Document generated on 08/03/2025 7:29 p.m.

Revue québécoise de psychologie

# RÉFLEXION PSYCHANALYTIQUE SUR L'EXPÉRIENCE DU SOIN EN CONTEXTE HUMANITAIRE
# A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE ON THE EXPERIENCE OF CAREGIVING IN A HUMANITARIAN SETTING

David Smolak and Louis Brunet

Volume 41, Number 2, 2020

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1072286ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1072286ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Smolak, D. & Brunet, L. (2020). RÉFLEXION PSYCHANALYTIQUE SUR L'EXPÉRIENCE DU SOIN EN CONTEXTE HUMANITAIRE. *Revue québécoise de psychologie*, *41*(2), 45–66. https://doi.org/10.7202/1072286ar

Article abstract

Humanitarian caregivers experience symptoms similar to those experienced by trauma victims, without necessarily experiencing traumatic events directly. To date, little reflexive space has been given to describe the subjective experience of these caregivers. This article is a reflection on the experience of caregiving in a humanitarian setting, derived from the analysis of data collected through interviews with three caregivers. We describe in a psychoanalytic perspective the context in which they intervene and we draw the portrait of their subjective psychic experience, mirroring that of their patients.

Tous droits réservés © Revue québécoise de psychologie, 2020

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

# RÉFLEXION PSYCHANALYTIQUE SUR L'EXPÉRIENCE DU SOIN EN CONTEXTE HUMANITAIRE

## A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE ON THE EXPERIENCE OF CAREGIVING IN A HUMANITARIAN SETTING

**David Smolak**[1]
**CISSS de la Montérégie-Centre**

**Louis Brunet**
**Université du Québec à Montréal**

## INTRODUCTION

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

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

Divers chercheurs ont tenté de décrire le phénomène par lequel ces professionnels développent des symptômes similaires à ceux de leurs patients souffrant d'un TSPT. Or, il semble que la grande majorité de ces

1. Adresse de correspondance : CISSS de la Montérégie-Centre, Hôpital Charles-Lemoyne, Clinique externe de psychiatrie pour adultes, 190 rue Labonté, Longueuil (QC), J4H 2P7. Téléphone : 450-466-5000, poste 3946. Courriel : david.smolak.1@gmail.com

modèles n'aient intégré que les aspects « en positif », symptomatologiques, du TSPT, aux dépens de l'explication dynamique des processus intrapsychiques et inconscients sous-jacents au phénomène. À ce jour, très peu d'importance semble avoir été accordée à l'expérience subjective des aidants humanitaires et donc à la compréhension profonde des mécanismes qui sous-tendent les bouleversements psychiques et fonctionnels observés (El Husseini, 2017; Karray *et al.*, 2017; Maqueda, 1998; Moro et Lebovici, 1995; Petiau, 2016). Dans cet écrit, nos objectifs sont d'offrir un aperçu du contexte et de la nature du travail réalisé par les participantes, puis de décrire leur expérience subjective et intrapsychique sous un angle psychanalytique. Nous souhaitons aussi dresser le portrait des réactions affectives et somatiques des aidantes[2], en plus de faire état de l'effacement de leurs limites identitaires ainsi que des effets quantitatifs d'un tel vécu sur leur équilibre psychique.

Afin d'apporter un éclairage nouveau et dynamique sur l'expérience subjective des aidantes, l'auteur principal s'est entretenu avec trois soignantes œuvrant ou ayant œuvré dans un contexte humanitaire auprès de patients montrant des signes de traumatismes psychiques. Après avoir obtenu le consentement libre et éclairé des participantes, quatre à cinq entretiens semi-structurés de type associatif (Poupart, Deslauriers, Groulx, Mayer et Pires, 1997) ont été réalisés avec chacune d'entre elles. Cela nous a permis de totaliser 14 heures d'entrevue, toutes analysées dans un processus itératif d'*analyse-retour en spirale* et d'analyse par consensus (Brunet, 2008) en collaboration avec le second auteur de l'article. Entre chaque entretien, les chercheurs effectuaient une analyse des contenus et des processus psychiques soulevés pour ensuite émettre des hypothèses et des inférences à approfondir dans les entrevues subséquentes. Grâce au respect des recommandations scientifiques de Brunet[3] (2008a, 2008b, 2009), ils ont exploré les « manifestations secondaires » (Brunet, 2009) du vécu des participantes, mais surtout les aspects intrapsychiques et inconscients de leur expérience. Un devis de recherche qualitatif, basé sur l'analyse du discours (Brunet, 1998), a été employé puisqu'il permettait d'accéder au contenu latent de leur vécu.

2. Le féminin est employé tout au long de l'article étant donné le sexe des participantes. Par ailleurs, nous employons les termes « aidante humanitaire » et « soignante » de manière interchangeable, puisqu'il n'existe pas de véritable consensus quant à l'appellation de ce type de travailleur (Connorton, 2012).
3. Saturation, cohérence et convergence des données données recueillies

