismes dont Walkup (2002) a étudié la présence :

Those who remain must somehow cope with the distress that threatens their psyche, and most aid workers display behaviors that can be categorized into at least four identifiable stages of conscious and subconscious coping mechanisms : overwork, detachment, projection and delusion. (p. 356)

Suite à cette conversation, Pascale réalise que c'est très difficile de mettre ses limites à son travail, en partie parce qu'on ne les respecte pas. Une pancarte « En entrevue » apparaît sur sa porte lorsqu'elle la ferme, mais personne ne semble la respecter. Tout semble *urgent*. Et c'est accentué, d'autre part, par le fait qu'elle a d'elle-même une perception négative si elle ressent ce besoin.

Comment donc représenter la limite? Pascale n'hésite pas un seul instant. Elle saisit un pastel rouge et trace d'un geste précis un cercle avec le mot *STOP* à l'intérieur (image 2-c). Elle dit : « Faudrait que j'en installe un gros signe rouge comme ça dans ma porte seulement quand j'ai besoin d'arrêter et que j'avertisse tout le monde que je refuse qu'on me dérange à ce moment-là. » Pascale utilise un symbole universel. Le « STOP » ne permet pas d'ambiguïté, c'est plutôt un signal : « Signals indicate by a one-to-one correspondence (e.g. a green traffic light means 'Go!'). Whether recognised or not, they point to something in the present and lead to immediate action. » (Hobson, 1985, p. 74)

Aux cours de ces trois entrevues avec Pascale, j'ai pu constater l'impact sur elle de l'environnement de travail et son influence sur les stratégies de fonctionnement de cette cliente. La quantité de dossiers à traiter semble avoir un impact négatif sur l'ensemble de son travail : « The theory suggested by Chrestman, Kassam-Adams, Pearlman, and Munroe, is that lower caseloads will reduce the overall level of exposure to traumatized clients and allow the clinicians more time between clients to process and complete administrative tasks. » (Rudolph & Stamm, 1999, p. 285) Le manque de supervision semble être un autre facteur déterminant dans le sentiment d'épuisement de Pascale. À cet effet, Rosenbloom, Pratt & Pearlman (1999) remarquent :

Prevention of potentially harmful effects from VT involves attention to both concrete issues, such as provision of supervision and adequate time off, as well as to less tangible sources of support, such as the organization's attitude toward the impact of trauma on helpers. (p. 76)

Martine / Première entrevue / Image 3-a

Martine est une travailleuse sociale qui, au moment de l'entrevue, cumulait six ans de pratique. Elle fait le suivi de dossiers des réfugiés en attente de statut d'immigrant reçu. Après lui avoir expliqué le fonctionnement, des entrevues, Martine me raconte l'histoire d'un homme qui, lorsqu'il était dans son pays, vivait une situation prospère jusqu'à ce qu'il devienne persécuté pour des raisons religieuses. Cette réalité l'amène à fuir son pays et sa famille, et à demander le statut de réfugié au Canada. Il arrive au Canada souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique.

Ce traumatisme du choc migratoire en fait resurgir un autre. Lorsqu'il était enfant, il a été enlevé pour faire des travaux forcés. De l'âge de 4 à 12 ans, il est coupé de sa famille d'origine. Il réussit à fuir ses tortionnaires et est aidé par une famille qui le prend en charge durant un certain temps. Il s'attache beaucoup à cette famille qui est de religion différente de sa famille d'origine. Lorsqu'il retrouve sa famille d'origine, il se rend compte que son attachement filial est plus grand envers la famille d'accueil. Toutefois, il reprend sa vie, son éducation, et plus tard, finit par se marier et fonder une famille. Il mène une vie prospère jusqu'à ce que des conflits religieux le poussent à fuir pour protéger sa famille. Ses fils lui en veulent et perçoivent que leur père les a abandonnés. Monsieur est en dépression depuis qu'il est au Canada et il souffre d'un choc post-traumatique. Les traumatismes de son enfance resurgissent et se mêlent aux éléments de peur causés par les persécutions religieuses qu'il a subies.

Martine précise que ce qui l'atteint dans cette histoire, c'est de voir que cet homme n'était pas si éloigné de son propre style de vie. Elle s'identifie à lui et à sa vulnérabilité. Elle prend conscience de la fragilité humaine et comment un élément extérieur peut tout faire éclater. Elle réalise que, en général, lorsque le lien familial est atteint, cela la touche plus particulièrement. Elle dit : « C'est-à-dire que, à la fois j'ai l'impression de... ça s'est passée si loin... Mais en même temps la souffrance est si proche! » Elle confie que parfois, pour se protéger des récits lorsqu'elle se sent impuissante, elle se distancie et, lorsqu'elle écoute, elle ressent comme un bourdonnement; elle enregistre le contenu, mais elle se sent lointaine : « Peacekeepers are often required to monitor atrocities passively, creating a sense of impotence, helplessness, and lack of control. » (Downie, 2002, p. 37)

Elle choisit d'illustrer ce récit et dessine deux personnages qui semblent féminins. Celui de droite porte un enfant. Je lui demande si elle veut ajouter quelque chose avant qu'on regarde ensemble le dessin. Elle décide d'ajouter d'autres personnes qui, pour elle, représentent toutes les personnes issues du passé de ses clients : « Il y avait toutes ces personnes-là qui aujourd'hui ont l'air comme des fantômes, parce qu'elles sont inconnues à nos yeux, mais qui sont tellement présentes pour la personne, qu'on ne peut pas intervenir sans faire allusion à ces personnes-là. » Nous épinglons le dessin au mur pour l'observer. Schaverian (1992) observe :

The 'picture within the frame', is the picture which is created within the framed space of the room and the relationship. (...) it is a private space in which the patient can explore, play, experiment and form relationships, in ways which are personal to her or him. It offers a way of relating to the self, or parts of the self, and even at times an opportunity for self-analysis, contained within the bounds of the paper. »

(p. 65)

Martine décrit le personnage de gauche comme un aidant : il invite l'autre personnage à s'ouvrir. Le personnage de droite, central, porte un enfant, image de la vulnérabilité pour ma cliente. Ce symbole de la vulnérabilité lui fait prendre conscience que ce qui l'atteint dans un récit, c'est lorsqu'il y a une menace au milieu familial. Elle prend alors conscience d'une partie de son contre-transfert, c'est à dire comment elle projette parfois sur certains clients une vulnérabilité qui lui appartient. Sa plus grande peur serait que quelque chose arrive à sa famille, plus particulièrement à sa fille. Lorsque les traumatismes du client rejoignent les peurs du

thérapeute, le danger d'être affecté est plus grand : « The way helpers are affected is influenced and guided by the individual belief systems and emotional makeup stemming from their own history. » (Rosenbloom, Pratt & Pearlman, 1999, p. 66)

Nous explorons ensuite plus à fond le principe de distanciation par rapport aux clients. Martine se voit prendre une distance physiquement; elle se voit reculer et se dire : « C'est une histoire et cette personne est ici pour m'en parler ». Pearlman (1999) suggère différentes façons d'entrer en contact avec le client tout en se protégeant : « That might mean keeping in mind that the person sitting beside you has survived. » (p. 59) Martine interprète le fait qu'elle n'ait mis aucun visage à ses personnages comme le besoin de garder une distance. C'est comme s'ils devenaient interchangeables.

Il lui est demandé si elle voit autre chose dans ce dessin. Elle mentionne qu'elle le considère macabre, et pas très vivant. Elle se demande si c'est là le reflet de sa façon de percevoir son travail. Cela la conduit à voir une autre conséquence de la distanciation : plus elle se distancie, plus elle se sent désengagée en général. Elle se sent aussi distanciée par rapport à ses pairs. Elle regarde le personnage de gauche, auquel elle s'identifie, et qui tend les mains vers le groupe, et elle dit : « Quand je sors d'ici, j'utilise mon réseau personnel pour me supporter. Je ne me fie pas sur mon réseau professionnel. Ici, je me sens extrêmement seule. » Elle fait état de ses déceptions vis-à-vis du manque de partage avec son réseau professionnel. « Contact with peers is an important element in any profession but it is particularly important for psychotherapists. » (Catherall, 1999, p. 81). L'entrevue se termine sur une réflexion sur les bénéfices et les inconvénients de la distanciation.

Martine / Seconde entrevue / Image 3-b

Martine arrive en entrevue et dit avoir une migraine. La séance débute avec un retour sur le contenu de l'entrevue précédente, soit sur deux choses qui étaient en parallèle. D'abord, la distanciation que la travailleuse adoptait par rapport à ses clients versus le vide que cela peut créer par moments. Et aussi les relations au travail : le manque de support, le manque de stimulations, manque d'échanges qui lui faisaient ressentir le vide dans les relations de travail. Martine évalue alors l'impact de la distanciation dans ses relations avec les clients et avec ses pairs. Elle se distancie des clients afin de demeurer disponible et contenante. Elle se distancie de ses pairs, car elle sent que chacun travaille pour soi, qu'il n'y a pas suffisamment de partage et qu'il y a beaucoup de rivalité. Si elle pouvait changer ce système, elle dit : « je partirais avec la prémisse que c'est pas *mon* client, c'est *notre* client. Parmi les recommandations que Figley (1999) propose afin de créer un environnement de soutien, il mentionne : « The problem is viewed as a problem for the entire group and not as a problem that is limited to the individual. The general approach to the problem is to seek solutions, not to assign blame » (p. 85). Martine dit que ce manque d'échanges la fait se sentir seule. Elle souhaiterait un partage de connaissances, des moments de consultation. Ma cliente dit sentir qu'elle s'endurcit peu à peu, de plus en plus. Elle a peur de devenir désabusée de s'habituer à cette réalité. Dimond (2002) explique ce phénomène en faisant appel au phénomène dit de la « grenouille » :

There is an experiment in which a frog is first dropped into boiling, or near boiling water. Not surprisingly, it immediately jumps out. Then

however, it is put in cold water with a slow flame. The frog, liking the warmth, gets comfortable and sleepy and eventually gets cooked. (p. 103)

Pour contrer cette détérioration de ses conditions de travail, Martine a créé un groupe de rencontres de pairs se réunissant une fois par trois semaines. Mais cela, selon elle, n'est pas suffisant. Elle supervise aussi une stagiaire. Cet échange qu'elle a avec cette personne est stimulant, mais elle sent que ce n'est pas ce dont elle a besoin, puisque c'est elle qui demeure en charge de l'autre.

Martine ne semble pas souffrir de traumatisation vicariante et ne semble pas en danger d'identification par rapport aux récits de ses clients. Elle semble bien se protéger et avoir créé des mécanismes de protection qui la gardent à distance de ce qui pourrait l'atteindre. Les conditions de travail impliquant une surcharge de travail ainsi qu'un manque de supervision adéquate semblent correspondre aux éléments vécus par cette cliente. Il s'agirait donc plus d'un épuisement professionnel que d'un stress traumatisme secondaire. Par contre, dans l'éventualité d'un épuisement, cette cliente serait alors plus à risque d'être atteinte par le récit de ses clients : « High levels of cumulative stress in the lives of caregivers negatively affects their resiliency therefore making them more susceptible to compassion fatigue. » (Gentry, Baranowsky, Dunning, 2002, p. 125) Il lui est proposé d'observer ce phénomène par le biais du dessin.

Martine pense à un rêve qu'elle a fait lors de la semaine précédente. Elle dessine un étang avec un mouvement centrifuge. (image 3-b) Au centre de ces lignes, elle dessine un point rouge et un point noir. Autour, elle dispose d'un côté, cinq points bruns reliés ensemble. De l'autre côté, à droite, elle dessine quatre points roses

qu'elle relie au point rouge central. Elle dit que les points au centre, soit le rouge et le noir, la représentent et que les points autour sont l'image des pairs qui la regardent se débattre dans l'eau, mais qui n'interviennent pas.

Le dessin est épinglé au mur. Martine voit d'abord un embryon avec un œil noir au centre. Elle l'associe au sentiment de transition qui l'habite. Elle sent qu'elle n'est plus au début de sa carrière et qu'elle devient plus sélective quant aux responsabilités qu'on lui offre. Ses objectifs par rapport à la qualité de son environnement de travail deviennent plus précis. Elle identifie que les rayons qui relient le point rouge aux points roses vont vers ceux-ci. Elle sent qu'il y a un lien mutuel entre ces deux groupes (rouge et roses). Ensuite elle confie que le noir ici, ce n'est pas macabre comme dans l'autre dessin, mais plutôt neutre, comme une absence de couleurs. Cela l'amène à réfléchir à la neutralité qu'elle affiche parmi le groupe de travailleurs sociaux. Elle dit : « Ici, j'ai compris une chose, il valait mieux être neutre que très coloré, parce que c'est pas un avantage, sinon on te met dans un clan. Pis je voulais éviter ça. » Cela dit, elle reconnaît que cette attitude est très loin de sa personnalité, et que cela lui demande un effort constant. Elle sent qu'elle serait prête à « reprendre de la couleur », mais elle ne sait pas comment. Elle croit que la distanciation l'aide à ne pas prendre tout sur ses épaules, mais que la neutralité la coupe de son plaisir. L'entrevue se termine sur cette distinction entre la « distanciation » et la « neutralité ».

Martine / Troisième entrevue / Image 3-c

La participante commence l'entrevue en faisant part de ses réflexions suite à notre dernière rencontre. Elle prend conscience que ce n'est pas tant d'être seule qui la dérange, mais plutôt la peur de couler, dans le sens d'être inondée par la charge de travail. Elle fait l'analogie avec un radeau sur lequel il y a trop de poids et qui s'enfonce tranquillement. Elle dit se sentir très responsable des dossiers dont elle a la charge et que s'il arrivait quelque chose, c'est elle qu'on tiendrait responsable. Le soutien relatif à la responsabilité de ces dossiers est pratiquement inexistant. Elle sent que le fait que la charge des dossiers augmente l'amène à faire de plus en plus un travail de surface avec ses clients : elle *éteint des feux*. Elle sent qu'elle travaille toujours en état d'urgence et elle a peur que cela l'épuise à la longue. Nous explorons ensemble les stratégies possibles pour y faire face, comme la recherche d'alliés. Martine fait alors un dessin représentant tous ses pairs et l'organisation de son environnement. Chaque personne a une couleur et chaque couleur représente un rôle. Pour des raisons de confidentialité évidente, ce dessin ne fera pas l'objet d'une description détaillée. Martine a dessiné vingt-cinq cercles avec des initiales à l'intérieur. (image 3-c) Les initiales ont été effacées pour conserver la confidentialité. Ces cercles ont parfois plusieurs anneaux de couleurs différentes à l'intérieur pour signifier la position de l'individu dans la dynamique du groupe, son degré d'expérience comme travailleur social, et son potentiel d'allié pour ma cliente. Cela l'amène à définir ses « couleurs professionnelles » et à ce titre, cela permet une continuité avec l'entrevue précédente au cours de laquelle elle disait souhaiter *reprendre ses couleurs*. Lorsque le dessin est terminé, elle constate qu'il y a deux

groupes qui se distinguent par leurs positions dans le dessin. Le premier groupe est plus près du cercle qui la représente. Elle peut donc déjà déterminer le potentiel de partenariat avec le premier groupe. Martine termine l'entrevue en ayant l'intention de contacter certaines de ces alliées potentielles et de rechercher ensemble une stratégie de soutien collectif.

Angèle (pseudonyme) / Première entrevue / Image 4-a

Cette entrevue n'est pas aussi détaillée que les précédentes puisqu'elle n'a pas été enregistrée en raison d'une situation technique imprévue. Une enregistreuse devait être fournie, mais lors de l'entrevue, le personnel en charge n'a pas pu la trouver. Donc, seules les notes rédigées après l'entrevue ont été utilisées afin de produire le rapport de cette rencontre. Au moment de cette rencontre, Angèle a cumulé environ neuf ans de pratique tant au Canada que dans son pays d'origine.

Pour commencer, cette cliente parle de sa sensibilité aux récits de ses clients et mentionne comment elle réagit émotionnellement à leur contenu. Son travail requiert en effet qu'elle scrute le passé du client afin de produire un dossier. Comme Pascale, Angèle est en charge des dossiers à l'accueil. Cette cliente dit qu'elle doit donc poser beaucoup de questions à ses clients afin d'obtenir de l'information lui permettant d'élaborer le dossier pour le suivi. Elle obtient plus de détails qu'elle ne le souhaiterait et finit par se sentir physiquement très mal, affirme-t-elle.

Pour cette première rencontre, elle choisit l'histoire d'une femme qui a été emprisonnée pour des raisons politiques et qui s'est fait violer par un de ses geôliers. Invitée à choisir une partie du récit, elle retient le moment où le gardien entre dans la

cellule et où la prisonnière réalise qu'il l'agressera. Angèle hésite à commencer à dessiner. La technique du gribouillis est alors proposée, puisqu'il s'agit d'un exercice préparatoire moins impliquant. Cette technique consiste à choisir un médium tel le crayon de couleurs ou le pastel, et de gribouiller ce qui vient sans but précis. Cette approche a été utilisée par Winnicott (1971) et adaptée en thérapie à sa clientèle d'enfants. Nommé « Squiggle Game » par Winnicott, celui-ci a privilégié ce jeu parce qu'il lui permettait d'entrer en contact avec ses jeunes clients et de rassurer l'enfant quant à sa capacité à maîtriser le médium. L'enfant participe par son dessin à la relation thérapeutique. Winnicott (1971) soutient : « C'est presque comme si, par les dessins, l'enfant cheminait à mon côté et, jusqu'à un certain point, participait à la description du cas. » (p. 6). Après avoir réalisé un gribouillis, Angèle commence à dessiner à l'aide d'un crayon de plomb. Elle dessine d'abord une ombre noire et décide de poursuivre le dessin autour de cette ombre. Elle intègre ce qui ressemble à un mur de briques au centre de l'ombre. En dessinant, elle dit : « Elle ne peut pas s'en sortir, elle ne peut rien faire. Je crois que sa peur va la paralyser ». (image 4-a)

Son dessin terminé est mis au mur. À la question « Que voyez-vous? », Angèle répond qu'elle voit un entonnoir ou un coquillage. Elle se rappelle un geste qu'elle faisait souvent lorsqu'elle était enfant. Quand elle allait à la plage, elle prenait un gros coquillage et le mettait sur son oreille pour écouter. Elle avait la sensation d'entrer dans une bulle, comme si elle se coupait du reste du monde. Cela la relaxait énormément et lui procurait un sentiment de joie. Puis elle repense à nouveau au moment où sa cliente lui racontait le viol qu'elle a subi. Durant ce récit, Angèle ne visualisait pas la scène, mais elle l'entendait, en s'imaginant les cris. Elle me raconte

aussi à quel point ses souvenirs de la guerre, dans son pays, sont beaucoup liés à l'univers auditif de l'expérience. C'est au son des bombes et des mitraillettes que ses souvenirs se sont arrêtés. Angèle fait le lien avec le coquillage et comment celui-ci est un souvenir auditif positif. Nous poursuivons notre réflexion afin de voir si ce symbole du coquillage pourra être utilisé pour filtrer l'intensité du récit de ses clients. Ma cliente dit se sentir interpellée par ce symbole. Elle titre ce dessin « Mon coquillage à moi ». Harris et Linder (1999) se sont intéressés à la communication et, par conséquent, à la réception et l'émission d'informations dans les moments de stress. Ils ont remarqué que l'être humain privilégie toujours le chemin d'un de ses sens pour capter l'information, soient visuel, auditif ou kinesthésique. Ces auteurs (1999) expliquent :

Our core senses are so basic in stressful situations that we often stay mired in the one we choose as a primary sensory channel to the exclusion of all other sensory data. In fact, during a stressful condition, other sensory data may never register, consciously or otherwise. (p. 97)

Angèle semble donc naturellement privilégier l'ouïe durant les expériences stressantes auxquelles elle fait face.

