

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES PSYCHOLOGUES ET LA SOUFFRANCE :
UNE EXPLORATION DU RAPPORT À LA SOUFFRANCE CHEZ DES
PSYCHOLOGUES OEUVRANT EN MILIEU HOSPITALIER

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

VALÉRIE BOUCHARD

MARS 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je voudrais dans un premier temps remercier sincèrement ma directrice de thèse, Mme Véronique Lussier, qui m'a guidée et accompagnée de ses conseils judicieux dans mon parcours doctoral et pour ce projet de recherche. Je ne saurais dire le cadeau inestimable qu'on m'ait fait en m'admettant au programme, tout autant que l'opportunité de travailler sur un sujet aussi fondamental qu'est celui de la souffrance.

J'aimerais également remercier les participants à la recherche, les psychologues qui ont bien voulu répondre à notre invitation pour s'asseoir avec une jeune doctorante, afin de partager leur expérience. Merci pour votre confiance et votre générosité.

Je remercie mes parents, Yves et Sigrid, et ma sœur, Mélissa, qui ont pu suivre mon cheminement du début à la fin, m'accompagnant de leur soutien et de leur amour.

Enfin, je remercie tendrement mon mari Ailiam et nos trois enfants, qui ont bien voulu me partager avec ce projet à la fois humble et important.

À mes parents,
qui ont su me transmettre la compassion.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE ET CADRE CONCEPTUEL	3
1.1 Problématique	3
1.2 Cadre conceptuel et recension des écrits	5
1.2.1 La souffrance	5
1.2.2 Terme apparenté : la douleur	11
1.2.3 Souffrance et relation soignant-soigné	15
1.3 Objectifs de recherche	19
CHAPITRE II	
MÉTHODOLOGIE	20
2.1 Recrutement	20
2.2 Entrevues	21
2.3 Analyse	22
2.4 Considérations éthiques	22
CHAPITRE III	
RÉSULTATS	23
3.1 De l'impuissance	23
3.2 De l'importance du sens	28
3.3 De la bonne distance	32
CHAPITRE IV	
DISCUSSION	42

CONCLUSION.....	52
ANNEXE A LETTRE DE SOLLICITATION	54
ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	56
ANNEXE C QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....	58
ANNEXE D SCHÉMA D'ENTREVUE.....	59
ANNEXE E CERTIFICAT ÉTHIQUE	60
RÉFÉRENCES.....	62

RÉSUMÉ

La souffrance semble être un phénomène difficile à aborder d'un point de vue strictement psychologique. Elle soulève des défis tant conceptuels que cliniques. Dans la littérature, elle est parfois étudiée dans le contexte de la relation soignant-soigné. Les ouvrages et les études relèvent les enjeux relationnels particuliers en lien avec le soulagement de la souffrance. C'est ainsi que cette recherche a visé à explorer les perceptions et le rapport de psychologues œuvrant à l'hôpital face à la souffrance, par le biais d'une méthodologie qualitative. Les entrevues ont permis de dégager une série de thématiques qui ont été regroupées en trois grands axes thématiques, soit l'impuissance, l'importance du sens et la bonne distance.

Mots clés : Souffrance, psychologie, psychologue, relation soignant-soigné, hôpital

ABSTRACT

Suffering appears to be a difficult phenomenon to tackle from a strictly psychological point of view. It raises both conceptual and clinical challenges. In the literature, it is sometimes studied in the context of the patient caregiver relationship. Studies point to the particular emotional and interpersonal challenges related to the relief of suffering. Therefore this research aimed to explore the perceptions and the relationship of psychologists working in the hospital to suffering, using a qualitative methodology. The interviews made it possible to identify a series of themes which were gathered into three main thematic axes, namely helplessness, the importance of meaning and good distance.

Keywords : Suffering, psychology, psychologist, patient caregiver relationship, hospital

INTRODUCTION

La souffrance est inhérente à la condition humaine. Qu'elle soit due à des conditions physiques ou mentales, individuelles ou collectives, les personnes ont de tous les temps cherché à en être soulagées. C'est ainsi que les grandes traditions religieuses, philosophiques et médicales ont proposé différentes conceptions ou compréhensions du phénomène de la souffrance ainsi que des moyens pour y remédier. Dans l'ère moderne et postmoderne, à travers le développement (technique et organisationnel) des soins de santé et des services sociaux et de disciplines telle que la psychologie, le recours à des professionnels est devenu l'une des voies les plus tentées pour trouver un remède à sa souffrance. Au Québec, les plus récentes données statistiques (MSSSQ, 2018) chiffrent à 93,3 % le taux de consultation d'un professionnel de la santé dans la dernière année (2009-2010) et à 5,8 % la consultation d'un psychologue. L'un des lieux emblématiques pour ces soins est certainement l'hôpital, avec sa panoplie de services et de départements. De façon générale, la mission de l'hôpital se veut d'abord curative, proposant divers traitements pour guérir les maux et les maladies, et ainsi aborder la souffrance des gens et la soulager. Parfois, elle est palliative, et parfois préventive. Et chacune des spécialités et des disciplines offre un regard spécifique, une approche particulière sur ce qui accable les patients. Les psychologues font désormais partie intégrante des dispositifs de soins. Or, qu'en est-il du point de vue de la psychologie sur la souffrance des patients? En médecine, la notion de souffrance a été conceptualisée de plusieurs façons et l'on doit à E. J. Cassell (1982; 2004) d'avoir mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte la souffrance des patients. Dernièrement au Québec, dans le cadre de la loi sur l'aide médicale à mourir (Québec, 2019), on a développé la notion de « souffrance

psychique constante et insupportable » (Groupe de recherche sur la souffrance psychique et l'AMM, 2017, p.7-8) comme critère pour l'accès à ce service. En psychiatrie et en santé mentale, il est explicitement mentionné que pour diagnostiquer plusieurs troubles mentaux (APA, 2015), il est nécessaire que « la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative », sans toutefois préciser ce qui est entendu par cette expression. Il devient donc essentiel pour la psychologie, en particulier pour les cliniciens, de s'arrêter pour réfléchir sur leur point de vue spécifique sur la souffrance, ainsi que leur rapport à celle-ci. Dans le présent essai, il sera d'abord question de la problématique de la souffrance en psychologie avec une incursion dans la littérature (cadre conceptuel) menant aux questions spécifiques de recherche. La méthodologie choisie sera exposée. Les résultats seront ensuite présentés en trois grandes catégories thématiques et discutés en lien avec la littérature et les enjeux qu'ils soulèvent.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE ET CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, nous présentons les enjeux qui ont mené au questionnement de recherche, ainsi que les grands concepts auxquels nous nous référons.