## LES DIFFÉRENTS VISAGES DE L'INTERVENTION HUMANITAIRE

Chacune des participantes de cette recherche a prodigué des soins thérapeutiques à des individus ayant vécu divers traumatismes[4], et ce, dans des contextes revêtant plusieurs des caractéristiques des *situations extrêmes de la subjectivité* (Bettelheim, 1960; Roussillon, 2005). Ce type d'expérience se distingue des événements induisant un *stress* psychologique, c'est-à-dire qui engendrent des réactions psychiques et organiques non spécifiques au sujet et liées à un surplus d'excitation et qui peuvent ou non mener au débordement de l'appareil à penser et à la mise en place d'un fonctionnement traumatique (Donabédian, 2005; Sirjacq, 2005). Les situations extrêmes de la subjectivité sont des circonstances particulières « dans lesquelles la possibilité de continuer de se sentir "sujet", de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition, est portée à son extrême, voire au-delà du pensable » (Roussillon, 2005, p. 221). Souvent, tant les aidantes que leurs patients font l'expérience de conditions inintelligibles dans lesquelles elles sont habitées d'affects « déshumanisés », c'est-à-dire des formes « dégénérées » (2005, p.223) et insensées de la souffrance à laquelle l'humain est habituellement confronté.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la question du traumatisme et de l'intervention en contexte humanitaire. Marie Rose Moro et ses collègues, Lebovici (1995) et Thierry Baubet (2000, 2003, 2013), ont développé leur pensée à partir de référents ethnopsychiatriques ou transculturels. Ils ont décrit la souffrance traumatique en mettant l'accent sur l'éclatement du cadre et des liens socioculturels et la présence de multiples ruptures individuelles et collectives dans l'histoire des sujets traumatisés. Pour Moro (2012), le traumatisme représente « tous les non-sens qui touchent l'individu selon le niveau de l'être, du sens et du faire » (p. 12), c'est-à-dire comme l'ensemble des éléments bouleversant le sujet dans sa manière d'exister, de donner un sens à son vécu et de se relier à sa communauté ou à l'humanité. Par ailleurs, ce paradigme nous rappelle que chaque culture possède ses propres « *idioms of distress* », c'est-à-dire ses « formulations idiomatiques culturellement déterminées de la souffrance » (Rechtman, 2000, p. 48), et qu'il importe de les considérer dans notre manière d'appréhender ce phénomène. Maqueda (1998) insiste quant à lui sur le caractère collectif et sociopolitique des situations extrêmes. Il évoque le sentiment profond de *perte* des sujets traumatisés et le relie à un travail de deuil enrayé par les circonstances extrêmes. Pour l'auteur (1998), les situations traumatiques causent la levée du déni du réel de la mort et placent les victimes et les soignants « devant un impensable,

4. Pour plus de détails sur les théories psychanalytiques du traumatisme, voir Smolak, D. et Brunet, L. (2017). Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico-clinique. *Revue québécoise de psychologie*, *38*(3), 99-124.

un impensé qu'ils n'avaient pas prévu et qui peut les sidérer » (p. 139). Maqueda pose la question de la remise en marche de l'activité de symbolisation chez le sujet traumatisé et souligne combien il importe de penser un cadre de travail qui puisse leur permettre de représenter l'irreprésentable et de parler l'indicible. Il relate que ces sujets se sentent immensément seuls et abandonnés, cela les menant à devenir méfiants à l'égard de leur environnement et à se replier sur soi dans un espace « où le temps est effacé, au profit de la répétition » (1998, p. 141).

Pour Roussillon (1993), c'est le *métacadre* (l'institution, la théorie, la Loi) qui permet au thérapeute d'édifier et maintenir un cadre symboligène, un espace transitionnel pouvant accueillir « les dépôts psychiques douloureux » des patients (Maqueda, 1998, p. 140). Dès lors, lorsque l'intervention thérapeutique est effectuée dans un contexte instable et extrême, nous observons que les fonctions du métacadre, et donc du thérapeute, peuvent se voir mises en échec. Ainsi, cette rencontre avec le « traumatique » se manifeste tant dans le contexte (institutionnel, politique, culturel, etc.) dans lequel les participantes de cette recherche sont appelées à travailler, qu'au travers de la réalisation de leur fonction de « transformation » (Bion, 1962) des contenus psychiques.

Dans le cadre de cet article, nous nous intéressons au traumatisme sous l'angle de son effet d'effraction de l'économie psychique du *sujet* et de la sidération de son appareil à penser, propulsé dans une logique mortifère de compulsion de répétition (Bokanowski, 2002, 2011; Freud, 1920). Nous étudions aussi les conséquences de ce phénomène sur l'expérience des soignantes, en considérant son impact sur les capacités de contenance, de symbolisation, d'élaboration et d'appropriation subjective (Brunet, 2006; Roussillon, 2012) de ces dernières.

## L'expérience des aidantes

Voyons dans quelles circonstances les aidantes rencontrées sont intervenues et gardons en tête que nous nous intéressons principalement à comment elles ont transformé psychiquement leur expérience, dans un second temps, et non à comment elles l'ont vécue dans l'actuel (contenu auquel nous ne pouvons ultimement ne pas avoir accès, dans le contexte de cette recherche).

Natalie[5], infirmière de profession, a effectué deux missions humanitaires, d'environ un an chacune, il y a une quinzaine d'années de cela. Elle a rempli ses fonctions dans un service de pédiatrie haïtien. Par la suite, elle a travaillé dans une institution hospitalière au Kosovo où elle a

5. Des prénoms fictifs sont employés et certaines données biographiques ont été modifiées ou consciemment omises afin de préserver l'anonymat et la sécurité des participantes.

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

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

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

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

> J'ai peur parfois de devenir comme ces personnes qui se disent : « ah, c'est rien c'est juste une bombe » ou « ah c'est rien c'est juste un mortier

> qui est passé à côté de la fenêtre. » (rire) Justement, c'est… parce que ça devient aussi un quotidien et une routine, mais voilà, c'est pas évident (rire). Ça m'inquiète.

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

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

## L'EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DES AIDANTES

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

qu'elles se sortent indemnes de cette prise en charge d'un surplus d'excitation et de contenus mal symbolisés?

Dans la section qui suit, nous présentons de nombreuses manifestations ou conséquences du processus identificatoire mis en action au moment de l'intervention des participantes. Nous exposons comment l'empathie, dans ce contexte, rend poreuses les limites du Moi et permet aux soignantes de faire l'expérience psychique et somatique d'affects et d'éprouvés très (ou trop) semblables à ceux vécus par leurs patients. De plus, notre intention est d'examiner les implications d'un tel processus psychique sur l'organisation des capacités élaboratrices et de gestion économique de l'appareil psychique des participantes.

