

LES IMPACTS DE LA CONFRONTATION RÉPÉTÉE À DES SITUATIONS DE CRISE ET
LES APPORTS POSSIBLES D'UN PROGRAMME DE GROUPE EN ART-THÉRAPIE
AUPRÈS DES INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE

Marilyne Barbe

Travail de recherche
présenté
au
Département de la Thérapie
par les arts

Comme exigence partielle en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise en Arts (Thérapies par les arts; Option art-thérapie)
Université Concordia
Montréal, Québec, Canada

02 Septembre 2022

© MARILYNE BARBE, 2022

UNIVERSITÉ CONCORDIA

École des études supérieures

Ce travail de recherche rédigé
par : Marilyne Barbe

intitulé : Les impacts de la confrontation répétée à des situations de crise et les divers
apports possibles d'un programme en art-thérapie auprès des intervenants de première ligne

et déposé à titre d'exigence partielle en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise ès Arts (Thérapies par les arts; Option art-thérapie)

est conforme aux règlements de l'Université et satisfait aux normes établies en matière
d'originalité et de qualité, tel qu'approuvé par la directrice de la recherche.

Directrice de la recherche : Heather McLaughlin, MA, ATR-BC, ATPQ, RMFT

Directrice du département : Guylaine Vaillancourt, PhD, MTA

Septembre 2022

RÉSUMÉ

LES IMPACTS DE LA CONFRONTATION RÉPÉTÉE À DES SITUATIONS DE CRISE ET LES APPORTS POSSIBLES D'UN PROGRAMME DE GROUPE EN ART-THÉRAPIE AUPRÈS DES INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE

MARILYNE BARBE

Les intervenants de première ligne confrontés au quotidien à la souffrance et aux crises sont fortement à risque de développer de l'épuisement professionnel, des traumatismes ou divers stress à caractère empathique. Les réalités du contexte de travail, du manque de ressources et de reconnaissance des milieux comme le communautaire augmentent les facteurs de risque. Différentes stratégies de soutien et de prévention peuvent être mises en place pour diminuer les impacts négatifs. Les bénéfices de l'art-thérapie et les différents programmes de soutien en art-thérapie sont explorés dans un design de programme pour soutenir la santé mentale. La recherche tente de répondre à la question centrale : Comment un programme d'intervention de groupe en art-thérapie peut-il soutenir la santé mentale des intervenants de première ligne et promouvoir la résilience et le *self-care*? Les interventions sont conçues pour favoriser la résilience et le *self-care* auprès des intervenants de première ligne. Les interventions créatives sont élaborées dans un modèle intégratif qui inclut des orientations théoriques humanistes, de la psychologie positive, trauma-informed, des notions cognitivo-comportementales et de pleine conscience. La résilience et le *self-care* sont deux concepts centraux. Un programme de soutien de groupe en art-thérapie pour les intervenants de première ligne du milieu communautaire démontre un grand potentiel d'efficacité.

Mots-clés : « intervenant de première ligne », « santé mentale », « programme de groupe », « art-thérapie », « stratégie d'adaptation », « facteur de risque », « facteur de protection », « trauma ».

REMERCIEMENTS

Je remercie tous les professeurs qui m'ont inspirée au cours de mes années d'apprentissage.

Je remercie mes superviseuses, Marissa Singer, Denise Agiman, Maria Riccardi et Sally Cooke, pour le partage de leurs connaissances et de leur créativité, et pour l'accompagnement dans l'intégration du rôle d'art-thérapeute. Je veux remercier Karine Lacasse pour son accueil, son ouverture, sa curiosité et son support. Je veux remercier ma directrice de recherche et superviseure de la faculté, Heather McLaughlin, pour son soutien, ses encouragements, son ouverture et sa compréhension des imprévisibilités de la vie.

Je tiens également à remercier mes collègues de mes deux cohortes pour nos discussions, nos échanges, et nos moments de création qui m'ont permis de rester connectée en dépit d'un trop grand nombre d'heures passées derrière l'écran. À toi, mon amie Marie-Julie, mon acolyte de parcours qui connaît l'épreuve de la dualité des rôles, je te remercie pour nos échanges et pour m'avoir prodigué ton soutien, tes encouragements et l'espace pour me déposer.

Je remercie tous mes anciens collègues d'intervention pour leur merveilleux travail, et souhaite qu'un jour celui-ci soit reconnu à la hauteur de votre savoir-faire et de votre engagement.

Je veux remercier ma famille de croire en mes rêves et en mes capacités. Je remercie mon père de m'avoir inspirée par ses convictions et son héroïsme, ainsi que pour nos discussions sur le travail de première ligne. Je remercie ma mère pour son temps et la création de moments magiques avec ma fille. Je remercie Fée Marraine, parrain et leur troupe pour les nombreuses heures de garde et les moments privilégiés à prendre soin d'Alexie la Magnifique, ma plus grande source d'aspiration. Je remercie mon conjoint pour ses sacrifices et ses encouragements malgré les tumultes de la vie.

Mes remerciements vont également à toutes les personnes qui par leur créativité et leur ingéniosité repoussent les limites du possible.

DÉDICACE

Je dédie ma recherche à toi feu Sylvain Dorion, mon ami, collègue, et coéquipier, dont j'admire toujours les valeurs, l'altruisme, le courage et l'étoffe du héros. Je regrette de ne pas avoir pu partager cette recherche avant que la noirceur te dévore.

Table des matières

RÉSUMÉ	iv
REMERCIEMENTS	v
DÉDICACE	vi
Chapitre 1. Introduction	2
But de la Recherche	3
Motivations Personnelles	3
Présentation des Chapitres	4
Définitions des Termes	5
Chapitre 2. Méthodologie	7
Choix de la Méthodologie	7
Question de Recherche	7
Processus de Recherche	7
Suppositions	8
Cueillette de Données	8
Analyse de données	8
Considérations Éthiques	9
<i>Suppositions</i>	<i>9</i>
<i>Confidentialité</i>	<i>9</i>
<i>Biais</i>	<i>9</i>
Chapitre 3. Revue Littéraire	11
Impact de la Pandémie	11
Réalités Associées aux Rôles	12
Émergence du Milieu Communautaire	13
Facteurs de Risque	14
<i>Traumas</i>	<i>15</i>
<i>Traumas dans un Contexte d'Empathie</i>	<i>16</i>

<i>Stress et Autres Impacts Émotionnels</i>	18
Stratégies d’Adaptation	19
Facteurs de Protection	20
<i>Résilience</i>	20
<i>Self-Care</i>	21
<i>Impacts Émotionnels Positifs</i>	22
<i>Compassion de Satisfaction</i>	22
<i>Résilience Vicariante</i>	22
<i>Croissance Post-traumatique</i>	23
<i>Stratégies de Soutien</i>	24
<i>Stratégies de Prévention</i>	24
<i>Autres Stratégies de Prévention</i>	25
Modèle Trauma-informed	26
Effets Bénéfiques du Groupe	27
Art-Thérapie	28
<i>Art-Thérapie et Neurosciences</i>	28
<i>Exploration des Programmes d’Intervention en Art-Thérapie</i>	30
Chapitre 4. Résultats	38
Différents Modèles Théoriques	38
Éléments des Stratégies d’Adaptation	39
Interventions	40
Structure du Programme	40
<i>Promotion et recrutement</i>	41
<i>Structure des Groupes</i>	41
<i>Organisation d’une Séance et du Temps</i>	41

<i>Orientation du Programme</i>	41
<i>Lieu</i>	42
<i>Phases</i>	43
<i>La Phase d'Exploration (Séances 1, 2, 3 et 4)</i>	43
<i>La Phase de Résonnance : Expression, Réflexion et Self-Care (Séances 5, 6 et 7)</i>	46
<i>La Phase de Transformation : Résilience et Compassion de Soi (Séances 8, 9, 10 et 11)</i>	48
<i>Rencontre de Clôture (Séance 12)</i>	49
Chapitre 5. Discussion	51
Bénéfices d'un Programme d'Art-Thérapie	51
<i>Promotion de la Résilience et du Self-Care</i>	52
<i>Interventions et Structure du Programme</i>	52
<i>Population Ciblée</i>	53
Résultats Inattendus	54
Implications et Considérations Futures	54
Approche Studio	55
Chapitre 6. Conclusion.....	56
Références.....	57
Annexe	74
Tableau 1 Stratégies négatives d'adaptations	74
Tableau 2 Stratégies positives de d'adaptations	75
Figure 1	76

Chapitre 1. Introduction

L'urgence d'agir pour soutenir la santé mentale des intervenants de première ligne est manifeste dans la littérature et l'actualité. Dans un communiqué de presse émis en mars dernier à Genève, l'Organisation mondiale de la santé (2022) sonnait l'alarme sur l'urgence de renforcer les soins et l'investissement pour les services de soutien en santé mentale dans la population en raison d'une augmentation de 25% des troubles liés à la santé mentale, tels que l'anxiété et la dépression. La pandémie du SARS-COV-2 a créé et renforcé des fragilités mondiales en matière de santé mentale (Wahiba et al., 2022). Le risque de séquelles psychologiques est encore plus grand pour les divers intervenants de première ligne qui ont dû faire face à la crise. (Wahiba et al., 2022). Les chercheurs Vassiladis et al. (2015) constatent qu'un quart de la population du Québec éprouvera de la détresse psychologique au cours de leur vie. Les divers professionnels du milieu de la santé et des services sociaux sont plus à risque de subir du stress ou de l'épuisement (Dijxhoorn et al., 2021). La moitié des professionnels qui travaillent auprès d'une clientèle affectée par le trauma sont à risque de développer de l'usure de compassion (Kabunga et al., 2020 ; Zeidner et al., 2013). Il est donc nécessaire de se questionner sur les impacts de la confrontation quotidienne à la détresse, à des crises et à des événements traumatiques sur les professionnels de première ligne.

Les intervenants de première ligne font face à des facteurs de stress et d'imprévisibilités dans leur travail : ils sont témoins de la détresse, de la souffrance humaine, et d'événements de désorganisation ou de violence (Barbier, 2004 ; Gourevitch et al., 2018). Les facteurs de risque en matière de santé mentale sont élevés et prédisposent à l'épuisement professionnel, au traumatisme vicariant et à l'usure de compassion (Phelps et al., 2009). Les mots manquent parfois pour décrire une expérience dont les impacts sont encore mal compris. Le temps et la répétition de l'exposition à la détresse et à des situations de crise peuvent changer la forme d'une expérience. Quels sont les impacts de ces expériences qui se reproduisent, de ces crises dont la charge émotionnelle n'a pas de lieu pour être déposée, reconsidérée, et transformée? Ils s'accumulent. La charge cumulée prend parfois une telle ampleur qu'elle se déplace vers un épuisement ou un stress traumatique. Les chercheurs Bouterfas et Desrumaux (2014) ont démontré une corrélation positive entre la charge émotionnelle reliée au travail et la détresse.

Quels sont les moyens à envisager pour favoriser la diminution des impacts et des conséquences négatives de la charge émotionnelle ?

La création artistique est utilisée depuis toujours pour favoriser l'expression et la guérison (Brooke, 2006 ; Darewych & Riedel Bowers, 2018). Dans le domaine de la thérapie créative, diverses interventions artistiques sont utilisées pour permettre l'expression des pensées, des conflits et des émotions (Darewych & Riedel Bowers, 2018). L'art-thérapie se définit par un processus thérapeutique dynamique et créatif qui engage le client dans l'exploration et l'expression de soi (Canadian Art Therapy Association, 2020). La thérapie par les arts permet de favoriser l'estime et la conscience de soi, d'améliorer les fonctions cognitives et motrices ainsi que les habiletés relationnelles, de favoriser la résilience émotionnelle et l'introspection, de diminuer la détresse, de résoudre des conflits et d'apporter des changements sociétaux (American Art Therapy Association, 2017).

But de la Recherche

Le but de cette recherche est de démontrer les bénéfices et le soutien qu'un programme d'art-thérapie peut offrir à ceux qui travaillent en première ligne et sont confrontés au quotidien à la détresse et aux crises. Selon un modèle de recherche théorique en design d'intervention, un programme d'art-thérapie sera élaboré. La structure et les différents barèmes à adopter seront définis selon la revue de littérature et les facteurs à considérer selon le groupe ciblé, soit des intervenants en santé mentale et en itinérance du milieu communautaire.

Motivations Personnelles

La motivation d'effectuer une recherche pour créer un soutien pour des intervenants de première ligne provient principalement de trois sources. La première est issue de mon histoire personnelle, sous l'empreinte des situations d'urgence observées dans le travail de mon père. En tant que pompier et travailleur de première ligne, l'impact de la charge est visible. Elle donne lieu à des prises de conscience lors du constat de tous ces événements nécessitant un secours d'urgence. Les prises de conscience du risque s'accroissent avec la réalité des alarmes qui sonnent à toute heure, des départs précipités, et des nuits blanches passées par ma mère dans l'attente de son retour. J'ai été témoin de l'impact émotionnel de ses retours, du temps requis pour transiter d'un lieu à l'autre, et du contraste frappant entre deux réalités, deux rythmes de vie interposés. Au fil des années, avec les lectures et les discussions, je constate le manque d'espace

pour alléger l'intensité des émotions et des ressentis face à des situations à haut risque traumatique, ainsi que les peurs résiduelles à la suite d'un accident.

La deuxième source de motivation provient de mon occupation professionnelle passée, où, pendant plus d'une décennie, j'ai travaillé en tant qu'intervenante psychosociale dans des milieux communautaires desservant une clientèle en grande précarité. J'ai été témoin de nombreux départs et de nombreux congés de maladie. J'ai vu l'impact des stress psychosociaux, dont l'épuisement professionnel, une fatigue résultant souvent d'un manque de soutien psychologique, de reconnaissance, d'effectifs pour la charge de travail, de temps et d'espace pour permettre l'expression de la charge émotionnelle. L'impact d'une trop grande charge émotionnelle souvent confondu avec de l'épuisement, la fatigue de compassion s'installe et se construit avec la détresse, laissant croire que le travail n'a plus de sens, qu'il est fait en vain. La polyvalence exigée de l'intervenant psychosocial pour accomplir des tâches variées entraîne une charge émotionnelle qui devient parfois trop lourde à porter en raison de divers enjeux organisationnels dans certains milieux. Les intervenants sont quotidiennement exposés à la souffrance et à la détresse des clients dans des contextes variés : blessures, engelures, infections souvent non traitées, états seconds ou psychotiques, violence de la rue, paranoïa à leur endroit, idéations suicidaires, mauvais crédit de jeunes dont l'identité a été usurpée par leurs parents, etc.

Finalement, j'ai vécu durement le suicide d'un ancien collègue. En prenant un recul, je constate plusieurs éléments laissant transparaître chez lui les signes d'une usure de compassion. Désillusionné, après une vingtaine d'années à occuper un travail à caractère social, incluant d'innombrables gestions de crise, la fatigue et la détresse se sont installées. Cet événement a renforcé mon désir de réfléchir à des moyens à mettre en place pour soutenir la santé mentale des intervenants sociaux, et ainsi prévenir les conséquences et les actes irréparables. Le choix de ce sujet de recherche est empreint d'un fort désir de démontrer que l'art-thérapie peut créer un espace pour déposer les effets issus de l'intensité du rôle, du surréalisme dans l'urgence, et des besoins criants de ces milieux.

Présentation des Chapitres

Le premier chapitre présente l'état actuel de la santé mentale de la population et des intervenants, le but de la recherche et les motivations. Le deuxième chapitre présente la méthodologie, les différentes étapes du processus de recherche, la définition des termes, les mots-clés et les bases de données utilisés pour la revue de littérature, les étapes de l'analyse des

données, les critères d'exclusion et le classement de la littérature retenue, les limitations trouvées dans la littérature pour le groupe ciblé, ainsi que pour la réalisation et l'élaboration des étapes. Le troisième chapitre présente la revue littéraire, la mise en contexte des intervenants et de leur milieu, des facteurs de risque et de protection pour les intervenants de première ligne, les bénéfices de l'art-thérapie, les avancées en neuroscience qui s'appliquent à l'art-thérapie, les divers programmes de soutien qui mettent de l'avant la thérapie créative par les arts, et les différentes orientations théoriques de ces programmes. Le quatrième chapitre présente les résultats et la structure d'un programme de soutien pour les intervenants de première ligne. Le cinquième chapitre présente la discussion à l'instar des résultats et des choix pour construire le programme, ainsi que les questionnements soulevés par la littérature. Le sixième chapitre clôture la recherche avec les éléments de conclusion.

Définitions des Termes

Les définitions des termes peuvent varier selon la culture, les idéologies, le statut, la philosophie ou les croyances, ainsi que le contexte d'utilisation.

Santé mentale

La santé mentale est un état de bien-être qui permet à l'individu de se réaliser à travers ses habiletés et de faire face au stress quotidien de la vie. Elle ne limite pas la capacité à travailler ou à contribuer à la société, mais représente la base du bien-être et du fonctionnement de l'individu (OMS, 2004).

Intervenant de première ligne

La définition de l'intervenant de première ligne est difficile à déterminer, car le terme est utilisé dans une variété de contextes et est mal défini dans la littérature. Selon Blau (2021), les intervenants de première ligne incluent les travailleurs essentiels dans les domaines de la santé, des forces de protection (pompiers, policiers), des caissiers (épicerie ou un magasin général), et du personnel impliqué dans la production, l'alimentation, l'agriculture, la maintenance, l'entretien et la livraison (p. 170). Selon la recherche exploratoire de Rose et al. (2012) portant sur les pratiques de collaboration entre des policiers et des intervenants sociaux desservant une clientèle ayant des problématiques de santé mentale et d'itinérance, le service de première ligne représente un « accès facile et immédiat pour des services de base » (p.16), tels que : les refuges, les centres de jour, les centres d'urgence, les unités mobiles, les services de référence, etc.

La définition d'intervenant de première ligne utilisée aux fins de cette recherche inclut plusieurs groupes de travailleurs dans les domaines de la santé et des services sociaux : intervenants sociaux, infirmières et médecins de l'urgence, psychologues, psychiatres, policiers, ambulanciers, pompiers, intervenants humanitaires, intervenants communautaires, intervenants en milieu de crise, en santé mentale, en itinérance ou avec une clientèle en grande précarité.

« *Self-care* »

Le terme anglais *self-care* se traduit par « veiller sur soi » ou « prendre soin de soi ». Il sera privilégié lors de cette recherche, car il fait appel à une perspective sociale et à un contexte de relation d'aide tant dans sa définition que sa connotation. Selon la définition d'Eckstein (2001), reprise par Bradley et al. (2013), le *self-care* se définit comme les expériences ou les actions entreprises pour soutenir ou maintenir le bien-être. En dépit de l'absence d'une définition commune dans la littérature, Lee et Miller (2013) définissent le concept comme des comportements engagés afin de promouvoir la santé et le bien-être.

Charge émotionnelle

L'impact émotionnel, la charge émotionnelle ou la réponse émotionnelle sont différents termes pour qualifier l'expérience vécue par l'intervenant. Cette charge se définit dans un contexte d'échanges et d'interactions avec le client (Bouterfas & Desrumaux, 2012). Les différents témoignages recueillis par le professionnel sont fréquemment teintés des vives émotions vécues par le client. « Une forte charge émotionnelle négative au travail sera corrélée positivement à la détresse et négativement au bien-être » du professionnel (Bouterfas & Desrumaux, 2012, p. 17). La charge émotionnelle peut ainsi dépendre de la connotation négative des émotions partagées, telles que la colère, la violence, et le sentiment d'impuissance.

Compassion de soi

Selon les auteurs Jarecki et al. (2020), avant de définir la compassion de soi, il faut commencer par la compassion, soit la capacité d'être touché par la souffrance d'autrui, d'observer les failles sans jugement, les erreurs et les échecs (Neff, 2003). La compassion de soi se retrouve dans l'application de ce même regard envers soi. La compassion de soi combine un sentiment de pardon envers soi-même et l'acceptation que l'imperfection et les échecs font partie de l'expérience humaine (Neff, 2003). L'usage de la compassion de soi, soit faire preuve de compréhension et de clémence envers soi et accepter d'être imparfait, offre les mêmes bénéfices que l'estime de soi (Neff, 2011).

Chapitre 2. Méthodologie

Choix de la Méthodologie

La méthodologie choisie est le design d'intervention adapté du modèle de Fraser et Galinsky (2010), car il permet d'initier un changement en mettant à profit le potentiel de l'art. Une recherche dans une perspective d'intervention d'un design ou d'un programme permet d'aborder la problématique et de maximiser le potentiel de changement (Mc Bride, 2016). Ce modèle de recherche favorise et appuie la compréhension et l'efficacité des interventions ou du programme mis en place afin de répondre au problème social soulevé au sein de la population ciblée (Monsen, 2018). Les interventions se situent normalement au cœur du problème social, et c'est dans cette perspective que la question suivante a été élaborée.

Question de Recherche

Comment un programme d'intervention de groupe en art-thérapie peut-il soutenir la santé mentale des intervenants de première ligne et promouvoir la résilience et le *self-care*?

Processus de Recherche

La recherche d'intervention est élaborée selon les cinq étapes du modèle de Fraser et Galinsky (2010) : 1) la spécification du problème et le développement d'une théorie de programme, 2) la création et la révision du matériel, 3) la mise à jour et la confirmation des composantes du programme, 4) l'évaluation de l'efficacité et la mise en essai dans différents contextes et circonstances, et 5) la dissémination des différentes découvertes et du matériel du programme. Dans cette recherche, seules les deux premières étapes du modèle sont explorées.