1.1 Problématique

Quand on s'intéresse à un sujet comme la souffrance, on peut facilement se sentir dépassé par la multitude de points de vue, d'approches et d'angles possibles selon les disciplines, les traditions et les cultures. Toutefois, du côté de la science psychologique, il semble y avoir très peu de définitions établies de façon formelle ou consensuelle et il est difficile de trouver des études portant directement sur les processus psychiques de la souffrance. La souffrance ne se retrouve dans aucun dictionnaire de psychologie et elle n'est pas abordée dans la formation universitaire. Est-ce à dire que la psychologie ne s'y intéresse pas ou n'en tiennne pas compte? Cela serait très improbable. Et d'ailleurs, qu'est-ce que souffrir? Comment explique-t-on en termes de processus psychiques le fait d'avoir mal à l'intérieur de soi, mentalement, moralement? Il est clair que lorsqu'on s'intéresse à ces questions, il advient presque automatiquement la nécessité de préciser la nature ou les causes de la souffrance, soit la souffrance due à des maux physiques en opposition à une souffrance plus psychique. Souffrir selon l'étymologie latine, c'est supporter, endurer, porter quelque chose de pénible. Dans le Larousse (2020), c'est ressentir, avoir mal,

éprouver, être affecté par des douleurs, des souffrances physiques ou morales. C'est parfois aussi être endommagé. En effet, il y a différentes acceptions et utilisations des termes souffrance et souffrir : je peux souffrir d'un mal de dents comme être malheureux d'une situation dans ma vie ou éprouver un grand mal-être psychique et/ou existentiel. La souffrance est donc un phénomène complexe, difficile à cerner et à définir.

Il faut aller du côté des sciences médicales et infirmières pour trouver des théories et des études s'intéressant au phénomène de la souffrance comme objet d'étude en tant que tel. Notamment, au Québec, dans le cadre de « recherches empiriques rigoureuses sur la souffrance qu'éprouvent de personnes en phase terminale de leur maladie à issue fatale » (Préface par Eric J. Cassell, dans Daneault, 2007, p.VII), on s'est penché entre autres sur la prise en charge de la souffrance par la médecine et les services de santé (Daneault, 2007). Dans ces études faites tant auprès des patients que des soignants, on y découvre qu'en plus de la souffrance occasionnée par leur maladie, les patients interrogés font état de celle engendrée par leur passage même dans le milieu médical (Lussier et Daneault, 2005). La difficulté d'avoir le contact « d'un humain face à un autre être humain » semble être un élément particulièrement notoire qui cause de nouvelles « effractions » pour ces malades. On y fait un constat troublant : celui des effets désubjectivants de la déshumanisation des soins de la santé. De plus, d'autres résultats provenant du même projet de recherche montrent comment les soignants sont eux-mêmes aux prises avec la souffrance dans ce contexte médical, face à la souffrance des patients. Les soignants perçoivent qu'ils ne peuvent répondre à tous les besoins et demandes des patients et ils se sentent souvent surchargés et écartelés. Ils ont aussi recours à des mécanismes pour se protéger d'une souffrance qui pourrait les submerger.

Ceci questionne fondamentalement notre rapport à la souffrance, particulièrement dans le cadre de soins et de services professionnels. Que se passe-t-il dans le contact

avec les personnes souffrantes? Comment la souffrance des patients est-elle perçue, reçue et finalement prise en compte de la part des soignants? Et que dire des psychologues? Ceux-ci, qui d'emblée ne dispensent pas de soins physiques mais plutôt des services d'ordre psychologique, sont eux aussi exposés à la souffrance des patients. Quelle est la place de la souffrance dans la pratique des psychologues en milieu hospitalier? Comment se présente-t-elle dans le cadre de leur travail? Plus particulièrement, comment les psychologues la vivent, y réagissent et se la représentent? Notre objectif principal dans cette étude sera donc d'explorer la perception et le rapport à la souffrance des psychologues œuvrant en milieu hospitalier.

1.2 Cadre conceptuel et recension des écrits

Dans le contexte de ce projet de recherche, nous avons opté pour nous concentrer sur la littérature psychanalytique par rapport à la souffrance et nous ferons référence à des notions typiques à cette approche, ainsi qu'à quelques concepts connexes ou apparentés.

1.2.1 La souffrance

Commençons d'abord par le terme spécifique de souffrance. Il est clair qu'elle n'est pas un concept psychanalytique : elle ne se retrouve dans aucun dictionnaire ou encyclopédie de psychanalyse, sauf pour le *Dictionnaire international de la psychanalyse* (De Mijolla, 2013) qui lui accorde quelques paragraphes, avançant certaines idées sur la souffrance sans toutefois la définir. Cela s'explique en bonne partie par le fait que Freud lui-même n'en élabore aucune conceptualisation et n'en discute que rarement. Cependant, plusieurs auteurs affirment que toute son œuvre s'y adresse de façon implicite (Société Psychanalytique de Paris, 1991; Burloux, 2004). Mélancolie, deuil, angoisse, déplaisir, effraction, traumatisme, masochisme,

narcissisme, pulsion de mort, etc. ne sont que quelques-unes des notions sous-tendues par l'expérience de souffrance à laquelle Freud cherchait au bout du compte à remédier.

Car il ne faut pas oublier que Freud était médecin et que l'un des buts de la médecine est de soulager la souffrance. En effet, nous devons beaucoup à E. J. Cassell (1982; 2004) d'avoir rappelé et renouvelé les liens fondamentaux entre médecine et souffrance. Il relève le peu d'attention accordée au problème de la souffrance dans la formation, la recherche et la pratique de la médecine alors que son objectif de soulagement remonte à l'Antiquité. Il avance également une conception de la souffrance : celle-ci serait vécue lorsque l'intégrité d'un aspect ou l'autre de la personne est atteinte. La personne est entendue ici dans sa globalité, et bien que Cassell en décrive plusieurs facettes (personnalité, expériences passées, relations familiales, rôles sociaux, culture, etc.), il ne refuse pas moins tout réductionnisme, préférant une vision holistique de la personne.

Mais revenons à Freud. Le seul ouvrage où il semble dire « quelque chose » sur la souffrance¹ se retrouve dans *Malaise dans la civilisation* (1929). Alors que, comme le remarque Anne-Marie Merle-Beral (Aïn, 1992), Freud « utilise indifféremment le terme douleur et souffrance en parlant des affects pénibles » (Aïn, 1992, p.65), il rédige ce texte à une période où il s'intéresse davantage aux questions existentielles. Cet écrit, qui figure parmi les derniers de Freud, fait suite à un autre ouvrage, *L'avenir d'une illusion* (1927), où il aborde la question de la religion, et il est intéressant de noter qu'il est lui-même vieillissant et souffre d'un cancer de la gorge et de la montée de l'antisémitisme. Nous pouvons y relever des éléments intéressants sur le phénomène de la souffrance.