## L'identification aux sujets traumatisés

Les aidantes avec lesquelles nous nous sommes entretenus rapportent faire l'expérience de vécus très similaires aux patients qu'elles ont rencontrés. Que leur vécu soit traumatique ou non, elles expriment partager pratiquement l'ensemble des réactions psychiques ou même somatiques des sujets sous leur charge. Thalia affirme : « toutes ces angoisses que j'ai pu vivre inconsciemment m'ont certainement été transmises par la parole, par l'image, et par l'image du trauma ». Elle ajoute que ce qu'elle a vécu dans le cadre de sa première expérience humanitaire était un « trauma dans l'écoute, dans l'écoute professionnelle ». Marwa avance que ce travail est extrêmement exigeant; il l'a « fait travailler de manière émotive » puisqu'il nécessite absolument un temps d'élaboration psychique des « choses projetées sur elle » et de ses propres « introjects » liés au contenu traité. Natalie rapporte : « je suis imprégnée de ça. Ça fait partie de moi » […] « je suis imprégnée de leur douleur », en parlant de son impression d'avoir été marquée par la souffrance des sujets dont elle a fait la rencontre. Chacune des participantes rend compte du processus identificatoire par lequel elle a senti devenir habitée par les contenus et l'intensité projetés sur elle par ses patients. Chacune d'entre elles montre comment elle a été appelée à se positionner en *côte à côte* (Roussillon, 2005) avec ces personnes traumatisées et ainsi à accepter de partager leur expérience, aussi absurde et violente qu'elle soit. Elles ont ainsi fait fonction d'*autre semblable* (Roussillon, 2008), de *double* ou de *miroir* (Jung, 2015), objet réflexif qui, comme le visage de la mère (Winnicott, 1971), permet au sujet de se voir soi-même et d'accéder à des parties invisibles de soi.

### *Le partage d'affects*

*Solitude.* Les soignantes relatent éprouver une solitude démesurée et peu intelligible pour les individus extérieurs à leur contexte d'intervention. Leur impression est souvent de porter un fardeau et de le porter seul.

Souvent, elles ont conscience de partager les mêmes affects. Ainsi Thalia rapporte :

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

Ce processus de partage émotif permet au sujet de comprendre comment un trauma peut être subjectivement vécu, et ce, au-delà d'une compréhension intellectuelle ancrée dans une conception symptomatologique classique. Il montre comment le trauma fait vivre le fait d'être « sans aide », sans personne sur qui compter, sans « objet contenant » (Bion, 1962). Il illustre de manière frappante le phénomène de débordement : le Moi est en « désaide » (Freud, 1985) devant l'intensité des émotions qui le désorganisent.

Les soignantes se retrouvent responsables à la fois de leur propre survie psychique et de celle des nombreux patients qu'elles prennent en charge. À diverses occasions, Marwa et Thalia disent avoir été les seules psychologues de leur équipe et ne pas avoir eu l'occasion d'être supervisées ou d'être inscrites dans un groupe faisant fonction de contenant. On fait « l'expérience, d'abord, de la solitude. On est seule. On n'a pas d'espace où on peut partager », dit Thalia. De plus, il arrive fréquemment que ces aidantes soient appelées à agir comme consultantes pour leurs collègues. Marwa indique : « c'est des journées entières toute seule… donc voilà c'est fatiguant, physiquement aussi, et avec tout ce que j'entends… il faut toujours être à l'écoute de tout le monde ». Natalie, quant à elle, insiste surtout sur la solitude qu'elle a vécue dans son processus de mise en sens de ses expériences de soin. Elle rapporte :

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

*Culpabilité et impuissance.* Devant cette « situation impossible », telle que décrite par Thalia, l'aidante se voit affectée par une grande solitude, mais aussi par un puissant sentiment de culpabilité. Les participantes disent porter une énorme charge psychique, étant donné l'ampleur du mandat qu'il leur est octroyé. Elles se sentent investies d'une mission de sauvetage « héroïque » puisqu'elles se retrouvent à porter seules l'ensemble des espoirs de survie et de réparation des patients et de l'institution, en plus des leurs. À l'instar du patient souffrant de traumatisme

qui vit une grande culpabilité face à sa propre survie, les soignants ressentent la culpabilité de se montrer faillible lors de moments de fragilité ou d'émotivité (Maqueda, 1998). Alors que Marwa rapporte se sentir « coupable quand [elle a] les larmes aux yeux » en écoutant les récits de gens auprès desquels elle intervient, Thalia avance qu'on « est obligé de contrôler nos émotions, de faire comme si de rien n'était au niveau personnel. […] On ne peut pas être psychologue si on s'effondre devant le patient ». Devant la destruction quasi totale de l'univers des individus traumatisés et devant le manque de structure ou de stabilité de leur propre situation, les soignantes ressentent la pression de devoir incarner le bon objet idéal et réparateur, de personnifier ce pilier solide et immuable qui saura préserver l'équilibre psychique des sujets sous leur charge. Les aidantes se voient en quelque sorte condamnées à l'abnégation. Elles en paient le coût en se sentant envahies de culpabilité du moment où elles croient faillir à leur tâche « impossible ». Or, il est permis de se poser la question suivante : s'agit-il vraiment de culpabilité, d'un effet du Surmoi interdicteur qui ferait reproche, ou s'agit-il plutôt, sous cette culpabilité consciente, de la déception narcissique d'être incapable d'être l'objet idéal, qui aurait réponse à tout, qui serait capable de tout réparer et soulager? Natalie raconte qu'elle fait tout en son possible pour sauver la vie d'une fillette haïtienne atteinte du VIH :

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

Et quelques échanges plus tard :