Angèle / Seconde entrevue / Image 4-b

Angèle explique comment elle a utilisé le symbole du coquillage pour se soulager d'un malaise qu'elle a ressenti dans sa vie privée. Elle dit qu'elle a ressenti un soulagement immédiat, mais qu'après environ une heure, le sentiment négatif est revenu. Le symbole du coquillage permet une distanciation qui s'atténue avec le

temps. Si la source du problème n'a pas été résolue, le malaise refait surface quand l'attention au symbole est retirée. Angèle souhaiterait trouver une façon d'intégrer ce symbole pour en prolonger l'effet. Angèle croit qu'une façon pour elle d'agir sur l'impact négatif du récit de certains clients serait de « faire la part des choses entre ce qui est dit et ce qui se passe dans ma vie ». Les propos de cette cliente font référence au concept de contre-transfert. Elle souhaite identifier le contenu qui lui appartient et qui pourrait la faire réagir aux récits de ses clients. Freud définit le contre-transfert de cette façon : « Countertransference in the context of psychotherapy is the distortion of judgment on the part of the therapist due to the therapist's life experiences and is associated with her or his unconscious, neurotic reaction to the client's transference. » (Freud, 1959, in Stamm, 1999, p. 13) Angèle dit encore qu'elle aimerait pouvoir intégrer le côté négatif et positif, tant du récit, que de sa part de contre-transfert : « Pouvoir retracer l'équilibre mais avec les deux faces : le négatif et le positif et pouvoir être bien. Pas juste me réfugier dans le positif et ne pas vouloir regarder le négatif. »

Par la suite, Angèle choisit une partie du même récit de sa cliente évoqué lors du rendez-vous précédent, ceci dans le but de mieux comprendre sa vulnérabilité à certaines parties de cette histoire. Elle choisit le moment où la cliente sait avec certitude que le danger va arriver, le moment de l'attente. Ma cliente commence à dessiner et se met à pleurer. Elle dit qu'un événement qu'elle a vécu dans le passé remonte à sa conscience. Elle le dessine tout en me le racontant. (Image 4-b) Cet événement remonte à la guerre dans son pays. Elle s'est retrouvée coincée avec un groupe de jeunes entre deux groupes de militaires qui s'opposaient. Il y avait un tank

de chaque côté et des tirs de mitraillette. Elle et son groupe se sont réfugiés dans une enclave au bord de la route. Elle a cru qu'elle allait mourir. Elles ont attendu et à un moment donné elles ont réussi, avec l'aide d'un autre groupe, à fuir la scène de ce drame. Angèle me dit que c'est l'idée de l'attente dans laquelle sa cliente s'est retrouvée qui a suscité l'éclosion de ce souvenir auquel elle n'a jamais repensé avec cette charge émotive. Comme sa cliente, elle aussi a cru durant cette attente que le danger était inévitable et que sa vie était grandement menacée. Figley (1999) inclut ce phénomène d'identification au trauma du client dans les causes de la vulnérabilité aux récits et dans le danger à développer un STS : « Unresolved trauma of the workers will be activated by reports of similar trauma in clients. » (p. 21) D'autres chercheurs (Cerney, 1995; Yassen, 1995) confirment que les expériences traumatisantes passées peuvent affecter le fonctionnement présent du thérapeute. Angèle termine ensuite le récit de son expérience de guerre. Elle affirme que le fait de le voir ainsi dessiné en image le rend « moins dramatique ». Le fait de se distancer de son expérience, en la projetant sur le dessin, semble permettre à cette cliente de réguler sa charge émotive. Ce concept de distanciation a beaucoup été exploité en théâtre, entre autres, par Bertolt Brecht dans son concept de *théâtre épique* « qui invite l'acteur à présenter son personnage sans se confondre avec lui (c'est l'effet de distanciation) et le spectateur à porter sur la pièce le regard critique et objectif qu'il accorde d'habitude à la réalité » (Larousse, 1998, p. 1200). Ce concept de distanciation a été repris par Robert Landy (1994) et approfondi en dramathérapie : « A fuller understanding of distancing is that of an interaction or intrapsychic process characterized by a range of closeness and separation. » (p. 111) Thomas Scheff

(1979), socio-psychologue, introduit le concept de « sur-distance » et « sous-distance » et envisage la possibilité d'une catharsis lorsque la balance est maintenue entre ces deux pôles. Un processus semblable est observable dans la production d'images en art-thérapie : « The process is one of "mirroring" reverberating and reflecting back and forth through several layers of consciousness. » (Dalley, Rifkind, Terry, 1993, p. 10)

Angèle a observé son dessin qui contenait son expérience *hors* d'elle. Elle a projeté le bon et le mauvais de cette expérience et, comme elle le souhaitait, elle semble en avoir intégré le positif et le négatif. L'image contient aussi l'affect de la cliente. Schaverian (1992) explore ce phénomène de distanciation lorsqu'elle explore le concept de l'image comme bouc émissaire (*scapegoat*) : « By separating the "good" from the "bad" and the subsequent disposal of the "bad", the ritual is completed and the opportunity of resolution comes into effects once the scapegoat has been disposed of. » (p. 10) Angèle termine en donnant, à son dessin, le titre : « L'émotion bouchonnée ». Elle dit : « J'avais bouchonné les émotions de cette mémoire trop longtemps! »

Angèle / Troisième entrevue / Image 4-c

Angèle me fait part de son appréciation de l'exploration que nous faisons ensemble, mais aussi de sa déception de devoir « rester en surface ». Elle sent qu'elle aimerait pouvoir pousser l'introspection plus profondément. La brièveté de cette approche la déçoit. Elle sent le besoin d'une supervision de ce type, mais à plus long terme. Rosenbloom, Pratt et Pearlman (1999) qui font partie du *Traumatic Stress*

Institute ont publié un article fort intéressant décrivant un modèle de prévention implanté à cet institut. Dans cet article, elles insistent sur la nécessité de la supervision et du soutien du groupe de pairs. Dans cet institut, la politique de supervision est très spécifique : « It is essential for every clinician to receive supervision, regardless of licensure status. This includes individual supervision, small group supervision, biweekly case conferences, biweekly seminars, and informal consultation whenever needed. » (p. 76-77)

Angèle parle de son expérience privée en thérapie. Elle confie qu'elle sent le besoin de toucher ses émotions refoulés comme elle a pu le faire lors du rendez-vous précédent. Elle ressent beaucoup de vulnérabilité lorsqu'elle écoute le récit de ses clients et selon elle, cela est lié à toutes les émotions refoulées, reliées à son passé. Le refoulement des idées, des émotions et des impulsions de ma cliente semble avoir eu pour but la protection de son identité contre les exigences de ses impulsions. Elle raconte comment elle souhaite contacter ses émotions, mais, elle me fait part de ses peurs que celles-ci lui fassent perdre le contrôle. La veille, elle a vu une cliente qui lui a raconté comment elle avait été obligée de laisser ses enfants dans son pays d'origine. Angèle a pleuré avec elle et cela a semblé déstabiliser sa cliente. D'un point de vue éthique, affirme-t-elle, cela prête à réflexion. Si le client devient inquiet de l'impact de son récit sur son thérapeute, les rôles de chacun sont interchangés : « The client is now taking care of the therapist, and the therapist has become both therapist and client. This constitutes a dual relationship and an ethical violation. » (Munroe, 1999, p. 218) La cliente d'Angèle semblait, selon ses dires, avoir une très

belle relation avec sa fille, ce qui la touche particulièrement puisque sa propre relation à sa mère est très difficile.

Angèle commence à dessiner. Elle choisit les pastels secs et travaille avec beaucoup d'investissements kinesthésiques. Chapman (2001) a remarqué que le mouvement et le rythme de l'activité graphique agissent comme relaxant face à certains stressseurs. L'activité graphique soutenue stimule l'activité cérébrale. Ma cliente dessine une grille avec plusieurs cases qu'elle recouvre ensuite de pastels, la faisant ainsi presque disparaître, pour la redessiner ensuite. (Image 4-c) Elle refait ce geste plusieurs fois, tout en me faisant part de conflits qui ont justifié son immigration au Canada. Ces conflits dans la vie privée de cette cliente ne seront pas nommés dans cette recherche afin de préserver sa confidentialité. De plus, le but de cette recherche n'est pas de faire une analyse de cas mais bien de se pencher sur le phénomène du stress traumatique secondaire dans la pratique professionnelle de ma cliente. La grille comporte des colonnes. Sur un axe, il y a des lettres, et sur l'autre axe, des chiffres. D'un côté, une grille dont certaines cases sont marquées de « X », et de l'autre, une grille où les cases sont ombrées. Ma cliente m'explique que son dessin est inspiré du jeu de la bataille navale. Le thème principal de cette entrevue est sa relation à sa famille et il semble que ma cliente a beaucoup de zones secrètes qu'elle hésite à dévoiler. Si nous continuions dans cette interprétation, il se pourrait que le geste de recouvrir son dessin de pastels et de redessiner sa grille plusieurs fois de suite se révèle être une allégorie de son conflit avec sa famille. Angèle interprète que les cases représentent pour elle ses peurs et elle prend conscience du fait qu'il n'y avait pas de place pour ses peurs, dans son milieu familial étant donné que sa

mère occupait tout l'espace par les siennes. Elle fait le lien avec le récit de sa propre cliente et comment elle a senti le besoin que cette dernière rassure sa fille qu'elle ne l'avait pas abandonnée dans son processus d'immigration. Angèle prend conscience que c'était son besoin à elle d'être réconfortée qu'elle a projeté sur sa cliente. Durant cette entrevue, il semble que l'exploration de cette travailleuse sociale se soit axée sur la clarification de son contre-transfert face à sa cliente. Elle décide de donner le titre suivant à son dessin « Touché... Coulé... ». Elle dit qu'elle a été touchée durant cette entrevue et qu'elle a coulé, dans le sens qu'elle a senti s'être laissée aller.

Nathalie (pseudonyme) / Première entrevue / Image 5-a

Au moment de cette entrevue, Nathalie est une jeune travailleuse sociale qui cumule deux ans d'expérience et qui remplace présentement une autre travailleuse en congé de maladie. Lors de cette première rencontre, elle choisit de parler du récit d'une femme africaine de trente ans qui possède un diplôme universitaire. Durant ses vacances, cette femme retourne dans son village. Pour des raisons politiques qui n'ont pas été claires pour la chercheuse, elle aurait été emprisonnée, violée par les gardiens de la prison et battue. En plus de cette expérience traumatisante, sa famille et les gens de son village la tiennent responsable de ce qui lui arrive. Nathalie est révoltée par ce récit. Elle se dit féministe et justifie sa réaction par ses croyances. Durant le récit de sa cliente, elle s'était dit qu'elle ne pouvait pas croire « qu'il y ait des coins encore si retardés dans le monde ». Le récit du viol, qui implique l'autorité, la dérange particulièrement. Elle sent le besoin de spécifier qu'elle n'a jamais subi d'agression sexuelle dans le passé et que ce n'est pas pour cela qu'elle réagit.

Cependant, il est important de tenir compte du fait que le genre, ainsi que le passé traumatique du thérapeute peut influencer le développement du STS. Kassam-Adams (1999) notent à ce sujet :

It seems likely that gender and trauma history might be related to (a) self-selection into trauma work, (b) the therapist's perceived vulnerability to the type of trauma material presented by clients, and (c) the ways in which the therapist experiences his or her working relationship with trauma clients. (p. 45)

Nathalie dessine tout en relatant un autre récit dans lequel une femme pakistanaise qui a quatre enfants, trois filles et son dernier, un garçon, lui a confié que si elle avait eu un fils auparavant, elle n'aurait pas continué à avoir des enfants. Maintenant qu'elle a un garçon, elle n'en veut plus d'autres et si le garçon était arrivé avant, elle n'aurait pas eu toutes ses filles. Nathalie se dit scandalisée et exprime à quel point elle sent que le tiers-monde est très « arriéré » comparativement au Québec et comment on a plus de risques d'être témoin d'abus graves en travaillant auprès de clientèles culturellement différentes. Ces opinions « tranchées » émises par cette cliente trouvent un écho aussi dans les observations de Downie (2002) : « Peacekeeping exposes participants to a multitude of different cultures. Those with broadly Western values find it unsettling to witness, and, in some cases, be party to, actions or attitudes that do not meet their norms » (p. 12). Ce qu'elle appelle la « domination mâle » dans les autres cultures semble l'exaspérer. Nathalie croit aussi

que 50 % des demandes qui sont faites à son organisme ne sont pas légitimes et sont basées sur des récits qui sont faux.

Elle est invitée à dessiner à partir du récit qu'elle a choisi. (Image 5-a) Elle dessine un bonhomme allumette au centre de sa page, en noir, qu'elle vient aussi rayer de noir. Elle l'identifie comme étant l'agresseur. À gauche, elle représente un bonhomme allumette rose avec des cheveux blond et la lettre « F » inscrite au-dessus : c'est la victime. En haut, à droite, elle dessine deux bonhommes dans un cercle, un rose et un orange. En dessous d'eux, un oiseau et un soleil apparaissent et, sous le soleil, un cours d'eau avec un barrage brun représentent l'impasse dans laquelle « on se sent après avoir subi un tel acte. » Nathalie dit avoir une vie spirituelle dans laquelle elle puise beaucoup de son équilibre. Elle dit croire à la réincarnation et à la réparation des épreuves passées d'une autre vie dans cette vie-ci. Lorsqu'elle a des clientes qui ont été abusées sexuellement, elle a de la difficulté à placer cet acte dans son système de valeurs. Elle ressent toute l'injustice de cet acte et son impuissance à changer quoi que ce soit dans le monde. Elle dit que les autres épreuves de la vie ne la troublent pas tant. Cela la dépasse qu'un être humain puisse faire cela à un autre être humain. Pearlman (1999) parle en ces termes de l'impact du travail empathique auprès d'une clientèle souffrant de SSPT : « It can have an impact on the helper's sense of self, world view, spirituality, affect tolerance, interpersonal relationships, and imagery system of memory. » (p. 52) Cette cliente ressent une pression sur son système de valeurs et sur ses croyances. Elle dit qu'elle ne transpose pas sa colère envers les hommes en général sur les hommes québécois, mais qu'elle aurait de la difficulté à être attirée par un Congolais ou un Pakistanais. Cette cliente a

grandi dans un milieu familial plutôt fermé, et elle mentionne qu'elle passait beaucoup de temps avec ses grands-parents, qui étaient ouvertement racistes. Elle ajoute que de travailler dans ce milieu lui permet de créer une ouverture même si elle trouve cela difficile. En regardant le dessin à nouveau, Nathalie constate à quel point elle a donné beaucoup d'importance à l'agresseur central. Elle l'a rayé avec colère, et elle prend conscience de la somme d'énergie qu'elle a mise dans cette rage. Elle sent de l'ambivalence face à sa colère; elle se dit impuissante à l'exprimer et qu'elle en a aussi peur. Elle dit encore que pour se protéger, elle fait de la méditation par laquelle elle « se vide » de ses émotions difficiles et se remplit de lumière. Elle a d'ailleurs situé la colombe, qui la représente, très près du soleil. D'ici le prochain rendez-vous, cette cliente tentera d'explorer sa colère, tant par la méditation que durant des récits difficiles où elle se verra « rayer » l'agresseur, ceci afin d'explorer si le fait de ne pas réprimer cette émotion pourrait lui permettre de mieux se protéger de l'impact des récits de ses clients.

Nathalie / Seconde entrevue / Image 5-b.

Nathalie parle à nouveau de l'entrevue précédente afin de partager son expérience de l'exploration de sa colère. Elle a tenté d'éprouver sa colère contre l'agresseur de la cliente africaine dont elle a parlé lors du premier rendez-vous. Cette expérience n'a pas été positive et elle a dû l'interrompre car elle sentait que cela la coupait d'une distance professionnelle nécessaire qu'elle devait maintenir avec sa cliente. Elle dit qu'elle est très extrémiste : « C'est tout ou rien ». Elle préfère donc éviter de ressentir sa colère car cela, selon elle, a toujours été catastrophique dans sa vie. Elle confie

comment elle souhaite se conformer aux règles sociales, et comment la colère lui fait ressentir sa résistance. Elle ajoute vivre une contradiction car, d'une part, elle veut se conformer aux normes et, d'autre part, elle juge ces mêmes normes comme étant restrictives. Elle ne voit pas d'entre-deux à cette réalité. Comme Nathalie dit ne pas avoir de récits difficiles qu'elle aimerait explorer, elle est invitée à dessiner son environnement de travail.

Elle dessine à gauche de sa feuille deux groupes de bonhommes allumettes : Un premier groupe est composé de bonhommes allumettes bruns qui représentent des Africains. (image 5-b) À leurs côtés, elle représente sept femmes voilées, accompagnées par trois hommes bleus (leurs conjoints pakistanais) et quatre petits bonhommes miniatures de couleurs chair qui représentent les enfants de ces femmes. En poursuivant vers la droite, elle trace une grosse main brune et un signe de dollar (\$) en vert. En dessous de tout ce groupe, elle trace une ligne grise marquée de deux petites lignes transversales pointées par une flèche, et qui représentent une porte entre le groupe du haut (les clients) et le groupe du bas (les travailleurs). Dans son dessin, elle se représente comme le premier personnage rose près de la porte. Il y a deux autres personnages roses : un de couleur chair, deux bleus et deux rouges qui arborent un sourire. Elle a dessiné quelques symboles de cœur pour symboliser qu'elle aime son travail. Elle a aussi dessiné un autre petit signe de dollar qui représente ce qu'elle peut offrir, ce qu'elle qualifie de *minime* en réponse au plus gros signe de dollar tracé dans la section des clients. À gauche, dans un rectangle, on peut voir trois bonhommes qui font la moue et qui sont la représentation des collègues qui « chialent tout le temps. » Elle se dit heureuse de les avoir mis en boîte,

car cela lui fait penser qu'auparavant ils la dérangeaient par leur attitude et que maintenant elle est plus distancée d'eux. À droite de ces deux groupes, Nathalie a tracé une ligne noire et s'est représentée souriant et criant : « Yé! », ce qui représente sa joie d'être à la maison. Ensuite elle se redessine plus petite et plus près de la maison, car elle dit qu'elle se rappelle parfois des moments difficiles de sa journée de travail. Ensuite, elle a fait une ligne pointillée suivie d'une flèche qui la montre retrouvant le sourire avant de recommencer une autre journée de travail. Dans la maison, elle a dessiné un téléphone car elle affirme qu'il est souvent très important pour elle de raconter sa journée à des gens qui ne font pas partie de sa profession.

Nathalie raconte quelques anecdotes impliquant des clients qui exigent d'elle des services financiers et qui ont une attitude arrogante. Elle dit que pour elle, c'est important de maintenir une distance. Quand elle réussit, elle sent alors que son univers est bien structuré et elle se sent plus protégée. En regardant le dessin, elle constate que chacun est à sa place, et dit que cela la rassure. Elle mentionne encore que les gens qui ont des valeurs différentes et qui viennent demander de l'aide lui font peur. Elle dit se sentir menacée par leurs différences. L'entrevue se termine sur une réflexion portant sur sa propre dimension culturelle celle d'une femme blanche nord-américaine et du pouvoir qu'elle s'octroie. Nathalie termine en disant que ça fait du bien de nommer ces choses taboues. Elle mentionne que le genre de pensées qu'elle partage lors de nos séances, ne serait sûrement pas bien vue de ses pairs, et qu'elle pourrait être « stigmatisée ».

Nathalie / Troisième entrevue / Image 5-c

Nathalie commence l'entrevue en affirmant que cette réflexion sur sa pratique professionnelle suscite chez elle une prise de conscience du fait que ce n'est pas seulement une menace reliée à la peur de perdre son identité culturelle qu'elle ressent, mais bien une menace de perdre son identité en général. Cela dirige l'échange sur sa capacité à mettre ses limites avec les clients. Nathalie constate qu'elle est plus en mesure de le faire qu'avant : « Je sens d'avance les choses; je suis donc moins prise au dépourvu. » Toutefois, bien qu'elle s'affirme plus en s'appuyant sur la structure de l'organisme, elle dit sentir une fragilité qui est reliée au pouvoir qu'elle donne en général aux personnes qui l'entourent, incluant ses clients. Elle mentionne à nouveau que le travail est très précieux pour elle car, dans le passé, elle ne fréquentait personne. Puisque le thème de la problématique d'aujourd'hui est l'identité, elle est invitée à dessiner son portrait. Pearlman (1999) a beaucoup insisté dans ses recherches en traumatologie sur l'impact des récits des clients sur l'identité : « As a result of doing trauma work, therapist are likely to experience disruptions in their sense of identity, world view, and spirituality. » (p. 53-54)

Nathalie se représente en bonhomme allumette de couleur chair. (image 5-c) Elle a de grands yeux bleus et un sourire. Elle se dessine un cœur accompagné par une petite tache noire. Dans une bulle de dialogue, elle inscrit: « O.K. », et au-dessus de sa tête, « Merci ». En dessous du personnage, elle écrit : « Vie = noirceur + lumière ». Au crayon, à côté de noirceur, est inscrit: « entêtement, peur et refus » et à côté de lumière : « ouverture et lâcher prise ». À gauche complètement, elle dessine une

petite bête, qu'elle dit être un porc-épic mais à qui elle n'a pas été capable de mettre de pics.