¹ Texte où il emploie plusieurs fois le terme de souffrance.

Dans la première section, Freud veut répondre à l'hypothèse d'un sentiment océanique (sensation d'infini, d'éternité) qui serait à l'origine du besoin religieux. Pour lui, ce sentiment se rapporte principalement à une sensation primaire de soi dans le développement lors de laquelle le moi et le milieu ne sont pas différenciés, où le narcissisme est illimité. Il écrit qu'il se sentait fort embarrassé par la question du sentiment océanique, d'abord parce qu'il ne le retrouve pas en lui (donc, qu'il n'en a pas fait l'expérience) et ensuite parce que ce sentiment, comme d'autres du même genre, échappent à la science, à la description dite scientifique. Ceci rappelle l'idée que ce qui est de l'ordre des sentiments existentiels (donc, possiblement aussi la souffrance) échappe à l'objectivisme et peut être difficile à mettre en mots. Cela peut indiquer que la souffrance est d'abord quelque chose que l'on éprouve et s'apparente à l'indicible. La souffrance se trouverait peut-être davantage du côté de l'affect, de l'éprouvé?

Un peu plus loin, Freud expose la nécessité du moi de se détacher de l'ensemble des sensations et de créer un « dehors », en particulier face aux sensations de douleur et de souffrance fréquentes. Nous savons la fonction du manque et de la séparation dans la constitution de l'appareil psychique : c'est suite à ces expériences désagréables, voire douloureuses, que l'humain différencie le moi/non-moi, l'intérieur/extérieur et s'ouvre au désir, au fantasme, à la représentation, à la pensée. Ces expériences souvent souffrantes pour le sujet semblent donc nécessaires pour la constitution d'un moi plus « évolué ». Aussi, ce passage introduit l'idée de la mise à distance de ce qui est « mauvais » ou cause du mauvais, c'est-à-dire de la nécessité défensive pour l'appareil psychique de se protéger de ce qui peut blesser. On peut pressentir l'effraction, le trou, le vide que peuvent causer certaines expériences.

Dans la deuxième section du texte, Freud discute la religion de l'homme simple, mais ce qu'il aborde surtout ce sont les façons dont les gens composent avec les souffrances de la vie. Freud affirme que les hommes tendent au bonheur, qu'ils veulent être heureux et le rester. À cette aspiration, il existe deux facettes, un but négatif et un but positif : d'un côté éviter la douleur et la privation de joie, de l'autre rechercher de fortes jouissances. Il est donc clair que c'est le principe de plaisir-déplaisir qui gouverne. Mais ce que Freud remarque, c'est qu'il est plus facile de souffrir que de jouir : la faculté de jouir selon lui est limitée par notre constitution, étant donné que seul le contraste avec la souffrance est capable de nous faire vivre une jouissance intense. De plus, la souffrance nous menace de trois côtés :

dans notre propre corps qui, destiné à la déchéance et à la dissolution, ne peut même se passer de ces signaux d'alarme que constituent la douleur et l'angoisse; du côté du monde extérieur, lequel dispose de forces invincibles et inexorables pour s'acharner contre nous et nous anéantir; la troisième menace enfin provient de nos rapports avec les autres êtres humains. (Freud, 1929, p.14)

Ce passage nous amène à nous poser des questions entre autres sur les conceptions de Freud sur le corps, la douleur et l'angoisse. Quelle est la relation entre souffrance et corps au sens où Freud le conçoit? Douleur et angoisse sont-elles des expériences purement psychiques ou somatiques? Aussi, ces questionnements mettent en lumière un aspect intéressant de la souffrance : l'importance de l'expérience vécue, de l'éprouvé, du fait d'être incarné. Freud écrit un peu plus loin une affirmation lumineuse qui soutient ce point de vue : « En fin de compte, toute souffrance n'est que sensation, n'existe qu'autant que nous l'éprouvons; et nous ne l'éprouvons qu'en vertu de certaines dispositions de notre corps. » (Freud, 1929, p.15).

Quant à l'importance des rapports avec autrui, Freud commente l'un des aménagements des poussées pulsionnelles pour vivre en société qu'est la « technique de l'art de vivre » où l'amour, le fait d'aimer et être aimé, devient la source du

bonheur. Cette manière de vivre présente un point faible important selon lui, car « nous ne sommes jamais aussi mal protégés contre la souffrance lorsque nous aimons, jamais plus irrémédiablement malheureux que si nous avons perdu la personne aimée et son amour. » (Freud, 1929, p.18). Cela rejoint la troisième source de souffrance selon Freud et il écrit qu'elle nous est peut-être plus dure que toute autre. Aussi, on retrouve dans cet extrait toute la référence à la conception freudienne sur la relation à l'objet et à sa perte, le deuil et le travail qui lui est spécifique, la douleur du retrait et du réinvestissement de la libido, etc.

Après Freud et le *Malaise* (1929), on peut retrouver quelques auteurs psychanalytiques qui ont cherché à discuter la notion de souffrance. Entre autres, il existe un numéro de la *Revue française de psychanalyse* (1991) intitulé « La douleur et la souffrance psychiques » recueillant des points de vue très divers sur le sujet. Il est intéressant de noter que le titre même du numéro évoque déjà un présupposé, soit la nécessité du qualificatif « psychiques ». La référence au dualisme psyché/soma en ce qui concerne la souffrance n'y sera toutefois pas explorée ni remise en question. Aussi, le titre évoque la tendance à associer, voire à confondre, les notions de douleur et souffrance. Cela est récurrent dans la littérature psychanalytique, de même que pour les auteurs des autres disciplines sur le sujet. Dans le domaine des sciences infirmières par exemple, on retrouve la nécessité pour D. Kahn et R.H. Steeves (1986), ainsi que É. Béfékadu (1993) de clarifier et définir la souffrance en la distinguant de la douleur ou de la détresse. Il semble donc qu'à chaque fois que l'on aborde le sujet de la souffrance, des tentatives de clarification conceptuelle sont nécessaires. En ce qui concerne le contenu de cette revue, les articles traitent de divers aspects qui en bout de compte nous informent peu sur ce qu'est la souffrance de façon générale ou comment elle se produit. Il est question de la douleur et l'angoisse chez l'enfant et ses manifestations, l'amnésie douloureuse, le néant, le trauma sexuel, le sentiment de culpabilité, etc.