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

Bien qu'il semble que Natalie s'identifie à la souffrance et au désir de vivre de cette fillette, nous notons que sauver quelqu'un quitte à en mourir parait davantage relever d'un idéal grandiose, d'un Moi idéal, que d'une forme de soumission aux interdits d'un Surmoi, fût-il démesuré. D'ailleurs, à force de se buter à la tâche sisyphéenne de redonner un souffle de vie à des sujets submergés par l'horreur, les aidantes relatent vivre un fort sentiment d'impuissance. Elles rapportent souvent remettre en question la valeur de leur travail et douter du poids qu'elles peuvent avoir dans la vie de leurs patients ayant été confrontés à la destruction et la déshumanisation. Thalia rapporte : « on ne peut être qu'à côté de la

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

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

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

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

Ainsi, malgré la formation théorique et clinique qui enseigne à ces soignantes qu'il est possible d'élaborer un trauma, celles-ci accordent leur vécu subjectif au désespoir des patients qu'elles prennent en charge. Toutefois, étant soumises à une telle identification désespérante, comment pouvons-nous imaginer qu'elles soient capables de continuer à remplir une fonction contenante et à aider ces personnes à élaborer leur trauma?

*Tristesse et désespoir.* Étant constamment confrontées à la perte et à l'impuissance, par leur empathie et leur identification à leurs patients, mais aussi par leur propre expérience de situations extrêmes de la subjectivité, les soignantes expriment aussi vivre une forme particulière de tristesse. « C'était… surtout… de la tristesse pure », indique Marwa, une émotion plus proche du désespoir, à la frontière, encore une fois, de l'impensable. Les pertes sont multiples et prennent différentes formes; il s'agit de pertes

de repères, d'êtres chers, d'une illusion, d'un sentiment de sécurité ou d'humanité. Il s'agit de pertes imprévues et répétées. À cet effet, Marwa rapporte que, dans le cadre de ses fonctions, elle « voi[t] la mort, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Des gens morts. La destruction ». À cela elle ajoute : « il y a les personnes avec qui je travaille, d'abord en groupe, puis individuellement, qui meurent, qui se font tuer ». Puis, quelques entretiens plus tard, l'aidante raconte avec émotion comment on lui a déjà demandé d'identifier le cadavre d'un de ses anciens patients, égorgé dans la nuit par un membre d'un groupe extrémiste. Thalia, quant à elle, décrit ce qu'elle sentait « recevoir » au contact de ses patients : « ce qui est reçu c'est, c'est les [soupir]... c'est les, les pertes, les... les situations un peu impossibles, c'est ça, c'est que... oui, les pertes, la séparation, le deuil... c'est ce qui est reçu ». On voit bien par cette phrase que la souffrance des aidantes n'est pas seulement liée à la situation difficile d'être dans un lieu potentiellement traumatisant, mais qu'elle est vécue comme une introjection, ou même une incorporation, de la souffrance de ceux qu'elles aident.

Le processus de deuil semble aussi mis à rude épreuve pour ces aidantes qui sont constamment assaillies de microtraumatismes et qui se voient privées d'un espace d'élaboration. La rupture des liens sociaux, générationnels, filiatifs et intrapsychiques mène aussi à l'éclatement du cadre pouvant permettre au travail du deuil de s'opérer (Maqueda, 1998). La disparition de certains membres de la communauté empêche tant pour les patients que les intervenantes de donner un sens aux pertes expérimentées. Il y a des millions de disparus, précise Marwa, « on n'a aucune idée s'ils sont morts ou pas, donc le deuil est impossible à faire ». L'aidante raconte aussi : « je me rappelle la première fois que j'ai appris la mort de certains [collègues] avec qui je travaillais, ça m'a complètement bouleversée. Je me suis effondrée. J'ai pleuré pendant deux jours. Je… je pleurais. » En ce qui concerne Natalie, nous observons qu'un système défensif robuste d'isolation de l'affect, de coupure de soi, avait été mis en place au moment de son intervention en contexte humanitaire. Elle rapporte :

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

Le trauma, dans ce cas, est jugulé au prix d'une coupure avec soi, au prix d'une amputation psychique dont les conséquences négatives risquent d'être considérables, notamment sur ses capacités subséquentes à rester empathique et à remplir une fonction contenante (Roussillon, 2002). Après avoir expliqué comment un de ses collègues s'était confié à elle concernant l'exécution de sa famille, Natalie raconte : « c'est atroce ces

histoires-là. C'est atroce et… je n'ai même pas pu pleurer ces fois-là. C'est comme hors de l'en... Ce n'est pas imaginable. Ce n'est pas imaginable que tu puisses entendre des histoires comme ça, d'êtres humains ».

*Fatigue.* La fatigue, « avec un grand F », comme l'indique Marwa, semble aussi faire partie de l'expérience des soignantes. Concrètement, elles sont appelées à travailler dans des milieux instables, à se déplacer fréquemment, à voyager d'un pays à l'autre, à voir parfois plus d'une dizaine de patients par jour ayant souffert de traumatismes et à occuper divers rôles (consultante, formatrice, thérapeute, etc.). Le rythme de vie qui accompagne la position de soignant de l'extrême est prompt à générer de la fatigue, tant physique que psychique. Marwa relate même s'être ennuyée de son oreiller ou de son lit après quelques mois d'intervention, vivant dans une instabilité continuelle. La fatigue présente sur le plan des manifestations physiologiques une grande parenté avec les sensations dépressives. Sur le plan métaphorique ou symbolique, retrouver son oreiller pourrait aussi être associé à retrouver les bras (de Morphée) de son objet primaire protecteur alors que la soignante semble constamment mobilisée et pratiquement consommée et consumée par les demandes de ses patients.

Sur le plan psychique, il semble que cette fatigue, totale et omniprésente, induise aussi l'épuisement de l'appareil à penser. Les soignantes voient leurs capacités de symbolisation et d'élaboration fortement sollicitées. Thalia indique qu'il s'agit d'une « fatigue émotionnelle », causée à la fois par le « rappel des histoires » qui lui ont « été transmises » par ses patients et par le poids des « responsabilités qu'elle a dû endosser vis-à-vis ces personnes ».