À l'analyse du dessin, elle parle d'abord de ses yeux qui représentent pour elle son ouverture sur le monde. Lorsqu'elle était plus jeune, elle subissait beaucoup les situations et elle se sentait victime. Elle dit qu'elle a choisi la lumière au-delà de la noirceur et qu'elle applique cette méthode de libre choix de façon quotidienne : elle « re-choisit ». Aujourd'hui, dans sa vie professionnelle, elle tente de sensibiliser ses clients à choisir la direction qu'ils veulent, sans pour autant nier leur passé. Donc elle sent que pour elle, c'est une philosophie de vie qui est devenue une philosophie d'intervention. Elle dit que le porc-épic est le symbole qui la représente : « S'il ne sort pas ses épines, il est vulnérable, mais il est capable de les sortir. » Lorsqu'elle parle de sa difficulté de lui dessiner des épines, elle montre des signes de vulnérabilité. Elle dit que dans sa vie, elle cherche des moyens moins radicaux pour mettre ses limites. Ensemble, nous remarquons que son porc-épic a un corps très présent contrairement à son portrait et cela l'amène à réfléchir à sa cérébralité et comment elle aimerait être plus disponible à ses sens, comment elle aimerait être plus incarnée. Il lui est proposée une réflexion sur le fait que l'intellectualisation a pu être nécessaire pour elle dans le passé afin de protéger son identité, mais qu'elle semble en mesure d'intégrer de nouveaux éléments comme ce qu'elle nomme « douceur, sensualité, vulnérabilité ». Anna Freud (1949) qui s'est penchée sur ce type de mécanismes de défense, affirme: « L'intellectualisation des processus instinctuels agit en tant que protection contre un danger intérieur et équivaut à une vigilance perpétuelle du moi devant les dangers extérieurs. » (p. 162) Nathalie termine cette

entrevue avec ce questionnaire : « Comment inclure les qualités de son porc-épic dans ses relations? » ce qu'elle nomme affectueusement sa « force tendre ».

Analyse des entrevues et des œuvres

Cette section présente l'analyse qualitative des quinze rencontres. En premier lieu, les corrélations thématiques entre les cinq participantes seront identifiées. Au cours de cette exploration, deux grands thèmes principaux seront dégagés, soit ceux qui sont liés aux récits traumatiques des clients et qui ont eu un impact sur le plan personnel, et ceux qui se lient plus directement à la pratique professionnelle des travailleuses. Ces deux grandes divisions se sont en effet imposées, démontrant le caractère indissociable des récits traumatiques et de l'environnement de travail dans lequel ceux-ci se manifestent. En second lieu, l'impact de trois phénomènes inhérents à l'intervention art-thérapeutique seront analysés, à savoir la symbolisation, l'intentionnalité et la distanciation. Les avantages de cette méthode pour la prévention de la traumatisation vicariante, de la fatigue par compassion, du STS, ou de l'épuisement professionnel seront ainsi dégagés.

Deux des cinq participantes à la recherche, Pascale et Martine, ont axé leurs réflexions plus précisément sur leur pratique professionnelle. Chez Angèle et Maria, par comparaison, plusieurs éléments rattachés à l'impact des récits sur leur équilibre ont émergé et ont donné lieu à la recherche de stratégies pour s'en protéger. Chez la cinquième participante, Nathalie, les récits ont suscité la prise de conscience de sa peur de la différence et de l'impact qu'elle a sur elle : une menace ressentie à son identité.

Pascale et Martine ont exprimé des thèmes récurrents, comme la surcharge de travail créée par les dossiers trop nombreux, le manque de personnel, le manque de soutien clinique et de supervision, le manque de consultation entre les collègues et le sentiment d'urgence qu'elles ressentent à traiter tous les dossiers. Des recherches faites par Pearlman (1999) auprès de traumathérapeutes démontrent l'importance d'être lié à ses collègues et d'avoir une structure de travail soutenante : « Over two-thirds found it helpful to attend workshops, talk with colleagues between sessions, and discuss cases informally (...). » (p. 54) Une recherche faite par Chrestman (1999) auprès de thérapeutes démontre que « ceux qui ont le plus grand nombre de dossiers de clients souffrant de SSPT présentent plus de symptômes similaires à leurs clients » (p. 29). Il semble donc y avoir corrélations entre le STS et la surcharge de travail. Ces deux travailleuses ont mentionné, au cours des rencontres, le thème de la distanciation de leurs clients et, pour Martine, de la distanciation de ses pairs. Professionnellement, il n'est pas mauvais de se distancier du récit de ses clients, d'une part afin de garder une zone de protection entre eux et soi et, d'autre part, afin de garder conscience de sa part de contre-transfert envers les clients. L'empathie, selon Figley (1995), est le véhicule par lequel les thérapeutes se rendent vulnérables à l'absorption de matériel traumatique. En gardant une certaine distance, l'intervenant se garde d'une trop grande empathie. Par contre, le danger de la distanciation réside dans le fait de maintenir une distance non nécessaire même lorsqu'il n'y a pas de danger, comme l'a mentionné Pascale, ou de se couper de sa relation à l'autre en général, incluant les pairs, tel que mentionné par Martine. Ces

deux travailleuses ont aussi exprimé la crainte d'être stigmatisées par leurs pairs, ce qui trouve un écho dans le propos de Munroe (1999) :

If we attach the impaired label to therapists who are being secondarily traumatised we end up blaming the victims. On the other hand, if we recognise secondary effects as a normal response to the abnormal occupation of being a traumatherapist, we can begin a dialogue. (p. 224)

Martine, Pascale et aussi Nathalie préfèrent se fondre au groupe plutôt que d'être identifiées comme celles qui ont des limites ou qui se sentent fatiguées. Pour contrer les effets négatifs de leur pratique, Pascale et Martine ont beaucoup insisté sur le besoin d'avoir une vie saine à l'extérieur du travail. À ce sujet, Yassen (2002) remarque que certaines stratégies augmentent la résistance au stress et aux traumatismes. Il en énumère certaines : « Management of vital functions, such as sleep, food, exercise, rest, recreation and contact with nature (...). » (p. 18)

En ce qui a trait aux symboles graphiques, ces deux participantes ont dessiné un symbole impliquant un mouvement centrifuge. Pascale a dessiné ce qu'elle a identifié comme un ventilateur, et Martine un étang où elle dit « que le mouvement va vers l'intérieur ». Les deux travailleuses ont beaucoup insisté sur la turbulence reliée à leur travail. Elles ont toutes deux exprimé le sentiment d'être entraînées dans un mouvement trop rapide pour elles.

Les thèmes exprimés par Maria, Nathalie et Angèle ont été regroupés étant donné qu'ils sont reliés à l'impact des récits traumatiques sur la vie professionnelle du travailleur. Toutes trois ont exprimé une vulnérabilité aux récits impliquant de la

violence faite à des femmes et plus particulièrement le viol : « Kassam-Adams (1995) found higher levels of intrusion and avoidance related to increased therapist exposure to sexually traumatized clients. » (Munroe, 1999, p. 212) Toutes trois ont réagi au fait que cette violence était perpétrée par les autorités censées protéger la population, comme les militaires ou gardiens de prison. Sur le plan de leur pratique professionnelle, elles se sont également intéressées à la capacité de mettre leurs limites avec leurs clients. Toutes craignaient que leurs relations professionnelles soient menacées par des besoins plus grands que ce qu'elles pouvaient offrir à certains de leurs clients. Nathalie éprouvait plus spécifiquement une menace à son identité en général. Elles ont toutes exprimé la peur de perdre le contrôle et que leurs émotions soient perçues par le client, ou encore que leurs émotions les entraînent vers un contact avec une vulnérabilité sous-jacente dont elles ne souhaitent pas faire l'expérience lors de leurs contacts professionnels. Nathalie, Angèle et Maria ont semblé exprimer cette limite, mise entre elles et les clients dans leurs dessins, en symbolisant par des zones distinctes et séparées leurs positions et la position des clients. L'œuvre 5-b de Nathalie en est un bon exemple. Elle trouve un réconfort certain à savoir que chacun est à sa place.

Par ailleurs, les cinq travailleuses ont exprimé comment elles se sentaient encore passionnées par leur travail. Elles ont toutes mentionné croire profondément en la résilience des clients et, pour terminer, elles ont toutes exprimé comment elles se sentent privilégiées d'exercer ce métier où elles sont témoins de l'expérience de leurs clients : « Many therapists find that working with survivors of trauma is

meaningful and rewarding, and that they are truly privileged to witness clients' strength and resilience in the healing process. » (Kassam-Adams, 1999, p. 38)

L'auteure souhaite préciser certaines des contributions directes de la méthode de l'art-thérapie en débriefing lors des entrevues à partir des trois phénomènes suivants: la symbolisation, la distanciation et l'intentionnalité. En effet, il s'agit de trois phénomènes à l'œuvre en art-thérapie et qui ont joué un rôle prépondérant dans l'intervention de l'art-thérapie en débriefing. Lors des entrevues avec ces travailleuses, un phénomène significatif s'est produit, celui de la symbolisation. Pendant la création de l'image et plus spécifiquement lors de l'analyse de cette image, il a semblé que chacune des participantes a fait la découverte d'un symbole qu'elles s'est appropriée, et l'a investi d'un pouvoir de protection. Ces symboles sont devenus des « talismans » au sens où Schaverian (1992) l'entend. Les travailleuses ont presque toutes intégrées leurs symboles à l'intervention avec les clients. Elles ont donc transformé le statut de l'objet dessiné. À titre d'exemples, la chenille de Maria, le ventilateur de Pascale ou encore le coquillage d'Angèle s'imposent : « The status of the object becomes inflated; it is transformed from its material, substantial form and is given an aura which transcends its actual, concrete existence. » (Schaverian, 1992, p. 139) Par cet acte de transformation symbolique, l'image « may then come to be experienced as magically invested and so capable of working wonders for good or for ill. » (Schaverian, 1992, p. 139)

Le deuxième phénomène étudié dans cette recherche est celui de la distanciation. En effet, le fait de regarder l'image au mur permet de la voir autrement. Ce phénomène permet de considérer les émotions contenues dans l'image avec une

certaine distance (Betensky, 1987). Le processus de distanciation peut également favoriser des prises de conscience relatives au contre-transfert de la travailleuse : « The picture offers an alternative external presence, it is an object which exists outside of the artist, and yet a part of her or him temporarily inhabits it. » (Schaverian, 1992, p. 19) À titre d'exemple, nous pouvons penser à Angèle qui, lors de sa réflexion à partir de sa représentation d'une bataille navale (4-c), a réalisé la part contre-transférentielle de son intervention auprès de sa cliente ayant dû émigrer et laisser sa famille derrière elle. Ou encore à Martine qui, en voyant la femme qui tient l'enfant dans son dessin, a réalisé que sa vulnérabilité à ce récit tenait au fait que, comme son client, elle avait peur que quelque chose arrive à sa fille.

Tel qu'expliqué ci-dessus, un des processus qui s'est imposé lors des entrevues est le phénomène d'intentionnalité. À titre d'exemple, le dessin de la planète de Maria s'impose: après avoir dessiné une planète avec ses multiples sections, Maria se rend compte que les divisions de la planète sont trop diffuses. Elle décide alors d'en accentuer les couleurs. Donc, par son *regard qui cherche*, ce que Betensky (1987) nomme la « perception intentionnelle », Maria a agi consciemment sur la problématique des limites au sujet de laquelle elle se questionnait. Un autre exemple du phénomène de l'intentionnalité durant les entrevues est celui du ventilateur que Pascale a dessiné lors de sa première entrevue et qui, de la symbolisation de sa turbulence, s'est transformé en symbole pour lui rappeler de ralentir à son travail.

Angèle est la seule participante pour qui un événement traumatisant personnel a refait surface. Dans le cas de cette participante, il est important de noter qu'il n'a pu être déterminé avec précision si c'est l'image qui a déclenché le processus de

remémoration du traumatisme ou plutôt l'attention portée à une partie du récit traumatique de sa cliente. Peut-être est-ce la combinaison des deux. L'important, dans cette expérience, demeure le fait qu'Angèle se soit sentie suffisamment en sécurité pour explorer ce souvenir pénible, et l'une des raisons à quoi cela est dû semble être l'aspect contenant de l'image.

Compilation des tests et analyse

Les deux instruments de mesure utilisés dans cette recherche sont le test quantitatif de fatigue par compassion (Figley, 1995) (annexe 2) et un questionnaire qualitatif (annexe 3) que la chercheuse a conçu afin de recueillir les commentaires des participants quant à leur expérience. Le but du premier test, le test de fatigue par compassion, était de déterminer s'il y avait présence d'éléments de STS chez les travailleuses. Figley (1995) a défini 23 items qui sont des indicateurs clés du stress traumatique secondaire — ce qu'il préfère appeler *la fatigue par compassion* — et 17 items qui servent à évaluer le risque d'épuisement professionnel. Les résultats de chacun des questionnaires ont été additionnés afin de déterminer si les participantes ont exprimé qu'elles avaient des symptômes de STS et/ou d'épuisement professionnel. Quarante questions au total constituent ce test.

Pré-test

Le pré-test a été distribué au début de la recherche, donc avant les entrevues, à toutes les travailleuses sociales, tant celles faisant partie du groupe témoin que les cinq participantes qui devaient bénéficier de trois séances d'entrevue. La compilation

de tous les résultats a été faite pour les deux groupes. Les possibilités de catégorisation des résultats se présentent comme suit :

26 ou moins = *Risque très faible*

27 à 30 = *Risque faible*

31 à 35 = *Risque modéré*

36 à 40 = *Risque élevé*

41 et plus = *Risque très élevé*

Les résultats apparaissent comme suit :

	pré-test	pré-test	post-test	post-test
	FC	BO	FC	BO
1. Nathalie -1	33	31	33	27
2. Martine-1	32	45	30	25
3. Maria-1	56	36	41	24
4. Angèle-1	57	24	47	23
5. Pascale-1	45	32	38	33
1. Hélène-2	28	24	28	23
2. Noëlla-2	36	22	39	24
3. Viviane-2	32	26	30	21
4. Claudine-2	27	20	28	20
total	346	260	314	220
moyenne	38,44	28,88	34,88	24,44
moy gr 1	44,6	33,6	37,8	26,4
moy gr 2	30,75	23	31,25	22

La première colonne contient les noms des participantes. Les cinq participantes forment le groupe expérimental qui a vécu trois séances d'intervention de l'art-thérapie en débriefing alors que les quatre dernières participantes composent le 2^e groupe qui n'a reçu aucune intervention. Les deuxième et troisième colonnes contiennent les résultats du pré-test de Figley, soit la fatigue par compassion (deuxième colonne) et pour l'épuisement professionnel (burn-out, B.O.) troisième

colonne. La quatrième colonne contient les résultats du post-test pour la fatigue par compassion (FC) et la cinquième présente les résultats du post-test pour l'épuisement professionnel (B.O.). Au bas du tableau apparaît, dans l'ordre, la somme des résultats de chaque colonne, la moyenne de chaque colonne pour les deux groupes, la moyenne de chaque colonne pour le groupe 1 (groupe expérimental), et pour terminer, la moyenne de chaque colonne pour le groupe 2 (groupe témoin).

Le test quantitatif rejoint les premières hypothèses développées lors de l'analyse des dessins et des entrevues : certaines travailleuses présentaient une plus grande vulnérabilité aux récits traumatiques (STS) (ce que Figley préfère nommer *la fatigue par compassion*) alors que d'autres étaient plus à risque de développer un épuisement professionnel. Maria et Angèle ont obtenu respectivement un score de 56 et 57 pour les éléments liés à la fatigue par compassion. Avant les entrevues, elles étaient donc à *risque très élevé* de souffrir de la fatigue par compassion. Pour ce qui est des éléments liés à l'épuisement professionnel, elles obtenaient respectivement 36 pour Maria et 24 pour Angèle. Il s'agit donc, pour Maria, d'un *risque élevé* d'épuisement professionnel et pour Angèle, d'un *risque très faible*.

Pascale et Martine, quant à elles, obtenaient respectivement pour la fatigue par compassion un score de 45 (Pascale : *risque très élevé*) et de 32 (Martine : *risque modéré*). En ce qui a trait à l'épuisement professionnel, Pascale a obtenu un score de 32, soit un *risque modéré*, et Martine un score de 45, soit un *risque très élevé*.

Nathalie se distinguait moins fortement au niveau des risques. Elle a obtenu un score de 33 pour la fatigue par compassion et de 31 pour l'épuisement professionnel, ce qui équivaut à un *risque modéré* pour ces deux catégories.

Post-test

Les deux groupes ont rempli le post-test, la seule différence étant que le groupe témoin, formé de quatre travailleuses du même milieu professionnel que le premier groupe, n'a reçu aucune intervention thérapeutique entre le pré-test et le post-test alors que le groupe expérimental a vécu trois entrevues entre les deux tests. Toutes les variables sont les mêmes qu'au pré-test puisqu'il s'agit du même test. Donc, les catégorisations sont identiques.

On note une nette amélioration de tous les résultats obtenus par le groupe-1 qui a reçu les trois sessions selon la méthode d'art-thérapie en débriefing. Le tableau suivant met en comparaison les moyennes du groupe 1 et 2 pour la fatigue par compassion et l'épuisement professionnel.

CF	Pré-test	Post-test
Groupe 1	44,6	37,8
Groupe 2	30,75	31,25

B.O.	Pré-test	Post-test
groupe 1	33,6	26,4
groupe 2	23	22

Plus spécifiquement, Maria a obtenu un résultat de 33 pour la fatigue par compassion et de 27 pour l'épuisement. Elle passe donc de *risque très élevé* à *risque modéré* pour la fatigue par compassion et de *risque élevé* à *risque faible* pour l'épuisement professionnel.

Angèle a obtenu un résultat de 47 pour la fatigue par compassion. Elle demeure donc dans la catégorie de *risque très élevé*, mais a quand même abaissé sa moyenne

de 10 points. Pour ce qui est de l'épuisement professionnel, elle demeure à *risque très faible*, soit 23.

Chez Pascale, les résultats passent de 45 à 38 pour la fatigue par compassion et de 32 à 33 pour l'épuisement professionnel. La fatigue par compassion a diminué de *risque très élevé* à *risque élevé* alors que le danger d'épuisement professionnel demeure *modéré*. Quant à Martine, le risque de fatigue par compassion qu'elle présente reste sensiblement le même, quoi qu'un peu plus faible, soit de 30. Elle passe de la catégorie *risque modéré* à celle de *risque faible*. En ce qui a trait à l'épuisement professionnel, ses résultats ont considérablement chuté. Elle avait obtenu 45 au pré-test, soit un *risque très élevé*, et elle obtient maintenant 25, soit un *risque très faible*.

Pour terminer, les résultats de Nathalie ont peu varié. De 33 et 31, ils se chiffrent à 33 et à 27, soit une situation identique pour la fatigue par compassion (*risque modéré*) et de *modéré* à *risque faible* pour l'épuisement professionnel.

Pour ce qui est du groupe témoin, les résultats sont sensiblement restés les mêmes du pré-test au post-test.

La première cliente a obtenu 28 et 24 au pré-test et 28 et 23 au post-test.

La deuxième cliente a obtenu 36 et 22 au pré-test et 39 et 24 au post-test.

La troisième cliente a obtenu 32 et 26 au pré-test et 30 et 21 au post test.

La quatrième cliente a obtenu 27 et 20 au pré-test et 28 et 20 au post-test.

Nous remarquons donc que, pour la très grande majorité, l'écart entre le pré-test et le post-test est beaucoup plus restreint pour le groupe témoin que pour le groupe

expérimental. Nous pouvons donc supposer que l'introduction de cette variable (les trois entrevues) a eu un impact sur le bien-être du premier groupe. Donc, l'hypothèse de départ selon laquelle la méthode d'art-thérapie en débriefing pourrait avoir un impact positif sur la prévention du STS semble se vérifier.