La première étape permet de définir le problème selon les différentes thématiques, dans le but de définir le contexte et la clientèle choisie et de déterminer les divers facteurs de risque et de protection (Fraser et al., 2009). Les caractéristiques de l'art-thérapie et des programmes élaborés pour les professionnels du milieu de la santé et des services sociaux sont explorées afin de mettre en contexte les enjeux des intervenants de première ligne et de comprendre les différents critères, objectifs et interventions utilisés dans les modèles théoriques.

La deuxième étape consiste dans la création et la révision du programme. Les composantes, la structure, les orientations théoriques, les thématiques et le type d'interventions du programme seront élaborés en prenant en considération les résultats de la revue de littérature réalisée précédemment.

Suppositions

La question de recherche présume que le self-care et la résilience sont des moyens pour soutenir la santé mentale du groupe ciblé. Cette supposition se base sur une représentation personnelle du rôle et des besoins ainsi que sur des éléments issus de la littérature. La promotion de la résilience se trouve au cœur de toute forme de psychothérapie (Hernandez et al., 2007).

Cueillette de Données

Dans le cadre de cette recherche, les données recueillies proviennent de différentes bases de données, comme PsycInfo, ERIC, PubMed, Science Direct, Google Scholar, ainsi que des ouvrages portant sur les thématiques recherchées. Les mots-clés ou les combinaisons de mots utilisés pour la cueillette de données sont : impact émotionnel, intervenant, intervenant communautaire, soignant, intervenant de première ligne, frontline worker, COVID-19, social work, compassion fatigue, art therapy, burn out, trauma, community mental health, mental health worker, community worker, crisis care, incident debriefing, open studio, stress, stress at work, positive art therapy, positive psychology, neuroscience, art therapy program, intervention. Les bibliographies et les références apparaissant dans les sources d'information retenues sont également consultées lors de la cueillette de données. L'information portant sur la réalité du rôle de l'intervenant provient également de l'expérience personnelle et professionnelle de la chercheuse.

Analyse de données

L'analyse de données tient compte des critères d'inclusion et d'exclusion des théories, des études ou des articles scientifiques (McBride, 2016). Les articles ou les études qui n'abordent pas les thématiques de l'art-thérapie, les travailleurs du milieu de la santé et des services sociaux, le milieu communautaire, les intervenants communautaires, les concepts associés à la santé mentale ou les facteurs de risque et de protection sont exclus. Lors de la revue de littérature, certains mots-clés ont été cherchés en anglais et en français. Les journaux et revues scientifiques parus à partir de l'an 2000 sont les sources d'information privilégiées. Les publications retenues sont classées selon différents thèmes : les bénéfices de l'art-thérapie, les programmes d'art-thérapie selon la problématique ou le but, les facteurs de risque et de protection et leurs effets sur la santé mentale, les réalités du rôle de l'intervenant, et le milieu communautaire.

Considérations Éthiques

Suppositions

Certaines suppositions sont émises. Malgré la promotion de l'offre d'un programme de soutien, il est raisonnable de présumer qu'une partie de la population visée ne sera pas rejointe en raison de différents motifs : une détresse trop grande, l'absence de l'identification d'un besoin de soutien, la crainte du jugement, l'influence du groupe, la présomption que ceux qui aident n'ont pas besoin d'aide, etc. Ensuite, des situations de trauma ou de stress peuvent ressurgir selon le contexte de travail, de groupe, des thématiques ou des discussions. Pour contrer ces conséquences possibles, un modèle prenant en considération le trauma (*trauma-informed*) orientera le programme. Un soutien supplémentaire devra être envisagé lors de l'élaboration du programme pour s'assurer de respecter la capacité de soutien du groupe. Une liste avec des ressources externes pourrait être remise aux participants, car bien que le format de groupe ait l'avantage de permettre un plus grand accès, les milieux communautaires pourraient ne pas suffire pour répondre aux besoins élevés de soutien en matière de santé mentale.

Confidentialité

La confidentialité des œuvres et des informations personnelles obtenues dans le cadre des séances d'art-thérapie est une priorité et une responsabilité professionnelles (CATA, 2003-2004). Les limites de la confidentialité peuvent être outrepassées si la personne représente un danger pour elle-même ou autrui, ou si l'art-thérapeute est appelé par la défense dans le cadre d'une action disciplinaire en lien avec la thérapie (CATA, 2003-2004). Dans un contexte de groupe, la confidentialité peut présenter des enjeux éthiques, car il y a un risque de divulguer des informations sensibles sur soi, ses collègues, ou ses clients, en faisant référence à des cas ou des situations. Le respect de la confidentialité est une condition de participation aux groupes, puisque certains échanges ou confidences peuvent dévoiler des vulnérabilités, porter atteinte à l'image ou à la réputation du professionnel, ou faciliter l'identification des clients. Dans le but d'éviter de telles situations, les participants doivent signer, dès la première rencontre, une entente sur le respect de la confidentialité de toute information ou œuvre partagée au sein de groupe pour poursuivre le programme.

Biais

Les biais personnels et culturels peuvent s'appliquer à tous les modèles de recherche. La prise en compte des biais est essentielle lorsque le chercheur n'a pas le bénéfice d'être confronté

à la pensée d'un co-chercheur. De plus, le fait de se limiter à seulement deux des étapes du processus de recherche limite l'apport d'autres professionnels, comme des experts et des intervenants sur le terrain. Les connaissances de la chercheuse, en tant que professionnelle de première ligne, peuvent également limiter la représentation ou l'exploration du travail de terrain, de thèmes ou de problématiques, en référant à des barèmes connus et à des définitions occidentales. La prise de conscience de ces biais, une fois identifiés, permet d'éviter de se mettre des œillères et de prendre une position de recul et de réflexion.

Chapitre 3. Revue Littéraire

Le présent chapitre présente le contexte de travail de la population ciblée et les diverses réalités associées au rôle professionnel des intervenants psychosociaux de première ligne. Les facteurs de risque et de protection sont établis pour mieux comprendre la réalité du travail de relation d'aide et ses impacts sur la santé mentale. Des pistes sur les différents éléments de prévention et de soutien sont également présentées. La revue de littérature sur l'art-thérapie mettra en lumière les différents programmes et leurs bénéfices, les facteurs de protection à privilégier et ceux qui posent un risque sur la santé mentale des professionnels de première ligne.

Impact de la Pandémie

Il est impossible de parler du rôle des intervenants de première ligne et de l'impact émotionnel des situations d'imprévisibilité et de détresse sans considérer la pandémie actuelle. Plusieurs articles font état des enjeux générés par la pandémie et des conséquences négatives sur la santé mentale des travailleurs essentiels dans le milieu de la santé et des services sociaux. Certains de ces auteurs exposent les risques pour la santé mentale et l'augmentation significative du stress (Al Ghafri et al., 2021; Jalili et al., 2021; Barello, Pallamenghi, & Graffigna, 2020; Rana, Mukhtar & Muktar, 2020; Zheng, 2020). Al Ghafri et al. (2021) classent les symptômes rapportés par des médecins selon les dimensions de l'épuisement émotionnel (Maslach et al., 1997). Les groupes de discussion avec des professionnels de la santé impliqués dans la gestion du SARS-COV 2 ont permis de faire ressortir les principales thématiques : le manque d'expertise sur le virus, l'épuisement physique et émotionnel de la charge de travail, le sentiment d'impuissance et d'affect négatif devant l'isolation sociale, les tâches supplémentaires, les restrictions de fréquentation des lieux de culte, le déséquilibre émotionnel et psychologique, ainsi que l'anticipation des conséquences de la COVID (Al Ghafri et al., 2021).

L'étude quantitative dirigée par Jalili et al. (2021) met en relief les impacts de la COVID-19 sur le personnel du domaine de la santé, soit : l'imprévisibilité de l'infection et les hauts taux de contagion et de mortalité. Ils émettent l'hypothèse que la surcharge de travail et les facteurs de stress entraînent une augmentation de l'épuisement des professionnels du domaine de la santé. Les résultats du questionnaire administré auprès de 615 participants confirment l'existence d'une corrélation positive. Un sondage mené par Barello et al. (2020) auprès de 376 participants, tous issus du milieu de la santé, atteste d'un niveau d'épuisement émotionnel très élevé. Quelques

semaines après le début de la crise, les auteurs exprimaient l'urgence d'agir en raison du fort impact psychologique et physique sur ces travailleurs. L'épuisement des intervenants sociaux du milieu public et communautaire se vérifie à plusieurs niveaux (Jalili et al., 2021; Heck et al., 2022). Dans le milieu communautaire, plusieurs intervenants confient que la pandémie ne fait qu'exacerber leur épuisement tandis que d'autres ont le sentiment d'être à bout de souffle (Goyat, 2022). Confrontés à une détresse plus élevée depuis la pandémie, les intervenants de divers milieux disent se sentir impuissants en raison de la limitation des ressources, de la surcharge de travail et de l'épuisement (Goyat, 2022). Cette réalité n'est toutefois pas unique à la pandémie, car bien que le milieu communautaire soit hautement créatif, il est également ardu en raison de l'existence de plusieurs autres facteurs de stress (Heck et al., 2022 ; Vanier & Fortin, 1996).

Braus et Morton (2020) mettent en relief les bienfaits de l'art-thérapie et l'émergence de différentes pratiques artistiques dans la communauté pour faire face à l'isolation et aux inquiétudes générées par la pandémie. Des musiciens jouent en direct de leur balcon, des oeuvres colorent les fenêtres et les trottoirs, et des vidéos de partages créatifs abondent sur Internet et les réseaux sociaux (Braus & Morton, 2020).

Réalités Associées aux Rôles

Le travail auprès d'une population en instabilité résidentielle vivant une réalité d'itinérance ou de crise requiert de nombreuses aptitudes pour leur offrir un soutien (Lemieux-Cumberlege & Taylor, 2019). Il s'agit d'une clientèle souvent désaffiliée des services qui présente des besoins complexes et des histoires de vie teintées de trauma (Lemieux-Cumberlege & Taylor, 2019). Les conditions de travail, que ce soit la pression organisationnelle, les quarts de travail, les horaires atypiques, le nombre trop élevé de suivis, la confrontation à la violence, ou les lourdes problématiques de la clientèle, peuvent engendrer de l'épuisement professionnel (Plamondon, 2002). Les facteurs de stress et les diverses situations rencontrées dans le cadre du travail, comme la grande exposition à la souffrance et à des éléments traumatiques, accentuent le risque de développer de l'usure de compassion ou un traumatisme vicariant (Lemieux-Cumberlege & Taylor, 2019; Ethier, Demarbre et Létourneau, 2019). Le fait que les intervenants doivent fréquemment gérer des situations de grande violence qui les impliquent directement augmente le risque d'un impact traumatique (Lemieux-Cumberlege & Taylor, 2019). Le travail à

caractère social constitue un « accompagnement de la souffrance sociale, n'est jamais aisé et laisse des traces dans la conscience de ceux qui le pratiquent » (Larivière, 2013, p. 77).

Les divers rôles des intervenants du secteur communautaire sont souvent méconnus du public et mal représentés dans le milieu de la santé et des services sociaux (Robert, 2022). La formation éclectique des intervenants du secteur communautaire crée une grande richesse, mais elle favorise parfois un manque de reconnaissance des impressions cliniques ; leur opinion professionnelle est souvent moins validée ou reconnue par le milieu médical en raison d'une importante hiérarchisation des rôles et des champs d'expertise (Vanier & Fortin, 1996). Ceci s'explique par le fait que la reconnaissance de l'expertise varie fortement selon les professionnels, les institutions, la clientèle, et la hiérarchisation validée par le réseau de la santé. Les approches, les mandats et les services offerts par les organismes communautaires restent grandement méconnus des omnipraticiens, malgré les tables de concertation, le réseautage et la création d'un partenariat avec le réseau public (Grenier & Fleury, 2014).

Émergence du Milieu Communautaire

Le secteur communautaire émerge dans les années 1960. Il se définit alors comme un milieu engagé dans des luttes sociales et à la défense des diverses inégalités (Couturier & Fortin, 2021). Les années 70, marquées par le militantisme et les mouvements populaires (Bélanger & Lévesque, 1992), voient la formation de plusieurs organismes voués à la réinsertion sociale (Fleury & Grenier, 2004) et à la défense de droits, ainsi qu'un nouveau modèle d'accès aux soins en communauté pour les utilisateurs de services en santé mentale (Grenier & Fleury, 2014). Ce courant de renouveau fera naître « les premiers groupes d'entraide ainsi que les organismes communautaires offrant un milieu de vie » (Grenier & Fleury, 2014, p. 124). Au cours des années 1980, marquées par une crise économique et des remises en question sur l'emprise décisionnelle de l'État (Fleury & Grenier, 2004), on assiste à la reconnaissance des organismes communautaires en santé mentale par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Grenier & Fleury, 2014). À la fin de cette décennie, « la diversification des services et la consolidation des organismes communautaires » sont fortement liées à la nécessité de désengorger les hôpitaux (Fleury & Grenier, 2004, p. 28). Des services d'hébergement temporaire et des centres de crise s'implantent comme des alternatives à l'hospitalisation pour répondre aux besoins de services et d'accompagnement des personnes qui présentent un trouble de santé mentale (Fleury & Grenier, 2004).

Au début des années 1990, une réforme du système de santé et des services sociaux est inaugurée, mais le partenariat, pierre d'assise de la réforme, présente des inégalités entre les secteurs institutionnels et communautaires (Fleury & Grenier, 2004). Le mouvement communautaire se transforme et s'institutionnalise (Couturier & Fortin, 2021). La professionnalisation des rôles mise en place au sein de nombreux organismes communautaires contribue à modifier leurs préoccupations et à diminuer l'espace pour l'engagement et le militantisme (Couturier & Fortin, 2021). Au début des années 2000, le secteur communautaire est touché par une réorganisation gouvernementale de son modèle structural (Couturier & Fortin, 2021). Les diverses organisations communautaires sont considérées par l'État comme des sous-traitants ou des agents de partenariat ou de projets spéciaux (Couturier & Fortin, 2021). Les réformes présentent de grandes lacunes : les conflits entre les divers acteurs du milieu institutionnel et des ressources communautaires persistent, les conditions salariales sont moins avantageuses, et la difficulté d'intégrer pleinement les ressources communautaires au réseau de la santé demeure (Fleury & Grenier, 2004).

Selon le Réseau québécois de l'action communautaire (RQ-ACA, 2016), les organismes communautaires font face à du sous-financement, des changements de politiques selon le parti au pouvoir, des compressions budgétaires, des fusions dans les services publics, et des insécurités à l'égard de la continuité des subventions. Ces réalités ont de nombreuses conséquences, incluant : une réduction des effectifs, une centralisation des ressources en recherche de fond, une mouvance dans le personnel, et une fluctuation de l'expérience et de l'expertise sur le terrain (Couturier & Fortin, 2021; RQ-ACA, 2016), et ce, en dépit des besoins grandissants de la population et des différentes clientèles rejointes par les organismes (RQ-ACA, 2016).

Facteurs de Risque

Les différents facteurs de risque pour la santé mentale des travailleurs varient selon les contextes, tant en matière de conditions de travail : surcharge de travail, clientèle ayant d'importantes problématiques ou réfractaire, déploiement et enjeux de violence, manque de formation, climat de travail difficile, manque de reconnaissance et de support), que de facteurs personnels à l'intervenant : difficulté à gérer le stress, mauvaise connaissance de ses forces et de ses faiblesses, attentes envers soi trop élevées, compétences limitées dans son rôle, fréquence élevée de stressors personnels, et historique de traumatismes (Brillon, 2013). L'un des facteurs de risque auquel s'expose un intervenant psychosocial se trouve dans l'essence même de son

travail, soit l'empathie dont il doit faire preuve et les conséquences possibles de l'impact émotionnel et du stress sur sa propre santé mentale. Selon Figley (2002), la capacité d'accueillir demande une position d'ouverture, de compassion et d'empathie pour être en mesure d'appréhender le monde selon la perspective de l'autre et comprendre ses souffrances. Cette capacité d'accueil peut avoir un coût pour l'intervenant, soit une fatigue qui restreint les aptitudes et la capacité de supporter la souffrance de l'autre (Figley, 2002). Le stress vécu dans des milieux et des situations de crise peut entraîner une variété de conséquences selon des facteurs individuels, contextuels, et situationnels (Brillon, 2013).

Certains auteurs, dont Rauvola et al. (2019), classifient le trauma vicariant, l'usure de compassion et le stress traumatique secondaire ou indirect comme des stress à caractère empathique, lesquels se définissent par les réactions psychologiques et physiques lors de l'exposition à un élément à haut stress ou à un trauma dans le contexte d'un rôle d'empathie. Ces réactions sont une réponse aux propos à caractère traumatique confiés par le client (Bercier et al., 2005). L'empathie est une qualité nécessaire de l'intervenant social ou du thérapeute pour adopter la perspective du client, évaluer le problème, identifier des pistes d'intervention et de traitement (Figley & Mitchell, 1996), et pour favoriser l'alliance thérapeutique.

Traumas

Trauma Individuel. Le trauma est défini par Van der Kolk (2014) comme les conséquences envahissantes d'un événement ou d'une série d'événements qui dépassent la capacité de l'individu à les intégrer ou à s'évader de celles-ci. Les événements traumatiques s'installent dans un contexte d'impuissance et envahissent la capacité de contrôle, de connexion et de sens dans le quotidien de l'individu (Herman, 1997). Le trauma individuel est la conséquence d'un événement, d'une série d'événements ou de facteurs circonstanciels vécus par un individu et perçus comme nuisibles à sa santé ou à son intégrité physique ou psychologique, ou pouvant mettre sa vie en danger (Huang et al., 2014). Les effets négatifs affectent le fonctionnement global, physique, psychologique, social, émotionnel ou spirituel (Huang et al., 2014). Les traumas sont encodés dans la mémoire de façon non verbale par une inscription sensorielle (Hass-Cohen & Findlay, 2014). Les traumas n'affectent pas seulement ceux qui y sont exposés, mais également l'entourage immédiat et un grand nombre d'individus qui gravitent autour (Van der Kolk, 2014). Le traumatisme affecte la pensée et les perceptions et entraîne une hypervigilance et une forte réaction physique et émotionnelle (Van der Kolk, 2014).

Stress Post-traumatique. Le stress post-traumatique se définit par une exposition à un élément traumatique, la perpétuation du matériel traumatique, des pensées et de l'humeur négatives, ou de l'hypervigilance, et l'évitement de facteurs de remémoration ou d'une caractéristique associée à l'évènement (American Psychiatric Association, 2013). Ce terme, qui remonte aux années 1980, fut conceptualisé à la suite des réponses psychologiques manifestées par nombreux vétérans de la guerre du Vietnam (Fink & Gale, 2007). Le risque de développer un stress post-traumatique après l'exposition à un évènement traumatique dépend de plusieurs critères, tels que : la sévérité et le type de trauma, le facteur de genre ou l'exposition antérieure à des traumatismes durant l'enfance (Fink & Gale, 2007). Lobban (2014) explique que le choc causé par un stress post-traumatique crée un débalancement dans le processus de traitement de l'information. Les souvenirs d'un évènement traumatique ne sont pas emmagasinés dans le cerveau selon le parcours neuronal usuel. Ils se retrouvent emmagasinés dans le système nerveux central et refont surface lors du moindre élément déclencheur associé à l'évènement traumatique (Lobban, 2014).

Traumas dans un Contexte d'Empathie

Stress Traumatique Indirect. Le terme stress traumatique indirect ou secondaire est utilisé par Figley (1996, 2002) comme un synonyme à l'usure de compassion, mais cette définition ne fait pas l'unanimité. Dans une étude visant à différencier le stress traumatique indirect et le trauma vicariant, Bairds & Kracen (2006) font part de l'existence d'une confusion entre les deux phénomènes. Le stress traumatique indirect se manifeste principalement dans un contexte d'assistance donnée à des individus exposés à un évènement traumatique, avec des symptômes qui s'apparentent à ceux d'un choc post-traumatique (Baird & Kracen, 2006). Les principaux symptômes d'un choc post-traumatique, tels que définis par l'American Psychiatric Association (2013), sont des pensées et des humeurs négatives, l'hypervigilance, et l'évitement des situations ou des éléments qui favorisent la remémoration de l'évènement traumatique.

Trauma Vicariant. Le trauma vicariant se définit par son caractère envahissant (Rauvola et al., 2019). Il constitue une transformation qui se produit chez l'intervenant ou le thérapeute en réaction à l'effet cumulatif de l'exposition au matériel traumatique des clients; il affecte les émotions, l'estime de soi, le sentiment de sécurité, la mémoire et les représentations cognitives (Hernandez et al., 2007). Selon Baird et Kracen (2006), le trauma vicariant apporte des changements et des altérations de la perspective de soi, des croyances, des autres et du monde, à

la suite d'une exposition à du matériel traumatique du client. Cette altération de soi et du monde se répertorie selon cinq besoins psychologiques : le sentiment de sécurité ainsi que la capacité de confiance, d'estime, d'intimité et de contrôle. Lorsqu'ils offrent un soutien et une écoute aux clients ayant vécu des situations extrêmes et horrifiantes qui témoignent de la cruauté et de la bêtise humaine, les professionnels peuvent se sentir envahis et dépassés au point de ressentir leurs peurs ou leurs souffrances (Gentry, 2002).

Certaines recherches en neuroscience tendent à démontrer que les neurones miroirs suscitent les mêmes circuits neuronaux de détresse lors de l'observation de la souffrance d'autrui, dans un rôle de performance et d'empathie (Singer & Klimecki, 2014; Jarecki et al, 2020). Une détresse peut donc être engendrée de façon vicariante dans la confrontation répétée à la souffrance humaine (Jarecki et al., 2020).