*Le flou des limites et le partage d'éprouvés corporels.* La fatigue éprouvée par les aidantes fait aussi état du rapport intime qu'entretiennent la psyché et le soma. À titre d'exemple, Marwa raconte qu'il y a quelques mois de cela, elle s'est sentie « très très fatiguée », et ce, au point de « tomber malade ». Comme nous l'avons décrit dans un article précédent (Smolak et Brunet, 2017), par leurs fonctions, les soignantes permettent la formation d'une sorte d'hybride psychique constitué de leurs propres enjeux et des projections de leurs patients auxquelles elles acceptent de s'identifier. Une fois transformé et rendu psychologiquement manipulable, cet amalgame est retourné aux sujets sous forme de mots assimilables et intégrables à la psyché. Chez les participantes, nous observons que ce processus, lors duquel les limites entre soi et l'autre deviennent poreuses, cause une impression vertigineuse de menace identitaire. Marwa rapporte devoir souvent s'arrêter pour essayer de départager ce qui lui appartient de ce qui appartient à ses patients. À plusieurs reprises, elle exprime son

malaise quant à l'absence de limites claires entre elle et ces derniers. Souvent, elle intervient auprès d'individus qu'elle côtoie au quotidien et qui partagent sa culture, ses valeurs, ses opinions politiques ou avec qui elle doit, faute d'autres moyens, conserver un lien par des méthodes peu orthodoxes (p. ex. par Facebook). « On ne sait plus trop s'il faut être la maman, la copine, la sœur, la thérapeute, la pas-thérapeute », indique Marwa. Par ailleurs, la confusion dans les limites, pour cette aidante, représente l'absence « de séparation entre [son] travail et [sa] vie privée ». Quand cesse-t-elle d'être le contenant psychique de l'autre? Quand redevient-elle Marwa?

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

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

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

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

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

Dans ce genre d'expérience traumatique particulier (la torture physique), c'est d'abord le corps et son intégrité qui se voient attaqués. Ainsi, les soignantes, en prenant le risque de s'ouvrir aux projections de leurs patients et de s'y identifier consentent en quelque sorte à ressentir dans leur propre corps la souffrance de leurs patients (Zerbé *et al.*, 2018). Thalia rapporte elle aussi avoir vécu « des émotions négatives […] dans [son] corps. ». Se trouvant devant l'impasse de donner seule un sens à ce qui était partagé sur le plan somatique, elle indique :

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

Ici, nous voyons combien les mots manquent, combien il est ardu de qualifier les ressentis corporels éprouvés à la rencontre de patients polytraumatisés. Natalie, quant à elle, montre à quel point une dissociation entre la psyché et le soma peut s'opérer lors de situations extrêmes de la subjectivité alors qu'elle relate avoir vécu « physiquement » certaines émotions, et ce, plusieurs années après son retour. À l'instar du phénomène de [dé]personnalisation décrite par Winnicott (1960, 1971), il semble que la soignante ne bénéficie plus de la contenance nécessaire pour vivre son Soi de façon intégrée; une dissociation s'opère puisque sa psyché ne trouve plus d'ancrage dans son corps. L'aidante indique : « il y a deux ans, il y a eu un gros gros bruit, […] au 2e étage [de son appartement]. Ça a fait un bruit… Oh mon dieu… Pour moi, c'était comme une bombe et… Je me suis mise à pleurer, physiquement. » Dans cet extrait, l'expression « pleurer physiquement » illustre combien l'affect est non seulement situé dans le corps et dissocié du Soi, mais qu'il dépasse la capacité des mots à le qualifier. L'aidante se fie à ses réactions physiques pour émettre des hypothèses sur ses sentiments difficiles à représenter.

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

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

Le traumatisme psychique est un phénomène psychopathologique à la fois économique et symbolique. Conséquemment, nous observons

certains de ses effets, chez les victimes et chez les soignantes, tant sur le plan économique que sur celui de l'élaboration psychique et de l'appropriation subjective.

*Le débordement économique.* Sur le plan économique (Bokanowski, 2002, 2011; Freud, 1920), les aidantes rapportent avoir vu leurs capacités psychiques débordées, à un moment ou à un autre de leur pratique. Thalia indique souvent s'être sentie « surchargée » ou « trop empathique (…) au point de recevoir des coups », alors que Marwa relate avoir été tellement « marquée » par certaines histoires qu'il a fallu qu'elle prenne une pause de ses fonctions, sans quoi elle « [n'aurait pu] continuer ». Cette dernière souligne aussi avoir pris en charge environ 200 personnes depuis les deux dernières années. Elle indique : « on me sollicite énormément et je n'ai plus de vie ». Puis, lors d'un entretien subséquent, elle ajoute : « parfois, je n'ai juste pas envie d'entendre quoi que ce soit. Ce n'est pas que je n'ai plus envie d'entendre ces personnes. C'est que j'ai juste envie d'entendre rien. » Cela rend bien compte du trop-plein d'excitation psychique dont Marwa fait l'expérience. Le contenant est plein, ne peut plus rien recevoir. La moindre excitation supplémentaire déborderait les capacités de gestion économique de son Moi. Elle se dit aussi parfois « sidérée » lorsqu'elle porte une attention particulière aux sensations corporelles vécues pendant et suite aux entretiens auprès de ses patients traumatisés. Pour Marwa, écrire dans un journal ce qu'elle ressent sur le plan somatique lui permet de « vider [s]on sac », « d'évacuer de manière directe » quelque chose de sa psyché. Fait marquant, elle précise ne jamais relire ces notes et attendre de quitter le milieu humanitaire pour « mettre des mots » sur ce qu'elle a ressenti. Natalie, quant à elle, rapporte « qu'une partie » d'elle a dû se « détacher » de son expérience « parce que c'était trop intense ». Celle-ci souligne : « il y avait toujours une tension, mais la tension que je vivais, c'était ma normalité ». Cet extrait illustre combien la barrière pare-excitante (Freud, 1920) de l'appareil psychique de ces aidantes peut être confrontée à une pression constante et donc en venir à l'usure ou à la perforation.