Deux tests « t » (*t-tests*) ont été réalisés à partir des données recueillies lors du post-test et du pré-test (pour ces tableaux voir les annexes 4 et 5). Le premier test, *T-Test comparing experimental group pre-post for CF and BO*, démontre que la moyenne (*mean*) pour le groupe expérimental a sensiblement baissé du pré-test au post-test, ce qui confirme que la variable introduite, à savoir les trois séances de débriefing en art-thérapie, ont eu un impact positif sur les intervenantes. Ainsi, tel que le démontre le tableau nommé *Paired samples statistics*, dans la colonne *mean*, on peut constater que l'indice de fatigue par compassion a chuté de 44,6 à 37,8 et que pour l'épuisement professionnel (BO), la moyenne est passée de 33,6 à 26,4. La marge d'erreur (*standard deviation*) se situe donc suffisamment près de 10 % (*seuil critique*) pour permettre d'induire que ces résultats ne sont pas l'effet du hasard. Le t-test comparant le pré-test et le post-test pour les deux mesures, soit la fatigue par compassion et l'épuisement professionnel, permet de constater que l'échantillon est non-significatif concernant la fatigue par compassion : $t(4) = 2,5$, $p. < .10$, et qu'il est significatif en ce qui a trait à l'épuisement professionnel : $t(4) = 1,85$, $p. > .10$.

Lorsque, lors du deuxième test, les résultats des deux groupes sont comparés : *T-Tests comparing experimental group (1) and control group (2) at time 2 on compassion fatigue (CF) and risk for burn-out (BO)*, on constate que la moyenne est à corrélation élevée au post-test puisque les deux groupes présentaient les mêmes

caractéristiques de départ. La moyenne (*mean*) pour la fatigue par compassion du groupe 1 ayant reçu les trois interventions de la méthode est de 37,8 alors que pour le groupe 2, elle se situe à 31,25. Lorsque les résultats relatifs à l'épuisement professionnel sont examinés, la moyenne du premier groupe est de 26,4, alors que celle du groupe 2 est de 22. Le résultat « t » de ce test montre que, pour la fatigue par compassion, le résultat est de 15 % donc 5% au-dessus du seuil critique de 10%. Concernant le résultat « t » pour l'épuisement professionnel, on constate que le résultat est de 7 % donc 3% sous mon seuil critique. Quoique l'échantillon soit limité, les résultats près du seuil critique laisse supposer la validité de l'expérience de l'art-thérapie en débriefing. Bien que les résultats de ces tests ne feront pas l'objet d'un développement plus approfondi, ce qui dépasserait les objectifs de cette étude, les tableaux inclus dans la présente recherche (annexe 4 et 5) pourront être utiles lors de recherches quantitatives futures.

Compte rendu du questionnaire subjectif

Cette section présente un compte rendu du questionnaire distribué à la fin de la recherche aux cinq travailleuses du premier groupe ayant reçu trois entrevues afin de recueillir leurs réflexions sur cette expérience (voir l'annexe 3 pour une copie du questionnaire). Les questions étaient au nombre de quatre. Les voici, dans l'ordre :

1. Pourriez-vous décrire comment vous avez vécu cette expérience?
2. Cette exploration répondait-elle à un (ou des) besoin(s)? Lesquels?

3. Si cette approche était implantée dans votre milieu de travail, à quelle fréquence croyez-vous qu'il serait bon de faire des rencontres?

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer cette approche?

À la question 1, toutes les participantes ont exprimé leur appréciation des séances. Elles ont aimé « rejoindre des émotions », mais surtout « les travailler ». Elles ont ressenti du « soulagement », de la « liberté et de la délivrance », et « de la stimulation ». Elles ont aimé les « prises de conscience » qu'elles ont pu y faire et la réflexion sur leur pratique professionnelle. Elles ont qualifié cette expérience, d'espace, de « lieu sans jugement » ou encore de lieu où elles ont pu « s'exprimer sans censure ». Elles se sont senties soutenues.

À la question 2, elles ont toutes affirmé que cela répondait à un besoin. Trois d'entre elles ont spécifié que les séances leur avaient permis de clarifier quels étaient leurs besoins spécifiques : le besoin de soutien, d'intervention, de « ventiler » sans danger de jugement sur leurs compétences professionnelles, le besoin d'être rassurées, le besoin de comprendre leurs émotions et pour certaines, d'identifier les éléments de leurs contre-transferts. Angèle a exprimé comment cette expérience a « ouvert une porte à jamais » pour elle. Elle écrit : « Je me suis rendu compte combien ces émotions que j'ai tant enterrées étaient en fait présentes dans ma vie de tous les jours, et surtout dans ma vie professionnelle où des situations, avec les clients, pouvaient les faire émerger » (...); et encore : « Il est essentiel pour moi de travailler ces émotions, car leurs impacts sur mon intervention avec les client(e)s est très importants ». Angèle exprime ici deux aspects importants de cette recherche soit

l'impact du contre-transfert du thérapeute sur ses clients, et la vulnérabilité accrue de l'intervenant face aux récits de ses clients lorsqu'il a lui-même vécu des situations traumatisantes. Les recherches de Good (1996) confirment que les thérapeutes qui ont, par le passé, fait l'expérience de SSPT, seront plus susceptibles au STS lorsqu'ils travaillent auprès d'une clientèle souffrant de SSPT.

À la question 3, portant sur la fréquence des rencontres, trois clientes ont répondu qu'elles préféreraient des séances une fois par trois semaines, une autre a répondu une fois par deux semaines et la dernière que cela dépend du cheminement de chaque intervenante. Celle-ci croit que chaque intervenante devrait bénéficier d'une série d'entrevues étalées sur une période de trois à six mois afin d'évaluer leurs besoins et qu'ensuite la fréquence pourra être déterminée en fonction des besoins.

À la question 4, trois intervenantes ont répondu négativement : elles n'avaient aucune suggestion à faire. Une personne a suggéré de demander aux travailleuses de préparer le matériel qu'elles ont envie d'explorer avant les rencontres; elle croit par contre que cela pourrait menacer l'aspect spontané de la méthode. La cinquième participante a réitéré qu'elle avait « apprécié la variété des moyens utilisés pour faciliter et alimenter la parole et la réflexion. »

Ceci termine l'analyse des deux tests. À la lumière de ceux-ci, il est possible d'induire que tant les résultats des tests quantitatifs que les questionnaires qualitatifs confirment que cette expérience s'est avérée positive pour les travailleuses sociales ayant pris part à la présente recherche.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Sommaire des résultats

Le but visé par cette recherche consistait en premier lieu à réaliser l'application d'une méthode d'intervention thérapeutique développée par la chercheuse, alliant débriefing et art-thérapie. En second lieu, il s'agissait de permettre à cinq travailleuses sociales oeuvrant dans le secteur de la relation d'aide auprès des immigrants ayant vécu des expériences traumatiques, de faire l'expérience de cette méthode centrée sur le travail des images envahissantes liées aux récits de leurs clients afin de contrer la possibilité de développer un syndrome de stress traumatique secondaire. Cette méthode d'intervention thérapeutique utilise le *Critical Intervention Stress Debriefing* (CISD) en combinaison avec l'art-thérapie. Les sept étapes du CISD permettent au client d'explorer un événement traumatisant en suivant un parcours qui va d'une exploration cognitive, à une exploration émotionnelle. Cette méthode a fait l'objet d'une description détaillée ci-dessus, à la section 2.1.1 de la présente recherche. La particularité de la méthode développée par la présente chercheuse consistait à introduire l'art-thérapie à la quatrième étape du CISD, étape lors de laquelle la travailleuse sociale était invitée à se remémorer ses émotions lors de l'écoute du récit traumatique de ses clients. À ce moment précis, les participantes à la recherche étaient invitées à réaliser un dessin. L'intervention fait appel à trois processus inhérents à l'art-thérapie, à savoir la symbolisation, la distanciation et l'intentionnalité.

On a pu constater lors de cette recherche qu'un des besoins des participantes, (outre le besoin de « décontamination » des récits) était d'explorer leur

environnement de travail afin d'en évaluer l'impact sur la qualité de leur pratique professionnelle. Ces deux thèmes, le récit traumatique et l'environnement de travail, sont en effet apparus comme étant interdépendants, l'impact de l'un sur l'autre étant réciproque. Ainsi, les récits traumatiques peuvent avoir un impact direct sur les conditions de travail. Par exemple, si un intervenant est à haut risque de vivre un phénomène de STS à cause de l'impact psychique des récits de ses clients, sa tolérance au stress inhérent à sa pratique professionnelle sera moindre. De même, si l'intervenant a le sentiment d'être débordé par la somme de travail qui lui incombe et qu'il vit un stress constant, il peut être plus difficile pour lui de se protéger des effets psychiques des récits traumatiques de ses clients.

Les participantes à cette recherche étaient toutes travailleuses sociales, issues du même milieu de travail. Neuf personnes ont accepté l'offre de participer à la recherche et ont répondu au pré-test ainsi qu'au post-test. Cinq d'entre elles ont été retenues pour recevoir trois séances d'art-thérapie en débriefing chacune; elles devaient répondre à un test qualitatif au début et à la fin de la recherche-terrain. Les quatre intervenantes non impliquées dans les entrevues ont composé le groupe témoin et ont aussi répondu au pré-test et au post-test afin de fournir une base de comparaison.

Plusieurs recherches dans le domaine du stress traumatique secondaire sous-tendent que le celui-ci est en corrélation avec le fait de travailler avec une clientèle ayant vécu des traumatismes impliquant la présence du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990; Mitchell & Everly, 1993; Pearlman & Saakvitne, 1995; Stamm, 1995). En accord avec les recherches

portant sur le risque de développer le STS, lié à la pratique auprès de personnes ayant vécu des traumatismes, tant l'analyse des œuvres et des séances thérapeutiques que celle des tests utilisés dans la présente recherche ont mis en évidence la vulnérabilité des intervenantes aux récits de leurs clients (STS) ainsi qu'au danger de souffrir d'épuisement professionnel.

Selon l'analyse du pré-test quantitatif, trois des participantes étaient à *très haut risque* de développer le STS avant l'application de la méthode d'art-thérapie en débriefing. Une participante était, quant à elle, classée comme étant à *très haut risque* de souffrir d'épuisement professionnel. Parmi les trois premières travailleuses, Maria, Angèle et Pascale, deux d'entre elles sont demeurées à *très haut risque*, mais leurs résultats ont tout de même significativement baissé. La troisième, Pascale, est passée à la catégorie *haut risque*. Le pourcentage de diminution du risque pour Maria, ayant obtenu un score de 56 et de 41, est de 26.79 %. Pour Angèle, qui avait obtenu 57 au pré-test et 47 au post-test, son pourcentage de diminution du risque est de 17.54 % et pour Pascale qui a obtenu 45 et 38, son pourcentage est de 15.55%. Pour Nathalie, il n'y a eu aucune variation de pourcentage car les scores qu'elle a obtenu pour la fatigue par compassion sont demeurés identiques. Pour Martine le pourcentage est de 6.25 %. Lors du post-test, la moyenne du pourcentage de diminution du risque de fatigue par compassion des cinq participantes appartenant au groupe 1 est donc de 13.23 %.

Quant à Martine qui présentait un danger d'épuisement professionnel, le post-test a démontré que cette dernière se situe maintenant dans la catégorie *très faible risque*. Son pourcentage de diminution du risque d'épuisement professionnel est de 44.44 %.

Le pourcentage de diminution du risque d'épuisement professionnel pour ces cinq participantes est de 18.34 %. Martine présente donc un grand écart par rapport à la moyenne des autres participantes.

Les deux participantes ayant obtenu les plus hauts résultats pour le danger de développer le STS avaient toutes deux répondu avoir vécu des événements traumatisants durant leur vie adulte ou leur enfance. Ces informations confirment les recherches supposant une plus grande vulnérabilité des thérapeutes, ayant eux-mêmes vécu des traumatismes, de développer le STS.

Les thèmes dégagés par l'analyse des images et des séances référaient d'une part aux récits traumatiques des clients et d'autre part à la pratique professionnelle des travailleuses. Selon l'analyse du questionnaire qualitatif final, l'expérience s'est révélé avoir un impact positif sur les travailleuses. Toutes ont émis des commentaires positifs lors des questionnaires qu'elles ont rempli à la fin de l'intervention et ont confirmé que cette approche répondait à des besoins de réflexion personnelle et professionnelle ainsi qu'à des besoins de supervision.

Limites de cette recherche

Plusieurs facteurs limitent l'impact de la présente recherche. D'abord, le fait que l'échantillonnage soit très restreint ne permet pas d'obtenir des résultats concluants. De plus, la sélection des participants ne s'adressait qu'à un type de professionnels : les travailleuses sociales. Il semblerait pertinent à l'auteure de cette recherche de pouvoir faire de plus amples recherches auprès de professionnels oeuvrant avec une clientèle souffrant de SSPT, mais exerçant une profession différente, par exemple,

des psychologues, des intervenants communautaires, ou des intervenants du milieu de la santé.

Il importe de mentionner que l'auto-test de la fatigue par compassion a été modifié, en 2002, par Stamm afin d'y inclure la dimension de la satisfaction : « To understand the negative costs of "caring", it is necessary to understand the credits of positive "payments" that come from caring. » (p. 109) Or, lors de l'application de cette recherche, l'auteure n'avait pas pris connaissance de cette modification. L'auto-test inclut désormais une dimension positive qui aurait pu permettre l'évaluation de la résilience chez ces travailleuses. Le fait que les résultats proviennent d'un auto-test constitue une autre limite de la présente recherche. Les auto-tests présentent des limites certaines, car la perception des questions y est subjective. Feder et Feder (1998) ont démontré que certains facteurs réduisent l'intégrité des résultats des auto-tests. L'ambiguïté est un facteur important. Lorsqu'une question est posée afin de déterminer si la personne qui fait le test présente un comportement spécifique, il appartient à cette même personne de juger de la réponse à donner à cette question. La compréhension et la perception d'une question peut différer d'un client à l'autre et, par le fait même, l'auto-évaluation varie en fonction du degré de conscience du client.

Cette recherche était composée uniquement de femmes. Il eût été intéressant de pouvoir observer si le sexe du travailleur pouvait influencer le degré de risque à la traumatisation secondaire ou à l'épuisement professionnel. Un échantillonnage mieux réparti en ce qui a trait au genre aurait pu offrir des conclusions plus étoffées.

Une participante, Angèle, avait un passé de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et avait obtenu un résultat significativement élevé pour ce qui est du risque à la fatigue par compassion ou encore du stress traumatique secondaire (STS). Il est possible que les symptômes qu'elle ressentait étaient résiduels au SSPT qu'elle a vécu et non au STS. Aussi, ses symptômes étaient peut-être présents, qu'elle travaille avec des clients traumatisés ou non. Cette recherche n'a fait aucune distinction étiologique quant à ces symptômes.

Lors des séances d'art-thérapie en débriefing, Maria et Nathalie ont mentionné que leurs réponses auraient pu être différentes, selon le moment où elles ont complété le test à cause de différents facteurs, tels le type de population avec laquelle elles travaillaient au moment du test, ainsi que le nombre de dossiers qui leur étaient confiés. L'expérience professionnelle a aussi été un facteur mentionné par Martine, Nathalie et Maria. Elles ont toutes trois mentionné avoir été affectées dans le passé par certains récits traumatiques de leurs clients, ou encore, par des conditions de travail stressantes, et avoir senti qu'elles avaient développé certaines stratégies de défense pour mieux se protéger. Donc, si elles avaient répondu à ce test au moment où elles étaient plus vulnérable au STS ou à l'épuisement professionnel, leurs réponses auraient été différentes. Ces commentaires suggèrent une limite, à tout le moins temporelle, quant à la validité de l'instrument de mesure. Puisque la réhabilitation du STS peut être rapide (Figley, 1995), l'habileté à en mesurer les symptômes peut être évasive (Good, 1996).

Disparition de documents et son influence sur les résultats

À la toute fin de l'expérience-terrain, après la prise du post-test, les participantes ont été invitées à remplir un questionnaire qualitatif subjectif. Une fois complété, elles devaient le déposer dans une enveloppe scellée dans un casier portant le nom de l'auteure de la présente recherche. Entre le moment où elles ont rempli ce test et la cueillette de ces tests, trois questionnaires ont disparu et les participantes concernées ont dû le remplir à nouveau. Les conséquences de cette disparition de documents ont résulté, pour certaines participantes, en une perte de confiance dans la capacité de la chercheuse à maintenir la confidentialité de la recherche et ont aussi affecté leur perception de leurs pairs dès lors qu'elles supposaient que la disparition des documents pouvait impliquer certains de leurs collègues. Les participantes ayant reçu les trois entrevues ont exprimé avoir été troublées par cet événement. Martine a, entre autres, mentionné qu'elle avait rempli à nouveau le questionnaire d'appréciation de façon plus succincte. Il est donc possible que si cet événement ne s'était pas produit, les commentaires de certaines des participantes auraient été différents.

Recommandations pour recherches futures

Bien que succincte, cette recherche a confirmé, tant par l'analyse des entrevues et des œuvres que par celle des tests quantitatifs, que les personnes qui travaillent auprès de clients traumatisés sont à risque de développer des symptômes de stress traumatique secondaire ou encore des symptômes d'épuisement professionnel. Comme l'analyse des pré et post-tests l'a démontré, cette recherche permet de supporter l'efficacité de la méthode d'art-thérapie en débriefing développée par

l'auteure. Cette recherche a également permis de démontrer les besoins de supervision clinique dans le contexte de la pratique professionnelle auprès d'une clientèle présentant des symptômes de syndrome de stress post-traumatique ou ayant été exposés à des situations traumatiques.

Plusieurs recommandations semblent appropriées pour des recherches futures. D'abord, l'échantillonnage devrait être plus vaste. Cinq participantes constituent en effet un groupe trop restreint pour permettre la généralisation des conclusions de la recherche. Cet échantillonnage pourrait aussi inclure des intervenants de sexe masculin afin de vérifier l'incidence des récits traumatiques sur les travailleurs et principalement les récits impliquant des sévices sexuels. Un test mesurant le SSPT devrait être administré aux participants avant le début de la recherche afin de déterminer la présence de ce syndrome, puisqu'il s'avère difficile de vérifier après coup si les symptômes qui se manifestent sont causés par des récits actuels ou par des traumatismes passés. Un questionnaire précisant l'âge et l'expérience des participants pourrait également fournir des informations relatives à la corrélation potentielle entre ces facteurs et la présence des symptômes dû au STS. Enfin, il semblerait opportun d'offrir un questionnaire reflétant la qualité de vie des travailleurs à l'extérieur du travail afin de mesurer les facteurs de résilience au stress.

La méthode d'intervention appliquée lors de la présente recherche implique plusieurs facteurs variables. Ainsi la personne qui l'applique suit une méthode qui se veut plus qualitative que quantitative. Les résultats sont aussi dépendants de la capacité de l'art-thérapeute à accompagner le travailleur d'une façon signifiante pour ce dernier. La méthode d'intervention créée pour cette recherche pourrait être

systematisée quant aux effets des phénomènes inhérents à l'art-thérapie, à savoir la symbolisation, la distanciation et surtout l'intentionnalité. Par exemple, les effets, positifs ou non, de l'utilisation des symboles des clients comme « protecteur », pourraient faire l'objet d'une analyse rigoureuse.

L'objectif de cette recherche était d'étudier les effets préventifs d'une intervention hybride basée sur l'intégration de l'art-thérapie et du débriefing sur les symptômes de STS et d'épuisement professionnel. L'auteure de cette recherche considère avoir atteint cet objectif même si elle reconnaît que cette étude constitue le prélude à une recherche plus exhaustive.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Acker, K.H. (1993). Do critical care nurses face burn-out, PTSD, or is it something else?: Getting help for the helpers. *Clinical issues in Critical Care Nursing*, 4(3), 558-565.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.) Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author.

Appleton, V. (2001). Avenues of hope : Art therapy and the resolution of trauma. *Art therapy: Journal of the american Art Therapy Association* 18(1), 6-13.

Astin, M.C. (1997). Traumatic therapy: How helping rape victims affects me as therapist. *Women & Therapy*, 20(1) 101-109.

Bartone, P.T., Ursano, R.J., Wright, K.M., & Ingraham, L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(6), 317-328.

Beerhr, T.A., Johnson, L.B. & Nieva, R. (1995). Occupational stress: Coping of police and their spouses. *Journal of Organizational Behavior*, 16(1), 3-25.

Beaton, R., & Murphy, S.A. (1995). Working-people in crisis: Research implications. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary PTSD among those who treat the traumatized*. (pp. 51-81). New York: Brunner Mazel.

Betensky, M.G. (1987). Phenomenology of Therapeutic Art Expression and Art Therapy. In Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy* (pp. 149-166). Levittown, PA: Brunner, Mazel.