Dans d'autres ouvrages collectifs sur la souffrance (Aïn, 1992; Marty, 2004), les auteurs présentent leurs réflexions encore très variées sur le sujet en lien avec des éléments théoriques ou cliniques. A.-M. Merle Beral (Aïn, 1992) reprend le phénomène du membre fantôme pour expliquer le passage de la douleur à la souffrance. Les séparations et la douleur du manque (perte et castration primaires) l'amènent à considérer que « la souffrance, mouvement né de l'affect douloureux initial, désignerait l'état de manque pénible et fondamental de tout être humain et générateur de la vie mentale. ». Cette souffrance fondamentale serait donc le témoin et l'accompagnatrice de l'activité psychique, permettant la continuité du Moi psychique en étant organisatrice du temps et s'inscrivant dans la durée. Aussi, toute menace de perte objectale ou narcissique viendrait réactiver les douleurs ancestrales qui produisent, si elles ne débordent pas les capacités du moi, une souffrance menant au fonctionnement mental et à la pensée. J. Bégoïn (Aïn, 1992) quant à lui regarde la souffrance en lien avec l'angoisse. Cette dernière, lorsqu'elle agit comme signal, permettrait au sujet de se protéger contre l'irruption d'un excès intolérable de souffrance, essentiellement dépressive, ressentie comme un danger de mort psychique. Ces deux auteurs articulent donc une réflexion sur la souffrance en l'opposant à d'autres concepts freudiens (douleur et angoisse) et font ressortir l'enjeu économique de l'excès.

F. Marty (1994) dans son introduction mentionne entre autres l'importance pour l'homme de trouver un sens à ses souffrances, car il ne peut supporter un effet sans cause. D'ailleurs, selon lui, l'une des causes de la souffrance vient fréquemment du fait qu'on ne peut relier ce qui nous affecte à quelque chose dans notre vie. L'absurdité et le non-sens font souffrir, et même Freud a cherché à répondre à ce non-sens en écrivant les trois sources de la souffrance. Dans le même ouvrage, J.-P. Kamieniak (Marty, 1994) poursuit cette idée en démontrant comment le travail de pensée chez Freud s'est développé au fil de ses expériences de souffrance et de douleur.

Plus récemment, M. Fleming (2006) s'est intéressée à distinguer la « douleur mentale » de la « souffrance psychique ». La souffrance serait plus aisée à mettre en mots et de ce fait plus susceptible d'être soulagée, alors que la douleur, même mentale, est privée de sens et ne peut être expliquée par le sujet. Fleming expose comment la souffrance est associée à la capacité à contenir et à élaborer les émotions douloureuses.

1.2.2 Terme apparenté : la douleur

Nous avons vu comment la douleur est souvent associée à l'idée de souffrance, au point où elles peuvent être utilisées indifféremment dans la littérature. Or, de nombreuses sources tendent plutôt à faire la différence entre douleur et souffrance (Aïn, 1992; De Mijolla, 2013; Kahn et Steeves, 1986) ou encore à accorder à la douleur le statut de concept (Nasio, 2003; Pontalis, 1977). C'est ainsi que nous nous intéresserons séparément au concept de douleur chez Freud et d'autres auteurs psychanalytiques.

Freud aborde très tôt la question de la douleur, où il la définit dans l'*Esquisse* (1996) comme l'irruption de grandes quantités d'énergie dans le système psychique et se caractérise par la rupture des barrières protectrices (Kaufmann, 1998). Cette effraction entraîne un effet de décharge interne et d'implosion causant un « trou » qui nécessite l'investissement de l'énergie restante. Freud poursuit cette même idée dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926) en tentant d'expliquer le transfert de la douleur corporelle à une douleur psychique :

Or c'est en ce point que semble résider l'analogie qui a permis le transfert de la sensation de douleur sur le domaine animique. L'intense investissement en désirance de l'objet (perdu) dont on éprouve l'absence [...] crée les mêmes conditions économiques que l'investissement en douleur de l'endroit blessé du corps et rend

possible de faire abstraction du conditionnement périphérique de la douleur du corps! Le passage de la douleur du corps à la douleur de l'âme correspond au changement de l'investissement narcissique en investissement d'objet. (Freud, 1926, p.84)

C'est ainsi que la notion d'investissement (narcissique et d'objet) permet à Freud d'établir un parallèle entre le mécanisme de la douleur physique et celui de la douleur psychique. Rappelons que la douleur psychique fait référence pour Freud à une situation de séparation ou de perte de l'objet aimé (Freud, 1915). Face à l'épreuve de réalité qui montre que l'objet aimé (donc investi libidinalement) n'existe plus, le sujet doit opérer tout un processus de retrait de la libido pour se détacher de l'objet perdu. Même s'il n'y a pas de blessure ou d'infraction à la périphérie, cette perte occasionne tout un mouvement de surinvestissement et de désinvestissement de l'objet qui cause de la douleur psychique.

Toutefois, la douleur restera toujours pour Freud un phénomène quelque peu énigmatique, comme le manifeste cet extrait de *Deuil et mélancolie* (1915): « Pourquoi cette activité de compromis, où s'accomplit en détail le commandement de la réalité, est-elle si extraordinairement douloureuse? Il est difficile de l'expliquer sur des bases économiques. » (Freud, 1915, p.150). Ou encore, plus tard, dans un supplément de l'ouvrage *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), il affirme : « Dans le deuil, dont nous nous sommes déjà occupé antérieurement, un trait restait particulièrement incompris, sa particulière dolorosité. (...) De la douleur aussi nous savons très peu de choses. » (Freud, 1926, p.81 et 83). Malgré une certaine élaboration, la douleur restait pour lui une énigme (Société Psychanalytique de Paris, 1991; Universalis, 2001), dans le sens où il n'arrivait pas à la penser ou à poser des hypothèses sur elle (Hanus et al, 1994).

En 1977, J.-B. Pontalis aborde le thème de la douleur d'une manière intéressante dans son livre *Entre le rêve et la douleur*. Dans le dernier chapitre traitant de la douleur

psychique, l'auteur entreprend une réflexion sur la spécificité de la douleur et tente de circonscrire le concept et l'expérience de la douleur psychique. D'abord, l'auteur reconnaît qu'il y a bel et bien chez Freud l'ébauche d'une théorie originale de la douleur. Il démontre comment le modèle de douleur-effraction des premiers écrits de Freud est en opposition avec le principe de plaisir-déplaisir, créant ainsi une bipolarité douleur-plaisir ou douleur-déplaisir, un dualisme au moins aussi fondamental que les dualismes pulsionnels ultérieurs. La douleur se situe bien au-delà du principe de plaisir. Toutefois, l'auteur admet que Freud a plutôt abandonné ou négligé la douleur pour se tourner davantage du côté de la satisfaction (plaisir-déplaisir) dans l'élaboration de sa théorie.