Usure de Compassion. L'usure de compassion est créée dans un contexte professionnel. Elle constitue un défi pour les intervenants de ne pas s'imprégner des traumatismes ou des éléments de stress présents dans les histoires de leurs clients au risque de développer eux-mêmes des symptômes s'apparentant à ceux de l'épuisement professionnel et du stress traumatique indirect (Figley, 1996), soit de la fatigue, de l'épuisement et des difficultés à accomplir les tâches reliées au travail (Ifrach & Miller, 2016). La différenciation des symptômes de l'épuisement professionnel et de l'usure de compassion chez les travailleurs de la santé et les professionnels en relation d'aide remonte aux années 1980 (Ifrach & Miller, 2016). Les symptômes se classent en trois catégories : les symptômes d'évitement, les symptômes envahissants et les symptômes de vigilance (Gentry, 2002). Les symptômes envahissants correspondent à des images ou des pensées associées à l'évènement traumatique du client qui touchent notamment une vision du monde dans une dualité de victime ou d'agresseur, un positionnement dans un rôle de sauveur en lien avec la croyance d'une fragilité du client, un sentiment d'incompétence dans son rôle professionnel, des pensées obsessionnelles relativement au soutien à donner à certains clients, une difficulté à lâcher-prise et des préoccupations pour le client durant son temps personnel (Gentry, 2002). Les symptômes d'évitement peuvent correspondre à : l'évitement de recevoir le matériel traumatique du client, une diminution de l'espoir, de la joie, de l'énergie, du sens ou des activités de self-care, l'automédication par l'abus de substances, l'isolement et des problèmes relationnels (Gentry, 2002). Les symptômes de vigilance correspondent à une augmentation du niveau d'anxiété, de la colère, de la perception de la charge ou des situations de danger, des troubles de

sommeil, des symptômes somatiques, de la difficulté à se concentrer et une perte d'appétit (Gentry, 2002). Les conséquences peuvent être sévères, comme l'impression de perdre tout espoir, l'incapacité de fournir une aide thérapeutique efficace, le développement de symptômes de stress post-traumatique, l'irritabilité, les difficultés associées au sommeil, et l'anxiété. Selon les individus, les symptômes varient en intensité et en fréquence (Kabunga et al., 2020; Portnoy, 2011).

Stress et Autres Impacts Émotionnels

Stress Professionnel. Il est difficile de déterminer avec précision les origines du terme stress et les définitions tendent à changer avec le temps (Massoudi, 2009). Certains auteurs notent que les études sur le domaine ont été fortement influencées par les changements démographiques initiés par la guerre (Lupien, 2015). Les études de Selye, un scientifique et chercheur montréalais, ont permis d'établir le fondement conceptuel du stress comme une réponse physiologique adaptative à un syndrome général [GAS] (Pollock, 1988). La grande popularité du terme proviendrait « d'un amalgame de différents concepts scientifiques » (Massoudi, 2009, p. 1). Selon Sende et al. (2012), le stress au travail s'imisce lorsque les ressources et la capacité de l'individu ou du travailleur sont dépassées. « Le stress professionnel est la résultante de trois facteurs : la charge de travail, le niveau de demande psychologique induit par la tâche; la latitude décisionnelle, la marge de manœuvre; et le soutien social » (p. 225). L'enquête nationale menée par les chercheurs auprès de professionnels en médecine d'urgence a permis de faire ressortir les principaux éléments de stress, soit la charge de travail, la charge émotionnelle, la conciliation entre le travail et la vie privée, et de retenir des pistes d'intervention pour le dépistage et la prévention du stress et de l'épuisement (Sende et al., 2012). Ces pistes d'intervention regroupent des formulaires d'autoévaluation, la promotion de stratégies de bien-être, et la création de groupes d'entraide et de programmes de soutien (Sende et al., 2012).

Épuisement Professionnel. L'épuisement professionnel est une réaction négative émotionnelle en réponse à des difficultés rencontrées dans le cadre du travail (Italia et al., 2008). Il représente un épuisement émotionnel et mental à la suite d'une implication à long terme dans un contexte exigeant (Portney, 2011). Il constitue une réponse marquée par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation, un sentiment de cynisme et d'inefficacité, un détachement envers l'autre, et une diminution de l'accomplissement personnel (Maslach, 1982; Maslach, 2001). L'instrument de mesure Maslach Burnout Inventory (MBI) permet de classer les

symptômes en trois catégories: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le faible accomplissement personnel. Selon Italia et al. (2008), les symptômes se résument à un sentiment de vide et d'épuisement qui ont pour effet de créer un détachement relationnel, lequel peut se transformer en indifférence envers les besoins du client. La dépersonnalisation se présente par une distanciation émotionnelle et cognitive, une augmentation de la réaction négative à l'égard du patient, telle que l'impolitesse et même le dénigrement (Italia et al., 2008). La diminution de l'accomplissement personnel entraîne un sentiment d'incompétence et d'échec qui affecte l'estime de soi (Italia et al., 2008). La surcharge de travail peut apporter un stress supplémentaire ou un sentiment d'incompétence ou de ne pas être à la hauteur (Plamondon, 2002).

Stratégies d'Adaptation

Les différentes stratégies d'adaptation utilisées par l'individu ont un impact sur l'effet du stress, la perception et la gestion de l'adversité et les conséquences à long terme qui peuvent se développer sur la santé mentale (Skinner et al., 2003). Le modèle de Skinner et al. présente 12 différentes stratégies d'adaptation autour de trois éléments centraux : le niveau de détresse, l'orientation et la cible de l'adaptation, contextuelle ou individuelle. Les auteurs Zimmer-Gembeck et Skinner (2011) ont adapté ce modèle et revu la classification des stratégies d'adaptation selon que l'adaptation est négative ou positive. La forme négative est constituée de six catégories : l'impuissance, l'évasion ou la fuite, la délégation, l'isolation sociale, la soumission, et l'opposition. Chaque catégorie est composée de sous-catégories pour représenter les différents processus d'adaptation qui tentent de répondre à la même fonction adaptative (voir Table 1). L'impuissance englobe l'interférence des pensées, l'épuisement mental et la confusion; cette catégorie répond donc aux limites et à l'atteinte des capacités d'actions. L'évasion ou la fuite met en contexte l'évitement, le déni, et l'illusion. La délégation fait référence aux recherches d'aide mésadaptées. L'isolation sociale se produit lors du retrait d'un contexte qui n'octroie pas le soutien minimal. La soumission correspond à un état de rumination tandis que l'opposition comporte les éléments de blâme et la projection sur autrui (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011, traduction libre, p. 3). Les auteurs répertorient aussi les éléments d'adaptation positifs de leur modèle en six catégories : la résolution de problème, la recherche d'information, l'appui sur les ressources personnelles, la recherche de soutien, l'accommodation, et la négociation. Chaque catégorie se divise en sous-catégories qui répondent à la même fonction (voir Table 2).

Facteurs de Protection

Résilience

La résilience se veut un processus dynamique d'adaptation lors de la confrontation à de l'adversité (Luthar et al., 2000; Salkind, 2005). Toutefois, puisque la définition et le concept de résilience ne font pas l'unanimité dans la littérature, il est conseillé de les adapter au contexte et à la population ciblée (Luther et al. 2000). Les capacités personnelles, le sentiment de compétence, l'empathie, et l'autonomie sont des exemples d'éléments qui peuvent être attribués à la résilience (Carr & Vandiver, 2003). La résilience n'est pas un caractère exceptionnel, car tout individu en possède à différents niveaux selon l'adversité à laquelle il a été exposé au cours de son développement (Masten, 2001). La résilience est présente dès la naissance, mais elle doit ensuite être nourrie et fortifiée (Aguilar, 2018).

Le concept de résilience utilisé dans cette recherche s'inspire d'Allen et al. (2011). Selon les auteurs, un individu engagé dans un processus de résilience développera un niveau de performance et d'habiletés plus élevé que ceux qui ne se sont pas engagés, et ce, en dépit des facteurs de protection ou de vulnérabilités (Allen et al., 2011). Les auteurs réfèrent à deux types d'éléments modérateurs qui interagissent dans la résilience de l'individu, soit les attributs protecteurs de stabilité, qui se définissent par l'ouverture à apprendre de nouvelles aptitudes, et les attributs d'amélioration, qui s'illustrent par la capacité d'adopter un point de vue global et de faire un bilan des éléments positifs d'une situation. Selon ces auteurs, la résilience opère dans quatre domaines : la résilience physiologique, le soutien social, la résilience émotionnelle, et la résilience spirituelle. La résilience physiologique se définit par l'adaptation et les tentatives pour maintenir l'homéostasie afin de faire face aux défis et aux changements physiques. La résilience physiologique est en lien avec des facteurs environnementaux, car certains augmentent les effets indésirables de l'exposition au stress et des facteurs socioéconomiques, car les individus peuvent être avantagés ou désavantagés selon l'accessibilité aux ressources ou aux possibilités. La résilience émotionnelle peut se définir comme une force qui s'appuie sur les construits individuels lors de moments de stress et d'adversité. Pour expliquer les effets de l'adversité sur l'individu et les processus d'adaptation qui en découlent, Allen et al. (2011) se sont appuyés sur le modèle d'adaptation au stress de Lazarus & Folkman (1984) et les versions révisées. Le modèle de Lazarus et Folkman ne prend pas en compte l'impact des émotions positives. Le modèle révisé par Folkman (1997) intègre l'aspect du sens et de l'apport de l'émotion positive

comme facteur de réduction de l'adversité, en référant à quatre processus d'adaptation associés à la résilience : la réévaluation positive, la concentration sur les buts et les éléments d'adaptation, les croyances personnelles, et l'insertion de moments de positivité dans le quotidien. Sous l'apport de nouveaux faits, Folkman (2008) revisite le modèle pour réévaluer la question de l'apport d'émotion positive dans le processus du stress. La liste des processus d'adaptation est donc revue pour inclure les nouveaux éléments de recherche et de la littérature : les avantages de trouver un sens, les avantages de se remémorer un sens, le processus d'adaptation des buts, la révision des priorités, et l'insertion de moments de positivité dans des situations du quotidien. Dans le processus de stress, les émotions positives normalisent et favorisent l'adaptation et l'accès aux ressources personnelles (Folkman, 2008).

Après avoir constaté que les modèles de résilience n'abordent pas la créativité, Metzl et Morrell (2018) ont conçu un modèle multifacteur pour illustrer le rôle que peut jouer la créativité en élaborant un cadre mettant les forces à l'avant-plan (voir Figure 1). En matière de créativité, le thérapeute peut utiliser différents modes de pensée et de dialogue, tant verbal que non verbal, afin de renforcer les habiletés créatives et ainsi favoriser un rétablissement ou une réparation (Metzl & Morrell, 2008). Les auteurs souhaitent démontrer avec ce modèle que la créativité peut favoriser une mouvance dans un processus de résilience.

Self-Care

Selon Lee et Miller (2013), il existe deux types de self-care : professionnel et personnel. Ceux-ci peuvent être renforcés par l'utilisation de diverses stratégies individualisées visant à répondre aux besoins et aux contextes culturels de l'intervenant ou du thérapeute. Afin de soutenir l'équilibre, l'efficacité et le bien-être au travail, le self-care professionnel consiste dans l'adoption de pratiques qui s'appuient sur les éléments suivants : la charge de travail et la gestion du temps, l'attention au rôle, le rappel et la considération des limites du rôle dans le contexte donné, les réactions émotionnelles ou cognitives suscitées par la nature du travail, le soutien professionnel des collègues ou des pairs, la continuité du développement professionnel, et la régénérescence de l'énergie par des moyens individualisés, comme la création d'un espace de travail agréable ou inspirant, l'affichage de mots d'encouragement, et l'utilisation de mantras.

Le self-care personnel est interrelié, car il englobe l'ensemble des pratiques et des activités qui favorisent un équilibre et un état de bien-être personnel ; de ce fait, l'application du self-care dans la vie personnelle tend à être représentative du self-care dans le domaine

professionnel (Lee & Miller, 2013). Ruglass & Kendall-Tackett (2014) mentionnent l'utilité d'avoir un plan spécifique avec des pratiques de self-care comme de prendre du temps pour soi, maintenir un équilibre dans ses habitudes de vie, dormir suffisamment, bien manger, socialiser, et avoir des passe-temps.

Impacts Émotionnels Positifs

Certaines études accordent une attention particulière aux impacts positifs du travail de relation d'aide avec une clientèle éprouvée par la détresse ou les traumatismes. Velasco et al. (2022) mettent en garde contre les risques de stigmatisation pathologique par une apposition rapide d'une étiquette de traumatismes indirects fondée sur les réactions émotionnelles des professionnels. Les organisations et la société tendent à sous-estimer les conséquences et les effets associés au fait d'être confronté à la détresse (Maltais & Gauthier, 2015). Les conséquences peuvent représenter des gains positifs ou négatifs pour les intervenants de crise (Maltais & Gauthier, 2015). Il est important de ne pas porter un regard réductionniste sur la complexité des réactions humaines face aux témoignages de souffrance et de détresse des clients (Velasco et al., 2022).

Compassion de Satisfaction

Dans leur recherche sur les conséquences de l'exposition aux traumatismes et à la souffrance, Velasco et al. (2022) ont analysé 52 articles sur le trauma vicariant, la fatigue de compassion et le stress traumatique, et découvert un facteur de protection : la compassion de satisfaction. Les auteurs définissent celle-ci comme la conséquence positive de la prise de conscience des bénéfices du travail thérapeutique sur le bien-être psychologique et émotionnel de leurs clients. Selon eux, la compassion de satisfaction et la croissance post-traumatique sont des phénomènes associés aux problématiques personnelles du professionnel. Ils reprennent ainsi l'hypothèse de Zerubavel et O'Dougherty Wright (2012) voulant que des facteurs individuels, comme un historique de trauma, pourraient influencer positivement le professionnel. Dans leur recherche sur le guérisseur blessé, Zerubavel et O'Dougherty Wright (2012) expriment que le parcours traumatique ou d'adversité résolu par le thérapeute ou l'intervenant peut favoriser l'empathie et la création de repères pour guider le client vers un rétablissement.

Résilience Vicariante

La résilience vicariante est un processus dynamique qui fait appel à des habiletés d'adaptation positive dans un contexte d'adversité afin de surmonter les difficultés et la capacité

de croître (Hernandez-Wolfe, 2018). Dans le domaine thérapeutique, elle se produit lorsque la croissance ainsi que les capacités personnelles et professionnelles du thérapeute sont positivement altérées par la résilience de son client (Hernandez et al., 2007; Engstrom et al., 2008). Dans une étude qualitative à caractère exploratoire, Hernandez et al. (2007) se sont penchés sur l'impact que produisent sur le thérapeute les histoires des clients ayant vécu des expériences traumatiques. Une entrevue semi-structurée avec 12 thérapeutes travaillant auprès de survivants de traumas et de violences politiques a permis aux auteurs d'établir que la résilience des clients avait des conséquences positives sur la représentation de soi et du monde du thérapeute. Selon eux, le phénomène de la résilience vicariante témoigne non seulement de la capacité d'*empowerment* du thérapeute qui reçoit le témoignage d'adversité du client, mais aussi de la force inouïe de l'humain à se rétablir, à s'adapter, à se redéfinir, à s'engager et à faire naître l'espoir. Engstrom et al. (2008) ont poursuivi la recherche sur la résilience vicariante en menant des entrevues semi-structurées auprès de onze professionnels travaillant avec des victimes de torture. L'analyse des résultats a permis de définir plusieurs thèmes associés à la résilience vicariante : l'impact positif de la résilience du client, l'évaluation positive de la performance du travail thérapeutique, et le changement de perception du monde du thérapeute. Les témoignages recueillis dans cette étude ont aussi fait ressortir le concept de la croissance post-traumatique.

Croissance Post-traumatique

La croissance personnelle représente une conséquence positive qui peut découler du partage d'un trauma, alors que la perception de la vie, des forces individuelles et de la spiritualité se retrouvent considérablement améliorées (Engstrom et al., 2018). Woodward et Joseph (2003) font part que les facteurs de changement proviennent d'expériences de vie variées et significatives pour l'individu. Contrairement à la littérature scientifique émergente qui semble tendre vers un facteur de disposition mentale et émotionnelle de l'individu pour expliquer le processus de changement, les auteurs ont trouvé dans les témoignages des participants le facteur relationnel comme principal modérateur (Woodward & Joseph, 2003). Engstrom et al. (2008) ont observé la croissance post-traumatique des thérapeutes lors d'une étude sur le trauma vicariant. Les auteurs spécifient que l'une des grandes différences entre les concepts de résilience vicariante et de croissance post-traumatique est due aux changements attribués au client et non au thérapeute. Selon eux, la croissance post-traumatique est donc entièrement induite par le client.

Stratégies de Soutien

La supervision est une stratégie de soutien recommandée par plusieurs auteurs et chercheurs. Elle permet d'aborder les facteurs de stress et les problématiques personnelles et cliniques interreliées afin de demeurer disponible pour le client (Gam et al., 2016). Une étude menée par Gam et al. (2016) auprès de 140 art-thérapeutes démontre que l'épuisement professionnel est influencé par la supervision, les stratégies d'apaisement et le sentiment d'efficacité personnelle. Les art-thérapeutes ayant le plus d'années de pratique, et donc le nombre le plus élevé d'heures de supervision, témoignent d'un plus grand sentiment d'efficacité et de stratégies d'apaisement, et d'un faible taux d'épuisement professionnel (Gam et al., 2016, traduction libre). Zeburavel et O'Dougherty (2012) mettent en relief l'importance de la supervision professionnelle pour aborder, déposer, évaluer et contenir les blessures et les traumatismes qui peuvent être pertinents pour le travail clinique (p. 483, traduction libre). Velasco et al. (2022) décrivent la supervision comme un facteur de protection dans plusieurs recherches incluses dans leur revue systématique sur les types de stress à caractère empathique. Dans une recherche visant à comprendre les facteurs de stress traumatique des travailleurs en santé mentale, Kanno et Giddings (2017) font part de l'importance de la supervision pour soutenir les travailleurs. Les auteurs mentionnent aussi qu'en dépit des recommandations sur la nécessité de créer un système pour soutenir les travailleurs, la majorité ne reçoit pas un soutien adéquat. Ils reprochent que les supervisions mises en place au sein des organisations visent les responsabilités et les technicalités liées au travail, mais rarement l'impact émotionnel des propos à caractère traumatique des clients. La supervision est un espace où il est possible de renforcer les stratégies d'adaptation et les habiletés spécifiques adaptées au travailleur et à son contexte de travail.

Stratégies de Prévention

Plusieurs recherches abondent sur les résultats mitigés obtenus avec l'utilisation des méthodes d'interventions préventives en trauma, telle que le débriefing psychologique (Deville et al., 2006; Pack, 2012, Segal-Engelchin et al., 2020). Les risques et les conséquences possiblement reliés aux interventions psychologiques apportent une grande part d'incertitude sur l'efficacité de ce moyen préventif post-événement (Deahl, 2020). Dans les années 1980, Mitchell (1983) a développé le *Crisis Incident Stress Debriefing* (CISD), un modèle d'intervention de crise pour les premiers répondants et les unités d'urgence qui est structuré en sept phases : l'introduction, les faits, les pensées et les impressions, les réactions émotionnelles, la

normalisation, la planification pour le futur et le désengagement. La mise en application recommandée du modèle était entre 24 heures et une semaine après l'évènement (Everly & Mitchell, 2000). Selon Devilly et al. (2006), cette méthode d'intervention de crise peut être dommageable et contreproductive. Dans leur revue littéraire, les auteurs soulèvent le manque de données empiriques et rigoureuses dans les études de débriefing, le lien de causalité difficile à établir en raison du manque de rigueur dans les recherches, et la difficulté d'isoler toutes les variables. Everly et Mitchell (2000) identifient certaines des confusions représentatives entourant le modèle CISD qui, selon eux, n'a pas été conçu pour être utilisé seul, mais dans un modèle multifacette. Afin de pallier les confusions et la controverse entourant la popularisation, l'utilisation et l'association erronées du terme débriefing dans le modèle CISD, les auteurs proposent de référer au *Critical Incident Stress Management* ou CISM, afin de représenter des interventions de crise dans une approche variée et intégrative. Malgré cela, Devilly et al. (2006) considèrent que les données et les recherches empiriques sont insuffisantes et que les bienfaits de l'application des débriefings psychologiques à la suite d'un évènement traumatique ne sont donc pas concluants. Ils attestent également que certaines études ont démontré des effets contraires aux résultats et au soulagement souhaité, tel que l'apparition de symptômes de stress post-traumatique chez des participants du groupe contrôle après le débriefing.

Certains auteurs mentionnent une technique de désamorçage ou de *défusing*. Inspirée du docteur Crocq, la technique se construit selon dix principes afin d'obtenir un effet cathartique lors du partage de l'expérience (Kendil, 2019). Malgré des différences importantes dans la technique de défusing, celle-ci misant principalement sur la verbalisation spontanée de l'évènement et la flexibilité dans l'ordonnancement des différentes étapes (Auxérémy, 2022 ; Kendil, 2019), plusieurs auteurs expriment des contre-indications (Auxérémy, 2022). Auxérémy met de l'avant que « l'accueil humain et relationnel constitue un soin » (p. 116) envers des individus confrontés à un évènement possiblement traumatique. La psychologue Kendil (2019) insiste sur l'importance de la connaissance de la culture des victimes, le respect et l'utilisation des croyances, la mobilisation des ressources personnelles, l'intégration d'une phase éducative, et l'instauration d'une collaboration proactive.

