

Pas le goût d'être là... et il n'y a pas d'ailleurs...

Marie Émond

L'auteure examine le désenchantement face au travail thérapeutique tant au niveau intra-psychique qu'en termes de développement et de rapport au temps, aux institutions et à la société. La popularité du concept d'épuisement professionnel (« burn out ») est vue comme l'indice d'une prise de conscience de l'ampleur de ce phénomène et mise en rapport avec l'évolution de la nosologie et de la pathologie elle-même. Pour finir, différentes pistes de réflexion sont suggérées.

Il est rare de voir une nouvelle revue commencer avec une description de ce qui ne va pas : « les blues », « le burn out », la détresse et le désenchantement ! Habituellement, une nouvelle publication origine d'un projet plus ou moins messianique. Si on se garde de vouloir faire la révolution, il va de soi que l'on prône une vision nouvelle sous des atours plus ou moins voyants. Le constat des limites vient dans un second temps.

Faut-il voir un signe d'une époque à laquelle, veut veut pas, nous appartenons dans cette remise en question de toutes les croyances, des limites, du pris pour acquis ? Idéologies et limites géographiques de nombreux pays sautent les unes après les autres. Ici, il s'agit aussi du tumulte idéologique et existentiel des soignants dans leur paysage intérieur.

Parler d'abord du thérapeute et de son malaise, c'est tenter de fonctionner en-dehors du système projectif. Cesser de parler de soi à travers le patient.

En même temps, on peut voir dans cette démarche tout simplement la continuation de l'intérêt initial de Freud pour le transfert et le contre-transfert mais appliqué ici à un champ plus vaste : celui du personnage du thérapeute, de ses problèmes existentiels qui, bien entendu, ont des répercussions directes sur sa capacité à soigner.

Le monde merveilleux du travail

Mon premier travail que je ne gardai que deux mois fut comme officier de probation, fonction aujourd'hui disparue depuis la réforme québécoise de la Protection de la Jeunesse, en 1980. Embauchée lors d'une réforme du système (nous sommes en 1958), je me retrouve fraîchement émoulue de l'université comme jeune praticienne engagée à un salaire supérieur à celui de personnes qui y sont depuis vingt ans, à cause de ma maîtrise. La directrice, amie de Duplessis, selon la rumeur, semble vivre un « burn out ». Les intervenants apparaissent blasés ou épuisés. La réforme se cristallise au niveau du quotidien autour de la

disparition des huissiers et de leurs splendides crachoirs en cuivre (« spitounes » en québécois) qui semblent avoir quelque chose à voir avec le statut des juges dont ils gardent la porte, statut qui apparaît menacé par cette disparition! Champ d'observation précieux cependant de l'usure au travail!

À la même époque, je vis pour la première fois « Modem Times » de Charlie Chaplin. J'en tirai pour la vie une image qui pour moi demeurera celle de l'épuisement au travail. Chariot est au travail sur une chaîne de montage. Il visse gaiement des boulons. Il visse, il visse. Puis soudainement, insidieusement, la vitesse augmente, il prend du retard, il s'agite frénétiquement pour finir par être happé par la machine. On passe du rire aux pleurs : la scène de comique devient tragique. Le travail a le dessus sur l'intervenant.

Dans ma réflexion sur le travail thérapeutique, plutôt que de parler du syndrome d'épuisement professionnel (burn out), j'évoquerai le désenchantement qui peut se manifester sans épuisement ou avec épuisement. Désenchantement : « État de celui qui a perdu ses illusions, qui a été déçu » (Petit Robert).

Le désenchantement adopte volontiers les formes suivantes : somatisation, idéalisation excessive d'une approche particulière, toujours la même ou la dernière sortie, haine des gens à qui on a affaire, haine des collègues qui pensent différemment ou des cadres ou du ministère, déception devant la reconnaissance obtenue, difficulté plus grande, chez les femmes en particulier, à concilier ambition professionnelle et vie familiale, peur du succès et de situations liées au succès. On voit tout cela, autant dans le secteur privé que public, autant chez nos patients que chez les thérapeutes, dans les grandes entreprises et les petites, que chez ceux qui travaillent seuls.

Le travail du thérapeute

Qu'a de particulier le désenchantement du thérapeute, du soignant? Se produit-il davantage dans certains lieux de travail? Mes propres observations me portent à répondre que le malaise existe partout mais qu'il diffère quantitativement et qualitativement selon les lieux et les personnes. Il apparaît souvent non lié à la tâche elle-même mais à ce que représente cette tâche pour la personne, à la reconnaissance de cette tâche par l'environnement et aux conflits entourant l'exécution de cette tâche. La quantité de travail requis, la pression exercée sur l'exécutant, est cependant un facteur à examiner.