Dans son analyse, Pontalis reconnaît également chez Freud la transposition du modèle de la douleur physique sur la douleur psychique. Il n'y a pas de métaphore, mais une analogie, un transfert direct d'un registre à un autre : ce sont les mêmes mots et les mêmes mécanismes qui sont invoqués. L'auteur le justifie toutefois d'une manière unique. La douleur occupe une position médiane entre l'angoisse et le deuil, entre l'investissement narcissique et l'investissement d'objet. L'expérience de la douleur se fait à travers un « moi-corps » ou un « corps psychique », « comme si, avec la douleur, le corps se muait en psyché et la psyché en corps. » (Pontalis, 1977, p.261). De plus, Pontalis note que Freud attribue l'investissement narcissique à la douleur physique et l'investissement d'objet à la douleur psychique. Il nous prévient cependant contre un découpage trop strict qui ne serait pas pertinent, car le propre de la douleur selon lui est de brouiller les frontières.

Dans le même ordre d'idée, J.-P. Kameniak (Marty, 2004), en discutant la souffrance et le travail de pensée chez Freud, met de l'avant la douleur comme affect. « Dire que la douleur est un affect, c'est justement rappeler que celui-ci est noué au corps, qu'il est un éprouvé psychique se manifestant nécessairement par des modifications corporelles. » (Marty, 2004, p.40). Plusieurs notions freudiennes sont ainsi à la limite

entre le psychique et le somatique. Il en est de même avec la douleur où l'on retrouve cette intrication du psychique et du corporel que l'on repère dans tous les grands concepts métapsychologiques. C'est ainsi que, selon l'auteur, l'entreprise freudienne peut être entendue comme une tentative de dépassement de l'éternel débat sur le dualisme psyché/soma.

Cette idée de douleur-affect se retrouve également dans l'élaboration de J.-D. Nasio (2003; 2005) dans ses deux ouvrages sur la douleur et l'amour. Celui-ci préfère d'ailleurs utiliser le terme de douleur à celui de souffrance qu'il trouve trop vague et mal défini. La prémisses annoncée dès le liminaire propose que « la douleur est un affect qui reflète dans la conscience les variations extrêmes de la tension inconsciente, variations qui échappent au principe de plaisir » (Nasio, 2003, p.27) . En fait, la douleur survient chaque fois qu'il y a un déplacement massif et soudain d'énergie : c'est l'affolement de la cadence pulsionnelle causé par l'effraction ou la perte qui occasionne le ressenti douloureux. Nasio reprend également toute la discussion au sujet de la différence entre la douleur corporelle et psychique en psychanalyse pour affirmer que cette différence n'est pas vraiment fondée. Même lors d'une atteinte corporelle, la douleur ne se situe pas dans la lésion, mais dans l'image mentale de la blessure et de la partie du corps lésée. C'est ainsi que la douleur est toujours provoquée par une perturbation du psychisme : « je souffre dans mon corps parce qu'il se passe quelque chose dans mon psychisme » (Nasio, 2005, p.122).

Enfin, d'autres idées sur la douleur sont avancées par M. Fleming (2005; 2006; 2008) déjà rapportée précédemment. La douleur mentale est un phénomène émotionnel (« emotional phenomenon ») constitué de sensations indéfinies que le sujet n'est pas capable de nommer ou de se représenter. C'est l'expérience brute qui n'est pas encore souffrance. L'appareil psychique est comme incapable de penser et d'élaborer cet état de sidération (« helplessness »). Fleming expose aussi comment des éléments théoriques de W.R. Bion, dont la fonction alpha, permettent une meilleure

compréhension de la douleur mentale et insiste sur l'importance de concevoir celle-ci à l'intérieur du processus de transformation du pathos par l'appareil psychique.

1.2.3 Souffrance et relation soignant-soigné

Suite à ce survol de diverses considérations théoriques au sujet de la souffrance, regardons maintenant comment celle-ci peut être abordée dans le contexte de la pratique clinique. Il existe dans la littérature un thème qui chevauche parfois celui de souffrance, mais qui se trouve plutôt apparenté à la question du soin en milieu hospitalier : la relation soignant-soigné. Cette notion semble avoir été développée pour tenir compte d'une réalité qui dépasse la simple application de soins par le professionnel de la santé : elle vise à inclure l'ensemble des échanges qui ont lieu dans la relation (Bioy, Bourgeois et Nègre, 2003) et évoque ainsi une approche plus globale de l'interaction. Dans cette perspective, le lien au patient n'est plus unidirectionnel, mais concerne tout ce qui se vit et se communique entre les acteurs.

En psychologie, il existe depuis longtemps des concepts qui rendent compte des enjeux relationnels importants soulevés dans le contexte thérapeutique. En effet, Freud a tôt fait d'identifier un phénomène particulier apparaissant dans la cure, qu'il a d'abord considéré comme un obstacle, puis comme un puissant levier de changement : le transfert. Ce processus par lequel se répètent et s'actualisent les désirs et les conflits inconscients relevant de prototypes infantiles (Laplanche et Pontalis, 2007) met de l'avant l'importance de ce qui est attribué à la personne de l'analyste, ou en l'occurrence, à la personne du soignant. Bien que l'extension des concepts psychanalytiques ne fasse pas toujours l'unanimité, L. Morasz (2003; 1999) reprend ce concept pour l'appliquer au contexte plus général de la relation soignante et dégage la position particulière dans laquelle le soignant est placé vis-à-vis du patient. Selon l'auteur, le soignant est appelé à exercer à la fois une fonction de pare-excitation, une fonction maternante, une fonction étayante et une fonction contenante.

La prise en charge de la souffrance demande de la part du soignant qu'il agisse comme un filtre protecteur entre le patient et les pulsions et attaques mortifères qui l'assaillent. Il doit reprendre en quelque sorte la fonction structurante initiale de la mère pour créer un espace psychique transitionnel rendant l'épreuve supportable et servir d'étayage temporaire. En bout de compte, il s'agit surtout de contenir, « c'est-à-dire accueillir, recueillir les émotions et les affects inorganisés ressentis par les patients, les verbaliser, et leur donner du sens pour leur restituer sous une forme assimilable » (Morasz, 2003, p.149).

Concrètement, la présence du soignant face à la souffrance, le simple fait de ne pas fuir, représente peut-être l'essentiel de la démarche thérapeutique face à la souffrance (Zittoun, 2007). Or, ceci représente en soi tout un défi, car accueillir et accompagner la souffrance nécessite de « laisser parvenir au plus près de notre espace psychique une certaine dose d'affects suffisamment douloureux et indifférenciés pour générer un éprouvé émotif dépassant la classique préoccupation professionnelle » (Morasz, 1999, p.13). Le soin exige donc du soignant d'aller au-delà de son « moi professionnel » pour impliquer toute sa personne. M. Abiven (Aïn, 1992) rapporte quelque chose de semblable lorsqu'il déclare que l'échange de souffrances entre soignants et soignés est une réalité certaine. Comme dans toute relation, il y a un échange affectif intense où le vécu de l'un retenti sur le vécu de l'autre, particulièrement lorsque la souffrance est intense. B. Matray (2004) précise d'ailleurs que la proximité avec la souffrance d'autrui réactive en chacun les souffrances qui ont marqué sa propre vie et où chacun se retrouve convoqué et confronté à sa vulnérabilité. Il est clair que le phénomène d'identification, aussi repéré par Freud, est incontournable dans ce contexte par l'influence indéniable du patient, à travers laquelle le soignant partage quelque chose du patient ou lui devient semblable.