Beres, D. (1968). The humanness of human beings: Psychoanalytic considerations. *Psychoanalytic Quarterly*, 37, 487-522.

Bills, L.J. (1995). Trauma based psychiatry for primary care. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary Traumatic Stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. (pp. 121-148). Lutherville, MD: Sidran Press.

Bisson, J., Jenkins, P.L., Bannister, C. & Alexander, J. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.

Blanchard, E.A. & Jones, M. (1997). Care of clinicians doing trauma work. In M. Harris & C.L. Landis (Eds.), *Sexual abuse in the lives of women diagnosed with serious mental illness*. India: Harwood Academic Publishers.

Bohl, N. (1988). Effect of psychological intervention after critical incidents on anger, anxiety and depression. *Ph.D. Dissertation*, California Graduate Institute.

Bohl, N. (1995). Measuring the effectiveness of CISD: a study. *Fire Engineering*, August, 125-126.

Brown, D., Carn, J., Fagin, L., Bartlett, H., & Leary, J. (1994). Mental health: Coping with caring. *Nursing Times*, 90(45), 53-55.

Burkle, F.M. (1996). Acute-phase mental health consequences of disasters: Implications for triage and emergency medical services. *Annals of emergency Medicine*, 28(2), 119-128.

Burns, C. & Harm, L. (1993). Emergency nurses' perceptions of critical incidents and stress debriefing. *Journal of Emergency Nursing, 19*, 431-6.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

Cazenave, M. (1996). *Encyclopédie des symboles*. Librairie Générale Française. France : La Pochothèque.

Cerney, M.S. (1995). Treating the « heroic treaters ». In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp.131-149). New York: Brunner/ Mazel, (1995).

Chapman, L., (2000, october). *Art and play therapy for children in crisis*. Unpublished paper presented at the First creative arts therapies conference « Convergence » of University Concordia, Montréal, Québec, Canada.

Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H., & Knudson, M. (2001). The effectiveness of Art Therapy Interventions in Reducing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in Pediatric Trauma Patients. *Journal of the American Art Therapy Association, 18*, (2), 100-108.

Chemtob, C., Thomas, S., Law, W., & Cremmiter, D. (1997). Post-disaster psychological intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry, 154*, 415-17.

Chevalier, J., & Gheerbrant, A. (1982). *Dictionnaire des symboles*. Paris : Robert Laffont/ Jupiter.

Chrestman, K.R. (1995). Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-*

care issues for clinicians, researchers, and educators. (pp.29-36). Lutherville, MD: Sidran Press.

Courtois, C.A. (1993). Vicarious traumatization of the therapist. *Clinical Newsletter*, 3(2), 8-9.

Courtois, C.A. (1997). Healing the incest wound: A treatment update with attention to recovered-memory issues. *American Journal of Psychotherapy*, 51(4) 464-496.

Coyle A. & Soodin, M. (1992). Training, workload and stress among HIV counsellors. *AIDS Care*, 4(2), 217-221.

Chrestman, K.R. (1999). Secondary Exposure to Trauma and Self Reported Distress Among Therapists. In Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators.* Lutherville, MD: Sidran Press.

Danieli, Y. (Ed.), (2002). *Sharing the front line and the back hills. Peacekeepers, humanitarian aid workers and the media in the midst of crisis.* New York: Baywood Publishing Company, inc.

Danieli, Y. (1994). Countertransference, trauma, and training. In J.P. Wilson & J.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD.* New York: Guilford Press.

Danieli, Y., Mahmoud, Y. (2002). Introduction. In *Sharing the front line and the back hills. Peacekeepers, humanitarian aid workers and the media in the midst of crisis.* (pp. 1-5). New York: Baywood Publishing Company, inc.

Davidson, P. & Jackson, C.C. (1985). The nurse as a survivor: Delayed post-traumatic stress reaction and cumulative trauma in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 22(1), 1-13.

Deahl, M.P., Gillham, A.B., Thomas, J., Searle, M.M., & 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, 60-5.

De Soir, E. (2003, janvier). Les débriefings psychologiques et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des intervenants des services de secours [version électronique]. *Journal International de victimologie*, Année 1, numéro 2, Bruxelles, Retrieved march 01, 2006, from [http://www.jidv.com/DE%20SOIR,E%20-%20JIDV%202003%201%20\(2\).htm](http://www.jidv.com/DE%20SOIR,E%20-%20JIDV%202003%201%20(2).htm)

Dimond, M. (2002). What aid workers and frogs have in common. In Danieli, Y. (Ed.), *Sharing the front line and the back hills. Peacekeepers, humanitarian aid workers and the media in the midst of crisis*. (pp.102-103). New York: Baywood Publishing Company, inc.

Downie, S. (2002) Peacekeepers and Peace builders under stress. In Danieli, Y. (Ed.), *Sharing the front line and the back hills. Peacekeepers, humanitarian aid workers and the media in the midst of crisis*. (pp. 9-20). New York: Baywood Publishing Company, inc.

Dunning, C. (1988). Intervention strategies for emergency workers. In M. Lystad (Ed.) *Mental mass response to mass emergencies: Theory and practice*. New York: Brunner/Mazel.

Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model for assesment and intervention*. New York: Springer.

Emery, P. F., & Emery, O.B. (1989). Psychoanalytic considerations on post-traumatic stress disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 19 (1), 39-53.

Evans, R.C. & Evans, R.J. (1992). Accident and emergency medecine II. *Postgraduate Medical Journal*, 68(804) 786-799.

English, O.S. (1976). The emotional stress of psychotherapeutic practice. *Journal of the American Academy of psychoanalysis*, 4, 191-201.

Everett, S.R. (1997). Stress, vicarious traumatization, and coping: Therapists' efforts to manage the stress of treating sexual trauma. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 57(10-B), 6568.

Everly, G.S. & Boyle, S. (1997). A meta-analysis of the critical incident stress debriefing (CISD). Paper presented to the 4th World Congress on Stress, Trauma and Coping in the Emergency Services Professions, Baltimore, MD.

Feder, B. & Feder, E. (1998). *The art and Science of Evaluation in the Arts Therapies*. Springfield, IL : C.C. Thomas publishers ltd.

Figley, C.R. (1983b). The family as a victim : Mental health implication. In P. Berner (Ed.), *Proceedings of the VIIIth world congress of psychiatry*. London : Plenum.

Figley, C.R. (Ed.) (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Figley, C.R. (1995). Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists. In R.H. Mikesel, D.D. Lusterman, & S.H. McDaniel (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and system theory*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Figley, C. R. (1995b). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress* (pp. 3-28). Lutherville, Md: Sidran Press.

Figley, C.R. (1999). Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. In Stamm, B.H.(Ed.), 2nd ed. *Secondary Traumatic Stress*. Lutherville, MD : Sidran Press.

Figley, C.R. (2002). *Treating compassion fatigue*. C.R. Figley (Ed.). Brunner-Routledge, N.Y. London.

Figley, C.R. & Kleber, R.J. (1995). Beyond the « victim »: Secondary traumatic stress. In R.J. Kleber, C. R. Figley, & B. Gerson (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press.

Fish, B. (1989). Addressing countertransference through image making. In H. Wadson, J. Durkin, & D. Perach (Eds.), *Advances in Art Therapy* (pp.376-389). New York: John Wiley & Sons.

Foa, E., Keane, T., & Friedman, M. (Eds.). (2000). *Effective treatment for PTSD*. N.Y : The Guilford Press.

Folette, V.M., Polusny, M.M. & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of

providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and practice*, 25(3), 275-282.

Foreman, C. (1992). Disaster counselling. *American counselor*, 1(2), 28-32.

Gabriel, M.A. (1994). Group therapists and AIDS groups: An exploration of traumatic stress reactions. Special issue: The challenge of AIDS. *Group*, 18(3), 167-176.

Gantt, L., & Tabone, C. (1997). *Rating manual for the formal elements Art Therapy Scales (FEATS)*. Morgantown, WV : Gargoyle Press.

Garside, B. (1993). Physicians mutual aid group: A response to AIDS-related burnout. *Health & Social Work*, 18(4), 259-267.

Genest, M., Levine, J., Ramsden, V., & Swann, R. (1990). The impact of providing help: Emergency workers and cardiopulmonary resuscitation attempts. *Journal of traumatic stress*, 3(2), 305-313.

Gentry, J.E., Baranowsky, A.B., & Dunning, K. (2002). ARP: The accelerated Recovery Program (ARP) for Compassion Fatigue. In C.R. Figley (Ed), *Treating Compassion Fatigue* (pp.123-137). New York: Brunner-Routledge.

Goleman, D. (1998). *L'intelligence émotionnelle*. Les éditions Robert Laffont, Qc, Canada.

Good, D.A. (1996). Secondary traumatic stress in art therapists and related mental health professionals. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences*, 57(6-A), 2370.

Griffiths, J. & Watts, R. (1992). *The Kempsey and Grafton Bus Crashes: The Aftermath*. East Lismore, New South Wales: Instructional Design Solutions.

Hanneman, M. F. (1994). *Evaluation of Critical Incident Stress Debriefing as perceived by volunteer firefighters in Nova Scotia*. Ph. D. dissertation. Ann Arbor, MI: UMI Dissertation Services.

Harris, C.J. (1995). Sensory-based therapy for crisis counselors. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Hartman, C.R. & Jackson, H.C. (1994). Rape and the phenomena of countertransference. In J.P. Wilson & J.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.

Hartsough, D.M. & Myers, D.G. (1985). *Disaster work and mental health: Prevention and control of stress among workers*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

Hobson, R. (1985). *Forms of feeling : The hearth of psychotherapy*. London.

Hollingsworth, M.A. (1993). Response of female therapists to treating of adult survivors of incest. *Dissertation Abstracts International*, 54 (6-B), 3342.

Horowitz, M.J. (1974). Stress response syndromes : character style and dynamic psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 31, 768-81.

Hover-Kramer, D. Mabbett, P., & Shames, K.H. (1996), Vitality for caregivers. *Holistic Nursing Practice*, 10(2), 38-48.

Jenkins, S.R. (1996). Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 11, 477-92.

Jenkins, S.R. & Baird, S., (2002). Secondary Traumatic Stress and Vicarious Trauma: A validation Study. *Journal of Traumatic Stress, 15*(5), 423-432.

Jiggetts, S.M. & Hall, D.P. (1995). Helping the helper: 528th Combat Stress Center in Somalia. *Military Medicine, 160*(6), 275-277.

Johnson, C.N.E. & Hunter, M. (1997). Vicarious traumatization in counselors working in the New South Wales Sexual Assault Service: An exploratory study. *Work & Stress, 11*(4), 319-328.

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing, 22*(4), 16-122.

Kaplan, H.I., & Saddock, B.J. (1985). *Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry/IV*. Fourth ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Kassam-Adams, N. (1995). The risk of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In B.H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress (pp.37-50)*. Lutherville, MD:Sidran Press.

Kaufmann, G.M & Beerhr, T.A. (1989). Occupational stressors, individual strains, and social support among police officers. *Human relations, 42*(2), 185-197.

Kenardy, J.A., Webster, R.A., Lewin, T.J., Carr, V.J., Hazell, P.L. & Carter, G.L., (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 37-49.

Kielo, J.B. (1988). *A study of art therapists' countertransference and post session imagery*. Unpublished master's thesis, University of Concordia, Montreal, Québec, Canada.

Kielo, J.B. (1991). Art therapists' countertransference and post-session therapy imagery. *Art Therapy, 8* (2, Autumn), 14-19.

Lachman-Chapin, M. (1987). A self psychology approach to art-therapy. In J.A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy* (pp. 75-91). New York: Brunner/Mazel.

Lanning, J.K.S. (1987). *Post-trauma recovery of public safety workers for the Delta 191 crash: debriefing personal characteristics and social systems*. Ph.D. dissertation. Ann Arbor, MI: UMI Dissertation Services.

Lavery, T.P. (1994). Culture shock: Adventuring into the inner city through post-session imagery. *American Journal of Art Therapy*, 33, 14-20.

Leach, J. (1994). *Survival psychology*. New York: New York University Press.

Leus, X. & Bower, H. (2002). Health workers on the frontline. In Yael Danieli (Ed.), *Sharing the front line and the backs hills*. (pp. 78-84). N.Y : Baywood Publishing co. inc.

Lum, G., Goldberg, R.M., Mallon, W.K., Lew, B. & Margulies, J. (1995). A survey of wellness issues in emergency medicine (part 2). *Annals of Emergency Medicine*, 25(2), 242-248.

Lyon, E. (1993). Hospital staff reactions to accounts by survivors of childhood abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(3), 410-416.

Malchiodi, C. (1985). *Art therapy with children from violent homes*. New York : Brunner /Mazel.

Maltz, W. (1992). Caution: Treating sexual abuse can be hazardous to your love life. *Treating Abuse Today*, 2(2), 20-24.

Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Ronfeldt, H.M., & Foreman, C. (1996). Stress response of emergency workers. In C.R.Figley (Ed.), *Compassion*

fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York.: Brunner/Mazel.

Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J. & Delucchi, K.L. (1996). Characteristics of emergency service personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153(7, Festschrift Supplement), 94-102.

Marshall, S.L.A. (1944). *Island Victory*. New York: Penguin Books

Marshall, S.L.A. (1947). *Men under Fire: The problem of Battle Command in Future War*. New York: William Morrow.

Marvasti, J.A. (1992). Psychotherapy with abused children and adolescents. In J.R. Brandell (Ed.), *Countertransference in psychotherapy with children and adolescents*. (pp.191-214). Northvale, NJ: Aronson.

Maxwell, M.J., & Sturm, C. (1994). Countertransference in the treatment of war veterans. In J.P. Wilson & J.D. Lindsay (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD*. (pp. 288-307) New York: Guilford Press.

McCammon, S.L., & Long, T.E. (1993). A post-tornado support group: Survivors and professionals in concert. *Journal of social behavior and Personality*, 5, 131-148.

McCann, I.L. & Coletti, J. (1994). The dance of empathy: A hermeneutic formulation of countertransference, empathy, and understanding in the treatment of individuals who have experienced early childhood trauma. In J.P. Wilson & J.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD*. (pp 87-121). New York: Guilford Press.

McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990) Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.

McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990a). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York: Brunner/Mazel.

McFarlane, A.C. (1988). The longitudinal course of post-traumatic morbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.

Mega, L.T. & McCammon, S.L. (1992). Tornado in eastern North Carolina: Outreach to school and community. In L.S. Austin (Ed.), *Responding to disaster: A guide for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Meyers, T.W. (1997). The relationship between family of origin functioning, trauma history, exposure to children's traumas and secondary traumatic stress symptoms in child protective service workers. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences*, 57(11-A), 4931.

Miles, M.S., Demi, A.S. & Mostyn-Aker, P. (1984). Rescue workers' reactions following the Hyatt Hotel Disaster. *Death Education*, 8, 315-331.

Miller, L. (1995). Tough guys: Psychotherapeutic strategies with law enforcement and emergency services personnel. *Psychotherapy*, 32(4), 592-600.

Miller, K.I., Stiff, J.B., & Ellis, B.H. (1988). Communication and empathy as precursors to burn-out among human service workers. *Communication monographs*, 55 (9).

Mitchell, J. T. (1976). Rescue crisis intervention. *EMS News*, 4(3), 4. Baltimore, MD: Maryland Institute for Emergency Medical Service Systems.

Mitchell, J. T. (1981, November). *Acute stress reactions and burnout in pre-hospital emergency medical services personnel*. Paper presented at the First National Conference on Burnout, Philadelphia, PA.

Mitchell, J. T. (1982). Recovery from rescue. *Response Magazine, Fall*, 7-10.

Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8 (1), 36-39.

Mitchell, J. T. (1986). Teaming up against critical incident stress. *Chief Fire Executive, 1*, 24; 36; 84.

Mitchell, J. T. (1988). The history, status and future of critical incident stress debriefings. *Journal of Emergency Medical Services*, 13 (11), 49-52.

Mitchell, J. T. (1992). *Comprehensive Traumatic Stress Management in the Emergency Department*. Monograph Series, Leadership in Nursing. The Emergency Nurses Association.

Mitchell, J. T., & Bray, G. (1990). *Emergency services stress: Guidelines for preserving the health and career of emergency services personnel*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Mitchell, J. T. & Everly, G.S. (1993). *Critical Incident Stress Debriefing (CISD): An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing.

Mitchell, J. T. & Everly, G.S. (1996). *Critical Incident Stress Debriefing (CISD): An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers*. 2nd edn revised. Ellicott City, MD: Chevron Publishing.

Mitchell, J.T. & Everly, G.S. (2002). Critical Incident Stress Management and Critical Incident Stress Debriefings : evolutions, effects and outcomes. In Raphael, B. & Wilson, J.P. (Eds.), *Psychological Debriefing; Theory, Practice and Evidence*. (pp.71-90). Cleveland, OH : Cambridge University Press.

Mitchell, J. T. & Resnik, H.L.P. (1981). *Emergency Response to Crisis*. Bowie, MD: Robert J. Brady Company, Prentice Hall.

Munroe, J.F. (1999). Ethical Issues Associated with Secondary Trauma in Therapists. In Stamm, B.H. (Ed.), *Secondary Traumatic Stress*. (pp. 211-229). Sidran Press, MD : U.S.A.

Munroe, J.F, Shay,J., Fisher, L. M., Mackary, C., Rapperport, K., & Zimering, R. T. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model. In C.R.Figley (Ed), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 209-231). New York.: Brunner/Mazel.

Myers, D.G. (1985). Helping the helpers: A training manual. In D.M. Hartsough & D.G. Myers (Eds.), *Disaster work and mental health: Prevention and control of stress among workers*. (pp. 45-149). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

Nader, K. (1994). Countertransference in the treatment of acutely traumatized children. In J.P. Wilson & J.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.

Neumann, D.A., & Gamble, S.J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapists: *Psychotherapy*, 32(2), 341-347.

Nurmi, L. (1997, April). *The sinking of the 'Estonia'*. Paper presented at the 4th World Congress on Stress, Trauma and Coping in the Emergency Services Professions, Baltimore, MD.

Parson, E.R. (1994). Inner city children of trauma: Urban violence traumatic stress response syndrome (U-VTS) and therapists' responses. In J.P. Wilson & J.D. Lindy (Eds.), *Countertransference in the treatment of PTSD*. (pp. 151-178). New York: Guilford Press.

Paton, D. (1995, June). *Debriefing: Social support and recovery from trauma. Psychologically speaking*. Paper presented to the Australian Psychological Society (WA Branch).

Paton, D. & Violanti, J. (Eds) (1996). *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences & treatment*. New York: Charles C. Thomas.

Pearlman, L.A. (1999). Self-Care for Trauma Therapists; Amelioring Vicarious Traumatization. In Stamm, B.H. (Ed.), ed. *Secondary Traumatic Stress* (pp. 51-60). Lutherville, MD : Sidran Press.

Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.

Pilkington P. (1993). Who cares for the carers? [editorial]. *Journal of Advanced Nursing*, 18(12), 1855-1856.

Pynoos, R.S., Goenjian, A. & Steinberg, A.M. (1994). *Strategies of disaster intervention for children and adolescents*. Paper presented at the NATO Conference on Stress, Coping and Disaster in Bonos, France.

Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe*. New York: Basic Books.

Raphael, B. (2002). Conclusion: Debriefing - science, belief and wisdom. In Raphael & Wilson, (Eds.), *Psychological Debriefing*. (pp. 351-359). Cambridge University Press.

Raphael, B., Meldrum, L. & O'Toole, B. (1991). Rescuer's psychological responses to disasters. *British Medical Journal*, 303 (6814), 1346-1347.

Raphael, B., Singh, B., Bradbury, L., & Lambert, F. (1983-1984). Who helps the helpers? The effects of a disaster on the rescue workers. *Omega*, 14(1), 9-20.

Raphael, B., Singh, B., Bradbury, L. (1986). Disaster: The helper's perspective. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crisis: An integrated approach*. (pp.323-330). New York: Plenum Press.

Rappaport, D., Gill, M., & Schaefer, R. (1946). *Diagnostic psychological testing. Vol.II*. Chicago: Year Book. Publishers,

Richards, D. (1994). Traumatic stress at work: A public health model. *British Journal of Guidance & Counselling*, 22(1) 51-64.

Riley, S. (1997). An Art Psychotherapy stress reduction group : For therapist dealing with a severely abused client population. *The Arts in Psychotherapy*, 23(5), 407-415.