Autres Stratégies de Prévention

Outre le débriefing, il est possible d'intégrer différentes stratégies de prévention dans les milieux de travail. Kanno et Giddings (2017) présentent diverses stratégies pouvant être mises en

place : l'établissement par l'administration d'un soutien par les pairs ou d'un système de soutien pour aborder les besoins en matière de santé mentale, des rencontres informelles de débriefing ou de partage, une rotation dans la gestion des cas pour favoriser l'exposition à des situations plus complexes ou traumatiques, la création d'une formation pour acquérir et soutenir de nouvelles habiletés, et la nécessité d'outiller les intervenants dans leur travail avec le trauma. Selon Lee & Miller (2013), le soutien de pairs permet notamment la réception de commentaires constructifs, d'encouragements et le partage des connaissances. Kanno et Giddings (2017) recommandent aussi d'autres stratégies pour renforcer la gestion du stress à caractère traumatique, comme une supervision professionnelle à l'extérieur du cadre du travail, une psychothérapie, des formations ou des programmes éducationnels sur le travail en trauma.

La psychologue Brillon (2013) souligne que le self-care physique, cognitif et émotionnel s'obtient par une bonne stratégie de prévention centrée sur une hygiène de vie équilibrée, la pratique du sport, une bonne alimentation, des activités de ressourcement et de création, l'entretien de relations porteuses de joie, la compassion envers soi, les moments d'authenticité, d'inspiration et d'émerveillement, et la recherche de congruence dans les valeurs et les principes.

Modèle Trauma-informed

Fondé sur la prémisse que tout individu est à risque d'avoir vécu un trauma, le modèle *trauma-informed* cherche à éviter la stigmatisation et à limiter l'attribution aux caractéristiques individuelles, telles que : le genre, le style d'adaptation, et les traumas passés (Elliot et al., 2005). Machioldi (2020) considère qu'un événement traumatique peut laisser une empreinte tout au long de la vie et contribuer à l'apparition de nombreux problèmes émotionnels, cognitifs, et physiologiques. Dans son modèle inspiré de celui créé par Herman (1997), Machioldi (2020) détermine cinq principes : 1) le trauma fait partie des troubles et des défis avec lesquels doivent composer des personnes de tous âges, 2) le trauma connecte le corps et l'esprit, 3) les symptômes et les réactions au trauma ne sont pas une pathologie, mais plutôt une stratégie d'adaptation, 4) les individus, la famille, le groupe et la collectivité ont une position d'empowerment lorsqu'ils participent et s'impliquent dans les interventions et le traitement, 5) l'individu, la famille, le groupe ou la collectivité ne sont pas seulement destinés à survivre face au trauma, mais à atteindre un épanouissement.

Elliot et al. (2005) définissent dix principes sous-jacents au modèle de service trauma-informed. Dans leur recherche, les auteurs précisent que ces principes ont été élaborés pour un

organisme d'aide aux femmes victimes d'abus, mais qu'ils peuvent s'appliquer à toute organisation et tout individu. Les dix principes sont : la reconnaissance des conséquences de la violence ou du trauma sur les stratégies d'adaptation, l'importance de l'inclusion des enjeux personnels du trauma et l'adoption d'une perspective d'empowerment pour soutenir la reprise de contrôle par l'individu. Selon les auteurs, l'empowerment s'établit par la construction d'objectifs mutuels, la mise au premier plan des forces du client, le renforcement de la dignité et du sentiment de compétence, la création d'un lieu d'échanges auprès des pairs, le choix conscient et le sentiment de contrôle, la construction d'une relation collaborative, sécuritaire et fondée sur la confiance, la création d'un lieu bienveillant qui promeut des valeurs de respect, de sécurité et d'ouverture, et une vision centrée sur les forces et non les symptômes. Le thérapeute ou l'intervenant doit faire preuve de sensibilité dans l'utilisation des approches et des procédures pour contrer la recrudescence d'anciens traumatismes. Il doit aussi prendre en considération la culture, le milieu de provenance, les perceptions et les besoins du client dans la construction des services ou des programmes.

Effets Bénéfiques du Groupe

Le groupe permet la construction d'échanges, d'interactions, et de négociations dans un contexte social et communicationnel (Waller, 2003). Le format de groupe doit être choisi en prenant en considération les bénéfices et les motivations associées à chaque option : la promotion des habiletés et des apprentissages sociaux, la réponse à un besoin commun pour offrir un lieu d'échanges et un soutien mutuel, la promotion d'un sentiment d'appartenance, de réflexions, d'introspections, d'apprentissages, de ressources, et de modélisations avec les commentaires et les histoires des pairs, la création d'un soutien et d'une expertise offerte au plus grand nombre commun (Liebmann, 2003). Les différentes tâches exécutées dans une rencontre de groupe en art-thérapie favorisent la communication et la cohésion d'équipe (Nainis, 2005). Selon Moon (2016), la création dans un contexte de groupe promeut l'espoir et le plaisir et crée un sens de communauté, une expérience partagée et gratifiante, un espace relationnel pour les préoccupations existentielles, et un processus réparateur. De plus, le groupe peut contribuer à la création d'un contexte plus propice à la participation et aux échanges. Kanno et Giddings (2017) estiment que ce sont fréquemment les intervenants qui desservent des clientèles à haut risque qui sont moins enclines à chercher du soutien auprès d'un professionnel externe pour discuter

d'enjeux dans leur travail. L'aspect social intrinsèque à la construction d'un groupe permet de réparer des dommages relationnels (Herman, 1997).

Art-Thérapie

Selon Belfiore (1994), la thérapie par les arts présente plusieurs bénéfices : elle permet de travailler auprès d'une population variée, d'explorer des sujets difficiles, d'exprimer par la création différents niveaux d'expérience personnelle, et d'utiliser un langage autre que les mots pour exprimer les obstacles et les non-dits auxquels sont souvent confrontés les professionnels de première ligne. Les interventions artistiques au cœur de la thérapie par les arts favorisent l'expression, la narration et l'approfondissement, des éléments qui composent généralement une perspective *trauma-focused* dans le processus thérapeutique (Rankin & Taucher, 2003). L'art permet l'expression des différentes réalités perçues ou souhaitées, selon une perspective individuelle ou collective (Moxley & Feen, 2016). L'art-thérapie se concentre sur la résolution de problème psychologique et facilite la croissance personnelle en combinant des théories psychothérapeutiques et des interventions artistiques (Gam et al., 2016). L'art-thérapie permet l'engagement des sens et l'utilisation de l'image pour faciliter l'accès à des traumatismes en mémoire (Campbell et al., 2016). L'image joue ainsi un rôle de médiateur en permettant de prendre une distance lors de l'extériorisation d'un traumatisme (Campbell et al., 2016). Grâce à la création et à l'utilisation de symboles, l'art-thérapie donne le recul nécessaire pour favoriser la recherche de sens lors d'expériences négatives (Lobban & Murphy, 2019). La création artistique dans l'espace thérapeutique permet d'exprimer les émotions enfouies associées à des contextes émotionnellement chargés dans un environnement sécuritaire et confidentiel (Huet & Holttum, 2016). Cet espace favorise l'expression des stress ressentis et la réduction des craintes à l'égard d'une possible stigmatisation lors du partage des émotions (Ifrach & Miller, 2016).

Art-Thérapie et Neuroscience

L'imagerie du cerveau, par l'émission de positron (PET) et la résonance magnétique (fMRI), a permis de faire des avancées importantes dans le domaine de la neuroscience par une meilleure connaissance des zones et des processus neuronaux impliqués dans différentes actions (Van der Kolk, 2014), ainsi que lors de stress ou de la remémoration de souvenirs traumatiques (Hass-Cohen et al., 2014). L'art-thérapie permet d'explorer l'histoire événementielle du client et la modification de la narration, et de fortifier les habiletés de régulation émotionnelle et la stimulation de la réponse dans le système nerveux (Hass-Cohen et al., 2014).

Selon Hass-Cohen et Findlay (2018), la neuroscience peut alimenter la compréhension du processus et du parcours neuronal de la résilience et ainsi favoriser la création d'un modèle d'art-thérapie qui induit la résilience. Leur modèle *The Check art therapy protocol* est composé de cinq étapes : la création d'une ligne de temps du traumatisme, le dessin d'une image représentant le trauma et sa narration, l'incorporation de modifications dans l'image, la représentation d'une force, et la création d'une image avec la projection d'un futur positif. Le processus mis en place dans ce protocole favorise le sentiment de contrôle et la résilience, diminue l'hypervigilance et les réponses dissociatives, et suscite les fonctions exécutives du cerveau pour changer un événement passé et le reconstruire positivement dans le présent.

Kapitan (2010) affirme que la neuroscience permet de mieux comprendre les différents processus à l'œuvre dans le cerveau, incluant la stimulation neuronale, lors du processus de création. Selon l'auteure, ces avancées illustrent les implications et les bienfaits de l'art-thérapie sur le cerveau qui, en raison de sa malléabilité, peut se transformer. L'élaboration de l'image et la stimulation sensorielle peuvent contribuer au développement de nouveaux circuits neuronaux.

Lusebrink (2004) explique certaines fonctions du cerveau qui impliquent des capacités propres aux thérapies créatives. La création artistique favorise l'intégration et la connexion des fonctions cognitives des deux hémisphères, d'où la création de circuits neuronaux entre les pensées et les émotions; ainsi, l'hémisphère droit du cerveau opère l'imagerie, l'information visuospatiale et la mémoire visuelle, tandis que l'hémisphère gauche implique l'information verbale et les processus d'analyse (Huss, 2015). L'art-thérapie favorise l'expression et la communication par l'accès à des modes sensoriels et visuels (Lusebrink, 2004). Lorsque la mémoire tente de reconsolider le trauma, la communication avec le cortex frontal est rompue, car l'information emmagasinée dans la mémoire émotionnelle, située dans l'hypothalamus et le tronc cérébral, n'est pas accessible (Van der Kolk, 2014, p. 178, traduction libre).

Dans une recherche sur la douleur chronique et l'application de l'art-thérapie avec la neurobiologie relationnelle (ATR-N), Hass-Cohen et Findlay (2009) ont développé un protocole de représentation de la douleur inspiré de Achterberg et al. (1994). Dans leurs écrits sur les rituels de guérison et de l'imagerie, Achetenberg et al. (1994) explorent le concept de la création d'une connexion avec le discours intérieur pour répertorier des sensations, telles que des engourdissements, des inconforts, et du stress. Le protocole créé par Hass-Cohen et Findlay (2009) consiste dans la création de quatre dessins pour illustrer la représentation sensorielle,

cognitive et émotionnelle du problème. Le premier dessin représente visuellement l'apparence du problème, le deuxième est une représentation de soi, le troisième est la création d'une image ou d'un symbole pour représenter une force ou une ressource pour faire face au problème, et le quatrième est la représentation de soi perçue au moment présent ou en l'absence du problème.

Exploration des Programmes d'Intervention en Art-Thérapie

Plusieurs études décrivent les bénéfices d'un programme ou d'interventions d'art-thérapie dans des contextes de travail où les facteurs de stress et les impacts émotionnels sont fortement présents (Belfiore, 1994; Ho et al., 2019; Huet, 2017; Huet & Holttum, 2016; Italia et al., 2008). Grâce à sa capacité de faire écho et d'amplifier les émotions ressenties, l'art permet de dévoiler une expérience humaine et de se mobiliser pour entreprendre un changement (Moxley & Feen, 2016). Les programmes sélectionnés ciblent une population de professionnels de la santé, des services sociaux et en relation d'aide, et sont présentés selon les thèmes du stress, du trauma, du sentiment de bien-être et de l'épuisement professionnel.

Art-thérapie et stress. Huss, Sarid et Cwikel (2010) démontrent les bénéfices de l'art-thérapie lors d'une intervention de soutien pour un groupe de travailleurs sociaux de première ligne dans un contexte de guerre. Les participants sont 22 travailleurs sociaux recrutés durant la guerre en Israël, un environnement où le danger et le stress sont associés à des risques élevés de traumatisme et d'épuisement. Les trois objectifs de cette recherche sont de représenter l'expérience contextuelle des intervenants sociaux par la création artistique, d'illustrer les facteurs de résilience et de stress dans les œuvres, et de développer un modèle d'intervention sociale pour les intervenants en situation de crise ou de guerre. Ce modèle d'intervention regroupe trois phases : une phase éducative sur les réactions engendrées par le stress, une phase qui aborde la résonance dans les œuvres sur l'expérience phénoménologique des intervenants par l'identification de facteurs de stress, et une phase de transformation pour faire ressortir les forces et les moyens de faire face aux situations à travers les créations. Finalement, ce modèle propose, par l'utilisation de la création, une restructuration des ressources et des moyens d'adaptation afin de rechercher des alternatives et des méthodes de résolution de problèmes.

Huss et Sarid (2014) se sont penchés sur le potentiel de transformation d'une image anxiogène pour réduire le stress des professionnels du domaine de la santé. L'étude menée auprès de 35 participants est constituée d'une série d'ateliers étalés sur deux jours et précédée

d'une présentation d'éléments éducationnels. Une technique d'imagerie guidée est utilisée pour opérer un changement de l'image. Les résultats de l'étude démontrent que la création et la représentation mentale permettent d'opérer une modification significative du niveau de stress ressenti à l'égard d'une image à caractère possiblement anxiogène. Bien que l'image dessinée nécessite davantage de planification et le dépassement de la peur associée aux aptitudes de dessin, elle offre un plus grand potentiel de réduction du niveau de stress. Les chercheurs émettent l'hypothèse que ceci découle du sentiment de contrôle conféré par la transformation de l'image anxiogène ou associée à une émotion de détresse.

Potash et al. (2015) ont créé un modèle de supervision de groupe centré sur l'art (*art-based*) pour 69 professionnels prodiguant des soins de fin de vie à Hong Kong. Les deux tiers étaient des travailleurs sociaux et des infirmières, et le dernier tiers regroupait des conseillers, des médecins, des bénévoles, etc. Durant six semaines, trois groupes comptant une vingtaine de participants ont exploré une variété de thèmes, soit principalement les notions de self-care, de gestion du stress, de partage de cas, d'habiletés cliniques, de perte et de deuil. Toutes les séances de supervision ont commencé avec une prise du pouls de la semaine, une réflexion sur la séance précédente, et un exercice d'ancrage, suivis d'une période de création, puis d'un exercice d'écriture réflexive. Malgré qu'aucun outil de développement n'ait été fourni, la majorité des participants ont exprimé avoir retiré du programme un sentiment de compétences et un développement professionnel.

Phillips et Becker (2019) ont réalisé une revue systématique des interventions par la thérapie expressive afin de démontrer l'efficacité de l'art-thérapie pour réduire le stress des travailleurs du domaine de la santé. Quatre bases de données ont été consultées pour sélectionner 14 articles correspondant aux critères établis. Les interventions étaient classées dans trois catégories, soit la musique, la narration et le storytelling, et la création. La création artistique représentait la moitié des interventions, toutes catégories confondues. Les chercheurs ont noté que, dans 9 des 14 articles, les interventions ont mené à une amélioration des résultats, la musique et la création artistique étant les plus efficaces pour réduire le stress. Ils ont conclu que la thérapie expressive par l'art a le potentiel de soutenir les stress psychosociaux et d'améliorer le bien-être des professionnels de la santé.

Dans leur étude menée auprès de 60 travailleuses sociales, Visnola et al. (2010) ont démontré qu'un programme d'art-thérapie a apporté une réduction significative du stress et de

l'anxiété, et collatéralement, une amélioration de la communication et de la collaboration entre les participantes. Avant le début des rencontres et après l'ensemble des séances en art-thérapie, le groupe contrôle et le groupe à l'étude ont été soumis à des tests avec trois instruments de mesure : un questionnaire, une mesure du cortisol, et le test S-anxiety. Selon une approche d'art-thérapie cognitive, le processus thérapeutique était constitué de trois phases étalées sur trois mois. La première phase visait la reconnaissance des situations stressantes et l'exploration de stratégies pour leur faire face et les transformer. La deuxième comprenait des éléments d'apprentissage et d'éducation sur la restructuration cognitive et la réduction du stress. La troisième portait sur les concepts de conscience de soi, de symbolique personnelle et d'émotions positives. Certaines des interventions créatives réalisées au cours des différentes phases incluaient : l'arbre des émotions et l'identification du lieu d'emmagasinage du stress dans le corps, suivis d'exercices de création et de relâchement des tensions, la représentation du stress et des pistes de solution au moyen d'un collage, la représentation du temps et des activités manquantes, et la création d'un symbole personnel.

Huet et Holttum (2016) ont étudié l'impact d'un programme d'art-thérapie sur le stress au travail de 20 participants, tous issus du milieu de la santé et des services sociaux. Le court programme d'un mois a été construit en trois phases : le visionnement et la discussion d'une œuvre, la création, la présentation et la discussion des créations réalisées par le groupe. Les participants ont nommé les sources de satisfaction au travail, par exemple, les commentaires positifs des clients, le travail avec des collègues motivés, et la supervision, ainsi que les sources de stress, notamment l'augmentation de la charge de travail, la faible communication, le sentiment d'impuissance, les problèmes interpersonnels dans l'équipe et la perte de motivation. Les auteurs ont observé la récurrence d'une crainte initiale associée à la création parmi plusieurs des participants. En deçà de cette crainte, la majorité des commentaires sur l'impact du programme se résument par plusieurs bénéfices qui permettent de réduire le stress : le bris de l'isolement, le temps de réflexion et de recul, la reconnaissance et l'information sur les effets du stress, la prise d'action pour réduire le stress, ainsi que le bien-être résultant de la création et du visionnement des œuvres.

Art-Thérapie et Trauma. Dans les années 1970, des cliniciens ont commencé à utiliser l'art pour favoriser l'expression des clients ayant subi une expérience traumatique (Nanda et al., 2010). L'expression verbale des événements traumatiques paraissant souvent désorganisée ou

décousue, la création artistique donne accès à l'information non verbale emmagasinée sous la forme d'éléments sensoriels et émotionnels (Lobban, 2014). Ces informations sensorielles sont emmagasinées sans espace-temps précis, car les traumatismes ne sont pas accessibles par une remémoration situationnelle (Lobban, 2014). La métaphore qui se construit à travers la création permet une reprise de contrôle et l'engagement vers des pistes de solutions (Tripp et al., 2019). Pour démontrer les bénéfices d'une utilisation préventive de l'art-thérapie, certaines études élaborent la structure, les directives et les processus de l'application d'une seule intervention.

Tripp, Potash et Brancheau (2019) ont mesuré l'impact d'une seule intervention de groupe en art-thérapie, le *safe place collage protocol*, sur le niveau d'anxiété. Les participants sélectionnés ont à leur disposition 26 éléments prédécoupés portant sur une variété de thèmes, tels que la nature, l'architecture, des expressions émotives et des objets. Les participants reçoivent la directive de choisir une image représentant une source reconfortante et une autre qu'ils associent à quelque chose d'inconfortable ou de dérangent, et de les intégrer dans la même création. L'intervention fut perçue par les participants comme un défi, tout en favorisant l'introspection et la résolution. Selon les auteurs, la façon dont les images sont intégrées dans la création suggère l'utilisation de l'une de trois stratégies : la négation, la tolérance et l'intégration. La négation et la tolérance sont des réponses de stress face à l'adversité, comme le combat ou la fuite, alors que l'intégration n'implique pas une telle mobilisation ; elle s'appuie plutôt sur des ressources pour surmonter l'adversité. Puisque l'intervention est centrée sur le trauma (*trauma-informed*), ils soulignent que le thérapeute doit faire preuve de sensibilité pour éviter d'exposer prématurément les participants à un contexte de stress ou de souffrance.

Ségal-Engelchin et al. (2020) ont élaboré une intervention art-thérapeutique selon l'approche de la thérapie cognitivo-comportementale pour des travailleurs de la santé dans un contexte de guerre. L'objectif de la démarche est d'offrir un soutien et de prévenir les conséquences associées au stress et à des enjeux dans leur travail. Une diminution significative du stress ayant été observée à la suite de l'intervention, les auteurs ont conclu que la transformation d'une image de stress peut apporter un soulagement dans un contexte à haut risque traumatique.

Ifrach et Miller (2016) ont créé une intervention d'art-thérapie selon une approche d'action sociale pour déterminer si elle peut influencer sur la réduction du stress et les symptômes d'usure de compassion. L'intervention a été réalisée auprès de conseillères travaillant dans des

refuges de victimes de violence domestique et sexuelle. L'art-thérapie dans un cadre d'action sociale utilise des moyens de création intégrés à de l'activisme pour apporter un changement, une guérison ou une réparation à un niveau individuel et sociétal (Ifrach & Miller, 2016). Les deux chercheuses utilisent l'observation et la description d'œuvres dans un contexte individuel et sociétal pour éveiller la conscience à des problématiques individuelles et sociales. Les évaluations prétest et post-test réalisées avec deux échelles de mesure ont démontré une réduction significative du stress et des symptômes associés à l'usure de compassion.

Bercier et al. (2015) soulignent un élément important à considérer lors de la création d'un programme de soutien. Après avoir procédé à une analyse systématique des interventions décrites dans plusieurs études portant sur le travail thérapeutique dans un contexte de trauma, les auteurs font valoir l'importance de la rigueur et de la mise en évidence des modèles théoriques utilisés dans la construction des programmes, incluant la thérapie créative. Toutes les études portant sur la thérapie créative ont été exclues de leur recherche en raison de l'absence d'une correspondance aux critères d'inclusion.

Art-Thérapie et Sentiment de Bien-Être. Les deux publications suivantes ne présentent pas un programme auprès des intervenants de première ligne, mais plutôt des interventions artistiques à introduire dans la pratique des travailleurs en santé mentale. Darewych et Riedel Bowers (2018) ont mis de l'avant certains attributs de la psychologie positive combinés à l'art, soit : l'imagination, les forces, les émotions positives, les buts, le sens des choses et la spiritualité. Ces attributs sous-tendent plusieurs interventions artistiques qui ont été élaborées afin de créer un sens et fournir une orientation, comme le collage de la force et l'arbre de vie.