Mais quelle est la réaction des soignants face à la souffrance de l'autre et à ce qu'elle exige d'eux? Encore une fois, Freud a signifié à quelques reprises dans son œuvre

l'existence du contre-transfert, qui correspond à l'« ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche et Pontalis, 2007, p.103). Dans le cadre de la relation soignante, la littérature répertorie de nombreuses réactions défensives possibles. La plus fréquente semble être le repli dans une attitude professionnelle (Daneault, 2007; Morasz, 2003; Prayez, 2018; Zittoun, 2007) : le soignant devient en quelque sorte insensible à la souffrance et à l'expression affective subjective de l'autre pour se concentrer sur les aspects techniques du soin. Prayez (2018) évoque comment le discours médical offre une maîtrise intellectuelle de la maladie qui permet la mise à distance symbolique des enjeux affectifs menaçants. Car tout l'enjeu est là : comment créer la bonne distance afin de permettre une aide efficace et humaine au patient sans s'en retrouver trop « endommagé » par sa souffrance? Dans le cas de la clinique auprès des « grands souffrants », des personnes atteintes de maladie grave ou en fin de vie, lorsque la souffrance dure dans le temps ou se fait trop intense, B. Matray (2004) mentionne que la fuite se propose parfois comme la seule issue acceptable, une solution de survie devant l'impuissance à changer les choses. Les soignants comme les patients ont besoin de se protéger contre la réelle menace d'effraction et de désorganisation que représente la souffrance. D'autres mécanismes d'évitement identifiés par Morasz (2003) mettent en évidence l'intense activité de « lutte » partagée à la fois par le patient et le soignant pour faire face à la souffrance. Il y a entre autres l'isolation, semblable à ce qui a été exposé précédemment à propos de l'emphase sur l'aspect technique du soin, l'annulation, où la représentation ou l'expression du « mal » est invalidée, l'hypomanie, qui entraîne le soignant dans une hyperactivité psychique et/ou physique pour empêcher la pensée, ou encore le déplacement, où l'attention est portée sur un aspect moins important et menaçant. Zittoun (2007) quant à lui évoque les réactions de violence, les projections agressives et la culpabilité que peut susciter la souffrance. Il repère deux positions extrêmes ou illusions que peut entretenir le soignant face à la souffrance : supprimer toute souffrance, quitte à anesthésier, à tuer, et prendre sur soi la souffrance de l'autre.

En effet, lorsque la souffrance est accrue, les risques sont grands de part et d'autre de subir les conséquences d'un trop ou d'un pas assez de défense. Enfin, il est clair que tout ce mouvement défensif, bien que nécessaire dans une certaine mesure, peut entraîner, surtout s'il est intense et rigide, une grande difficulté à établir et maintenir une relation soignant-soigné qui tienne compte de toute la personne et de sa subjectivité.

Plus près encore de la pratique clinique, il existe un ouvrage de P. Ben Soussan (2005) qui relate les expériences diverses de psychologues à l'hôpital. En y portant attention, il est possible de noter les passages qui évoquent plus particulièrement les réactions des psychologues face à la souffrance. Par exemple, nous avons une psychologue aux soins palliatifs qui se retrouve devant un patient atteint du « locked-in syndrome » :

Fréquemment, le début de la rencontre était marqué par un long temps de « cri muet ». Tout son visage se contractait, se tordait, comme débordé par le flux de sa souffrance, et cet épanchement durait... Face à ce débordement, le temps me semblait comme arrêté. J'étais particulièrement saisie par l'intensité de cette manifestation. J'entendais cette douleur bruyante. Tout en étant profondément rejointe par celle-ci, je tentais de contenir ces affects et de tenir une présence authentique et fiable. (Ben Soussan, 2005, p.74).

Nous pouvons remarquer ici que ce qui se présente d'abord, c'est la souffrance du patient, puis l'effet ou le vécu affectif que cela entraîne chez le psychologue, et enfin la réaction plus volontaire ou « moïque » de ce dernier. Aussi, la psychologue poursuivra dans le texte avec sa compréhension de la souffrance et de la relation en faisant référence à la fois à la théorie et à son expérience. Cela permet de dégager l'importance pour les soignants de parler eux aussi de leurs expériences éprouvantes afin de mieux les supporter, les penser et les assimiler. Un autre psychologue dans le même ouvrage, œuvrant en oncologie, écrit ceci :

Je me suis posé mille questions (sans y trouver toujours de réponses), j'ai hésité sur la conduite à tenir, j'ai cherché, j'ai pataugé dans un contexte difficile, j'ai déprimé, je me suis retrouvé dans un profond désarroi. L'impuissance que j'ai pu ressentir au contact de Gustave est sans doute la raison pour laquelle je veux, aujourd'hui, en dire quelque chose. (Ben Soussan, 2005, p.149)

Dans le milieu hospitalier, il existe peu de ressources pour les soignants qui sont aux prises avec la souffrance. Prayez (2018) estime que les espaces pour partager les ressentis sont trop rares et que les lieux pour penser collectivement sont quasi inexistantes. La réflexion sur la prise en charge de la souffrance dans le milieu hospitalier nous porte donc à nous questionner sur la qualité et l'éthique des soins et cela passe nécessairement par l'écoute du vécu des soignants.

1.3 Objectifs de recherche

C'est ainsi que nous en venons, avec cette incursion dans la littérature, à reprendre le fil de notre questionnement de recherche, à savoir quelle est la perspective de la psychologie, en particulier des psychologues travaillant à l'hôpital, sur la souffrance. Considérant les enjeux conceptuels, métapsychologiques et cliniques relevés dans la littérature, quelles sont leurs perceptions et représentations de la souffrance? Comment la vivent-elle, la reçoivent-elle et y réagissent-ils dans le contexte de leur travail? L'objectif principal de notre recherche est donc d'explorer les perceptions et le rapport à la souffrance chez des psychologues oeuvrant en milieu hospitalier.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Étant donné la nature de nos questionnements et de nos objectifs de recherche, nous avons choisi une méthodologie relevant du paradigme qualitatif. Les méthodes qualitatives de façon générale permettent d'explorer des sujets et des domaines encore peu étudiés et de rendre compte de réalités complexes. L'effort d'objectivité est conjugué à une prise en compte du point de vue subjectif du chercheur qui est intégré au processus d'investigation et d'analyse. Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour des entrevues semi-dirigées auprès de psychologues travaillant en milieu hospitalier auxquelles nous avons appliqué une analyse thématique principalement inspirée de Paillé et Mucchielli (2012).