Je mets ici de côté les personnes qui ne sont pas faites pour exercer ce métier. Cela existe, mais c'est plutôt rare.

Non! le désenchantement paraît plutôt se produire dans certains genres d'activités qui apparaissent répétitives, sans fin, mécaniques. Ceux qui travaillent en protection de la jeunesse ou en santé mentale avec une pathologie lourde peuvent avoir une telle vision de leur travail comme répétitive, linéaire.

Confrontés à la journée longue à la destruction mentale et physique (violence, inceste), plus ou moins insidieuse, effectuée par des parents sur des enfants, par

ceux-là même qui les ont mis au monde, le goût de vivre, de procréer, d'avoir une vie sexuelle et affective « normale » peut être sérieusement ébranlé chez l'intervenant. La charge émotive est répétitive et trop forte. On bascule facilement alors dans la position de vouloir à tout prix protéger l'enfant. Aider ces parents si destructeurs que, comme aidants, nos processus mentaux en sont atteints temporairement, demande une aisance extrême avec sa propre destruction, avec celle de l'être humain en général, qui ne s'acquiert qu'au prix d'une dure expérience et d'un long travail sur soi. Ce que n'ont pas le temps de faire les jeunes intervenants arrivant par cette porte tournante de la Protection de la Jeunesse qui donne accès à un poste permanent. Motivation louable mais qui n'a rien à voir avec un intérêt pour cette pathologie, ni avec la capacité d'y faire face.

Le concept de lieux maudits existe donc. Si on pense à Michel Foucault (1972) et à son *Histoire de la folie*, « Où situer la folie? », « Où situer la haine de l'enfant? », demeurent deux questions fondamentales. Trop se rapprocher de ces lieux devient à la longue destructeur pour soi. Trop près de la pulsion de mort...

L'idée de progression n'existe pas. C'est aussi un moment où le plaisir d'apprendre, de progresser est absent. Le rapport au temps est là aussi linéaire, étale.

Le contexte particulier de la pratique psychiatrique peut porter à l'épuisement. Le type de clientèle et l'orientation globale de l'administration vont, en général, vers une valorisation de l'aspect quantitatif plutôt que qualitatif. Ajoutons-y une incohérence profonde du système de santé et des services sociaux, décrite récemment par la Commission Rochon, des attentes excessives dont je ne reprendrai pas ici l'énumération mais dont les intervenants portent le poids. Perversion de la philosophie sartrienne de culpabilité collective où les intervenants deviennent responsables de ce qu'ils n'arrivent pas à guérir ou à contenir. Même si le désir de guérir et de sauver a été bien analysé, ces projections répétées et insidieuses minent le moral.

Ajoutons par ailleurs qu'à une ère de haute technologie, tous ces emplois reposant sur un contact personne à personne courent le risque d'une dévalorisation dans la classification des emplois. La psychiatrie se retrouve au-dessus de la chaufferie plus souvent qu'à son tour dans les hôpitaux généraux et certains professionnels de l'intervention ne doivent leur statut qu'à certains actes plus spécialisés leur appartenant en propre, qui n'ont rien à voir avec la thérapie : la prescription des médicaments pour les psychiatres, les « tests » pour les psychologues, etc. Le statut de thérapeute est aussi précaire que celui de la ménagère puisque tout et chacun croit pouvoir les remplacer!

La plupart du temps, les thérapeutes ne sont pas en position d'effectuer des changements de mentalité et d'attitudes dans le système même s'ils identifient bien les problèmes.

Enfin, le système organisationnel peut favoriser le désenchantement. Si on croit, comme Manfred Kets de Vries (1985) à propos de « L'organisation névrotique », que la pathologie du chef, que certains types de leadership et que certains genres d'organisation engendrent des problèmes spécifiques et un

fonctionnement avec ses problèmes bien identifiés, il demeure par ailleurs que l'époque est à l'entre-deux et à une remise en question fondamentale du système de soins tant en Europe qu'en Amérique du Nord.

Il y a actuellement un flottement idéologique, souvent une perte de croyance à un mode d'intervention particulier. Le modèle bio-psycho-social ressemble à l'auberge espagnole : on y trouve ce qu'on y apporte car il ne veut pas dire la même chose pour tout le monde et le mélange des ingrédients varie selon chacun. Cette évolution amène chez certains une angoisse et un doute, une perte de foi en leur croyance initiale. Il y a aussi une crainte forte que le mode d'intervention prôné par les intervenants soit aux antipodes de ce qui sera retenu pour l'ensemble, que la partie et le tout, le micro et le macro ne fassent pas bon ménage!