Wilkinson et Chilton (2013) ont intégré leur vision de la psychologie positive, soit l'aspiration à l'épanouissement du potentiel humain, à l'art-thérapie. Selon les auteurs, la psychologie positive fournit une nouvelle perspective pour comprendre le trauma et les symptômes qui s'y rattachent. Ils ont élaboré différentes interventions d'art-thérapie pour promouvoir la résilience et les forces du client.

Murrant et al. (2000) présentent les bienfaits de l'utilisation de la thérapie créative pour renforcer le self-care dans une approche centrée sur le client. Ils suggèrent que la conscience de soi est le point de départ du self-care pour évaluer ses besoins. Les auteurs ont mis en place un atelier d'une journée constitué de trois segments : écriture, art-thérapie et musicothérapie. Un suivi réalisé auprès des 75 participants plus d'un an après la fin de l'atelier confirme que celui-ci

a atteint le but fixé, soit de démontrer l'apport du self-care dans la création. Grâce aux effets positifs observés sur le long terme, d'autres ateliers sont offerts en continu sur le site du centre de soins ayant pris part à l'étude.

Depret et al. (2019) ont réalisé une étude qualitative pour démontrer les bénéfices d'un programme en art-thérapie pour soutenir le bien-être des professionnels de la santé. Un total de 8 participants sur 12 ont répondu aux critères d'inclusion. Le cadre théorique de référence est le *Symbolic interactionism*. Il se définit selon les auteurs par les dynamiques sociales, la nature de l'interaction humaine et la valeur des choses. Les six rencontres du programme se sont déroulées sur 90 minutes réparties en quatre phases : l'échauffement et l'explication du thème, la sélection d'une l'histoire reliée au thème avec une période de création, la présentation des œuvres et des commentaires, la clôture et l'évaluation de la rencontre. Les différentes interventions inspirées de la métaphore de l'histoire et des médiums sélectionnés tendent à avoir atteint les objectifs visés. Les créations fondées sur la métaphore ont permis de créer un espace d'interaction, soit une œuvre collective pour expérimenter et renforcer la valeur du travail d'équipe et stimuler la capacité à faire face à l'adversité. La création de mandalas avec de la cire de chandelle utilise le symbole du feu pour représenter la lumière dans les moments d'obscurité et mettre en relief la potentialité de la perception positive, tandis que la création sous le thème du tissage a permis d'identifier le processus de croissance personnelle. La dernière rencontre a consisté dans une réflexion sur le processus, la remise des œuvres et l'évaluation du programme.

L'art-thérapie permet l'intégration de l'état de pleine conscience, tant par son processus créatif centré sur le moment présent que par la concentration nécessaire à la réalisation des tâches créatives, en plus d'offrir un temps de réflexion post-création (Braus & Morton, 2020). Afin de répondre à une offre de services de proximité pour la communauté d'un hôpital, l'art-thérapeute Isis (2013) a réalisé la construction d'un programme de pleine conscience (*mindfulness*) de huit semaines, chaque rencontre débutant avec une méditation. L'intégration d'interventions de l'art-thérapie et de pleine conscience a permis d'approfondir la connaissance et la conscience de soi, la régulation émotionnelle, l'empathie, la compassion et l'estime personnelle.

Art-Thérapie et Épuisement Professionnel. Selon les éléments de la littérature identifiés par Gam et al. (2016), les facteurs d'influence de l'épuisement professionnel sont : la perception du sentiment de bien-être, les stratégies d'adaptation, la résilience, le soutien social et

le sentiment d'efficacité personnelle. Dans leur étude menée auprès de 140 art-thérapeutes, les auteurs ont évalué les facteurs de prévention de l'épuisement professionnel au moyen d'un questionnaire comprenant la prise d'information générale et trois instruments de mesure : l'échelle de l'efficacité personnelle de Lee (2003), l'échelle des stratégies d'adaptation au stress de Kim (1987), et le questionnaire d'évaluation de l'épuisement professionnel Maslach Burnout Inventory, MBI (1981) révisé par Choi (2002). Les résultats de l'étude de Gam et al. (2016) ont démontré une corrélation entre la durée de la carrière, la supervision et le sentiment d'efficacité personnelle. Le sentiment d'efficacité personnelle est positivement corrélé aux stratégies d'adaptation positives et négativement à l'épuisement professionnel. Les stratégies d'adaptation au stress produisent donc le plus grand effet sur l'épuisement professionnel.

Selon Kravitz et al. (2010), le processus de résilience permet de minimiser la confrontation aux divers facteurs de risque, tels que la violence, les traumatismes, la souffrance, et le stress, et de fortifier les atouts et les ressources individuelles pour créer une internalisation du modèle. Dans leur étude, les auteurs ont cherché à évaluer l'apport d'un programme éducatif dans un contexte d'art-thérapie pour renforcer les stratégies d'adaptation au stress des infirmières et réduire les risques d'épuisement. Le modèle, fondé sur la théorie du stress et de l'adaptation de Lazarus et Folkman (1984), visait à expliquer les facteurs de changement et l'échelle de mesure de l'épuisement professionnel de Maslach (1997). Une seule intervention éducative de six heures servait à fournir de l'information sur les comportements et les actions favorisant le self-care. Les interventions créatives intégrées à chacune des étapes incluaient : l'exploration du self-care par une création poétique et une création aux pastels inspirée du poème, la pratique de la relaxation et de l'intention positive, la revue des stratégies d'adaptation, un collage qui reflète les stratégies présentes et futures, et la création d'un plan de bien-être. Les résultats de l'étude ont démontré une diminution de la dépersonnalisation et de l'épuisement. Toutefois, une augmentation du faible sentiment d'accomplissement personnel a également été constatée et pourrait, selon une hypothèse des auteurs, être attribuable à une diminution des défenses.

Hau Yan Ho et al. (2019) ont élaboré une étude pour déterminer l'efficacité d'un programme de supervision avec la thérapie par les arts dans une approche combinant la méditation et l'état de pleine conscience. Le programme ciblait les travailleurs des centres de soins de longue durée et avait pour objectif de favoriser la compréhension de soi, la connectivité, la force intérieure et la compassion par l'entremise de différents thèmes et moyens : méditation,

imagerie guidée, et d'autres interventions créatives visant à approfondir la pensée, l'émotivité, la réflexion, l'expression, et les échanges.

Tjasink et Soosaipillai (2019) ont réalisé une étude pour évaluer les bénéfices d'un programme d'art-thérapie auprès de médecins stagiaires. Après six semaines, des changements positifs ont été observés selon les trois échelles de mesure de l'épuisement professionnel. Selon les participants, les caractéristiques principales du programme sont : un environnement de groupe de confiance, la réalisation de difficultés communes et le bris de la solitude, mettant ainsi en relief l'importance du soutien social dans un programme de groupe en art-thérapie.

Le programme d'art-thérapie de Patel et al. (2021) a été fondé selon une approche muséale ciblée pour des étudiants en médecine. L'approche des auteurs prend place à travers divers moyens : l'exploration visuelle d'œuvres d'art, la discussion, la création et l'exploration de divers thèmes, tels que la méditation autoguidée, l'activation et la gestion de l'empathie, la découverte de la paix dans le brouhaha, et la recherche de l'équilibre. Le programme vise la création d'un espace de réflexion et de cohésion et le renforcement des stratégies d'adaptation par l'élaboration d'interventions dans une approche créative et narrative qui soutient la résilience, le bien-être et l'empathie. À la fin du programme, les commentaires recueillis auprès des participants mentionnent leur appréciation pour la création d'un espace de confiance et de réflexion et le partage de l'expérience, et se résument par l'apport de sentiments de revitalisation et d'un meilleur équilibre de vie dans le travail.

L'art-thérapeute Elkinson-Griff (2013) a publié une étude de cas pour illustrer les bienfaits de l'expression artistique auprès de professionnels travaillant dans une clinique de recherche pour des personnes atteintes du VIH. Le programme de groupe visait la création d'un lieu ouvert à tous les membres du personnel, en l'occurrence un studio, pour diminuer le stress du travail et prévenir les risques d'épuisement professionnel. La démarche s'inscrivait dans un modèle alimenté par la création (*art-based*). Le partage des œuvres se fait plus fréquemment entre individus, ce qui favorise des échanges plus confidentiels, alors qu'une démarche dans un studio permet de mettre l'accent sur le processus créatif et la potentialité de l'espace. Les

commentaires recueillis à la fin des six mois du programme confirment l'apport positif de cet espace thérapeutique pour les participants.

Chapitre 4. Résultats

Cette revue de littérature a permis de faire ressortir plusieurs éléments pertinents qui ont donné des pistes et des modèles d'intervention à intégrer à la structure du programme.

L'élaboration du programme doit prendre en considération la réalité et le contexte de travail auxquels la clientèle ciblée est confrontée et les différents facteurs de risque et de protection qui peuvent être rencontrés. Les programmes d'art-thérapie mis en place pour les professionnels sont fondés sur différents modèles théoriques. L'exploration des caractéristiques communes et distinctes des programmes permet de comparer les facteurs de soutien, de prévention et d'effet souhaité. Les témoignages des participants sur les changements et les bienfaits retirés renforcent les choix des modèles dans les interventions ainsi que la pertinence de la création et de l'utilisation d'un programme de thérapie créative.

Différents Modèles Théoriques

Plusieurs modèles théoriques peuvent être explorés pour construire les thématiques et les interventions d'un programme en art-thérapie. Les orientations théoriques humanistes, centrées sur la personne et la psychologie positive, créent un ancrage pour la création d'un programme de soutien qui fait la promotion des forces personnelles et de la résilience (Darewych & Riedel Bowers, 2018). Les perspectives mindfulness-based et trauma-informed sont fréquemment utilisées pour la création d'un programme de soutien. Un modèle trauma-informed orienté sur les notions de résilience donne au client un sentiment de contrôle et une capacité d'adaptation pour répondre plus adéquatement au stress (Hass-Cohen & Findlay, 2014). Les auteurs Gantt et Tinnin (2009) spécifient que l'enseignement de stratégies d'adaptation ne doit pas occuper tout l'espace, puisqu'il peut faire différer le développement dans le processus de changement du trauma. L'approche de l'art-thérapie dans un état de pleine conscience, ou mindfulness-based, est explorée par les auteurs Isis (2012) et Hau et al. (2021). Cette approche, qui combine la pleine conscience à des thématiques et de la relaxation, favorise le développement de l'empathie et de la compassion envers soi (Hau et al., 2021). L'approche cognitive de Visnola et al. (2010) et l'approche cognitivo-comportementale de Segal-Engelchin et al. (2020) démontrent que l'intervention a le potentiel de régulariser le stress par des modifications de l'image et du narratif associé au trauma. L'art-thérapie selon l'orientation d'action sociale de Ifrach et Miller (2016) engendre la réflexion et l'engagement dans des enjeux individuels et sociétaux. L'approche psychodynamique est peu évoquée dans la revue de littérature, ce qui peut s'expliquer par

certaines de ses limitations dans un travail sur des enjeux de trauma, tels que les suivis à long terme, la non-directivité, et la faible inclusion des émotions (Gantt & Tinnin, 2009). Il y a toutefois des éléments de l'approche et des notions psychodynamiques qui peuvent éclairer le thérapeute et le maintenir dans une position de vigilance à l'égard des transferts, des contre-transferts et des identifications projectives qui peuvent s'opérer dans une dynamique relationnelle lors de l'offre de service auprès des équipes et des milieux de travail (Obholzer & Roberts, 1994). Lors de l'exploration de programmes destinés au soutien d'une clientèle de professionnels, l'approche art-based est fréquemment citée (Elkinson-Griff, 2013; Huss & Sarid, 2015; Huss et al., 2010; Potash et al., 2021; Tjasink et al., 2019).

L'approche art-based est représentée par la mise à l'avant-plan de l'art et de la création (Moon, 2016), mais elle est peu définie dans les différentes recherches analysées. Moon (2016) explore certaines des qualités de cette approche dans un contexte de thérapie de groupe en considérant 13 énoncés thérapeutiques essentiels à son élaboration. Tous les énoncés mettent à l'avant-plan les bénéfices de la création artistique et du contexte de groupe, comme son pouvoir réparateur, l'espace facilitateur d'expression émotionnelle, et la création d'une expérience gratifiante et partagée. Moon et Hoffman (2014) définissent l'utilisation de l'approche art-based dans un contexte de recherche par l'apport d'alternatives créatives, comme la musique, les mouvements, et la performance artistique, pour comprendre les phénomènes à l'œuvre.

La neuroscience permet de mettre en perspective l'apport de la créativité et de certains éléments psychoéducatifs et les effets du stress et du trauma sur le cerveau. La compréhension des diverses zones du cerveau stimulées lors de stress, d'adversité ou d'un événement traumatique permet d'établir le niveau d'hyperactivité et de dérégulation et d'identifier des moyens pour mieux régulariser la réponse au stress (Hass-Cohen et al., 2014). L'art permet de modifier la perception d'une expérience et les conséquences émotionnelles et physiques sur le cerveau lors d'un événement à haut stress traumatique (Huss, 2015).

Éléments des Stratégies d'Adaptation

Les composantes de l'art-thérapie peuvent répondre à différents processus d'adaptation positive qui se retrouvent dans le modèle de stratégies de coping de Zimmer-Gendek & Skinner (2011). L'appui des ressources personnelles s'élabore selon une approche émotionnelle, telle que la régulation et l'expression, l'accommodation qui englobe la distraction, la restructuration ou des changements dans la pensée, la perception et l'acceptation qui peut se créer dans le respect

du rythme, et les différentes introspections qui peuvent se produire durant le processus thérapeutique créatif. Finalement, la recherche de soutien inclut les éléments associés à la recherche de réconfort, de contacts et de vie sociale (Zimmer-Gendeck & Skinner, 2011), et est favorisée par un contexte de groupe dans la création.

Interventions

Plusieurs interventions établies selon diverses orientations théoriques introduisent des modèles pour identifier et soutenir les éléments de stress et de résilience (Huss et al., 2010). Huss et Sarid (2015) favorisent la réduction du stress et le renforcement du sentiment de contrôle en combinant des aspects éducationnels et une transformation de l'image. Murrant et al. (2000) proposent des interventions qui favorisent le self-care par l'observation, la projection et l'imagerie guidée. Les interventions de Depret et al. (2019) utilisent la métaphore dans des histoires associées aux thèmes de la création. Tripp et al. (2019) explorent le médium de collage pour susciter une réponse dans le cadre d'une stratégie pour faire face à l'adversité, par l'insertion d'une image de réconfort et de stress dans une même œuvre. Segal-Engelchin et al. (2020) explorent la transformation de l'image et ses effets sur le stress. Darewych et Riedel Bowers (2018) élaborent des interventions sur les thèmes de la force, de l'imaginaire, des émotions positives avec les interventions du gribouillis, du pont, du chemin spirituel et d'une journée favorite. Plusieurs interventions prennent en compte l'aspect narratif de la création et des œuvres afin de faciliter l'expression et l'élaboration des éléments de l'histoire des clients et ainsi favoriser les réflexions (Hass-Cohen & Findlay, 2009). Lors de l'exploration des créations et des perceptions du client, l'écoute et le rôle d'empathie de l'art-thérapeute permettent de renforcer l'alliance thérapeutique (Hass-Cohen & Findlay, 2009).

Structure du Programme

Le format d'un programme de groupe en art-thérapie est construit avec l'objectif de favoriser la résilience, d'offrir un espace de self-care et de réflexion, d'obtenir un soutien auprès des pairs et de briser l'isolement social des intervenants de première ligne desservant différents organismes. Un questionnaire sera remis lors de la première séance pour valider les thèmes que les intervenants souhaitent explorer au cours du programme. Les réponses serviront à adapter les interventions et les thématiques pour mieux personnaliser le programme selon leurs besoins.

Promotion et recrutement

La promotion du programme et le recrutement des participants se feront auprès des divers groupes communautaires et de leurs partenaires. La clientèle sera spécifiée, soit des intervenants communautaires dans les milieux de vie, d'itinérance ou de santé mentale. Une brève présentation du projet pourrait avoir lieu sur place, par exemple, pendant les rencontres d'équipe de ces organismes. Cette méthode de promotion et de recrutement permet la prise de contact, la présentation de l'information et l'identification d'individus qui pourraient bénéficier du programme (Elliot et al., 2005).

Structure des Groupes

Les groupes seront constitués d'environ huit participants, tous des intervenants communautaires issus de milieux desservant une population précaire, en itinérance ou en santé mentale. Le groupe sera fermé pour favoriser le partage et le climat de confiance.

Organisation d'une Séance et du Temps

Le programme s'étalera sur une période de 12 semaines, à raison d'une séance de deux heures par semaine. Chaque séance sera divisée en quatre sections, soit : une prise de pouls suivie d'un temps d'ancrage et d'un retour sur la semaine précédente, une explication de l'intervention avec une discussion sur le thème, une période de création sur le thème, et finalement une discussion sur le processus et les œuvres. La première section sera de 15 à 20 minutes. Elle comporte un tour de table et un retour sur la séance de la semaine précédente. La deuxième section sera également de 15 à 20 minutes. Elle est utilisée pour expliquer différentes notions, telles que les éléments de psychoéducation et les thèmes et les consignes, et est suivie d'un temps de réflexion avant la période de création. La troisième section sera de 40 à 45 minutes. Elle comporte le temps de création et d'exploration des médiums de création. La quatrième section sera de 20 à 30 minutes. Elle consiste dans la présentation des œuvres et une discussion sur le processus, les créations et les réflexions.

Orientation du Programme

Le programme s'inspire de la division en trois phases du modèle de Huss et al. (2010) et de certains modèles spécialisés dans le travail adressant le trauma. Les phases du programme consisteront en une phase d'exploration et d'établissement de la confiance et du rythme, une phase de résonance dans la réflexion sur les œuvres créées et du processus qui mettent en image

leurs expériences, et finalement une phase de transformation qui donne accès à de nouvelles perceptions et à l'intégration d'action ou de changements.

Le choix d'utiliser des phases pour la structure du programme s'aligne avec plusieurs constats du travail auprès d'une clientèle où le trauma fait fréquemment partie de leur histoire (Gerde & Pedersen, 2017). Le programme sera facilité par un(e) art-thérapeute dans un contexte de groupe thématique et défini selon une orientation théorique intégrative, où plus d'un modèle théorique sera considéré. Certains fondements de la psychologie positive seront explorés avec le potentiel de l'art pour illustrer et donner forme à un problème pour ensuite envisager des buts souhaités et de nouvelles solutions (Huss, 2015). La création artistique combinée à l'atteinte de résultats positifs entraîne un changement sur l'humeur et sur l'empreinte laissée par les émotions négatives (Wilkinson & Chilton, 2013). Dans une perspective intégrative et transdisciplinaire, les interventions emprunteront des notions cognitives et comportementales, humanistes, et de pleine conscience. L'art-thérapie selon une perspective transdisciplinaire encourage l'art-thérapeute à voir au-delà des différences théoriques, de se placer à la croisée des chemins des différentes disciplines (Bucciarelli, 2013). Un modèle trauma-informed orientera le programme afin de guider les interventions créatives avec des éléments de la régulation, du sentiment d'efficacité personnelle, de la conscience du corps et du processus de résilience (Machioldi, 2012).

Dans un souci éthique et de prévention, considérant les importants facteurs de risque associés au contexte de travail et le niveau de stress psychosociaux possiblement élevés, une banque de références pour des suivis psychologiques individuels et des organismes de soutien sera préalablement créée pour les intervenants. La mise en place d'une supervision clinique pour l'art-thérapeute qui anime les groupes devra être envisagée. La supervision clinique est à considérer pour tous les thérapeutes qui travaillent auprès d'une clientèle avec un narratif de souffrance, de détresse ou de trauma (Rankin & Taucher, 2003).

Lieu

Les lieux envisagés pour les séances peuvent varier, si certains critères sont respectés : le caractère confidentiel et sécuritaire du lieu, l'espace suffisamment grand pour la création, et l'accès à un point d'eau. Le lieu idéal permet une confidentialité optimale, un rangement confidentiel des œuvres, un accès direct à une source d'eau, du mobilier et un environnement facile à nettoyer. Une des options possibles est d'emprunter une salle d'un des organismes de la clientèle, quoique ceci puisse parfois rendre plus difficile la création de la relation thérapeutique

à l'égard de certains clients, restreindre le lâcher-prise ou augmenter la crainte de se révéler. L'aisance de chacun des membres serait donc à considérer avant de choisir cette option. L'accès à une salle dans un centre de formation public ou communautaire, comme une université, un cégep ou un centre de soutien aux organisations, tel que le centre Saint-Pierre à Montréal ou le YMCA, constitue une autre possibilité. Un musée ou un centre d'exposition sont aussi des alternatives intéressantes, mais ils impliquent une structure de modèle qui ne fait pas l'objet de cette recherche.

Phases

Au cours de la création et des discussions, différents thèmes seront abordés : le stress, la promotion de la résilience, la compassion de soi, le self-care, les stratégies d'adaptation, les forces et les ressources personnelles.

La Phase d'Exploration (Séances 1, 2, 3 et 4)

Au cours des trois premières rencontres, divers concepts seront explorés : le stress, l'initiation au self-care et les stratégies de coping. La phase d'exploration correspond aussi à la période d'établissement des liens et à la construction d'un espace sécuritaire.