Riordan, R.J. & Saltzer, S.K. (1992). Burn-out prevention among health care providers working with the terminally ill: A literature review. *Omega*, 25(1), 17-24.

Robbins, A. (1987). An object relations approach to art therapy. In Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to art therapy*. (pp. 63-74). Levittown, PA: Brunner/Mazel.

Robinson, R.C. (1994). *Follow-up study of Health and Stress in Ambulance Services, Victoria, Australia, Part 1*. Melbourne, Victoria: Victoria Ambulance Services.

Roberts, G.L., O'Toole, B.I., Lawrence, J.M. & Raphael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *Medical Journal of Australia*. 159(5), 307-310.

Roger, O.W. (1993). An examination of Critical Incident Stress Debriefing for emergency service providers: A quasi-experimental field study. Ph.D. dissertation. Ann Arbor, MI: UMI Dissertation Services.

Rozelle, D. (1997). Trauma and the therapist: Visual image making, countertransference, and vicarious traumatization. *Dissertation abstract International: Section B: Sciences & Engineering*, 58(4-B), 2136.

Rosenbloom, D.J., Pratt, A.C., & Pearlman, L.A. (1999). Helpers' Responses to Trauma Work : Understanding and Intervening in an Organization. In Stamm, H.B. (Ed.), *Secondary Traumatic Stress*, (pp. 65-79). Lutherville MD : Sidran Press.

Rubin, J.A. Ed. (1987). *Approaches to Art Therapy*. Levittown, PA: Brunner, Mazel.

Rudolph, J.M., & Stamm, B.H. (1999). Maximizing human Capital : Moderating Secondary Traumatic Stress through Administrative & Policy Action. In Stamm, H.B. (Ed.), *Secondary Traumatic Stress*. Lutherville, MD: Sidran Press.

Saakvitne, K.W. & Pearlman, L.A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York: W.W. Norton.

Schauben, L.J. & Frazier, P.A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64.

Schaverian, J. (1992). *The revealing image*. N.Y : Routledge.

Searle, M. M., & Bisson, J.I. (1992). Psychological sequelae of friendly fire. Unpublished paper presented at the *Military Psychiatry Conference on Stress, Psychiatry and War*, Paris, France.

Shalev, A.Y. (2002). Stress management and debriefing: historical concepts and present patterns. In Raphael & Wilson (Eds.), *Psychological Debriefing*. (pp. 17-31). Cambridge University Press.

Simonds, S.L. (1997). Vicarious traumatization in therapists treating adult survivors of sexual abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences & Engineering*, 57(8-B), 5344.

Shay, J. & Munroe, J. (1999). Posttraumatic stress disorder. A comprehensive text. Saigh & Bremner (Ed.), *Group and milieu therapy for veterans with complex post-traumatic stress disorder* (pp. 391-413). MA: Allyn & Bacon.

Sloan, I.H., Rosensky, R.H., Kaplan, L., & Saunders, S.M. (1994). A shooting incidence in an elementary school: Effects of worker stress on public safety, mental health, and medical personnel. *Journal of Traumatic Stress, 7*(4), 565-574.

Slover, C.A. (1998). The effects of repeated exposure to trauma on volunteer victim advocates. *Dissertation Abstracts International: Section B: Sciences & Engineering, 58*(8B), 4473.

Sorrells-Jones, J. (1993). Caring for the caregivers: A wellness and renewal project. *Nursing Administration Quarterly, 17*(2), 61-67.

Stallard, P., & Law, F. (1993). Screening and psychological debriefing of adolescents survivors of life-threatening events. *British Journal of Psychiatry, 163*, 660-5.

Stamm, B.H. (1999). (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press.

Stamm, B.H. (2002). Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue : Developmental History of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In Figley, C. (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*. (pp.107-122). N.Y: Brunner-Routledge.

Sutker, P.B., Uddo, M., Brailey, K., & Allain, A.N. (1992). *Operation Desert Shield Storm (ODS) Returnee Evaluation, Debriefing, And Treatment Program report*. West Haven, Connecticut: Northeast Program Evaluation Center.

Sutker, P.B., Uddo, M., Brailey, K., & Allain, A.N. (1993). War-zone trauma and stress-related symptoms in Operation Desert Shields/Storm (ODS) returnees. *Journal of Social Issues, 49*(4), 33-50.

Sutker, P.B., Uddo, M., Brailey, K., Allain, A.N., & Errera, P. (1994). Psychological symptoms and psychiatric diagnosis in Operation Desert Storm troops serving grave registration duty. *Journal of Traumatic Stress, 7*(2), 159-171.

U.S. National Institute of Mental Health. Emergency Branch. (1987). *Prevention and control of stress among emergency workers: A pamphlet for workers*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Wright, K.M., McCarroll, J.E. Norwood, A.E., & Dinneen, M.M. (1992). *Disaster workers: Trauma and social support*. Bethesda, M.D: Departement of psychiatry, F. Edward Hebert School of Medecine, Unofomed Services University of the Health Sciences.

Vachon, M.L.S. (1987). Team stress in palliative/hospice care. In L.F. Paradis (Ed.), *Stress and burnout among health care providers caring for the terminally ill and their families*. (pp.75-103). New York: Haworth Press.

Valent, P. (1995). Survival strategies: A framework for understanding stress and coping in helpers. In C.R.Figley, (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*.(pp.21-50). New York: Brunner/Mazel.

Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In Figley, C. Ed. *Treating Compassion Fatigue*. (pp. 17-38). N.Y: Brunner-Routledge.

Violenti, J.M. (1995). Survivors' trauma and departmental response following deaths of police officers. *Psychological Reports, 77*(2). 611-615.

Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehlert, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155(12) 1727-1732.

Walkup, M. (2002). Humanitarian at risk : From Threatened Aid Workers to Self-Deceiving Organizations. In Danieli, Y.(Ed.), *Sharing the Front Line and the Back Hills*. (pp. 353-359). N.Y : Baywood cie.

Weaver, J.D. (1995). *Disasters: Mental health interventions*. Sarasota, Florida: Professional Press.

Wee, D. (1996). Research in critical incident stress management. Part 4. How effective is this? *Life Net*, 7(2), 4-5.

Wee, D., Mills., D.M. & Koelher, G. (1999). The effects of Critical Incident Stress Debriefing on emergency medical services personnel following the Los Angeles civil disturbance. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 33-8.

Weisaeth, L. (1989b). The stressors and post-traumatic stress syndrome after and industrial disaster. *Acta Psychiatria Scandinavia*, 80, Suppl. 355, 13-24.

White, G.D. (1998). Trauma treatment training for Bosnian and Croatian mental health workers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1), 58-62.

Wilson, J.P. and Raphael, B. (1993). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York : Plenum.

Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris: Éd. Gallimard.

Winnicott, D.W. (1971). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. France : Collection Tel, Gallimard.

Wolf, R. (1985). Image formation in the countertransference: A revision of the totalistic view. *Art therapy*, 2. 129-133.

Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. In C.R. Figley, (Ed.), *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 178-208) New York : Brunner/Mazel.

Annexe 1

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement éclairé

Thème du travail de recherche :

Art-thérapie, débriefing et traumatisation vicariante : une approche préventive

Étudiante en art-thérapie :

Suzanne Cloutier

Université Concordia

Montréal, Québec

Superviseure de recherche :

Madame Josée Leclerc, Ph. D., ATR-Bc, ATPQ

Université Concordia

Intention de recherche

Le sujet de ma recherche pour l'année 2001-2002 porte sur l'efficacité de l'art-thérapie, combinée à une technique de débriefing, pour traiter les symptômes liés au syndrome post-traumatique secondaire (SPTS) et/ou à la traumatisation vicariante chez les travailleurs exerçant auprès d'une clientèle souffrant de syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Je m'intéresse spécifiquement à la partie débriefing de la trauma-thérapie et à l'art-thérapie comme outil de débriefing.

Mon étude-pilote consiste en une approche qualitative où je tenterai de construire un modèle d'intervention brève alliant art-thérapie et débriefing auprès de travailleurs qui côtoient des situations impliquant du matériel traumatique, dans le but de prévenir la dégénérescence d'images intrusives en problèmes plus graves, pouvant dégénérer vers le syndrome post-traumatique secondaire ou la traumatisation vicariante chez le travailleur. Le DSM-IV a contribué à la traumatologie en considérant qu'une connaissance de l'expérience traumatique d'une autre personne pouvait aussi être traumatisante (Figley, 1995b), amenant ici le sujet dérivé de ma recherche. « Secondary trauma, psychological injury to the caregivers from doing work, is intrinsic in the work itself. » (Shay & Munroe, 1999)

Pour ce faire, ce projet-pilote permettra l'énonciation de l'expérience des travailleurs par le biais de l'expression verbale et artistique. Le travail artistique des participants et ce qu'ils en diront, en lien avec leur travail de trauma-thérapeutes, sera utilisé pour identifier des thèmes reliés à cette problématique.

Déroulement

Je prévois faire des rencontres aux deux semaines avec six intervenantes qui travaillent auprès d'une clientèle majoritairement composée d'immigrants arrivés ici en état de PTSD. Plus précisément, je souhaite faire une série de trois rencontres individuelles d'une durée d'une heure, une fois par deux semaines, afin de leur procurer un cadre pour se libérer des images intrusives qui pourraient les habiter. La date et l'heure de ces rencontres seront fixées à l'avance à la convenance de chaque intervenante. Chaque intervenante qui s'engage comme participante à ce projet devra

être présente à chacune de ces séances et devra, dans la mesure du possible, m'avertir si elle ne peut être présente à son rendez-vous.

Un pré-test sera donné au début de cette étude pour vérifier le besoin d'appui des intervenantes et un post-test sera donné à la fin pour évaluer si l'expérience s'est avérée bénéfique.

Ces rencontres se dérouleront dans l'esprit du « Traumatic Events Debriefing » (TED). La première phase est la prise de contact. La seconde étape consiste à questionner la participante pour savoir si des rencontres avec certains clients ont été plus difficiles que d'autres et l'inviter à en décrire les faits. Dans un troisième temps, il s'agit d'amener la participante à choisir le ou les événements les plus difficiles et à décrire ses pensées au moment des récits de ses clients. La quatrième étape, là où l'art-thérapie entre en jeu, consiste à dessiner ce qui l'a le plus marquée émotionnellement durant ces récits et à faire un retour narratif sur son dessin par la suite. Lors de la cinquième étape, la participante sera appelée à tenter de décrire son état suite à l'étape précédente. À la sixième partie de la rencontre, la participante sera amenée vers un « closing » en l'encourageant à écrire quelques phrases sur son expérience thérapeutique. En dernier lieu, la participante peut émettre un ultime commentaire si elle en sent le besoin et le prochain rendez-vous est confirmé.

Toutes les rencontres seront enregistrées et le travail artistique photographié. Le consentement à cette condition est nécessaire à la participation à ce projet. Le matériel photographié pourrait apparaître dans le travail final. Toute information identitaire devant apparaître sur ces photos (i.e. signature) sera camouflée afin de préserver l'anonymat des participants. Le matériel audio, vidéo ou photographique

sera détruit après la fin de la rédaction du mémoire de maîtrise. Les œuvres demeurent la propriété des participantes et leur seront remises à la fin du projet.

Les participantes peuvent retirer leur consentement à la photographie des œuvres sans préjudice et pourront quand même poursuivre leur participation à ce projet-pilote. De même, elles ont le droit d'exercer leur libre choix de participer ou non à cette recherche et de pouvoir se retirer à tout moment et cela sans l'obligation de fournir une raison. Elles pourront le faire en communiquant avec l'étudiante en art-thérapie citée au début de ce document.

Le mémoire de recherche inclura des vignettes cliniques des séances, décrivant certains aspects de l'expérience personnelle des participantes. Des pseudonymes seront, encore, utilisés en accord avec les principes de confidentialité mentionnés plus haut. Une copie reliée de ce travail sera conservée à la bibliothèque de l'Université Concordia.

Risques

En se joignant à cette recherche, les participantes ont peu de probabilité de subir des préjudices et des inconvénients. Les risques physiques sont inexistantes et si par hasard il arrivait quand même un accident, les assurances de l'Université Concordia couvrent les accidents sur mon lieu de stage et celui-ci (le lieu de recherche) en dépend.

Le seul risque, et il est minime en l'occurrence, pourrait être la retraumatisation. Je crois que le cadre très formel des rencontres thérapeutiques, inspiré de la technique de débriefing TED (maintes fois validée par des institutions sérieuses telles la Croix-

Rouge ou encore les Casques bleus) et d'une approche d'art-thérapie qui offre un contenant symbolique à la traumatisation potentielle, est garant d'un haut niveau de contrôle ou du moins d'une considérable réduction de risques.

Le code d'éthique des art-thérapeutes du Québec balisera cette exploration. Ainsi, s'il advenait qu'une participante se retrouve « à risque » de quelque façon que ce soit, la procédure habituelle de protection du client serait amorcée. De plus, si la participante nécessite un suivi en thérapie plus long que ce que je lui offre dans le cadre de cette recherche, j'engage ma responsabilité et ma disponibilité à poursuivre mon soutien tant que ce sera nécessaire, en accord avec les règles de l'Université Concordia, à laquelle je suis redevable.

Bénéfices

Pour la personne qui collabore à ce projet, les sessions d'art-thérapie et de débriefing sont une opportunité d'explorer ses émotions reliées aux problématiques de ses clients et de contribuer à une première étude pouvant mener à une meilleure connaissance du fonctionnement du syndrome post-traumatique secondaire et/ou de la traumatisation vicariante.

Signature du (de la) participant(e) _____

Date _____

Annexe 2

Pré-test et/ou post-test

Fatigue par compassion

Examinez chacune des caractéristiques suivantes en rapport avec votre situation présente. Dans chacune des cases, écrivez le nombre correspondant le plus à votre réalité. Utilisez une de ces réponses.

- 1 = Rarement/jamais
- 2 = Quelquefois
- 3 = Je ne sais pas (*Not sure*)
- 4 = Souvent
- 5 = Très souvent

1. Je m'efforce d'éviter certaines pensées ou certains sentiments qui me rappellent une expérience apeurante.
2. Je me retrouve à éviter certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience apeurante.
3. J'ai des blancs de mémoire relatifs à des événements apeurants.
4. J'ai un sentiment d'étrangeté par rapport aux autres.
5. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à rester endormi-e.
6. J'ai des explosions de colère ou d'irritation suite à une provocation minimale.
7. Je sursaute facilement.
8. Lorsque je travaille avec un client ou une victime, j'ai des pensées violentes envers la ou les personnes qui l'ont victimisée.
9. Je suis une personne sensible.
10. J'ai des flash-back reliés à mes clients et leur famille.
11. J'ai fait l'expérience d'événements traumatisants durant ma vie d'adulte.
12. J'ai fait l'expérience d'événements traumatisants durant mon enfance.
13. J'ai l'impression que j'ai besoin de dénouer certaines expériences traumatisantes de ma vie.

14. J'ai l'impression que j'ai besoin de plus d'amis intimes.
15. J'ai l'impression qu'il n'y a personne à qui je peux parler d'expériences très stressantes.
16. Je suis arrivé-e à la conclusion que je travaille trop.

Eléments relatifs à mes clients et à leur famille.

17. J'ai peur de certaines choses que des personnes traumatisées m'ont dites ou m'ont faites.
18. J'ai eu des rêves troublants semblables à ceux d'un de mes clients et de sa famille.
19. J'ai eu des pensées intrusives de séances avec des clients difficiles et leur famille.
20. Je me suis soudainement et involontairement souvenu d'une expérience apeurante durant mon travail auprès de mes clients et de leur famille.
21. Je suis préoccupé-e par plus d'un client et leur famille.
22. J'ai de l'insomnie en pensant aux expériences traumatisantes de certains clients et de leur famille.
23. J'ai l'impression d'avoir été "contaminé-e" par les expériences traumatisantes de mes clients et de leur famille.
24. Je m'efforce de me sentir moins concerné-e par le bien-être de mes clients et de leur famille.
25. J'ai éprouvé le sentiment d'être piégé-e par mon travail en tant qu'aidant-e.
26. J'ai éprouvé un sentiment d'impuissance associé au fait de travailler avec mes clients et leur famille.
27. Je me sens nerveux, nerveuse relativement à plusieurs sujets et j'attribue cela à mon travail avec certains clients et leur famille.
28. J'ai souhaité parfois pouvoir éviter de travailler avec certains clients et leur famille.
29. J'ai été en danger durant mon travail avec certains clients et leur famille.
30. J'ai senti que certains de mes clients et leur famille ne m'apprécient pas.

Eléments sur le fait d'être un-e aidant-e et sur l'environnement de travail.

31. Je me suis senti-e faible, fatigué-e, vidé-e à la suite de mon travail en tant qu'aidant-e.
32. Je me suis senti-e déprimé-e à la suite de mon travail en tant qu'aidant-e.
33. Je n'arrive pas à séparer mon travail de ma vie privée.
34. J'ai ressenti peu de compassion pour mes collègues de travail.
35. Je sens que je travaille plus pour l'argent que pour me réaliser personnellement.
36. Je trouve difficile de séparer ma vie privée de mon travail.
37. J'ai le sentiment de ne rien valoir/ d'être désillusionné-e/ et d'avoir du ressentiment associé à mon travail.
38. Je sens que je suis un "échec" en tant qu'aidant.
39. J'ai l'impression que je n'arrive pas à rencontrer mes objectifs de vie.
40. J'ai à m'occuper de bureaucratie et de tâches sans importance dans mon travail.

Annexe 3

Questionnaire qualitatif

Bonjour,

Suite à la recherche réalisée durant l'été 2002 portant sur le thème : *Art-thérapie, débriefing et traumatisation vicariante: une approche préventive*, je souhaite recueillir vos commentaires.

1. Pourriez-vous décrire comment vous avez vécu cette expérience?

2. Cette exploration répondait-elle à un ou des besoin(s)? Lesquels?

3. Si cette approche était implantée dans votre milieu de travail, à quelle fréquence croyez-vous qu'il serait bon de faire des rencontres?

4. Avez-vous des suggestions pour améliorer cette approche?

Suzanne Cloutier Tél :

Annexe 4

T-Test pre-post

T-Test Comparing Experimental Group Pre -Post for CF and BO

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	T1CF	44.60	5	12.012	5.372
	T2CF	37.80	5	6.686	2.990
Pair 2	T1BO	33.60	5	7.701	3.444
	T2BO	26.40	5	3.975	1.778

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	T1CF & T2CF	5	.948	.014
Pair 2	T1BO & T2BO	5	-.010	.988

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		
					Lower		Upper
Pair 1	T1CF - T2CF	6.800	6.058	2.709	-.722	14.322	2.510
Pair 2	T1BO - T2BO	7.200	8.701	3.891	-3.603	18.003	1.850

Paired Samples Test

		df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	T1CF - T2CF	4	.066
Pair 2	T1BO - T2BO	4	.138

Annexe 5

T-Test group 1 and 2 at time 2

T-Tests Comparing Experimental Group (1) and Control Group (2) at Time 2 on Compassion Fatigue (CF) and Risk for Burnout (BO)

Group Statistics

Testgroup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
T2CF	1	37.80	6.686	2.990
	2	31.25	5.252	2.626
T2BO	1	26.40	3.975	1.778
	2	22.00	1.826	.913

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
T2CF	Equal variances assumed	.283	.611	1.597	7	.154	6.550	4.100	-3.146	16.246
	Equal variances not assumed			1.646	6.999	.144	6.550	3.979	-2.860	15.960
T2BO	Equal variances assumed	1.303	.291	2.028	7	.082	4.400	2.169	-.729	9.529
	Equal variances not assumed			2.202	5.846	.071	4.400	1.998	-.521	9.321

Annexe 6

Plan d'intervention par étapes

De la méthode d'art-thérapie en débriefing

L'art-thérapie en débriefing

Adapté du Critical Incident Stress Debriefing

1. Introduction : la participante et la thérapeute échangent et la participante est invitée à choisir le récit d'un-e client-e qu'elle a trouvé particulièrement éprouvant.
2. Étape narrative factuelle : lors de la narration de l'événement : la participante explique les faits liés au récit de son client, sans exprimer ni ses pensées ni les réactions émotives qu'elle a ressenties lors de l'écoute du récit.
3. Étape cognitive: la participante décrit les pensées (et non les émotions) qu'elle a ressenti lors de la narration de l'événement par son client.
4. Étape de narration visuelle des émotions : la participante est invitée à produire une image au moyen du médium artistique de son choix. Elle illustre picturalement les réactions émotionnelle qu'elle a vécues au moment du récit. Les phénomènes de symbolisation peuvent être observés lors de cette étape.
5. Étape transitionnelle: permet la transition du plan émotionnel au plan cognitif; lors de cette étape le dessin est observé et est observé et les réactions et associations qu'il suscite sont verbalisées. Les phénomènes de distanciation et d'intentionnalité peuvent être observés lors de cette étape.
6. Étape d'information : consiste à informer l'intervenante concernant les concepts de la traumatisation vicariante et la « normalité » des réactions contre-transférentielles, comme il est prévu de le faire selon la technique de CISD initiale.