Dans ce contexte, un discours entendu fréquemment est celui de la diminution des ressources, de l'augmentation du nombre de cas et de la lourdeur de la pathologie. À cela, répond un autre propos, à savoir qu'un examen rigoureux ne démontre pas nécessairement un alourdissement de toutes les pathologies. La plupart des auteurs s'entendent sur le fait que le pourcentage de psychotiques apparaît demeurer sensiblement le même. Il s'agirait plutôt d'une détérioration ou de changements du tissu social, des ressources et du cadre familial. Dans la première hypothèse, le travail est une tâche impossible : la perception d'une aggravation de la pathologie malgré le travail. De plus en plus de boulons à serrer et de plus en plus vite... Quantitativement, le travail ne donne que plus de travail. Aussi bien ne rien faire selon une conclusion de l'approche paradoxale!

Plus d'interventions a par ailleurs suscité un désir illimité d'interventions. Où mettre des limites? Quand intervenir? Quand changer de mode d'intervention? Quand répondre, ne pas répondre? Si chaque thérapeute sait en général poser ses limites, il n'en va pas de même collectivement en termes d'objectifs de société.

La personnalité du thérapeute

Beaucoup ont écrit sur les problèmes narcissiques particuliers aux personnes atteintes d'épuisement professionnel (*Annales Médico-Psychologiques*, 1985; Dumont, 1990, 334). Ce qui correspondrait au point extrême de désenchantement. Sommes-nous en face de drogués du travail en panne de sublimation? Ou à la recherche de grands projets susceptibles de les enthousiasmer? Il est certain que la façon dont les limites sont perçues et digérées est cruciale dans l'évolution de la capacité à travailler, à s'enthousiasmer et à apprendre.

Je ne reviendrai pas sur les solutions proposées de regroupement, toujours utile face aux régressions possibles, ni sur les techniques suggérées pour continuer à apprendre et à avoir son espace intérieur... Il reste que si le meilleur prédicteur de satisfaction au travail demeure les chances d'avancement (Bernier, 1989), comment un thérapeute juge-t-il de son avancement? Y aurait-il de la difficulté à utiliser les critères administratifs habituels? La reconnaissance des

pairs est importante mais le thérapeute est un être solitaire dans son activité; sa capacité à être seul est souvent mise à l'épreuve.

Le thérapeute s'use jour après jour sur l'irréductible nature humaine. La douleur lancinante des autres à laquelle on est confronté jour après jour comme autant de petits coups de poignards quotidiens... En souffre-t-il davantage s'étant, au départ, attendu à plus? Beaucoup de thérapeutes, la plupart probablement, ayant eu comme premiers patients leurs parents, continuent à travers vents et marées à vouloir guérir l'autre. C'est ce qui donne un sens à leur vie.

Pour eux, ne plus avoir le goût de guérir est à la fois la planche de salut et la catastrophe. Et le maniement de cette phase, un point d'évolution cruciale. La planche de salut, car cela permet de surmonter le sempiternel rapport à l'autre en fonction de l'autre et de se voir en pleine face. La catastrophe, car un univers relationnel s'écroule... et puis, si on est habitué à gagner sa vie à partir de sa névrose, que fait-on d'autre? Sait-on seulement faire autre chose?

Regardons donc du côté de ceux qui ont connu le désenchantement et sont passés au travers, ceux qui continuent après, avec une maturité accrue, ayant mieux intégré enthousiasme et désenchantement, leur ambivalence finalement face à l'autre, ce qui permet de durer et de mieux contrôler les phases dépressives et destructrices, ceux qui continuent contre vents et marées d'avoir le goût au-delà des modèles initiaux... les sublimations réussies en somme.

Demeurer humblement à l'écoute de l'autre, jour après jour, année après année, n'est pas donné à tous. La soif d'apprendre, le besoin de nouveauté, d'innover et d'être admiré n'y trouvent pas toujours son compte. Et puis l'identification au père de la psychanalyse, pour ceux qui s'en réclament, n'est pas toujours au clinicien mais souvent au théoricien, au conférencier, au chercheur ou à l'écrivain, au chef de groupe. L'amalgame de tous ces éléments est à trouver pour chacun. Si Winnicott occupe une place à part chez nos maîtres à penser, celle du cœur, c'est en partie parce que le clinicien a toujours eu chez lui présence sur tout le reste.

Chez plusieurs d'entre nous, la fonction de clinicien deviendra secondaire comme chez plusieurs de nos maîtres à penser. Espérons qu'en cas de doute, nous n'hésiterons pas à revenir à la clinique pour vérifier nos hypothèses...