Première séance. Objectif : Création de l'espace thérapeutique et mise en place des barèmes. Un exercice de prise de pouls sera proposé au début de chaque rencontre au moyen d'une feuille divisée en 12 carrés, soit un par séance. Idéalement, seule la première case est visible lors de la première rencontre afin d'éviter le risque que les participants se sentent submergés. Plusieurs éléments succéderont la prise de pouls : une présentation de l'art-thérapie, de l'art-thérapeute et de chacun des participants, des clauses de confidentialité et de respect, de l'utilisation de l'espace, et de la position de non-jugement pendant les rencontres. Un bref formulaire sera remis et rempli par les participants, afin de connaître leur âge, le nombre d'années d'intervention, l'organisme de provenance et la clientèle, un court descriptif des apprentissages et des attentes souhaitées, et un contact d'urgence. Après les présentations, une exploration des divers médiums sera proposée aux participants.

Directives : Pour la prise de pouls de la première rencontre, les participants sont invités à choisir une couleur qui les représente et à dessiner une ligne qui illustre l'émotion ou l'état dans lequel ils arrivent à la rencontre (Intervention inspirée de Murrant et al., 2000). Les participants sont invités à créer sur une seule feuille de très grand format, idéalement de la dimension de la table. Après un court délai, un changement de place peut être proposé aux participants

volontaires pour poursuivre l'exploration sous un autre angle. Cette action peut aussi être réalisée avec un changement de médium pour favoriser l'aspect brise-glace de l'intervention et réduire le stress de performance qui peut être présent lors de la première phase de création. Si le temps le permet, la création d'un portfolio pour ranger les œuvres, avec la thématique d'un lieu de bien-être, d'apaisement, de béatitude, peut être proposée lors de cette séance ou une rencontre subséquente (Inspiration de la création de la boîte de Depret et al., 2019).

Matériel suggéré : Papier, encres, pastels secs et à l'huile, peinture aquarelle, crayons-feutres.

Deuxième séance. Objectif : Reconnaissance, pistes de régularisation et personnification du stress et de sa connexion au corps. La séance est construite autour de la thématique du stress. Les participants sont invités à illustrer, au moyen d'une création, leur état quand ils arrivent à la rencontre. Un tour de tablesuccédera la création. Une intervention sera réalisée avec une attention portée à la respiration, suivie d'une discussion sur la représentation du stress et une période de création. Il est nécessaire de s'attarder à la connexion du corps et de l'esprit pour apprendre à régulariser les divers effets du stress.

Directives : Pour l'exercice de prise de pouls, les participants sont invités à apposer à nouveau une ligne ou une forme dans la case attribuée à la séance. La deuxième intervention est un exercice de régulation par la respiration, suivi d'une discussion sur des éléments qu'ils trouvent stressants dans leur travail. La discussion permettra d'introduire la création en référence à un stresser. Il sera demandé aux participants de ramener en mémoire une situation stressante et de prendre un moment d'ancrage dans leur corps pour ressentir et reconnaître l'endroit où la tension et le stress semblent emmagasinés dans leur corps. et lui donner forme. Ceci permettra la réalisation d'une image de la personnification de ce stress et de sa connexion au corps (*Body scan exercise*).

Matériel suggéré : Papiers de formats variés, peinture aquarelle, récipients, pinceaux, matériel de dessin, comme des pastels à l'huile, des crayons-feutres, des pastels secs, et des crayons de bois.

Troisième séance. Objectif : Recherche de moyens d'apaisement et de régularisation du stress. La séance débute avec la prise de pouls et une discussion sur les diverses réactions au stress, ainsi qu'une réflexion sur les moyens d'apaisement. Une fiche visuelle illustre les deux systèmes interpellés dans la réponse au stress : le système nerveux autonome sympathique et

parasympathique. Les participants sont invités à créer sous le thème d'un lieu de bien-être et d'ancrage pour se ressourcer et favoriser un état d'apaisement.

Directives : La période de création commence après la discussion et la réflexion sur les réactions au stress, ses effets et les moyens d'apaisement. Le lieu d'apaisement peut être représenté sous diverses formes, comme un endroit dans le corps ou dans la nature, une personne, ou un moment. Une petite boîte ou un livre peuvent être utilisés comme support de création. Lors de l'utilisation du livre, une forme rectangulaire devra être préalablement découpée à travers l'épaisseur des pages. Il sera suggéré aux participants de représenter un élément stressant à l'extérieur de la boîte ou du livre et un lieu d'apaisement à l'intérieur. La boîte ou le livre représente ainsi une métaphore, la création d'un lieu d'apaisement et de régularisation intériorisé en dépit des événements stressants extérieurs. Divers médiums sont mis à la disposition des participants pour réaliser la création.

Matériel suggéré : Images multiples pour le collage, colles, ciseaux, peinture acrylique, pastels, aquarelle, feutres, livres ou petites boîtes. Un feuillet informatif sur le système nerveux autonome et le nerf polyvagale pourrait être produit et mis à la disposition des participants souhaitant recevoir plus d'informations sur la réponse au stress. Le nerf polyvagale est impliqué dans la réponse face au stress : la fuite, le combat, l'immobilité ou la mise en inactivité (Hass-Cohen et al., 2018).

Quatrième séance. Objectifs : Régularisation du stress et exploration des stratégies d'adaptation individuelle. La séance débute par la prise de pouls, une période de réflexion personnelle sur les différentes stratégies d'adaptation et leur utilisation face à un stress et d'une période de création en trois phases. Pendant la discussion et les échanges qui suivent la période de création, certaines associations avec les différentes stratégies d'adaptation de Zimmer-Gemdeck et Skinner (2011) et Allen et al. (2010) peuvent être explorées avec les participants.

Directives : Pour la période de création en trois phases, l'art-thérapeute indique aux participants les moments de changement de dessin. La création est inspirée de l'intervention du dessin en trois phases de Segal-Engelchin et al. (2020), de l'étude de sa composition et de sa transformation. L'intervention présentée dans l'étude de Segal-Engelchin et al. (2020) a été créée pour des professionnels de première ligne travaillant dans un contexte de crise ou de guerre. La première phase débute par la création d'un dessin sur une situation de stress et les pensées associées. Après avoir complété le dessin, une brève description est inscrite à l'arrière de

l'œuvre. Une présentation de l'œuvre et du narratif est faite au groupe et les aspects de la composition du dessin sont discutés. La deuxième phase de l'intervention de Segal-Engelchin et al. (2020) comporte la création d'un nouveau dessin représentant leur réflexion sur les ressources personnelles et sociales dont ils disposent pour les aider à affronter le stress imagé précédemment, suivie de la composition de la description sur le verso. Les œuvres sont à nouveau discutées par chaque membre du groupe et les éléments de composition notés. La dernière phase comporte la création d'un dessin qui intègre le stress imagé et les ressources dans la même composition. Les auteurs suggèrent deux options pour la dernière phase de l'intervention : l'incorporation des ressources ou du stress sur le dessin réalisé précédemment ou la création des deux éléments sur une nouvelle feuille. Dans l'intervention proposée dans ce programme, seule la seconde option sera proposée étant donné la démonstration dans l'étude d'un plus grand sentiment de contrôle avec l'apposition de l'illustration du stress dans un nouveau contexte d'utilisation (Segal-Engelchin et al. 2020). La discussion débute après avoir terminé les trois dessins, mais les consignes, telles que l'observation de la composition et l'inscription du narratif, seront données avant chaque dessin, ainsi qu'à la fin de la période de création pour une observation d'ensemble.

Matériel suggéré : papiers et pastels à l'huile

La Phase de Résonance : Expression, Réflexion et Self-Care (Séances 5, 6 et 7)

Cinquième séance. Objectif : Renforcement du sens du travail, des intérêts et des forces personnels. Cette séance consiste dans la création d'une œuvre en lien avec le choix de carrière des participants.

Directives : L'expérience personnelle intériorisée sera explorée, afin de représenter leur travail, les motivations derrière le choix de faire un travail en relation d'aide, ou un moment qui a été significatif dans leur travail (Inspiré de Drawing from within (Machioldi, 2007). Le renforcement du sens peut permettre de modifier les priorités, renforcer les relations ou améliorer la perception des forces personnelles (Wilkinson & Chilton, 2013). À la suite de la période de création, les œuvres sont présentées, suivies d'une discussion sur le sens de leur travail, tant personnel que collectif.

Matériel suggéré : papiers, toiles, matériel de dessin, peinture acrylique, et pinceaux

Sixième séance. Objectif : Reconnaissance et intériorisation de ses forces. La séance se construit autour de la thématique des forces. Selon une orientation de la psychologie positive, les

différentes forces, telles que la sagesse et la connaissance, le courage, l'humanité, la justice, et la tempérance seront explorées (Énumération des forces inspirée de Peterson & Seligman, 2004). La création sera inspirée par les forces, selon la perspective des compétences et des défis.

Directives : Deux créations seront exécutées pour illustrer deux forces dont les participants ont besoin pour faire adéquatement leur travail, et une troisième création pour représenter un symbole personnel qui illustre ces forces en eux.

Variante : Dans un contexte d'équipe, chacun des participants créera un symbole pour illustrer sa contribution au sein du groupe, puis chaque membre écrira, de façon anonyme, une qualité qui représente chacun de ses coéquipiers.

Matériel suggéré : papiers de différents formats, crayons de bois ou feutres, pastels secs ou à l'huile, peinture aquarelle, colle et images variées pour le collage.

Septième Séance. Objectif : Renforcement du self-care et méthode d'ancrage. La thématique du self-care est discutée et explorée avec les divers moyens et façons de les intégrer durant la journée. Après la discussion, un court moment sert à élaborer un plan de self-care sur deux semaines. Le self-care est un concept qui se doit d'être mieux instauré dans le domaine social pour continuer de promouvoir le changement (Lee & Miller, 2013). Cette séance intègre l'état de pleine conscience, l'ancrage au moment présent, la prise de temps, la conscience des divers sens, les odeurs, la luminosité, et la température.

Directives : Les participants seront conduits dans un moment de méditation qui intègre la prise de conscience de la respiration et le dessin de la respiration (Isis, 2013). Chaque respiration fera l'objet d'un moment d'attention. Il sera demandé de porter une attention curieuse sans jugement de l'inspiration et de l'expiration (Isis, 2013), puis les participants devront dessiner chaque respiration durant quelques minutes. Une imagerie guidée suivra pendant laquelle il sera demandé aux clients de visualiser et d'illustrer ce moment d'ancrage et les sensations sur une autre feuille, avec les médiums de dessin de leur choix.

Matériel suggéré : papiers de petits et grands formats (environ 18 par 24 pouces), et divers médiums de dessin, tels que des pastels à l'huile ou secs, et des crayons-feutres ou de bois. Un questionnaire d'évaluation de mi-parcours sera remis aux participants et rempli sur une base volontaire et anonyme afin d'obtenir leur appréciation du programme (buts, suggestions, thèmes à explorer).

La Phase de Transformation : Résilience et Compassion de Soi (Séances 8, 9, 10 et 11)

Huitième séance. Objectif : Renforcement de la résilience personnelle et commune et prise de conscience de son accès et de son utilisation au quotidien. Cette séance consiste à faire retour sur la séance précédente, à discuter sur le plan de self-care et si des moyens ont été mis en place, et à reconnaître les moments de gratitude et les défis rencontrés. La rencontre se poursuit avec des échanges et la définition de la résilience. La période de création qui s'enchaîne est construite selon la thématique de la résilience et une question pour établir une mise en contexte : qu'est-ce qui vous apporte de l'espoir dans les moments difficiles ? (Inspirée de Wilkinson & Chilton, 2013). Selon les auteurs, lorsque la création artistique est combinée à une direction positive, elle permet de réduire les humeurs négatives et de réparer certaines des conséquences des émotions négatives.

Directives : Il est demandé aux participants de se remémorer une situation difficile et de se positionner sur ce qui leur a donné de l'espoir durant ce moment. L'intervention apporte les participants explorent leur monde intérieur avec le médium du collage et la sculpture par la conceptualisation d'une installation miniature. Le thème est élaboré autour des valeurs et de la force qu'ils trouvent en eux dans les moments difficiles. La discussion après la création portera sur les visions personnelles et communes de la résilience et des éléments qui sont porteurs d'espoir.

Matériel suggéré : petites boîtes (il est conseillé de prévoir trois ou quatre boîtes de plus que le nombre de participants pour les incidents), papiers de différentes couleurs, petites figurines, images variées pour collage, petites roches, sable de différentes couleurs, colles (liquide et colle chaude), peinture acrylique, récipients et pinceaux de grandeurs variées.

Neuvième séance. Objectif : Favoriser la compassion de soi. Cette séance consiste à définir et à discuter sur le concept de la compassion de soi et à réaliser une création selon la thématique.

Directives : Il est demandé aux participants de visualiser un moment où ils manifestent de la compassion envers un collègue ou un ami, puis d'en faire une création. Il leur est ensuite demandé de visualiser un moment où ils reçoivent de la compassion et de se concentrer sur les ressentis, puis d'en faire une création. Il y aura ensuite une brève période de réflexion sur la compassion envers soi et un moment où ils auraient eu besoin de s'accorder de la compassion, suivie d'un moment de création et une période de discussion. À la fin de la rencontre, il sera

demandé aux participants de porter une attention aux moments où ils observent de l'autocritique durant la semaine.

Matériel suggéré : Pastels secs, pastels à l'huile et peinture aquarelle.

Dixième séance. Objectif : Favoriser la recherche de ressources personnelles et professionnelles et le self-care. Cette séance propose de faire un retour sur la compassion, les réflexions engendrées et les moments d'autocritiques durant la semaine passée. Dans le but d'inclure le participant au cœur des interventions, les thèmes suggérés par les participants lors de l'évaluation de mi-parcours ou un nouveau thème émergent pourraient être proposés au groupe. Si aucun thème n'est proposé ou ne fait consensus, la création pourrait porter sur le thème des besoins et de la satisfaction dans le cadre du travail (Inspiré d'une intervention de Visnola et al., 2010). Les questions pourraient être : Quels sont les besoins ou attentes professionnels ou personnels ? Comment sont-ils répondus ? Quels sont les moyens qui permettent d'y répondre ?

Matériel suggéré : papiers, papier *mixed media*, médiums de dessin, argile de modelage, images pour collage, peinture acrylique, pinceaux, et récipients

Onzième séance. Objectif : Coopération et connectivité pour renforcer le soutien des pairs. Cette rencontre propose la réalisation d'une création sous le thème de la connectivité, le médium étant laissé au choix des participants. La séance se termine par la présentation de l'œuvre, une réflexion sur la métaphore et la narration qui peuvent en émerger, ainsi qu'une discussion sur le processus de réflexion et de création en équipe.

Directives : Il est demandé de se questionner sur ce qui nous connecte à l'autre, les facteurs de ressemblance et de dissemblance, les motivations similaires ou différentes pour faire le métier choisi, puis de réaliser une création sur le thème de la connectivité en équipe de deux.

Matériel suggéré : argile, matériel de dessin varié, papiers et cartons de différents formats.

Rencontre de Clôture (Séance 12)

Douzième séance. Objectif : Clôture, échanges et réflexions sur le parcours, le processus et les apprentissages. Cette dernière rencontre comporte une discussion et des échanges sur les œuvres et les éléments que les participants ont trouvés les plus utiles, les plus révélateurs, et les plus difficiles. Le processus thérapeutique se termine par la clôture de l'œuvre fragmentaire construite lors de la prise de pouls hebdomadaire, le visionnement des œuvres dans leur intégralité et un échange sur les œuvres et le processus. Il est demandé de porter une attention à

l'émergence de thèmes, à la présence de symboles personnels récurrents d'une histoire, et à des changements observables et leurs significations possibles. La séance se termine par la remise des œuvres et une réflexion sur les éléments de continuité nécessaires pour favoriser la créativité, la résilience et un espace d'expression.

À la fin de la séance, un questionnaire d'évaluation est remis aux participants et rempli sur une base anonyme et volontaire. L'évaluation du programme facilite la révision du matériel et l'identification des éléments les plus efficaces pour répondre aux objectifs (Fraser & Galinsky, 2010). De plus, Kaimal et Blank (2015) font état de l'importance des évaluations de programme pour diminuer l'écart entre la pratique clinique et la recherche, car les résultats recueillis peuvent être applicables à d'autres recherches et servir notamment lors de l'élaboration des questions de recherche, des buts visés, et des considérations éthiques, ou lors du développement de nouvelles sources de données.

Chapitre 5. Discussion

Le but de cette recherche était de répondre à la question de la pertinence et des bienfaits d'un programme d'intervention de groupe en art-thérapie pour soutenir la santé mentale des intervenants de première ligne par la promotion de la résilience et du self-care. L'exploration de la réalité du milieu de la clientèle ciblée a permis de comprendre la portée et l'influence qu'il exerce sur les facteurs de risques. Les facteurs de risque et de protection pour la santé mentale ont été utilisés pour développer différentes stratégies de prévention et déterminer les pistes et les interventions à promouvoir pour soutenir la santé mentale. Des objectifs communs semblent émerger des divers programmes en art-thérapie, malgré leurs différences en matière d'orientations théoriques ou d'approches pour soutenir la santé mentale des professionnels. Les avancées technologiques en matière d'imagerie permettent de mieux comprendre les processus à l'œuvre lors de la création. Les effets positifs de l'empathie du thérapeute ou de l'intervenant lors de l'observation de la résilience du client dans un contexte de stress ont apporté des résultats inattendus.

Bénéfices d'un Programme d'Art-Thérapie

L'intégration de la création et de la recherche d'expression dans une thérapie par les arts a l'avantage de mettre à profit plusieurs stratégies d'adaptation, telles que classifiées par Zimmer-Gembeck et Skinner (2011). L'art-thérapie se pratique dans un espace unique et sécuritaire qui favorise l'exploration de soi, la croissance personnelle, et la résolution de problèmes au moyen de la créativité et de l'expression (Gam et al., 2016 ; Elkinson-Griff, 2013). La résolution de problème, l'expression émotionnelle, la régulation émotionnelle, et la recherche d'informations et d'éventualités sont différentes stratégies qui peuvent être renforcées (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011) lors de la création et des échanges avec les pairs (Gam et al., 2016). Un programme de groupe peut permettre la diminution de stratégies d'adaptation négative, telles que le déni ou la rumination qui ont de plus fortes probabilités d'être présents dans l'isolation sociale (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Braus et Morton (2020) ont fait ressortir la nécessité d'utiliser la créativité dans les périodes d'adversité, car elle donne lieu à une réponse aux besoins de connexion et d'expression. La créativité se présente donc comme une stratégie d'adaptation lors de situations difficiles.

Les différentes études en art-thérapie traitant des stress psychosociaux et du trauma ont majoritairement démontré des résultats positifs auprès des populations ciblées ayant participé à

un groupe en art-thérapie. L'art-thérapeute Elkinson-Griff (2013) résume avec justesse les bénéfices des divers programmes en référant aux témoignages du personnel d'une clinique pour les personnes atteintes du VIH, après leur participation à un programme d'art-thérapie. Selon les participants, l'art-thérapie a la capacité de soutenir l'individu en offrant un lieu d'expression et d'exutoire, de diriger l'énergie vers un processus positif et créatif, de créer un espace de self-care, de réflexion, et d'introspection sur les pensées et les sentiments, d'établir une connexion sociale, un soutien des pairs, un lieu pour échanger sur ses préoccupations, de se révéler de façon sécuritaire, et de commencer un processus de résolution de problématiques personnelles au moyen de la création et de l'expression. Ces commentaires démontrent que, lorsqu'un espace de self-care est intégré dans un programme en art-thérapie, la capacité de création et un grand nombre de facteurs de soutien et de prévention sont rehaussés. De nombreuses stratégies d'adaptation et de prévention qui ont été suggérées dans les publications scientifiques sont prises en compte dans la construction du programme présenté dans cette recherche : le soutien des pairs, le self-care, la compassion de soi et différentes activités de ressourcement et d'émerveillement. Les bénéfices du programme de groupe sont renforcés par l'expression, l'exploration et la réflexion qu'ils favorisent sur les stratégies d'adaptation face à l'adversité.

Promotion de la Résilience et du Self-Care

La recherche sur les définitions du self-care et de la résilience a permis de mieux comprendre leur portée. Selon le modèle multifactoriel de Metzl et Morel (2008), la créativité est un indicateur de résilience d'où la prémisse que la créativité, l'élément central de l'art-thérapie, favorise la résilience. En dépit des différentes orientations ou approches théoriques utilisées dans les programmes d'art-thérapie, le self-care et la résilience sont des thèmes ou des objectifs récurrents.

Interventions et Structure du Programme

L'élaboration et le choix des interventions pour construire le programme sont inspirés par les études répertoriées dans cette recherche. Des éléments de leur structure, des interventions et des facteurs communs à ces programmes ont été considérés lors de l'élaboration du programme. Des interventions, telles que la transformation de l'image (Segal-Engelchin et al., 2020) ou le collage du stress et de solutions (Visnola et al., 2010), font appel au potentiel de la créativité pour soutenir des stratégies d'adaptation positive face au stress, comme la résolution de problème.

L'approche intégrative permet de structurer le programme dans une perspective humaniste et d'intégrer les forces d'orientations théoriques complémentaires. Les auteurs Wilkinson et Chilton (2013) et Darewych et Riedel Bowers (2018) font ressortir les bénéfices de combiner l'art-thérapie et l'orientation de la psychologie positive. Le programme s'appuie aussi sur l'apport de forces, d'accomplissement de soi, d'espoir et de réflexions. Le niveau d'accomplissement personnel ressenti est l'une des variables déterminantes de l'épuisement professionnel (Maslach Burnout Inventory, 1997). L'utilisation de notions de la psychologie positive permet de promouvoir les forces et le sens du travail et de soutenir le sentiment d'accomplissement. L'intégration de notions de pleine conscience à la création permet de modifier l'effet du stress dans le corps. Elle favorise une régularisation physique et émotionnelle et un ancrage (Isis, 2012). Elle suscite la résilience en valorisant l'expérience et le moment présent et en suscitant la compassion de soi (Isis, 2012). L'inclusion d'un modèle trauma-informed s'arrime parfaitement à un design d'intervention puisque la voix des individus sur le terrain est prise en compte et intégrée à chacune des étapes. Ce modèle diminue l'accentuation de la responsabilité ou le caractère de blâme des facteurs individuels et redonne un sentiment de pouvoir en se concentrant sur les forces plutôt que les pathologies (Elliot et al., 2005).