7. Étape de réinsertion : marque la fin de la rencontre. C'est le retour dans l'environnement de travail. La travailleuse reprend le cours de sa journée. Le prochain rendez-vous est fixé.

Images

1 à 17

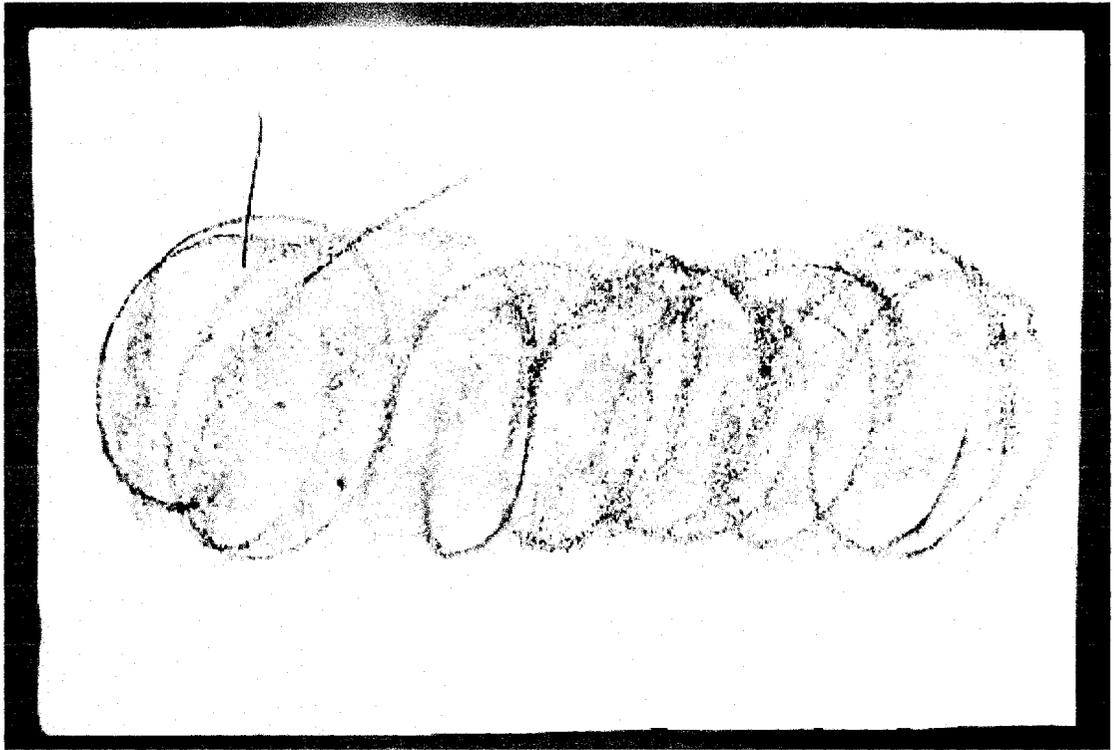


image 1-a

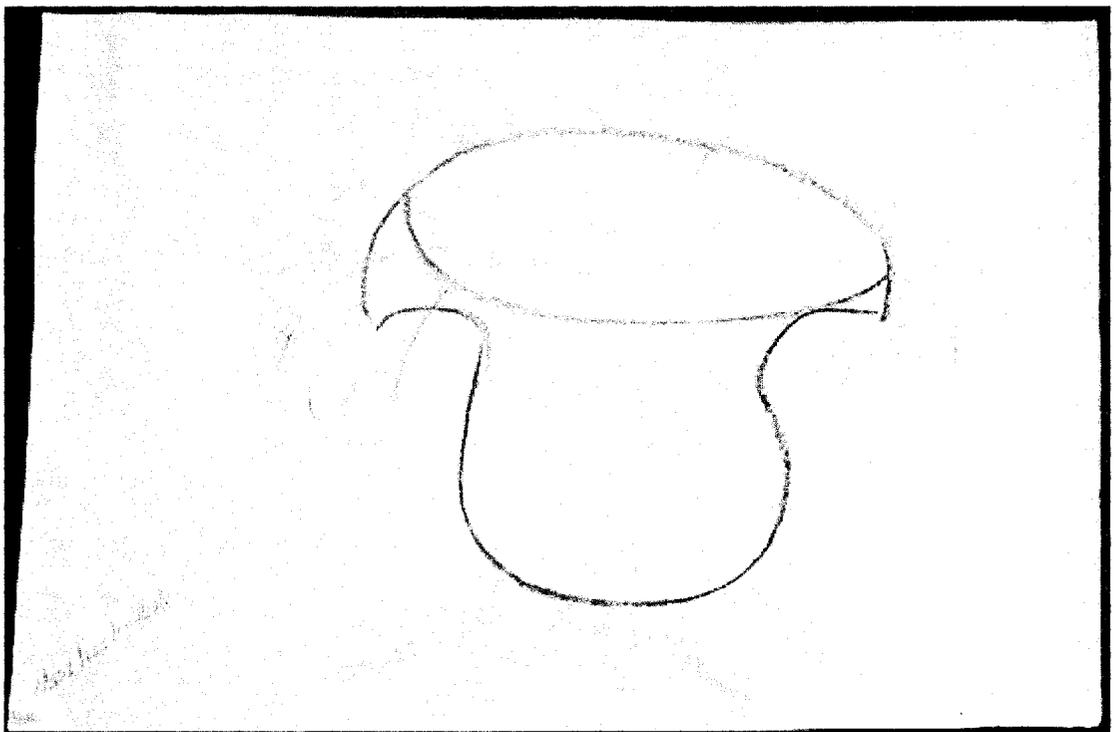


image 1-b

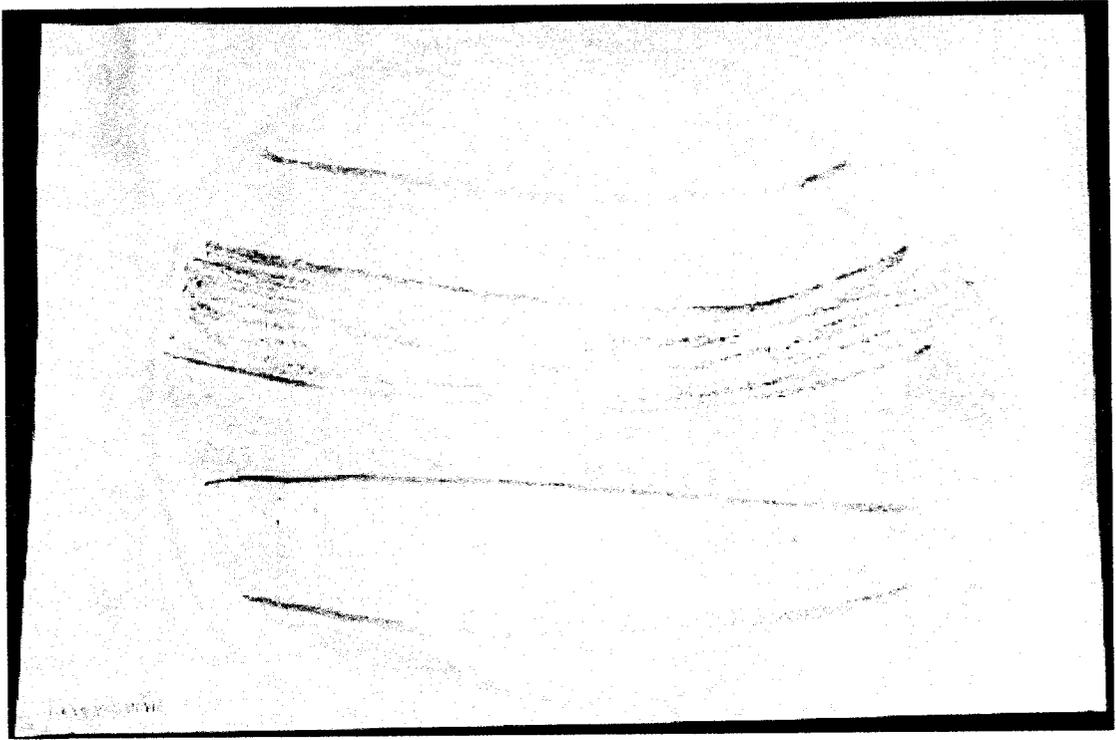


image 1-c

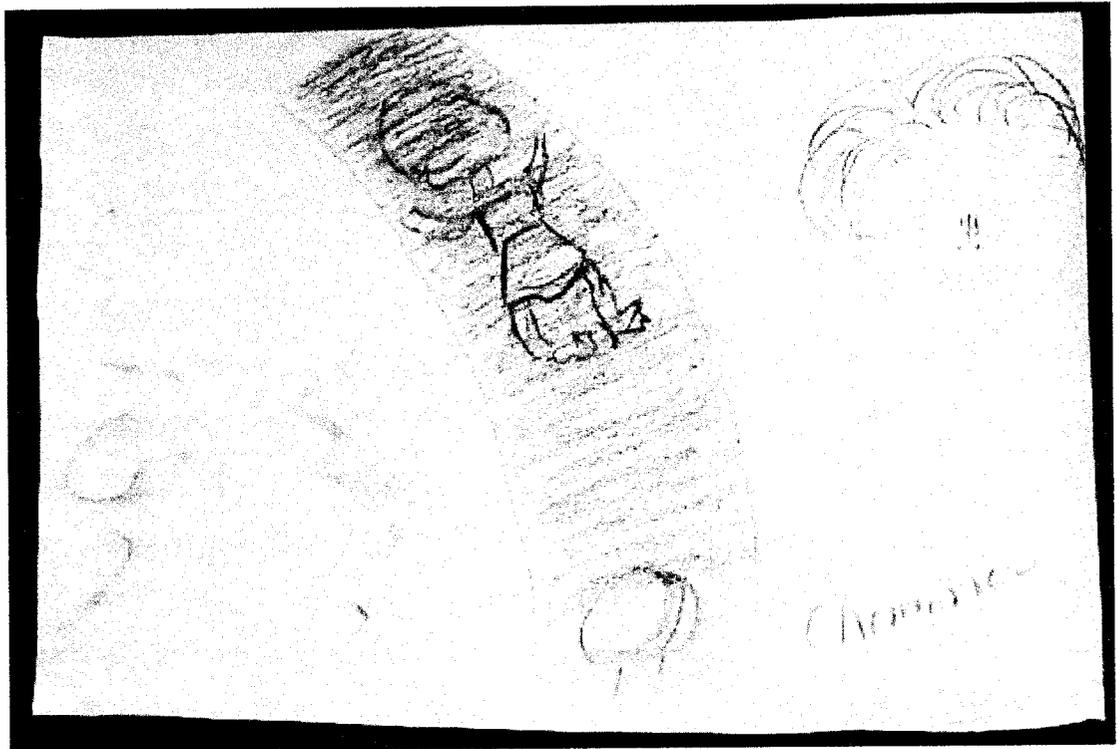


image 1-d



image 1-e

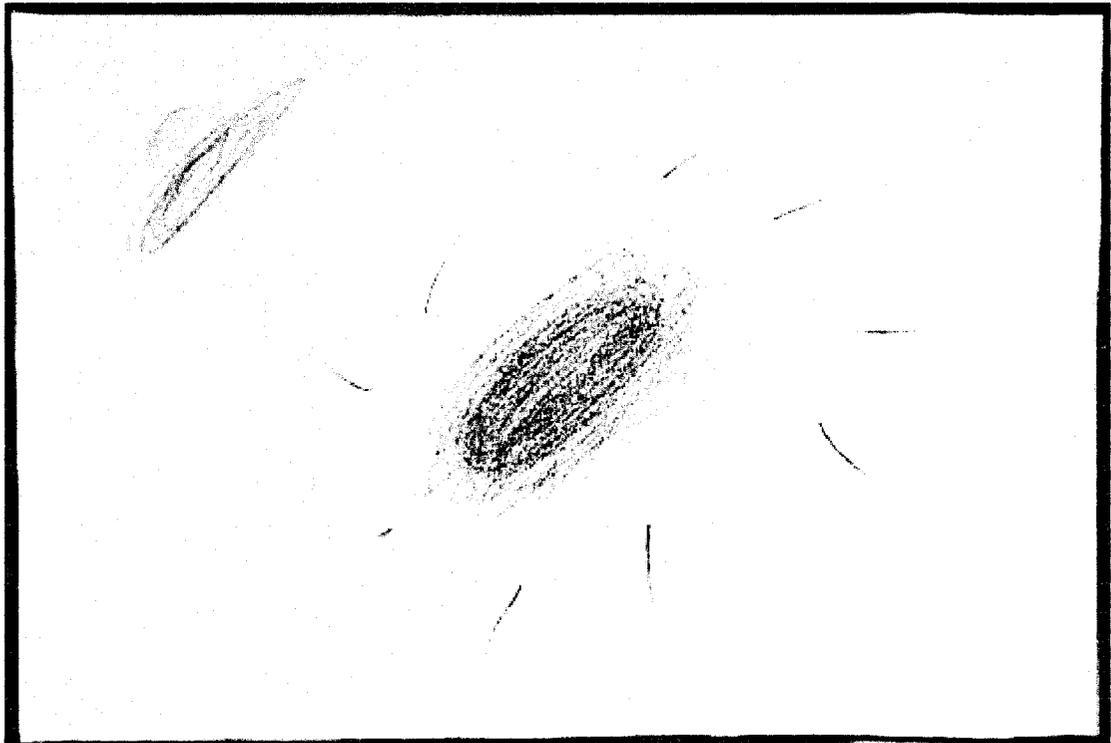


image 2-a

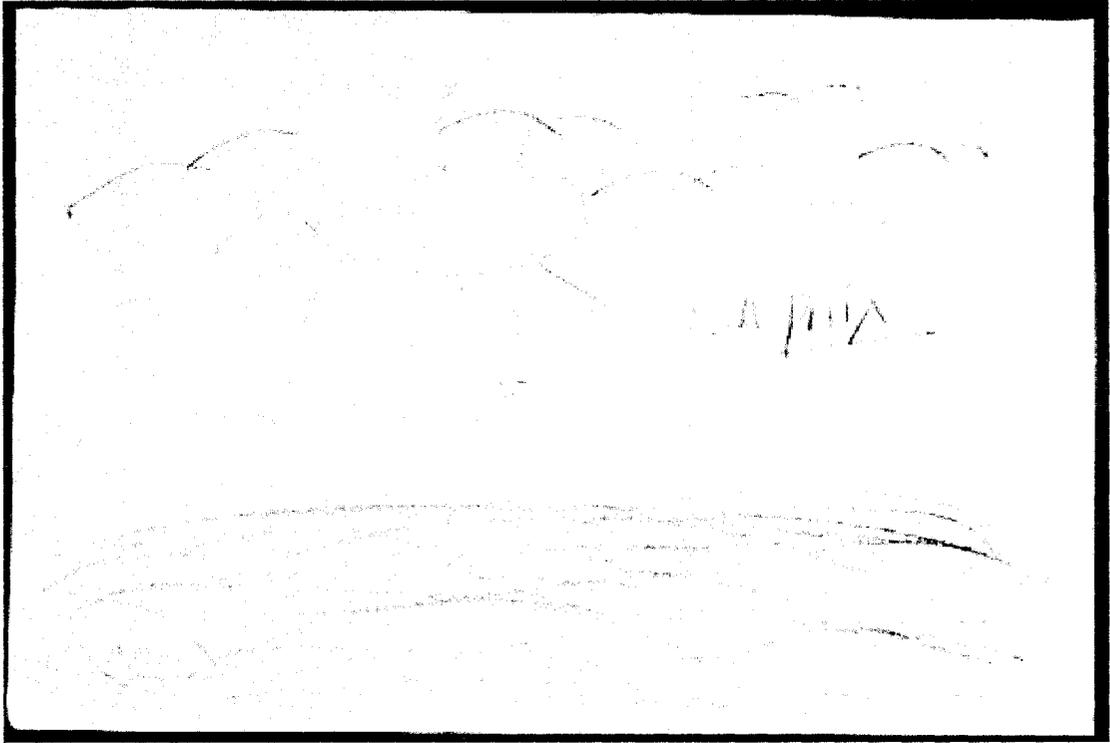