De quoi est formée l'identité du clinicien?

Souvent de multiples identifications successives à un style, à des attitudes, à des façons d'aborder la clinique plutôt qu'à une adhésion massive à un modèle unidimensionnel.

Les « burn out » correspondent à des crises d'identité bien spécifiques. Ils se produisent à des moments précis dans les carrières, dans l'évolution des personnes et à des endroits précis.

L'extraordinaire popularité du concept de « burn out », qu'on utilise plus volontiers dans sa forme anglaise plus imagée, a sûrement à voir avec son symbolisme élémentaire cher à Bachelard.

Le feu qui purifie tout, ou qui détruit tout : un des quatre éléments essentiels. La solution pour sortir du temps étale et répétitif est de tout brûler. Il m'apparaît toujours y avoir confrontation à une difficulté à une limite vécue comme une atteinte narcissique particulière. Souvent, dans les moments d'entre-deux; moments où on rencontre le vide, les limites, les déceptions. L'aspect surmoïque inhérent à la pratique dans certains milieux contribue à ce phénomène de désenchantement; le grand nombre d'interventions demandées également. La protection de la jeunesse, telle que pratiquée dans certains milieux, où à défaut de contrôler la pathologie des parents, on contrôle les interventions des praticiens; la multiplication des actes thérapeutiques favorisés par la rémunération à l'acte de certaines professions en sont deux exemples.

Le désenchantement existe aussi chez ceux qui travaillent seuls en dehors de toute institution. Confrontés au choc quotidien des patients, à la nécessité de se structurer par soi-même, au besoin d'activités présentant une certaine diversité, la détresse peut être aussi forte. D'autant plus forte qu'on est seul pour la contenir. Ajoutons la précarité du lendemain, une inquiétude plus forte que dans le secteur public.

Et puis les limites de l'action thérapeutique sont aussi une surprise désagréable pour plusieurs. Les limites des approches diverses quelles qu'elles soient, sont rarement abordées franchement et clairement par ceux qui les pratiquent. Sauf entre intimes, en petits comités.

Ce secret sur les difficultés rencontrées au niveau de la pratique contribue au malaise. Bien sûr, il y a quantité d'échanges cliniques, transfert et contre-transfert sont discutés à cœur de jour, mais un regard plus global sur l'ensemble de la pratique est rarement posé. Une des raisons en est la crainte de l'usage qui serait fait de cette pratique; une autre, celle de dévier indûment par rapport au regard individuel si nécessaire dans chaque cas. Mais le prix à payer en termes d'isolement et de culpabilisation par les intervenants vulnérables à l'insécurité m'apparaît élevé. Trop. Tout cela contribue à la marginalisation du thérapeute.

La place de l'illusion dans tout ceci? Sujet difficile mais ne serait-ce pas le temps de l'aborder franchement? Et qu'il le soit fait par ceux-là mêmes qui utilisent une approche particulière et non pas par les adversaires de celle-ci ou les mordus d'une autre approche?

Vicissitudes des symptômes

L'hystérie de conversion est à peu près disparue de la belle province. On s'arrache celles qui s'y manifestent encore. De même, le « syndrome du nid vide » n'a plus l'importance d'autrefois. La femme bourgeoise mariée, toujours à bout de forces à la maison, bien à se reposer en quelque part, loin du lit conjugal, existe moins. L'exemple le plus spectaculaire demeurant pour moi Mélanie Klein, telle que décrite dans sa bibliographie par l'historienne canadienne Grosskurth (1987). On a peine à reconnaître dans cette jeune mariée étioyée, toujours à se

reposer dans une ville d'eau, très XIX^{ème} siècle, Mélanie Klein si novatrice, si prolifique dans sa clinique et dans ses nombreux écrits.

Mélanie Klein trouva le salut dans la psychanalyse, dans le travail, loin du foyer où derrière le mari se dessinait l'ombre de la mère difficile à quitter. Les victimes du « burn out » trouvent un répit temporaire loin du travail...

Pour Hegel et Marx, le salut était dans et par le travail : pour Freud, la santé mentale se définit par la capacité de travailler et d'aimer. Ce qui implique la capacité à être présent là où on est et d'aimer y être.

Les symptômes changent, leurs descriptions aussi. Le contenu des difficultés demeurent.

Pistes de réflexion

Plusieurs questions me traversent encore l'esprit au sujet du désenchantement au travail : je les livre ici en vrac.