L'aspect économique de l'expérience d'intervention se manifeste aussi au retour des aidantes en terrain sécuritaire ou familier. Puisqu'elles ont tendance à éjecter ou à encapsuler défensivement leur expérience au moment de leur intervention, les participantes décrivent ressentir une surcharge émotive du moment où elles s'extirpent de cette logique de survivance psychique. Natalie raconte avoir vécu certaines réactions « à retardement » :

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

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

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

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

> Il y a des blessures internes […] la soie qui se déchire. Donc c'est comme… elle ne sera plus comme avant. Mais, voilà, on peut la recoudre. Il y aura toujours des petites cicatrices. La cicatrice on va la voir, la

> comprendre, mais elle sera peut-être toujours présente. Je parle aussi pour les patients, c'est ce même processus. C'est que… le pied ne va plus… les mains amputées, la main amputée, le pied amputé. On ne va plus être ce qu'on était avant, qui on était avant. On a une nouvelle identité.

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

Les effets mortifères de ce type de fonctionnement en traumatique, c'est-à-dire sous l'égide de la compulsion de répétition et d'une logique de survivance psychique, peuvent aussi être observés chez les participantes. La répétition vise, entre autres, à lier et transformer l'excès d'excitation; c'est un passage du passif à l'actif (Freud, 1920), de la passivation à la prise en charge. Elle est le signe d'un travail de liaison qui peine à réussir, mais qui permet tout de même à la pulsion de vie de se faire entendre et de reprendre ses droits contre la destructivité (Ottino, 2007). Chez Natalie, la répétition se manifeste, entre autres, par un symptôme de reviviscence du traumatisme. Elle indique : « quand j'entends les hélicoptères, c'est comme si j'étais là-bas. Je ne suis plus dans ma réalité, je suis là-bas. Mais physiquement… c'est très vif. […] je suis télétransportée à une autre place ». L'émergence de ce symptôme illustre à quel point l'appareil psychique des aidantes est fortement mobilisé pour essayer de lier et de donner un sens au contenu brut du passé qu'il tente de traiter.

Nous observons que la prise en charge du traumatisme bouleverse l'économie psychique des aidantes et ébranle leurs capacités de symbolisation et d'appropriation subjective. Considérant ces enjeux, nous constatons à quel point il est exigeant pour ces soignants, de conserver leurs disponibilités psychiques et relationnelles alors qu'ils sont aux prises avec leur propre surplus de quantité et de contenus mal symbolisés.

Accueillir les projections et l'angoisse de leurs patients constitue pratiquement un risque pour leur propre psyché. Cela pose l'exigence éthique de trouver des façons pour aider les aidants survivre non seulement à leur propre expérience, mais aussi à celle de la contenance et de la mise en sens du traumatique déposé en elles.

## CONCLUSION

Cet article se veut une réflexion portant sur l'expérience subjective et intrapsychique de trois aidantes humanitaires étant intervenues auprès de patients traumatisés dans des circonstances extrêmes. Parmi nos observations, nous notons que les caractéristiques du contexte ou du métacadre institutionnel, culturel, politique, ou clinique dans lesquelles les soignantes réalisent leurs fonctions, mobilisent déjà fortement leurs capacités psychiques. Ainsi, avant même d'avoir rencontré qui que ce soit, elles se retrouvent dans une situation qui taxe à son maximum leur capacité à maintenir leur cohésion identitaire et leur sentiment de s'inscrire dans le contrat social qui les lie à l'humanité. Étant donné leur position d'aidante, elles font le pacte, plus ou moins tacite, de s'identifier à leurs patients et de prendre en elles, par un processus d'identification empathique, des contenus et des ressentis mal symbolisés.

Les effets du positionnement en côte à côte (Roussillon, 2005) des soignantes de l'extrême sont multiples. Sur le plan intrapsychique, il favorise le partage d'affects intenses et bruts. Il les plonge dans une solitude en miroir de celles des victimes de traumatismes auxquelles elles doivent s'ouvrir. Leur identification empathique génère aussi des réactions affectives d'impuissance, souvent vécues consciemment comme de la culpabilité, en réaction au sentiment de faillir à la tâche impossible qui leur est assignée. Elles éprouvent aussi une grande tristesse, étant donné l'ampleur et l'omniprésence des expériences de pertes, elles aussi partagées en miroir. De plus, nous observons que le corps des soignantes est mobilisé, peut-être, dans une tentative de contenance et de mise en sens du vécu traumatique. En s'offrant comme lieu de projection et de transformation psychique, elles acceptent en quelque sorte de suspendre les limites de leur Moi. Cela engendre chez elles un sentiment de dissolution identitaire qui peut n'être que temporaire, mais qui peut laisser des traces à long terme, en plus de générer une myriade de manifestations psychosomatiques.

L'équilibre psychique économique des soignantes est chamboulé. Leur appareil à penser est surchargé, puisqu'elles sont assaillies de demandes de contenance de la part des patients qu'elles prennent en charge, mais aussi de leurs collègues, tout autant sidérés. Ces aidantes en viennent à mettre en place une économie de survie, visant à préserver leur intégrité

en expulsant ou isolant le trop-plein auquel elles s'identifient. Par ailleurs, elles se voient habitées et parfois même envahies de contenus psychiques peu symbolisés à caractère archaïque. Sur le plan des capacités de symbolisation, nous observons que leurs ressources d'élaboration psychique et d'appropriation subjective, à l'instar des sujets traumatisés, sont mises à rude épreuve.