image 2-b

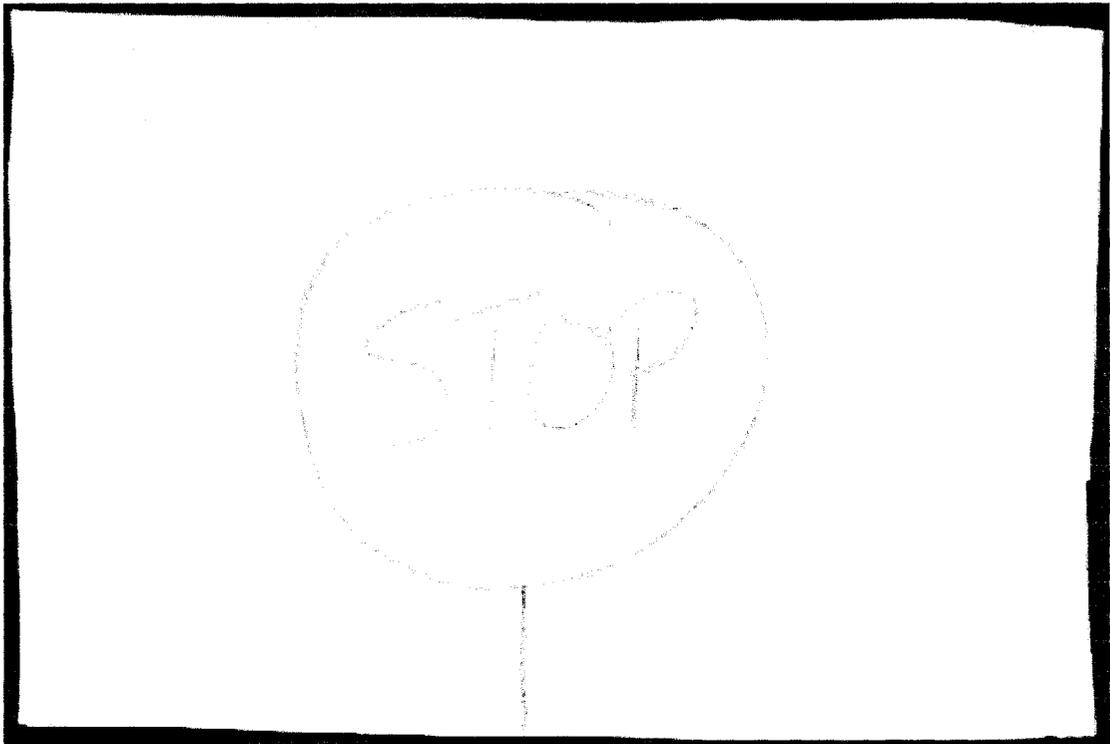


image 2-c

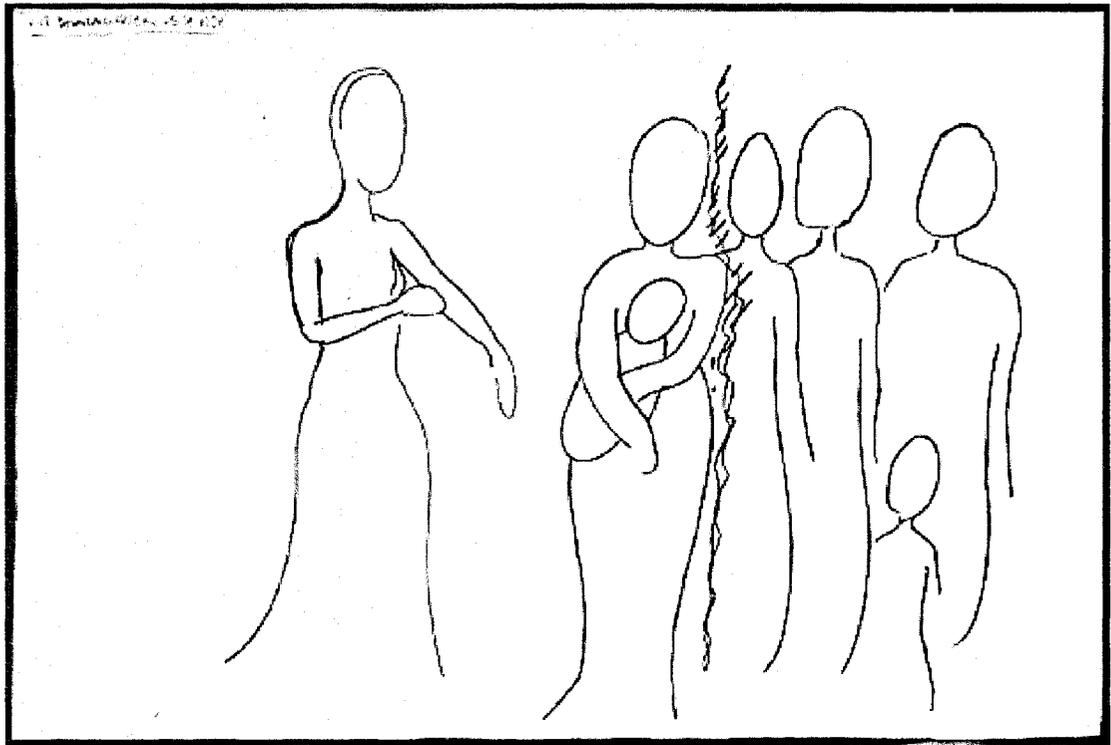


image 3-a

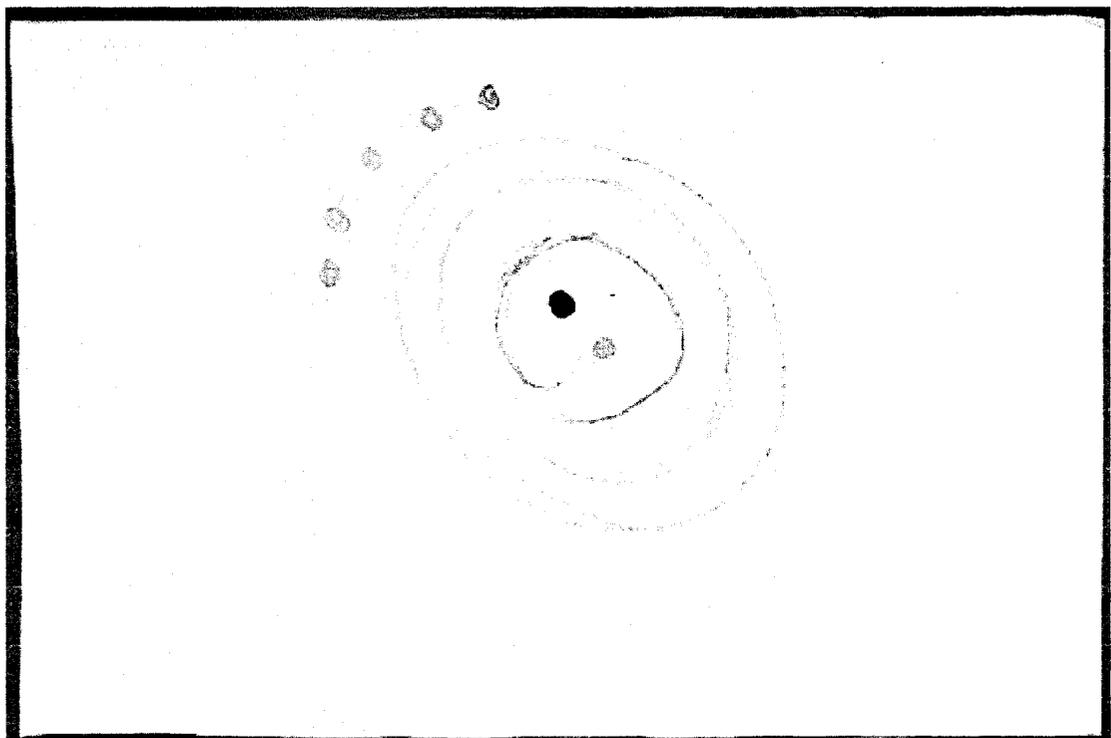


image 3-b

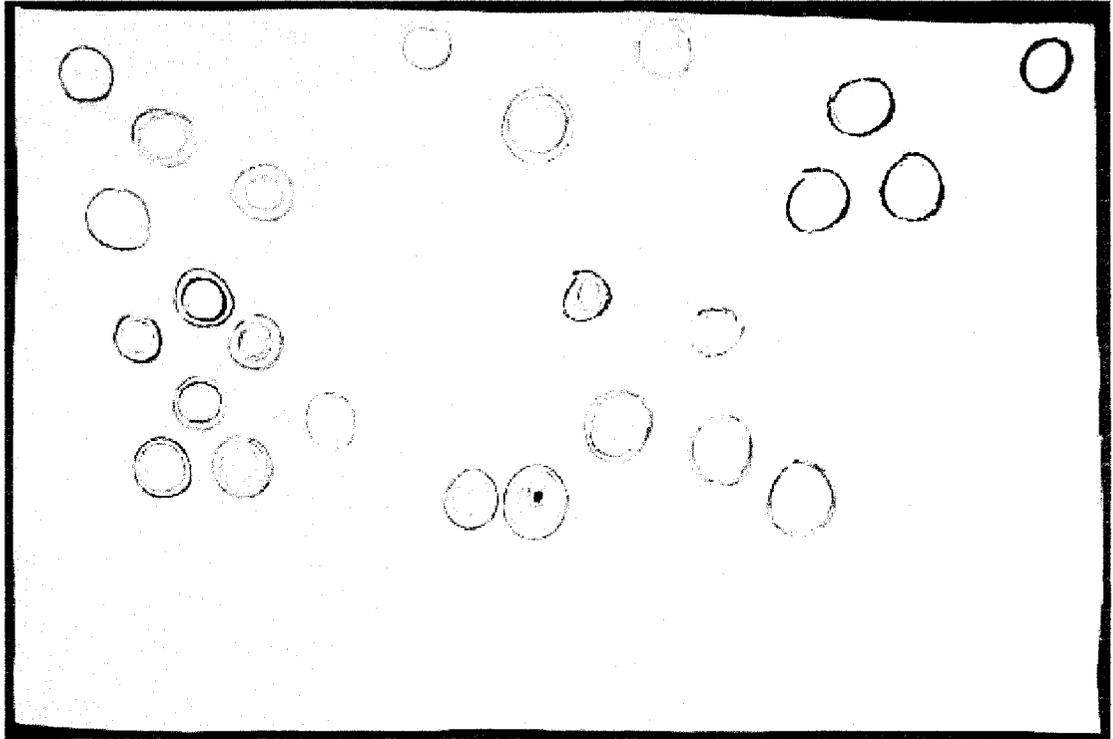


image 3-c (les initiales ont été gommées)

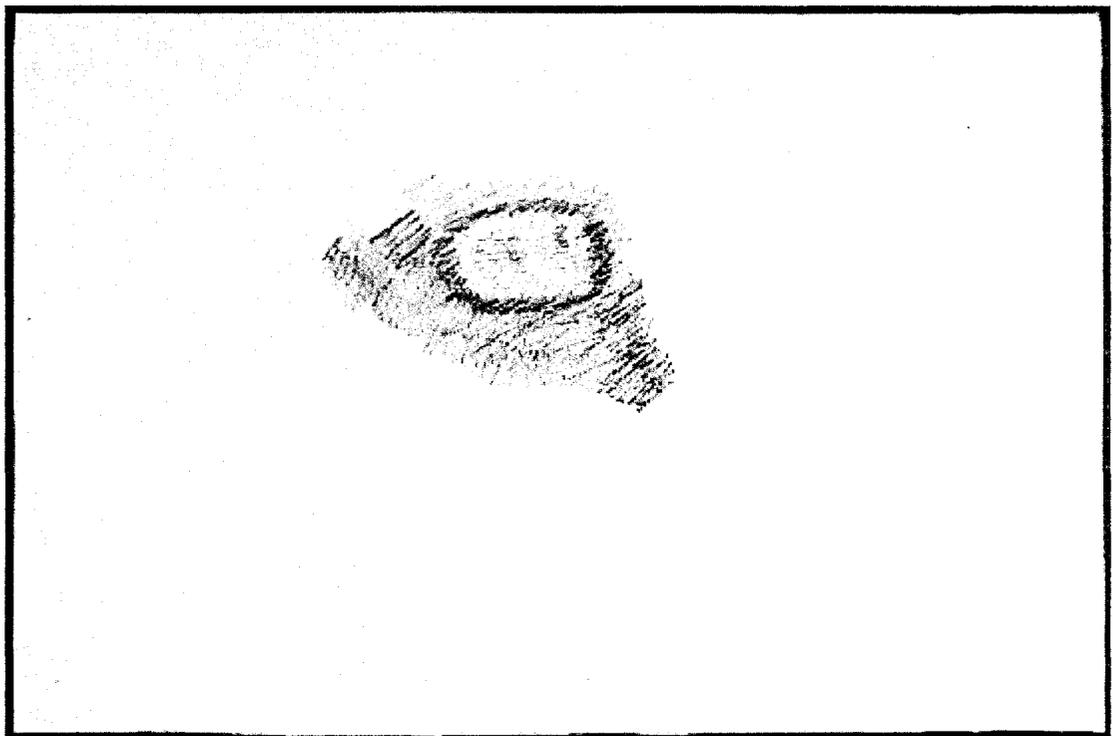


image 4-a



image 4-b

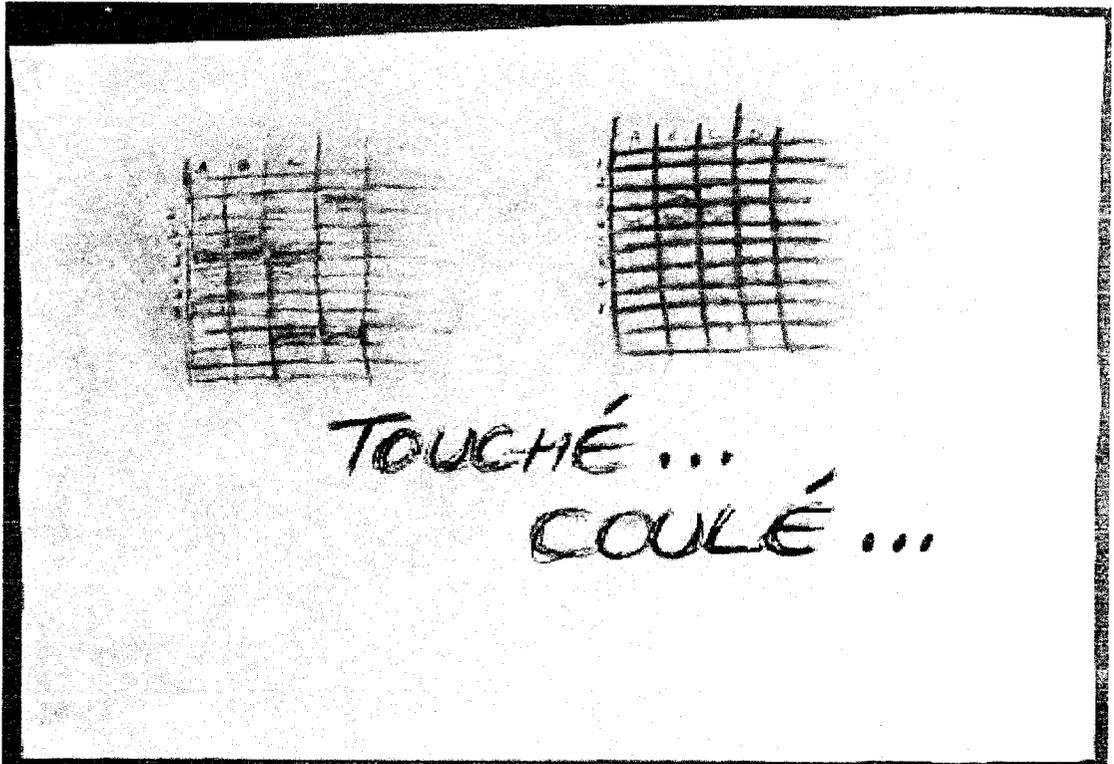


image 4-c

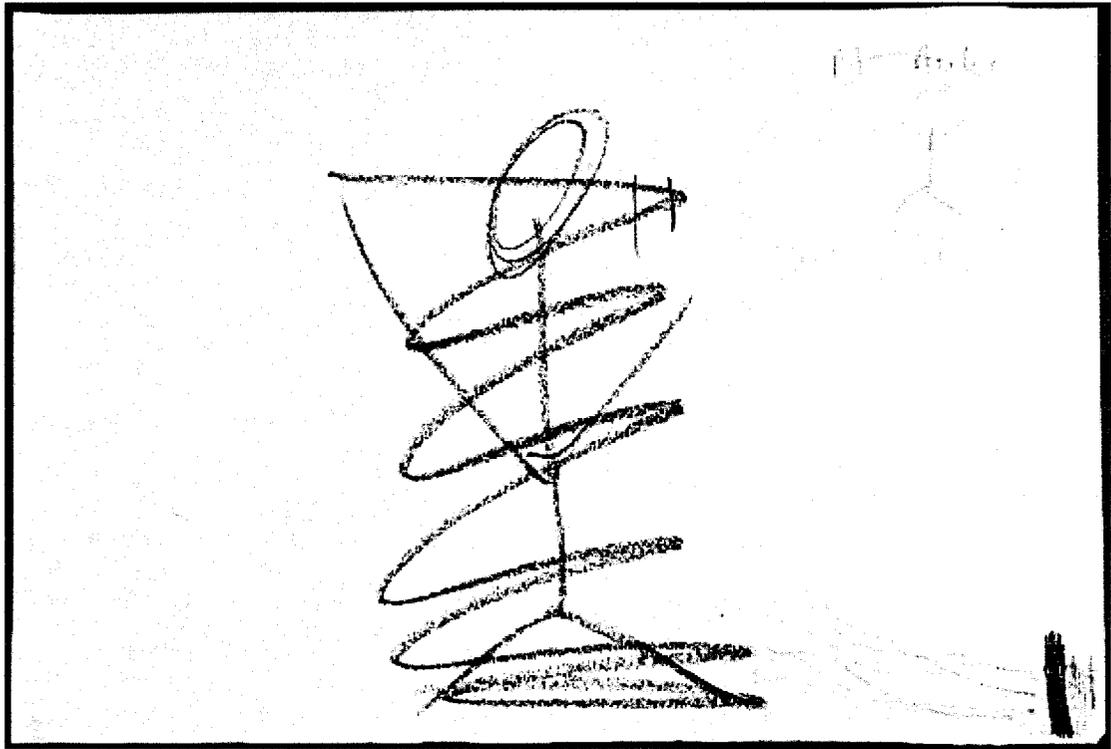


image 5-a

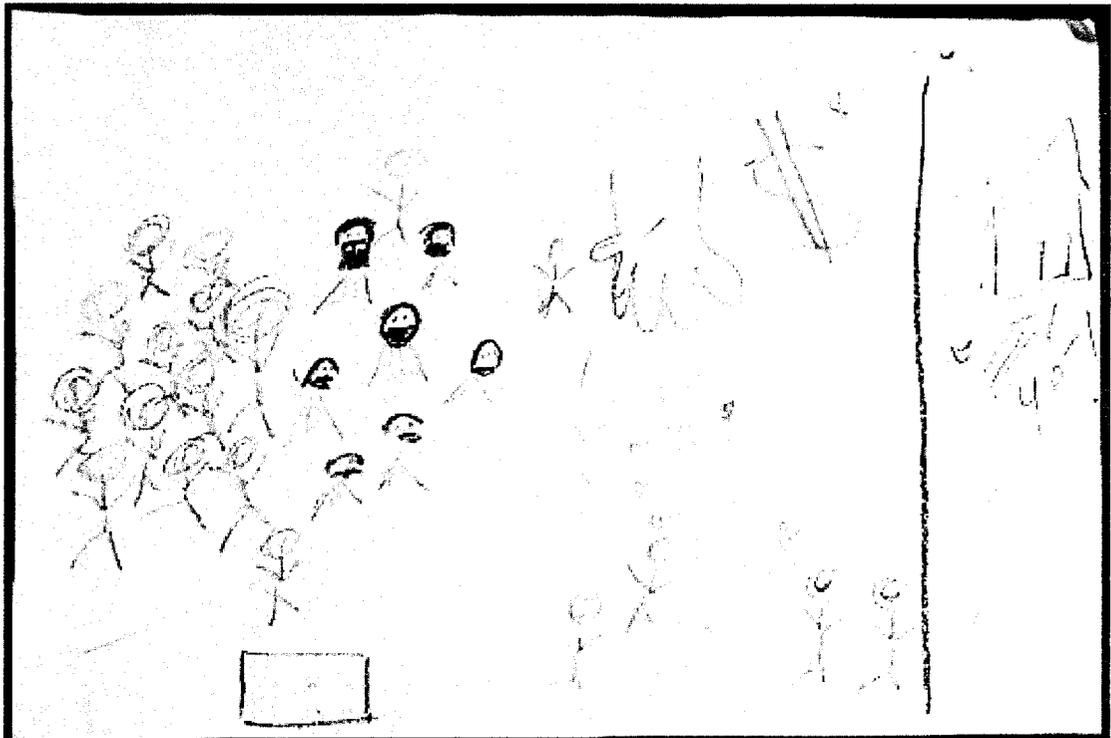


image 5-b

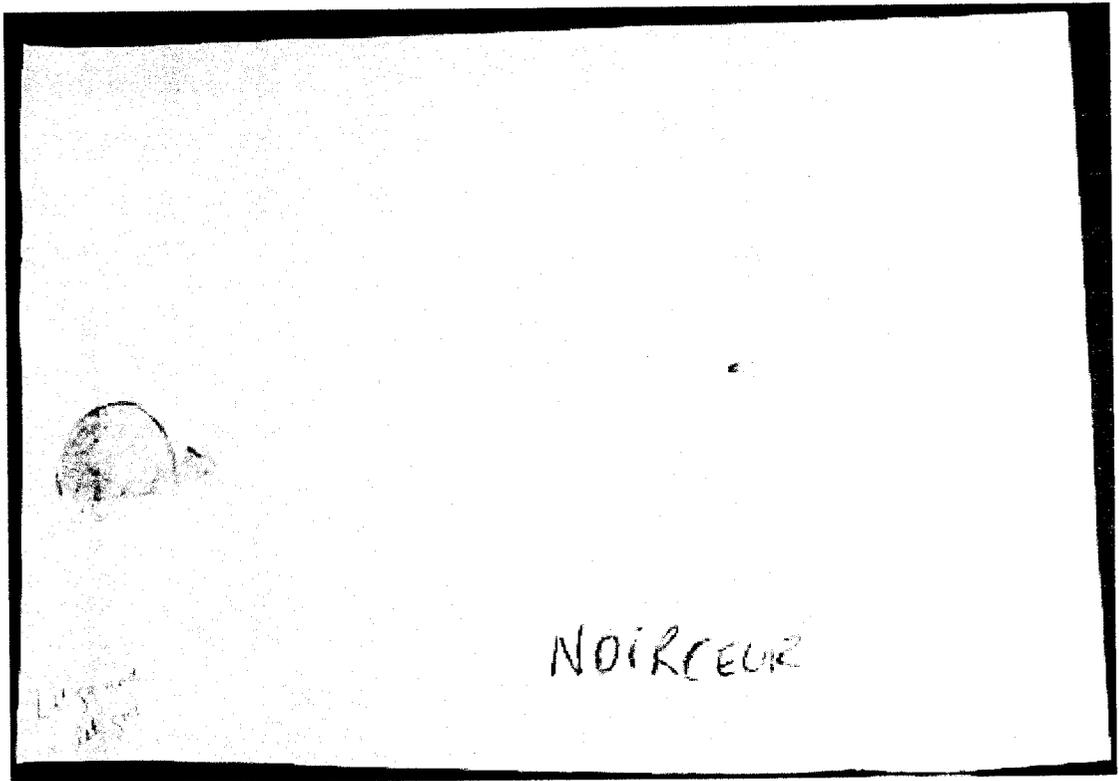


image 5-c