2.1 Recrutement des participants

Nous avons choisi un hôpital de la région du Grand Montréal et avons obtenu l'autorisation de faire parvenir à tous les psychologues de l'établissement une lettre de sollicitation (voir annexe A). Par la suite, nous avons présenté brièvement notre projet de recherche en personne lors d'une rencontre de service. Le but général a été présenté, soit d'étudier la souffrance dans la pratique des psychologues en milieu hospitalier, ainsi que les modalités (recherche exploratoire, entrevue d'environ une heure, à une reprise). Un seul critère d'inclusion a été retenu, soit un minimum d'un

an d'expérience à l'hôpital. Ce processus nous a permis de recruter quatre participants.

2.2 Entrevues

Les entrevues individuelles se déroulaient au bureau du psychologue à l'hôpital. Nous présentions le formulaire de consentement (voir annexe B) et un questionnaire sociodémographique (annexe C) et commençons l'entrevue par le rappel du sujet de la thèse, soit la souffrance dans la pratique des psychologues en milieu hospitalier. Nous enchaînions en demandant aux psychologues de nous parler de leur travail à l'hôpital (voir annexe D pour le schéma d'entrevue). Cette façon de faire nous permettait de voir comment les psychologues allaient eux-mêmes aborder la question de la souffrance. Nous devons ici préciser que cette manière de procéder est influencée partiellement du point de vue psychanalytique sur la pensée et le discours : nous étions attentifs à la fois au contenu sur la souffrance et à comment ce contenu était apporté, ou non. L'écoute psychanalytique présuppose entre autres l'existence d'un inconscient, d'un discours manifeste et latent, propre au sujet et à son aménagement psychique personnel (défensif). Pour le déroulement de l'entrevue, afin de s'assurer d'avoir du contenu concernant les expériences avec la souffrance, nous étions attentifs aux situations de souffrances (pour le patient ou pour le psychologue) et aux réactions (émotionnelles et comportementales, en réponse à la souffrance). Pour cela, nous avons parfois demandé explicitement aux psychologues de nous donner des exemples de ce qu'ils abordaient, afin de s'assurer que le discours ne demeure pas théorique ou intellectuel. Les techniques d'entrevue utilisées correspondaient principalement à l'écoute active (reflets, reformulations, questions ouvertes). Durant la période de récolte des données, des rencontres régulières avec la directrice de thèse (debriefing) ont permis d'assurer la qualité des entrevues et la façon dont elles étaient menées.

2.3 Analyse

Par la suite, les entrevues audio-enregistrées ont été retranscrites pour en faciliter la revue et l'analyse. Nous avons procédé à l'analyse du contenu par de multiples lectures faites avec un tiers (directrice), en prenant note des particularités chez chaque participant. Cela servait à la fois à tenir compte des éléments non-verbaux communiqués et des singularités, qu'à dégager l'essentiel des entrevues. Outre les communications systématiques avec un tiers à toutes les étapes de l'analyse incluant le debriefing post-entrevues, la tenue d'un journal de bord et la rédaction continue de mémos analytiques ont été mises en place afin d'assurer la rigueur du processus. L'analyse thématique proprement dite s'est faite de façon séquentielle, soit une liste de thèmes construite au fur et à mesure de la lecture de chaque entrevue. Ces thèmes étaient aussi régulièrement revus avec la directrice de thèse. Enfin, nous avons procédé à une deuxième étape d'analyse qui a servi à regrouper, à organiser les thèmes de manière à offrir un portrait général concernant ce qui a été recueilli en lien avec notre intérêt de recherche.

2.4 Considérations éthiques

Une attention particulière a été apportée afin d'assurer l'anonymat des participants, spécialement dans la présentation des résultats et de la discussion. Il était important pour les psychologues rencontrés de ne pas se faire reconnaître dans leurs propos qui seraient possiblement rapportés. Nous avons donc omis des informations qui pourraient les identifier (ex : hôpital, service) ou encore déguisés certains éléments (ex : genre).

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Notre échantillon consistait de quatre psychologues, trois femmes et un homme, âgés entre 37 ans et 65 ans. Ils avaient entre deux et 40 ans d'expérience dans le milieu hospitalier, dans des services surtout reliés à la psychologie de la santé (spécialités médicales de santé physique). Dans ce chapitre, nous présentons l'essentiel des thèmes découlant des entrevues sur le rapport à la souffrance. Nous les avons regroupés en trois grandes rubriques thématiques, soit l'impuissance, l'importance du sens et la bonne distance.

3.1 De l'impuissance

L'un des axes thématiques qui semble traverser tous les témoignages des participants à la recherche concerne la dimension de l'impuissance. Les enjeux s'apparentant de près ou de loin à la question de l'impuissance ont été abordés chez les quatre participants, tant de façon directe et explicite par certains que de façon implicite ou indirecte chez d'autres. En fait, on pourrait dire qu'en s'intéressant au rapport à la souffrance, on soulève nécessairement le rapport de chacun aux limites de son pouvoir et aux désirs de puissance.

En effet, l'un des participants a exprimé très clairement cet aspect dès le début de l'entrevue :

Alors on est confronté à notre impuissance, à nos limites et soit qu'on accepte qu'on a des limites, qu'on est impuissant, et on essaie toujours de l'accepter, consciemment du moins, ou soit qu'on l'accepte pas et inconsciemment ça peut nous amener à vouloir plus que le patient, vouloir guérir, vouloir... lui proposer des solutions qui peut-être ne font pas son affaire, ça peut nous amener à nous acharner sur quelqu'un, alors qu'en réalité, bon, il faut accepter ses limites et accepter son impuissance.

Cet extrait riche et dense, assez représentatif de la dimension de l'impuissance, trouve son écho dans tous les témoignages.