L'être humain progresse à partir d'éléments conflictuels qu'il apprend à surmonter, à maîtriser, à dépasser. Quand le conflit au travail devient-il quantitativement et qualitativement si important qu'il est source de destruction et non de progrès?

Qu'en est-il des pare-excitations des thérapeutes et de la souplesse de leurs mécanismes de défense? Comment respectent-ils leurs limites, acceptent-ils leur contre-transfert face à certains types de patients? Comment l'institution en tient-elle compte? Comment acceptent-ils ceux qu'ils ne peuvent soigner? La science et l'art de soigner avancent à partir non pas seulement des réponses mais des nouvelles questions que l'on se pose.

Quels moyens trouvent-ils pour les aider à être suffisamment souples et pour contrecarrer la rigidité institutionnelle?

Quelles structures de travail rendent le progrès impossible et engendrent le plus de « burn out »? Celles aux origines surmoïques trop fortes et celles qui oublient le plaisir?

Il faut être capable d'endurer une certaine quantité de « stress » pour être thérapeute; il faut aussi éviter certaines tensions. Comment choisit-on les tensions qu'on endure et celles qu'on évite? Quel rapport entre ces choix, l'épuisement et l'ambition professionnelle?

L'agressivité des thérapeutes, la façon dont ils la canalisent et l'épuisement professionnel...

L'aspect bénéfique de l'épuisement professionnel qui fait l'économie de maladies physiques graves... Y a-t-on réfléchi en terme d'économie psychique? La tension est mentalisée directement. Il y a économie de la maladie physique. C'est important en terme de fonctionnement. Y aurait-il des personnes qui régularisent ainsi leur santé physique, qui s'arrêtent avant d'être physiquement atteints?

Des sages qui ménagent leurs forces physiques? Cette considération remet en cause la place et l'interaction réciproque de la souffrance physique et psychique.

Si le « burn-out » était une force plutôt qu'une faiblesse? Reconnaître l'épuisement professionnel comme une maladie alors qu'on est visiblement plus à l'aise avec une bonne vieille maladie physique si visible; si palpable...

De même qu'on étudie maintenant les processus d'adaptation d'enfants nés dans des milieux extrêmement difficiles et qui s'en sortent malgré tout, quels mécanismes d'adaptation Utilisent-ils? D'où tirent-ils leur force? De même pourrait-on regarder les processus adaptatifs de ceux qui traversent les crises et le désenchantement.

En conclusion, une dernière considération. Le désenchantement thérapeutique fait partie du processus de maturation du thérapeute. Pourtant, les témoignages de ceux qui survivent, durent, progressent malgré les conditions difficiles sont peu recensés. Y a-t-il une complaisance à la pathologie aux dépens d'une étude minutieuse du processus de maturation qui comprendrait le désenchantement?

Marie Émond

807, Upper Lansdowne
Westmount H3Y 1J9

Références

- ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, 1985, articles sur l'épuisement professionnel, juillet, 143, n° 7 et 8.
- ARCHES, J., 1991, Social structure, burn out, and job satisfactions, *Social Work*, 36, n° 3, 202-206.
- BERNIER, D., 1989, Le burn out chez les travailleurs sociaux : omniprésent, mais mal connu, *Intervention*, n° 82, mars, 13-22.
- CARPENTIER-ROY, M.C., 1991, Corps et âme, *Psychopathologie du travail infirmier*, Montréal.
- DUMONT, D., 1990, *Le syndrome d'épuisement professionnel chez les enseignants du primaire et du secondaire*, résumé de maîtrise en sciences cliniques, Faculté de Médecine, Université de Montréal.
- FOUCAULT, M., 1972, *Histoire de la folie*, Gallimard, Paris.
- GEVRY, M., MICHEL, A., 1988, L'épuisement professionnel dans le secteur des services humains, *Intervention*, n° 80, juin, 60-66.
- GIRAME, *Le burn out : certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques*, Université de Montréal.
- GROSSKURTH, P., 1987, *Mélanie Klein, her World and her Work*, Harvard University Press, London.

- KETS DE VRIES, M., 1985, *L'organisation névrotique*, P.U.F., Paris.
- MELOCHE, M., BOURGAULT, D., 1981, Comme un caméléon sur une jupe écossaise. Le burn out ou mourir d'épuisement, *Intervention*, n° 61, 58-66.
- PARADIS, G., 1990, Le burn out au temps de l'« Excellence », *Nouvelles pratiques sociales*, 3, n° 2, 187-195.
- ROGERS, J., FREEMAN, S., LESAGE, P., 1991, The occupational stress of judges, *Revue canadienne de psychiatrie*, 36, n° 5, 317-322.