Population Ciblée

La littérature portant sur le manque de soutien à l'égard de la santé mentale des intervenants du milieu communautaire est limitée, ce qui semble refléter la méconnaissance de leur expertise et le manque de reconnaissance. La compréhension de l'évolution du milieu communautaire éclaire sur les changements dans les fondements, les défis, l'engagement social et l'importance de la remémoration du sens du travail (Couturier & Fortin, 2021). Les notions d'attributs apportées par les chercheurs Allen et al. (2010) peuvent être adaptées à la réalité de l'intervenant du milieu communautaire, notamment en proposant des attributs protecteurs, comme la formation continue, qui pourrait être mieux soutenue et encouragée par les administrateurs des organismes, et la stabilité, en leur offrant des groupes qui favorisent le soutien des pairs, de la supervision, et des programmes de soutien, tels que celui élaboré dans cette recherche. Ces éléments démontrent l'importance de réfléchir sur les moyens à mettre en place et de s'assurer de leur implantation par les organismes afin de promouvoir la résilience, le self-care, et la reconnaissance de leurs intervenants.

Résultats Inattendus

Les effets positifs des échanges sur le trauma et l'adversité dans le cadre d'une relation thérapeutique sont des résultats inattendus. La résilience vicariante, la compassion de satisfaction et la croissance post-traumatique donnent la possibilité d'utiliser les situations difficiles des clients pour renforcer le sens du travail et les forces personnelles de l'intervenant. Les auteurs Engstrom et al. (2018) font part que les incidences positives du travail à caractère d'empathie sont trop peu explorées.

Certaines études ont observé des résultats mitigés à la suite de la participation à un programme d'art-thérapie ou formulé des critiques sur la méthodologie. Huet et Holttum (2016) ont répertorié que le quart des participants ont noté l'absence de résultat après leur participation au programme, mais cette statistique s'élève au tiers un an plus tard. Malgré l'absence de plusieurs variables, certaines raisons hypothétiques ont été émises par les auteurs pour expliquer l'absence ou le changement de bénéfices : le nombre de participations aux séances, l'évitement du travail comme principale motivation de la participation et l'apport d'autres bénéfices, tels que la réduction du stress au travail (Huet & Holttum, 2016). Dans leur revue systématique, les auteurs Bercier et al. (2015) ont conclu au peu de rigueur et de fiabilité des méthodes employées pour tester les interventions visant à soutenir et adresser le trauma, malgré l'augmentation du nombre d'interventions sur le sujet. Ils soulignent que le manque de spécifications des modèles théoriques utilisés dans diverses études en art-thérapie restreint leur inclusion.

Implications et Considérations Futures

Cette recherche n'est pas prête à être mise en application auprès de la population ciblée ou d'une autre clientèle en raison de l'absence des dernières étapes du modèle de Fraser et Galinsky (2010), soit la mise à jour et la confirmation des composantes du programme ainsi que l'évaluation de l'efficacité et la mise en essai dans différents contextes. Néanmoins, en dépit de l'absence d'un groupe pilote pour valider les interventions et la structure du programme, l'orientation théorique et les directives pour mettre en application les interventions sont bien spécifiées. Le résumé des publications scientifiques et les résultats de cette recherche soutiennent la pertinence de poursuivre la recherche pour la création d'un programme de soutien destiné aux intervenants de première ligne. Ce projet de recherche apporte une meilleure compréhension des facteurs de risque et de protection des intervenants de première ligne, du processus de changement après l'adversité, de la résilience et de l'apport du self-care. La spécification du

groupe d'intervenants dans le milieu communautaire permet de démontrer une réalité du travail sur le terrain sous-estimée et méconnue. Les résultats de cette recherche attestent de l'impact des interventions en art-thérapie pour soutenir les professionnels de première ligne du milieu communautaire et de divers secteurs professionnels.

Approche Studio

L'approche studio en art-thérapie communautaire pourrait être offerte en combiné avec les groupes fermés afin de rejoindre un plus grand nombre d'intervenants, favoriser une continuité dans le temps et leur offrir la possibilité de déposer la charge émotionnelle. L'approche studio d'art-thérapie communautaire se distingue par la présence d'un art-thérapeute pour offrir un accompagnement sur une base volontaire et du matériel de création (Nolan, 2019). Il est possible de fixer des buts thérapeutiques ou de discuter sur les introspections associées à la création et aux buts thérapeutiques avec les clients qui en font la demande (Nolan, 2019).

Chapitre 6. Conclusion

La réalité et les impacts de l'infection du SRAS-CoV 2 ont exacerbé des fragilités déjà présentes avant la pandémie (Heck et al., 2022 ; Vanier & Fortin, 1996). Elles témoignent du besoin de mettre en place des moyens pour soutenir plus adéquatement les professionnels du milieu de la santé et des services sociaux. Ces fragilités manifestent la nécessité de faire davantage de sensibilisation et de prévention sur les enjeux de santé mentale et d'offrir des pistes de réflexion aux intervenants de première ligne et leurs milieux. Une réflexion sur les moyens à intégrer dans les organisations et les milieux de travail pour soutenir la santé mentale des intervenants est essentielle pour éviter une coupure dans les services et les soins qu'ils prodiguent. Dans cette recherche, l'art-thérapie est présentée comme un moyen efficace pour promouvoir la résilience, le self-care, la communication, et la compassion de soi, et éveiller les participants aux enjeux du stress. La résilience vicariante et la possible croissance découlant d'une exposition aux situations d'adversité du client peuvent servir à appuyer et à renforcer l'engagement et les forces de l'intervenant.

Malgré l'émergence des recherches dans le domaine de l'art-thérapie, l'apport des données et des résultats cliniques demeure nécessaire pour étoffer la littérature, prouver l'efficacité des programmes d'art-thérapie auprès de plusieurs clientèles et promouvoir leur application et leur reconnaissance sur une plus grande échelle. Cette recherche met de l'avant la nécessité d'établir un programme d'intervention pour une clientèle de première ligne souvent oubliée. La recherche démontre la potentialité d'un programme en art-thérapie pour soutenir les intervenants de première ligne du milieu communautaire. Davantage de recherches sont toutefois nécessaires pour approfondir l'ampleur des effets et des bénéfices apportés par la créativité et l'art-thérapie sur la résilience et la promotion du self-care.

Références

- Achterberg, J., Dossey, B., & Kolkeimer, L. (1994). *Rituals of healing: using imagery for health and wellness* [Rituels de guérison: utilisation de l'imagerie pour la santé et le bien-être]. Bantam Books.
- Aguilar, E. (2018). Emotional resilience: the missing ingredient [Résilience émotionnelle: l'ingrédient manquant]. *Educational Leadership*, 75(8), 24–30.
- Al Ghafri, T., Al Ajmi, F., Anwar, H., Al Balushi, L., Al Balushi, Z., Al Fahdi, F., & Gibson, E. (2020). The experiences and perceptions of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Muscat, Oman: a qualitative study [Expériences et perceptions des travailleurs de la santé durant la COVID-19: études qualitatives]. *Journal of primary care at community health*, 11, 1-8. <https://doi.org/10.1177/2150132720967514>
- Allen, R. S., Haley, P. P., Harris, G. M., Fowler, N. S., & Pruthi, R. (2011). Resilience: definitions, ambiguities, and applications [Résilience, définitions, ambiguïtés et applications]. Dans B. Resnick, L. P. Gwyther & K. A. Roberto (Eds.), *Resilience in Aging: concept, research and outcomes* (pp.1-13). Springer.
- American Art Therapy Association (2017), <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [Manuel statistiques et diagnostiques des troubles de santé mentale] (5e Ed.). Washington, DC.
- Auxérémy, Y. (2022). Le « débriefing francophone » : origines, définitions, évolutions, efficacité. Trois décennies de discours spécialisé vers la thérapie du trauma. *L'Évolution Psychiatrique*, 87(2), 207-248. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.06.017>
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis [Trauma vicariant et stress traumatique: recherche de synthèse]. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic [Épuisement professionnel et symptômes somatiques parmi les professionnels de la santé en première ligne durant la pandémie]. *Psychiatry research*, 290, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>

- Bélanger, P. R., & Lévesque, B. (1992). Le mouvement populaire et communautaire : de la revendication au partenariat. *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis, Montréal, Presses de l'Université de Montréal*, 713-747.
- Belfiore, M. (1994). The group takes care of itself: art therapy to prevent burnout [Le groupe prend soin de lui-même: art0-thérapie pour prévenir l'épuisement professionnel]. *The Arts in Psychotherapy*, 21(2), 119-126.
- Bercier, M. L., & Maynard, B. R. (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers: a systematic review [Revue systématique des interventions pour le stress traumatique indirect]. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 81-89.
<https://doi.org/10.1177/1049731513517142>
- Blau, F. D., Koebe, J., & Meyerhofer, P. A. (2021). Who are the essential and frontline workers [Qui sont les travailleurs essentiels et les travailleurs de première ligne]. *Business Economics*, 56, 168-178. <https://doi.org/10.1057/s11369-021-00230-7>
- Bouterfas, N., & Desrumaux, P. (2014). L'impact de la charge mentale et de la charge émotionnelle sur le bien-être des travailleurs sociaux : vérification de l'effet de médiation de la satisfaction des besoins fondamentaux. *MOSAÏQUE*, 12, 14-24.
- Bradley, N., Whisehunt, J., Adamson, N., & Kris's, V. E. (2013). Creative approaches for promoting counselor self-care [Approche créative pour promouvoir le self-care]. *Journal of Creativity in Mental Health*, 8(4), 456-469.
<https://doi.org/10.1080/15401383.2013.844656>
- Braus, M., & Morton, B. (2020). Art therapy in the time of Covid-19 [Art-thérapie en temps de Covid]. *Psychological trauma: Theory, Research, Practices and Policy*, 12(1), 267-268.
<http://dx.doi.org/10.1093/geront/gns204>
- Brillon, P. (2013). Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. *Psychologie Québec*, 30(3), 30-35.
- Brooke, S. L. (Ed.). (2006). *Creative arts therapies manual: a guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies* [Manuel de thérapies créatives: guide sur l'histoire que, les approches théoriques...]. Charles C. Thomas Publisher.

- Bucciarelli, A. (2016). Art Therapy: a transdisciplinary approach [Art-thérapie: une approche transdisciplinaire]. *Art Therapy*, 33(3), 151-155.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1199246>
- Campbell, M., Decker, K. P., Kruk, K., & Deaver, S. P. (2016). Art therapy and cognitive processing therapy for combat-related PTSD: a randomized controlled trial [Art-thérapie et le processus de thérapie cognitive pour combattre le choc post-traumatique]. *Art Therapy*, 33(4), 169-177. <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1226643>
- Canadian Art Therapy Association. CATA. (2020). <https://canadianarttherapy.org>
- Carr, M. B., & Vandiver, T. A. (2003). Effects of instructional art projects on children's behavioral responses and creativity within an emergency shelter [Les Effets de la créativité et la réponse comportementale des instructions de projet artistique sur les enfants dans un refuge]. *Art Therapy*, 20(3), 157-162.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2003.10129576>
- Chemtob, C. M., Tomas, S., Law, W., & Cremniter, D. (1997). Post-disaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress [Intervention psychosociale après le désastre: étude sur l'impact du débriefing psychologique]. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 415-417.
- Choi, H. Y., & Chung, N. W. (2003). Perfectionism tendency, social support, and burnout among counselors [Tendance au perfectionnisme, supportrice social et épuisement professionnel parmi les conseillers]. *Korean journal of health psychology*, 8(2), 279-300.
- Couturier, E. L., & Fortin, M. (2021). Effet de la crise sanitaire sur le milieu communautaire portrait de la situation pour les organismes du Québec, Institut de recherche et d'information socioéconomique, Disponible en: https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/IRIS_crise_et_communautaire_WEB.pdf, consultado el, 23.
- Darewych, O. H., & Riedel Bowers, N. (2018). Positive arts interventions: creative clinical tools promoting psychological well-being [Interventions artistiques positives: outil clinique créatif pour promouvoir bien-être psychologique]. *International Journal of Art Therapy*, 23(2), 62-69.
- Deahl, M. (2000). Psychological debriefing: controversy and challenge [Débriefing psychologique: controverse et défi]. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 929-939. <https://doi.org/10.1080/000486700267>

- Depret, O. R., Maia, E. B. S., Borba, R. I. H. D., & Ribeiro, C. A. (2019). Health and well-being: art therapy for health professionals working in outpatient care settings [Santé et bien-être: art-thérapie pour les professionnels dans un contexte de soins ambulatoires]. *Escola Anna Nery*, 24(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0177>
- Devilley, G. J., Gist, R., & Cotton, P. (2006). Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: in the work place and after disasters [Le statut du débriefing psychologique et les interventions thérapeutiques: dans le milieu de travail et après désastres]. *Review of General Psychology*, 10(4), 318-345. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.4.318>
- Dijxhoorn, A. F. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: a systematic literature review [Prévalence de l'épuisement professionnel des professionnels de la santé en soin palliatif]. *Palliative Medicine*, 35(1), 6-26. <https://doi.org/10.1177/02.16197271/0623629029165362802956825>
- Elkinson-Griff, A. (1995). Let me wipe my tears so I can help with yours [Laisse moi gérer ma tristesse pour pouvoir t'offrir de l'aide avec la tienne]. *Art Therapy*, 12(1), 67-69. <https://doi.org/10.1080/07421656.1995.10759127>
- Elliot, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or Trauma-denied: principles and implementation of trauma-informed services for women [Informé par le trauma ou déni du trauma: principes d'implantation]. *Journal of Community Psychology*, 33(4), 461-477. <https://doi.org/10.1002/jcop.20063>
- Engstrom, D., Hernandez, P., & Gangsei D. (2008). Vicarious resilience: a qualitative investigation into its description [Résilience vicariante: une recherche qualitative à travers sa description]. *Traumatology*, 4(3), 13-21. <https://doi.org/10.1177/1534765608319323>
- Ethier, E., Demarbre, M., & Létourneau, P. (2019). Les services en santé mentale de Médecins du Monde : dispositifs cliniques en réponse aux effets de la précarité et de la souffrance psychosociale. *Journée annuelle de la santé mentale 2019*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1-19. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/journees-annuelles-de-sante-mentale/C1_services_psychologiques_MdM.pdf
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing" controversy" and crisis intervention: a

- review of lexical and substantive issues [La controverse du débriefing et des interventions de crise: revue du lexique]. *International journal of emergency mental health*, 2(4), 211-226.
- Figley, C. R., & Mitchell, J. T. (1996). Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized [Fatigue de compassion : adaptation face au stress traumatique secondaire de ceux qui traite le trauma]. *Contemporary Psychology*, 41(11), 1120-1121.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care [Fatigue de compassion: manque chronique de self-care des psychothérapeutes]. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fink, G., & Gale. (2007). *Encyclopedia of stress* [Encyclopédie du stress], (2e ed.). Elsevier Academic Press
- Finkel, D., & Bat Or, M. (2020) The open studio approach to art therapy: a systematic scoping review [L'approche open studio en art-thérapie]. *Frontier Psychology* 11(568042). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.568042>
- Flaskas, C. (2007). Systemic and psychoanalytic ideas: using knowledge in social work [Idées systémiques et psychoanalytiques: utilisant les connaissances du travail social]. *Journal of Social Work Practice*, 21(2), 131–147. <https://doi.org/10.1080/02650530701371846>
- Fleury, M. J., & Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 21-38.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress [État de psychologie positive et l'adaptation au stress sévère]. *Social science & medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process [Les émotions positives dans le processus du stress]. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(1), 3-14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Fraser, M. W., & Galinsky, M. J. (2010). Steps in intervention research: designing and developing social programs [Étapes en recherche d'intervention: designer et développer programme social]. *Research on social work practice*, 20(5), 459-466.
- Fraser, M. W., Richman, J. M., Galinsky, M. J., & Day, S. H. (2009). *Intervention research: developing social programs* [Recherche d'intervention: le développement de programme

- sociaux]. Oxford University Press.
- Gam, J., Kim, G., & Jeon, Y. (2016). Influences of art therapists' self-efficacy and stress coping strategies on burnout [Influences des stratégies d'adaptations et d'efficacité personnelle sur l'épuisement professionnels des art-thérapeutes]. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2015.09.005>
- Gant, L., & Tinnins, L. W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy [Support d'une vue neurobiologique du trauma et les implications pour l'art-thérapie]. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.12.005>
- Gentry, J. E. (2002) Compassion fatigue. *Journal of Trauma Practice*, 1(3), 37-61. https://doi.org/10.1300/J189v01n03_03
- Gerde, A., & Pedersen, I. N. (2017). Analyzing pictorial artifacts from psychotherapy and art therapy when overcoming stress and trauma [Analyse d'artefacts pictorial de la psychothérapie et de l'art-thérapie lors du surpassement du stress et du trauma]. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 56–68. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2017.02.001>
- Gourevitch, R., K'Ourio, H., Launay, C., Meignan-Sabri, V., Noël-Lamotte, V., & Yakoub, S. (2018). Prévenir la confrontation à la violence dans les établissements de santé : focus en psychiatrie. Dans : éd., *La souffrance des soignants : stress, burn-out, violences... du constat à la prévention*, pp.141-172. Dunod <https://doi.org/10.3917/dunod.holcm.2018.01.0141>
- Goyat, Y. (2022, Janvier 25). Santé mentale : des intervenants du milieu communautaire se confient, *Journal Métro*. <https://journalmetro.com/local/riviere-des-prairies/2764219/sante-mentale-intervenants-milieu-communautaire-confient/>
- Grenier, G., & Fleury, M. J. (2014). Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 119-136. <https://doi.org/10.7202/1025910ar>
- Guerrera, E. (2020). Sowing resilience: inclusive arts therapy interventions addressing collective trauma in natural and humanitarian disasters [Semer la résilience: intervention d'art-thérapie inclusive abordant le trauma collectif et désastres humanitaires]. *BAAT Summer Newsbriefing*. <https://www.baat.org/Assets/Docs/News//summer-2020-sowing-resilience-125.html>

- Hass-Cohen, N., & Findlay, J. C. (2009). Pain, attachment, and meaning making: Report on an art therapy relational neuroscience assessment protocol [Douleur, attachement et élaboration du sens: rapport d'une procédure d'évaluation en art-thérapie relationnelle sous la neuroscience]. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 175-184.
- Hass-Cohen, N., Findlay, J. C., Carr, R., & Vanderlan, J. (2014). Check, change what you need to change and/or keep what you want: an art therapy neurobiological-based trauma protocol [Changer ce qui doit être changer et garder ce qui est souhaité: procédure d'art-thérapie basé sur la neurobiologie]. *Art Therapy*, 31(2), 69-78.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2014.903825>
- Hau, A. H. Y., Tan-Ho, G., Ngo, T. A., Ong, G., Chong, P. H., Dignadice, D., & Potash, J. (2019). A novel mindful-compassion art therapy (MCAT) for reducing burnout and promoting for end-of-life care professionals: a waitlist RCT protocol [Procédures d'Art-thérapie et de pleine conscience pour réduire épuisement professionnel et promouvoir résilience]. *Trials*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3533-y>
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents [Importance des débriefings après incidents critiques]. *Emergency nurse*, 20(10), 32-37.
<https://doi.org/10.7748/en2013.03.20.10.32.s8>
- Heck, I., Ruelland, I., Lefèvre, S. A., Autin, G., Gilbert, I., & Cariès, R. (2022). Effets de la pandémie COVID-19 sur les organismes communautaires de Montréal-Nord : constats et perspectives. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Herman, J. (1997). *The trauma and recovery: the aftermath of violence-from domestic abuse to political terror* [Le trauma et le rétablissement: après la violence de la violence domestique et des terreurs politiques]. Basic Books.
- Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma [Résilience vicariante: Nouveau concept dans le travail avec ceux qui ont survécu au trauma]. *Family process*, 46(2), 229-241.
- Hernandez-Wolfe, P. (2018). Vicarious Resilience: A Comprehensive Review [Résilience vicariante: une revue de compréhension]. *Revista de Estudios Sociales*, 66, 9-17.
<https://doi.org/10.7440/res66.2018.02>