Compte tenu du caractère extrême de l'expérience de soin en situation humanitaire, nous pouvons émettre l'hypothèse que la disponibilité psychique de ces aidantes est mise à risque. Puisque leur propre subjectivité est ébranlée et qu'il n'existe pratiquement pas d'espace où elles peuvent elles-mêmes donner sens à leur expérience, nous observons qu'une demande de contenance (ou de *métacontenance*), plus ou moins élaborée, émerge chez ces dernières. Dans un article récent (Smolak et Brunet, 2019), nous détaillons comment cette demande se manifeste, tout en explicitant comment se déploie la réponse des institutions ou de l'objet-environnement à ce besoin d'être contenues. Par ailleurs, il est question des aménagements psychiques qui résultent de la qualité de cette réponse, c'est-à-dire des systèmes défensifs érigés, qui sont plus ou moins coûteux pour la psyché, et des symptômes que présentent les aidantes. Diverses recommandations sont aussi émises pour promouvoir la mise en place, au sein des institutions, d'un *métacadre* pouvant soutenir et protéger les soignants. Dans un temps préalable à l'expérience humanitaire, nous proposons de préparer les soignants, sur le plan technique, mais surtout psychique, en les formant et les renseignant quant aux spécificités (culturelles, sociologiques, historiques, politiques) de leurs futurs milieux d'intervention et aux possibles difficultés psychiques et relationnelles qu'ils rencontreront. Au moment de leur mission, nous suggérons d'offrir des espaces de *métacontenance* (p. ex. supervision, groupes de parole) pouvant fournir la possibilité aux aidants d'entrer en relation avec un autre empathique capable d'écoute et de transformer leurs vécus ou leurs angoisses. Au retour, nous encourageons les institutions à offrir le soutien nécessaire (psychothérapeutique ou non) aux soignants pour permettre une forme de retrouvailles avec soi-même et de reprise de leur activité de symbolisation et d'appropriation subjective. Plus spécifiquement, nous nous inspirons des besoins énoncés par les aidantes pour imaginer des ateliers de médiations thérapeutiques artistiques (Brun, Chouvier et Roussillon, 2013). À notre avis, cela leur permettrait de conflictualiser leur expérience et « s'extraire d'un mouvement de créativité entravée » (Gaillard, 2016, p. 79) par la destructivité mortifère et « non historisée qui [obstrue] les psychés, et détrui[t] les liens » (p. 82).

En somme, devant l'absurdité et l'intensité qu'implique l'intervention en situation extrême de la subjectivité, nous croyons qu'un objet ou un espace contenant et malléable doit impérativement être mis à la disposition des

aidantes et des aidants qui, dans le cadre actuel, sacrifient à grand coût leur propre intégrité, au nom d'une expérience de soins idéalement humaine et humanisante.

RÉFÉRENCES


Bégoin-Guignard, F. (1985). À propos de l'identification projective. *Adolescence*, *3*(2), 295-307.

Bettelheim, B. (1960). *Le cœur conscient*. Paris, France : Laffont, 1972.

Baubet, T. et Moro, M.-R. (2000). L'approche ethnopsychiatrique. *Enfances & Psy*, *12*(4), 111-117.

Baubet, T. et Moro, M.-R. (2003). Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire. Dans T. Baubet, K. Le Roch, D. Bitar et Moro, M.-R. (dir.), *Soigner malgré tout* (vol 1, p. 71-93). Grenoble, France : La Pensée Sauvage.

Baubet, T. et Moro, M.-R. (2013). *Psychopathologie transculturelle* (2e éd.). Paris, France : Éditions Elsevier Masson.

Bion, W. R. (1962). Une théorie de l'activité de pensée. Dans W. R. Bion (dir.), *Réflexion faite* (p. 125-135). Paris, France : Presse universitaire de France, 1983.

Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, *66*, 745-757.

Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Le Carnet PSY*, 155, 41-46.

Brunet, L. (1998). Pour une revalorisation de l'analyse qualitative des instruments projectifs. Une méthode associative-séquentielle. *Bulletin de psychologie*, *51*(4), 459-468.

Brunet, L. (2006). Objet du fantasme ou de la réalité? Quelques réflexions sur la « fonction contenante ». *Bulletin de la Société Psychanalytique de Montréal*, *2*, 30-32.

Brunet, L. (2008a). Réflexions sur la validité et la légitimité des méthodes diagnostiques. *Revue québecoise de Psychologie, 29*(2), 29-42.

Brunet. L. (2008b). *Réflexions sur la recherche qualitative*. Montréal, Québec : Université du Québec à Montréal, CARPH.

Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapeutiques psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane - écoutes psychanalytiques*, *18*(2), 70-85.

Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D. et Miller, M. (2012). Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness. *Epidemiologic Reviews*, *34*(1), 145–55.

Cusin, J. et Fabre, C. (2017). Proposition d'un modèle conceptuel du traumatisme vicariant appliqué à la gestion des ressources humaines : le cas des conseillers en accompagnement vers l'emploi. *Revue de gestion des ressources humaines*, *104*, 3-18.

Delbrouck, M., Venara, P., Goulet, F. et Ladouceur, R. (2011). Syndromes connexes au burn-out du soignant. Dans M. Delbrouck (dir.), *Comment traiter le burn-out* (p. 289-303). Paris, France : De Boeck Supérieur.

Donabédian, D. (2005). Stress et traumatisme en psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, *28*, 91-104.

El Husseini, M. (2017). Réactions contre-transférentielles en terrain de guerre – Extrait d'une recherche sur l'exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma. *Enfances et Psy*, *74*, 43-50.

Faust, D. S., Black, F. W., Abrahams, J. P., Warner, M. S. et Bellando, B. J. (2008). After the storm: Katrina's impact on psychological practice in New Orleans. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*, 1-6.

Freud, S. (1895). *Lettres à Wilhelm Fliss, 1887-1904*. Paris, France: Presses universitaires de France, 2006.

Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Oeuvres complètes* (vol. XV, p.273-228). Paris, France: Presses universitaires de France, 1996.

Gaillard, G. (2016). La conflictualité : une modalité de lien où s'arrime la destructivité humaine. *Connexions*, *106*(2), 71-86.

Institute for Economics et Peace. (2016). Global terrorism index : measuring and understanding the impact of terrorism. Repéré à http://visionofhumanity.org/app/uploads/2017/02/Global-Terrorism-Index-2016.pdf

Jung, J. (2015). Chapitre 5. Du miroir au double : le processus de » reconnaissance » de soi dans le miroir. Dans J. Jung (dir.), *Le sujet et son double: La construction transitionnelle de l'identité* (p. 83-102). Paris, France : Dunod.

Kahn, R.L. et Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. Dans M. D. Dunnette et L. M. Hough (dir.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (vol. 3., p. 571- 650). Californie, CA : Consulting Psychologists Press.

Karray, M., Cénat, J. M., Derivois, D., Anaut, M. et Jacome, M.-C. (2017). Soigner aux frontières : regard psychodynamique sur le quotidien traumatique des soignants/réfugiés. *Revue québécoise de psychologie*, *38*(3), 79-98.

Lev-Wiesel, R., Goldblatt, H., Eisikovits, Z. et Admi, H. (2009). Growth in the shadow of war: The case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*, *39*(6), 1154-1174.

Maqueda, F. (1998). Sur le traumatisme psychique dans les situations extrêmes : exemple des camps de réfugiés en ex-Yougoslavie. Dans F. Maqueda (dir.), *Carnets d'un psy dans l'humanitaire: Paysages de l'autre* (p. 137-156). Toulouse, France : ERES.

Moro, M.-R. et Lebovici, S. (1995). *Psychiatrie humanitaire en Arménie et en ex-Yougoslavie*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Moro, M.-R. (2012). Préface. Dans Y. Mouchenik, T. Baubet et M.-R. Moro, (dir.), *Manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherches contemporaines* (2e éd., p. 11-17). Grenoble, France : La pensée sauvage.

Ottino, S. von O. (2007). Violences extrêmes: le poids de la réalité à l'épreuve de la causalité psychique. *Psychothérapies*, *27*, 127-138.

Parat, C. (1995). *L'affect partagé*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Petiau, A. (2016). Ne dites surtout pas que vous êtes médecins. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, *57*, 103-118.

Pielke Jr, R. A. (2006). Disasters, death and destruction: making sense of recent calamities. *Oceanography*, *19*, 138-147.

Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Mayer, R. et Pires, A. P. (1997). La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal, Québec : Gaëtan Morin.

Rechtman, R. (2000). De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries. *Hommes et migration*, *1225*, 46-61.

Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Revue belge de Psychanalyse*, *40*, 25–42.

Roussillon, R. (2005). Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. Dans J. Furtos et C. Laval (dir.), *La santé mentale en actes* (p. 221-238). Toulouse, France : ERES.

Roussillon, R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris, France : Dunod.

Roussillon, R. (2012). On souffre du non approprié de l'histoire : on guérit en l'intégrant. *Le carnet psy*, *9*(167), 36-41.

Sauter, S. L. et Murphy, L. R. (1995). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, D.C. : American Psychological Association.

Sirjacq, M. (2005). Derrière le stress, le débordement du préconscient. *Revue française de psychosomatique*, *28*, 163-178.

Smolak, D. et Brunet, L. (2017). Interprétations psychanalytiques du traumatisme : une synthèse théorico-clinique. *Revue québécoise de psychologie*, *38*(3), 99-124.

Smolak, D. et Brunet, L. (2019). La clinique de l'extrême dans l'extrême dans le cadre de l'intervention humanitaire : le paradoxe du contenant non contenu. *Filigrane – écoutes psychanalytiques, 28*(2), 189-203.

Wee, D., et Myers, D. (2002). Response of mental health workers following disaster. The Oklahoma City Bombing. Dans C. R. Figley (dir.), *Treating compassion fatigue* (p. 57-83). New York, NY: Brunner/Rutledge.

Winnicott D. W. (1960). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux "self". Dans D. W. Winnicott (dir.), *Processus de maturation chez l'enfant* (p. 115-131). Paris, France : Payot et Rivages, 1989.

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

Zerbé, Z., Abou Assaf, R., Ayvazian, N., Maalouf, C. et El Husseini, M. (2018). Impact of the trauma of refugees of war on mental health workers. *Soins; La Revue de Reference Infirmière*, 63(827), 40-42.

RÉSUMÉ

Les aidants humanitaires font l'expérience de symptômes semblables à ceux dont souffrent les victimes de traumatismes, sans nécessairement avoir vécu directement les événements traumatiques. À ce jour, peu d'espace réflexif a été accordé à la description de l'expérience subjective de ces soignants. Notre article propose divers éléments de réflexion portant sur l'expérience du soin en contexte humanitaire, découlant de l'analyse des données recueillies au cours d'entretiens réalisés auprès de trois aidantes. Nous décrivons sous un angle psychanalytique le contexte dans lequel elles interviennent et nous dressons le portrait de leur expérience psychique subjective, en miroir à celle de leurs patients.

MOTS CLÉS

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

ABSTRACT

Humanitarian caregivers experience symptoms similar to those experienced by trauma victims, without necessarily experiencing traumatic events directly. To date, little reflexive space has been given to describe the subjective experience of these caregivers. This article is a reflection on the experience of caregiving in a humanitarian setting, derived from the analysis of data collected through interviews with three caregivers. We describe in a psychoanalytic perspective the context in which they intervene and we draw the portrait of their subjective psychic experience, mirroring that of their patients.

KEY WORDS

humanitarian aid, trauma, subjectivity, psychoanalysis, qualitative study, vicarious trauma