- Ho, A. H. Y., Tan-Ho, G., Ngo, T. A., Ong, G., Chong, P. H., Dignadice, D., & Potash, J. (2019). A novel mindful-compassion art therapy (MCAT) for reducing burnout and promoting resilience for end-of-life care professionals: a waitlist RCT protocol [Art-thérapie de pleine conscience et de compassion pour réduire épuisement professionnel et promouvoir résilience pour les professionnels en soin de fin de vie]. *Trials*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3533-y>
- Huang, L. N., Flatow, R., Biggs, T., Afayee, S., Smith, K., Clark, T., & Blake, M. (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach [Concept du trauma et lignes de conduites pour une approche sensibilisée sur le trauma]. <https://store.samsha.gov/sites/default/files/d7/prive/sma14-4884.pdf>
- Huet, V. (2017). Case study of an art therapy-based group for work-related stress with hospice staff [Étude de cas d'un groupe d'art-thérapie pour le stress au travail des travailleurs en soins de longue durée]. *International Journal of Art Therapy*, 22(1), 22-34. <https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1260039>
- Huet, V., & Holttum, S. (2016). Art therapy-based groups for work-related stress with staff in health and social care: an exploratory study [Groupe d'art-thérapie pour le stress au travail dans les soins santé et sociaux]. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 46-57. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2016.06.003>
- Huss, E. (2015). *A theory-based approach to art therapy: implications for teaching, research and practice* [Une approche théorique de l'art-thérapie: implications pour l'enseignement, la recherche et la pratique]. Routledge.
- Huss, E., Sarid, O., & Cwikel, J. (2010). Using art as a self-regulating tool in a war situation: A model for social workers [Utilisation de l'art comme outil auto-régulation dans un contexte de guerre: un modèle pour les travailleurs sociaux]. *Health at social work*, 35(3), 201-209. <https://doi.org/10.1093/hsw/35.3.201>
- Huss, E., & Sarid, O. (2014). Visually transforming artwork and guided imagery as a way to reduce work-related stress: a quantitative pilot study [Transformation visuelle des oeuvres et imagerie guidée comme moyens de réduire le stress du travail]. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 409-412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.004>
- Ifrach, E. R., & Miller, A. (2016). Social action art therapy as an intervention for compassion

- fatigue [Art-thérapie d'action sociale comme intervention pour l'usure de compassion]. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 34-39.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.009>
- Isis, P. D. (2013). Mindfulness-based stress reduction and the expressive arts therapies in a hospital-based community outreach program [Réduction du stress dans l'état de pleine conscience et les thérapies créatives dans un programme de communauté de l'hôpital]. Dans *Mindfulness and the arts therapies : theory and practice*, L. Rappaport (Ed), Jessica Kingsley Publishers. (pp. 155-167).
- Italia, S., Favara-Scacco, C., Di Cataldo, A., & Russo, G. (2008). Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units [Évaluation et traitement d'art-thérapie sur le syndrome de l'épuisement professionnel en unité d'oncologie]. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(7), 676-680. <https://doi.org/10.1002/pon.1293>
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study [Épuisement professionnel parmi les professionnels de la santé durant la COVID-19: étude transversale]. *International archives of occupational and environmental health*, 94(6), 1345-1352. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>
- Jarecki, J., Choudhuri, S., & Riddell, T. (2020). The role of self-compassion in health and well-being [Le rôle de la compassion de soi pour la santé et le bien-être]. Dans Hategan et al. (Ed) *Humanism and resilience in residency training: a guide to physician wellness*, Springer.
- Kabunga, A., Anyolitho, M. K., & Betty, A. (2020). Emotional intelligence and compassion fatigue among psychotherapists in selected districts of Northern Uganda [Intelligence émotionnelle et compassion parmi les psychothérapeutes région du Nord Uganda]. *South African Journal of Psychology*, 50(3) 359–370.
<https://doi.org/10.1177/0081246319889174>
- Kaimal, G., & Blank, C. A. L. (2015). Program evaluation: a doorway to research in the creative arts therapies [Programme d'évaluation: recherche dans les thérapies créatives]. *Art Therapy*, 32(2), 89-92. <https://doi.org/10.1080/07421656.2015.1028310>

- Kanno, H., & Giddings, M. M. (2017) Hidden trauma victims: understanding and preventing traumatic stress in mental health professionals [Victimes de trauma caché: comprendre et prévenir le stress traumatique chez les professionnels de la santé mentale]. *Social Work in Mental Health*, 15(3), 331-353. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1220442>
- Kapitan, L. (2010) The empathic imagination of art therapy: good for the brain [L'imagination sous empathie dans l'art-thérapie: bienfaits pour le cerveau]. *Art Therapy*, 27(4), 158-159. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129384>
- Kendil, N. (2019). «Quand il faut donner du sens au non-sens du trauma» L'intervention psychologique auprès des victimes de la fusillade du 29 janvier 2017 à Québec—dimension multiculturelle. *Santé mentale au Québec*, 44(1), 11-30. <https://doi.org/10.7202/1060273ar>
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M., & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: a psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout [Stratégies de self-care pour infirmières: intervention psychoéducatives pour réduire stress et prévenir épuisement professionnel]. *Applied Nursing Research*, 23(3), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.08.002>
- Larivière, C. (2013). Le mieux-être des travailleurs sociaux au travail. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), 72-84. <https://doi.org/10.7202/1021180ar>
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: building a strong foundation for practice [Cadre de self-care pour travailleurs sociaux: construire solide fondation pour la pratique]. *Families in society: the Journal of contemporary social services*, 94(2), 96-103. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4289>
- Lemieux-Cumberlege, A., & Taylor, E. P. (2019). An exploratory study on the factors affecting the mental health and well-being of frontline workers in homeless services [Étude exploratoire sur les facteurs affectant la santé mentale et le bien-être des travailleurs de première ligne dans les services en itinérance]. *Health at social care in the community*, 27(4), 367-378. <https://doi.org/10.1111/hsc.12738>
- Liebmann, M. (2003). Developing Games, Activities, and Themes for Art Therapy Groups [Développer jeux, activités et thématiques pour groupe d'art-thérapie]. Dans *Handbook of art therapy* C. A. Machioldi (Ed). Guilford Press. (pp. 325-338).

- Lobban, J. (2014). The invisible wound: Veterans' art therapy [Blessure invisible: art-thérapie et vétérans]. *International Journal of Art Therapy*, *19*(1), 3-18.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2012.725547>
- Lobban, J., & Murphy, (2019). Understanding the role art therapy can take in treating veterans with chronic post-traumatic stress disorder [Comprendre le rôle possible de l'art-thérapie dans le traitement du choc stress post-traumatique chez les vétérans]. *The Arts in Psychotherapy*, *62*, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.11.011>
- Lorås, L., Bertrando, P., & Ness, O. (2017). Researching systemic therapy history: in search of a definition [Recherche systémique de l'historique de la thérapie: recherche de définition]. *Journal of Family Psychotherapy*, *28*(2), 134–149.
<https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1285656>
- Lupien, S. (2015). L'histoire de la science du stress : de Hans Selye à la découverte des anti-inflammatoires. *Santé mentale au Québec*, *40*(2), 275-286.
<https://doi.org/10.7202/1033056ar>
- Lusebrink, L. (2004). Art therapy and the brain: an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy [Art-thérapie et le cerveau: tentative de compréhension processus sous-jacent expression artistique en thérapie]. *Art Therapy Journal of the American Art Therapy Association*, *21*(3), 125–135.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2004.10129496>
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work [Les construits de la résilience: évaluation critique et directives pour futurs travail]. *Child Development*, *71*(3), 543-562.
<https://www.jstor.org/stable/1132374>
- Machioldi, C. A. (2007). *The art therapy sourcebook* [Guide de références pour l'art-thérapie]. McGraw Hill Professional.
- Malchiodi, C. A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process* [Trauma et art-thérapie: Cerveau, corps et imagination dans le processus de guérison]. Guilford Publications.
- Maltais, D., & Gauthier, V. (2015). Les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur la vie professionnelle et personnelle des intervenants sociaux des CSSS du Québec. *Intervention*, (142), 51-65.

- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring* [Épuisement professionnel: le coût pour prendre soin]. Prentice Hall.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach burnout inventory* [Inventaire de l'épuisement professionnel]. Scarecrow Education.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout [Épuisement professionnel au travail]. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Massoudi, K. (2009). *Le stress Professionnel: Une analyse des vulnérabilités individuelles et des facteurs de risque Environnementaux*. Peter Lang.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development [Magie ordinaire : le processus de résilience dans le développement]. *American psychologist*, 56(3), 227-.
- McBride, N. (2016). *Intervention research: a practical guide for developing evidence-based school prevention programmes* [Recherche d'intervention: guide pratique pour développer programme de prévention dans les écoles]. Springer.
- Metzl, E. S., & Morrell, M. A. (2008). The role of creativity in models of resilience: theoretical exploration and practical applications [Role de la créativité dans les modèles de résilience: explorations théorique et applications pratique]. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3(3), 303-318. <https://doi.org/10.1080/15401380802385228>
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes . . . The critical incident stress debriefing process [Quand le désastre frappe...Processus de débriefing du stress des incidents critiques]. *Journal of Emergency Services*, 8, 36–39.
- Moon, B. L. (2016). *Art-based group therapy: theory and practice* [Thérapie de groupe art-based: pratique et théorie]. Charles C Thomas Publisher.
- Moon, B. L., & Hoffman, N. (2014). Performing art-based research: innovation in graduate art therapy education [Performer recherche art-based: innovation dans l'éducation en art-thérapie]. *Art Therapy*, 31(4), 172-178.
- Monsen, K. A. (2018). *Intervention Effectiveness Research: Quality Improvement and Program Evaluation* [Efficacité recherche d'intervention]. Springer International
- Moxley, D. P., & Calligan, H. F. (2015). Positioning the arts for intervention design research in

- the human services [Positionner l'art pour la recherche de design d'intervention dans les services humains]. *Evaluation and program planning*, 53, 34-43.
<http://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.07.013>
- Moxley, D. P., & Feen, H. (2016). Arts-inspired design in the development of helping interventions in social work: Implications for the integration of research and practice [L'art pour inspiré le design d'intervention d'aide en travail social]. *British Journal of Social Work*, 46(6), 1690-1707. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv087>
- Murrant, G. M., Rykov, M., Amonite, D., & Loynd, M. (2000). Creativity and self-care for caregivers [Créativité et self-care pour les aidants]. *Journal of Palliative Care*, 16(2), 44–49. <https://doi.org/10.1177/082585970001600208>
- Nainis, A. (2005). Therapy with an oncology care team [Thérapie avec l'équipe d'oncologie]. *Art Therapy*, 22(3), 150-154. <https://doi.org/10.1080/07421656.2005.10129491>
- Nanda, U., Barbato Gaydos, H. L., Hathorn, K., & Watkins, N. (2010). Art and posttraumatic stress: a review of the empirical literature on the therapeutic implications of artwork for war veterans with posttraumatic stress disorder [Art et stress post-traumatique: revue de littérature de l'implication thérapeutique des oeuvres des vétérans]. *Environment and behavior*, 42(3), 376-390. <https://doi.org/10.1177/0013916510361874>
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself [Compassion de soi: une conceptualisation alternative d'une attitude saine]. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being [Compassion de soi, estime de soi et bien-être]. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Nolan, E. (2019). Opening art therapy thresholds: mechanisms that influence change in the community art therapy studio [Niveau d'ouverture art-thérapie: mécanismes influencent changement dans studio art-thérapie]. *Art Therapy*, 36(2), 77-85.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2019.1618177>
- Obholzer, A., & Roberts, V. Z. (1994). *The unconscious at work* [L'inconscient au travail]. Brunner-Routledge.
- Pack, M. J. (2013). *Critical incident stress management: a review of the literature with*

- implications for social work [Gestion d'incidence critique de stress: revue de littérature]. *International Social Work*, 56(5), 608-627.
<https://doi.org/10.1177/0020872811435371>
- Patel, V., Brackman, S., Shafi, U., Causey, A., Melnik, L., Dittmar, A., & Panda, M. (2021). Overview of an emergent, arts-based resiliency curriculum to mitigate medical trainee burnout [Survol de l'émergence de]. *Arts and Health*, 13(1), 98-106.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2020.1802608>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues : a handbook and classification* [Vertues et forces du caractère: guide et classification]. Oxford University Press, Incorporated.
- Phillips, C. S., & Becker, H. (2019). Systematic review: expressive arts interventions to address psychosocial stress in healthcare workers [Revue systématique: adresser le stress psychosocial des travailleurs de la santé par des interventions des arts créatifs]. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2285-2298. <https://doi.org/10.1111/jan.14043>
- Plamondon, D. (2002). Les organismes communautaires : un risque pour la santé des intervenantes ?. *Nouvelles pratiques sociales*, 15(2), 214-221.
<https://doi.org/10.7202/008926ar>
- Pollock, K. (1988). On the nature of social stress: Production of a modern mythology [La Nature du stress social: production mythologie moderne]. *Social Science Medicine*, 26(3), 381-392.
- Portnoy, D., M.F.T. (2011). Burnout and compassion fatigue: watch for the signs [Épuisement professionnel et usure de compassion: surveillez les signes]. *Health Progress*, 92(4), 47-50.
- Potash, J. S., Chan, F., Ho, A. H., Wang, X. L., & Cheng, C. (2015). A model for art therapy-based supervision for end-of-life care workers in Hong Kong [Modèle de supervision d'art-thérapie pour les travailleurs de soin de fin de vie]. *Death Studies*, 39(1), 44-51.
- Rana, W., Mukhtar, S., & Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak [Santé mentale de travailleur médicaux au Pakistan durant COVID-19]. *Asian Journal of Psychiatry*, 51,
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>
- Rankin, A. B., & Taucher, L. C. (2003). A task-oriented approach to art therapy in trauma

- treatment [Une approche de l'art-thérapie orienté sur la tâche dans le traitement du trauma]. *Art Therapy*, 20(3), 138-147. <https://doi.org/10.1080/07421656.2003.10129570>
- Rauvola, R., Vega, D. M., & Lavigne, K. N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: a qualitative review and research agenda [Usure de compassion, stress traumatique indirect et trauma vicariant: revue qualitative]. *Occupational Health Science*, 3(3), 297-336.
- Robert, (2022, juillet 26). Le communautaire à la rescousse de la santé. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/737991/le-milieu-communautaire-a-la-rescousse-de-la-sante>
- Rose, M-C., Baillergeau, E., Hurtubise, R., & McAll, C. (2012). Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers, intervenants sociaux et intervenants de la santé dans l'intervention en itinérance à Montréal. *Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté [CRÉMIS]*.
- Réseau Québécois de l'Action Communautaire Autonome [RQ-ACA]. (octobre 2016). Les organismes d'action communautaire autonome : entre engagement et épuisement. Rapport en suivi de la Commission populaire pour l'action communautaire autonome (ACA), 1-58. <https://racorsm.org/plus-loin/publications/les-organismes-daction-communautaire-autonome-entre-engagement-et-epuisement>
- Ruglass, L. M., & Kendall-Tackett, K. (2014). *Psychology of trauma 101* [Psychologie trauma 101]. Springer Publishers.
- Salkind, N. J. (Ed.). (2005). *Encyclopedia of human development* [Encyclopédie du développement humain]. Sage Publications.
- Segal-Engelchin, D., Achdut, N., Huss, E., & Sarid, O. (2020). CB-Art interventions implemented with mental health professionals working in a shared war reality: transforming negative images and enhancing coping resources [Implantation d'une intervention cognitivo-comportementale pour professionnels en santé mentale dans une réalité de guerre]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072287>
- Sende, J., Jbeili, C., Schvahn, S., Khalid, M., Asaph, J., Romano, H.,... & Marty, J. (2012). Facteurs de stress et conséquences du stress en médecine d'urgence : enquête nationale.

- Annales françaises de médecine d'urgence*, 2(4), 224-231.
<https://doi.org/10.1007/s13341-012-0210-4>
- Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875-878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping [Rechercher la structure de l'adaptation: revue et critique des systèmes de catégories]. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2>
- Tjasink, M., & Soosaipillai, G. (2019). Art therapy to reduce burnout in oncology and palliative care doctors: a pilot study [Art-thérapie pour réduire l'épuisement professionnel dans les soins oncologiques et palliatifs]. *International Journal of Art Therapy*, 24(1), 12-20. <https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1490327>
- Tripp, T., Potash, J. S., & Brancheau, D. (2019) Safe place collage protocol: art making for managing traumatic stress [Collage d'un lieu de sécurité: création artistique pour gérer le stress]. *Journal of Trauma at Dissociation*, 20(5), 511-525. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597813>
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma* [Le corps garde en mémoire : le cerveau, l'esprit et le corps dans le rétablissement du trauma]. Penguin Publishing Group.
- Vanier, C., & Fortin, D. (1996). Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes communautaires en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 200-223. <https://doi.org/10.7202/032405ar>
- Vasiliadis, H.-M., Dezetter, A., Lesage, A., & Drapeau, M. (2015). Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : réflexions et expériences de pays francophones. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 15-30. <https://doi.org/10.7202/1036090ar>
- Velasco, J., Sanmartín, F. J., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., & Moriana, J. A. (2022). Psychological effects of professional exposure to trauma and human suffering: systematic review and meta-analysis [Effets psychologiques de l'exposition professionnelle au trauma et aux souffrances humaines]. *Trauma, Violence, & Abuse*, 0(0), 1-21. <https://doi.org/10.1177/15248380221074314>

- Visnola, D., Sprūdža, D., Ārija Baīe, M., & Piīe, A (2010) *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences* [Processus de l'académie des sciences Latvian]. 64(1), 85-91.
<https://doi.org/10.2478/v10046-010-0020-y>
- Wahiba, G. H., Célia, B., & Ourdia, C. (2022). Stress post-traumatique et résilience chez les professionnels de santé intervenant pendant la période Covid-19. *Journal of Studies in Deviation Psychology*, 7(1), 493-503.
- Waller, D. (2003). Group art therapy: an integrative approach [Une approche intégrative: groupe d'art-thérapie]. Dans *Handbook of art therapy*, C. A. Machioldi (Ed). Guilford Press, (pp. 313-324).
- Wilkinson, R. A., & Chilton, G. (2013). Positive art therapy: linking positive psychology to art therapy theory, practice, and research [Art-thérapie positive: lié la psychologie positive aux théories de l'art-thérapie]. *Art Therapy*, 30(1), 4-11.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2013.757513>
- Woodward, C., & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: understanding vehicles of change [Processus de changement positif et croissance post-traumatique chez les individus qui ont vécus des abus dans l'enfance]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 267-283. <https://doi.org/10.1348/147608303322362497>
- Zerubavel, N., & Wright, M. O. D. (2012). The dilemma of the wounded healer [Dilemme du guérisseur blessé]. *Psychotherapy*, 49(4), 482-91. <https://doi.org/10.1037/a0027824>
- Zheng, W. (2020). Mental health and a novel coronavirus in China [Santé mentale et nouveauté du coronavirus en Chine]. *Journal of Affective Disorders*, 269, 201-202.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.041>
- Zimmer-G., & Skinner, E. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: an integrative review and critique of research [Développement de l'adaptation à travers l'enfance et l'adolescence: revue et critique de recherche]. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1177/0165025410384923>

Annexe

Tables

Tableau 1 Stratégies négatives d'adaptations

1. Impuissance Confusion Interférence de la pensée Épuisement cognitif	Atteindre les limites de l'action
2. Évasion/fuite Évitement comportemental Retrait de la pensée Déni Vœu pieu/illusion	Fuir un environnement non récompensé
3. Délégation Recherche d'aide mésadaptée Complainte Plainte/pleurnicherie Apitoiement sur soi	Atteindre la limite des ressources
4. Isolation sociale Retrait social Dissimuler Évitement d'autrui	Retrait d'un contexte ne fournissant pas de soutien
5. Soumission Rumination Persévération rigide Pensée intrusive	Laisser tomber les préférences
6. Opposition Blâme envers autrui Projection Agression	Enlever les contraintes

Adapté de Zimmer-Gembeck and Skinner (2013). Traduction libre

Tableau 2 Stratégies positives de d'adaptations

1. Résolution de problème Stratégie Action instrumentale Planification	Ajuster les actions pour une meilleure efficacité
2. Recherche d'information Lecture Observation Demande d'expérience d'autrui	Trouver des éventualités additionnelles
3. Autonomie des ressources personnelles Régulation émotionnelle Expression émotionnelle Approche des émotions	Protéger les ressources sociales disponibles
4. Recherche de soutien Recherche de contact Recherche de confort Aide instrumentale Référencement social	Utiliser des ressources sociales
5. Accommodation Distraction Restructuration cognitive Minimalisation Acceptation	Ajuster selon les préférences
6. Négociation Persuasion Priorisation	Trouver de nouvelles options

Adapté de Zimmer-Gembeck and Skinner (2013). Traduction libre

Figures

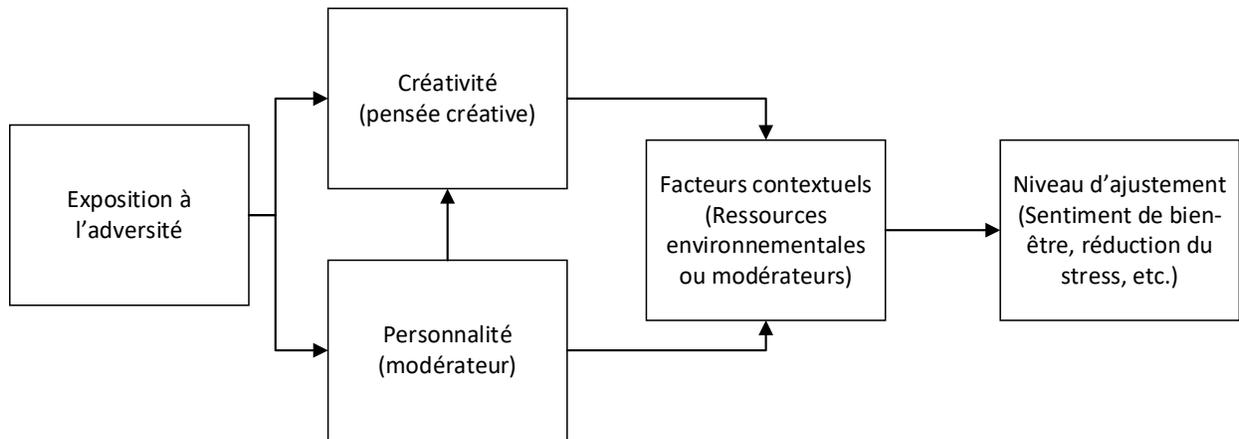


Figure 1

Source (Metz & Morell, 2008. Traduction libre)