D'abord, on peut le voir à travers la multitude de limites exprimées. En interrogeant les psychologues sur leur travail, plusieurs ont nommé des limites concernant la portée de leur intervention ou de leur influence (patient ou souffrance hors d'atteinte). Par exemple, ils ont parlé de situations où le patient refuse de rencontrer le psychologue, ou encore lorsqu'ils n'ont pas accès à la souffrance de l'autre : « On peut être déçu par exemple, de pas être capable de (...) rejoindre quelque chose chez cet individu-là. »; « j'en ai une (patiente) actuellement là (...) ça fonctionne pas comme elle veut pis tout ça. Puis elle m'a donné mon congé. »; « j'ai vu son fils aussi qui était très... ben je l'ai vu, y voulait pas vraiment me voir là, un p'tit garçon de 13 ans. Pis... Y semblait assez bien. C'était comme si on n'avait pas accès, enfin moi j'ai pas eu accès, y'a pas grand monde qui avait accès à son chagrin ». L'impression de ne pas être capable de rejoindre quelque chose chez le patient, de ne pas arriver à l'aider ou même à le soulager étaient toutes des limites énoncées : « Des patients que l'on sent très en colère et avec lesquels, malgré tout ce qu'on essaie à mettre, de mettre en place, on n'arrive pas à apaiser cette colère-là. »; « Mais c'est souffrant quand on n'arrive pas à bien aider... ». Aussi, la question du décès du patient, que ce soit par maladie ou par suicide, est apparue comme une circonstance particulière où la confrontation à la limite de son pouvoir est indéniable. Des expressions comme

« c'est pas nous qui décidons », « on peut pas aller au-delà d'une personne » laisse aussi transparaître l'expérience d'une limite fondamentale.

D'autres limites exprimées concernaient le fait de ne pas avoir choisi de travailler avec un certain type de clientèle ou de problématique clinique : « J'suis pas sûre que ça m'aurait intéressé dans d'autres spécialités là... alors c'est ça, j'me suis retrouvée finalement avec (...) mais c'est pas quelque chose qui d'emblée me parlait ou c'était pas ma vocation non plus ». Et ces situations semblent parfois mener au sentiment d'être démunie. À cet égard, plusieurs ont mentionné des vécus cliniques où l'on ne savait pas quoi faire, ni quoi dire : « c'est beaucoup au niveau de comment je, quand je suis mis face à un patient ou une famille qui vit de la détresse, comment je gère ça. Qu'est-ce que je dis, qu'est-ce que je fais. ». Certains exprimaient ne pas savoir comment soutenir ou comment composer avec la détresse de certains patients et parfois aussi de collègues : « Alors y'a des équipes où les gens se parlent pas, se regardent pas, passent dans le corridor comme ça. (...) disons que j'étais un p'tit peu stupéfaite là, je m'attendais pas à ça. ».

À l'aspect des limites se joint nécessairement celui des risques au niveau du contre-transfert en lien avec l'impuissance. Certains participants, comme l'évoque l'extrait plus haut, parlent de la tendance à vouloir plus que le patient ou encore de tomber dans le faire, voire de trop en faire. En effet, face à un vécu d'impuissance, il peut être très difficile de lâcher prise, le psychologue pouvant adopter une attitude de refus. Il n'écoute plus son patient et peut même se mettre à s'entêter, à obséder : « c'est difficile de décrocher de ça. Moi ça peut devenir, pas obsessionnel là mais.... (...) y'a ce côté un peu obsédant... ». Plusieurs mentionnent la difficulté à décrocher ou à se détacher de certaines situations cliniques. À ce sujet, nous pouvons citer en exemple un psychologue qui durant ses vacances, suite à la perte traumatique d'une patiente (décès) se met à regarder la rubrique nécrologique.

Dans un autre ordre d'idée, la dimension de l'impuissance est souvent apparue sous la forme de ce qui peut être fait, de ce qui est en son pouvoir d'accomplir dans le travail avec la souffrance. En ce sens, nous pourrions voir la rubrique thématique de l'impuissance comme un pôle ou un continuum allant de l'impuissance la plus totale à la toute-puissance (ou l'omnipotence) du thérapeute. Tous les psychologues rencontrés ont évoqué d'une façon ou d'une autre ce qui leur donne un sentiment de pouvoir et qui peut être compris comme l'envers des limites rapportées plus haut. On parle de la capacité d'entendre, de rejoindre quelque chose chez le patient, de soulager, de bien aider. Les psychologues évoquent la possibilité de faire quelque chose pour le patient, d'être capable d'envoyer un message, de proposer un autre chemin, de soulager l'autre par une idée qu'on transmet. Il s'agit aussi d'offrir un lieu pour déposer sa souffrance et offrir une qualité de présence, un soutien ou un accompagnement. L'importance du choix d'un certain type de clientèle ou de problématique suggère une préférence ou une affinité pour des contextes où on est plus outillé, habilité, et non démuné.

Certains ont abordé le besoin de faire quelque chose avec les contenus et les expériences vécues. On discute des moyens, des façons dont les psychologues tentent de reprendre le pouvoir et d'assimiler des expériences difficiles. Par exemple, certains ont exprimé le besoin de parler, de partager, soit en supervision ou en thérapie, soit avec les collègues. D'ailleurs, les lieux de parole et d'échange semblent particulièrement recherchés, mais souvent difficiles à trouver ou à créer : « Moi comme psychologue, j'ai pas tellement de lieu pour en parler, même si je... je suis une psychothérapie de mon côté mais, même à ça c'est comme, je ressens un besoin de faire quelque chose ». L'option d'un comité de soutien est évoquée. D'autres parlent de rituels, de productions artistiques, de carnet de notes. La formation est aussi un outil pour reprendre le pouvoir.

À travers l'expression du pouvoir, on dénote également plusieurs éléments qui concernent les exigences du travail avec la souffrance. En effet, les psychologues énoncent ce qui semble être de leur devoir, des zones de pouvoir plus ou moins bien habitées. Par exemple, il est attendu que les psychologues doivent être en mesure d'entendre des choses difficiles, de recevoir ce que les gens ont à dire, de les laisser se dévoiler et évacuer. Il faut être capable de ressentir et d'identifier l'impuissance, être capable d'encaisser, d'absorber, de contenir, être un « contenant à parois solides ». On doit aussi prendre conscience de l'impact qu'a sur soi le fait de côtoyer la souffrance et d'orienter les effets vers une croissance. Ne pas prêter ses représentations ou ses intentions à autrui. Il est également question de développer son savoir-être et sa qualité de présence et non seulement le savoir-faire :

C'est qu'y'a pas juste les bonnes paroles mais y'a la qualité de présence ou la nature de la présence qui va être une réponse à ces situations-là. Alors c'est pour ça qu'on parle de savoir-être (...) souvent les gens veulent soulager par des paroles ou par des actes. Mais en fait, (...) y peuvent soulager par la qualité de leur présence, c'est par la sensibilité. Donc par la compassion...

Un enjeu important serait celui d'accepter qu'on a un pouvoir très relatif. Enfin, il faudrait savoir où on en est avec sa propre souffrance : « quand on est psychologue, c'est quand même important de comprendre qu'est-ce qu'on a vécu, qu'est-ce qu'on a traversé, comment ça peut nous influencer dans notre façon de percevoir les choses »; « je pense que pour travailler avec des gens en souffrance, faut savoir où est-ce qu'on en est avec notre propre souffrance. Qu'est-ce qu'on a fait avec notre souffrance. Ça a été quoi, les effets de notre souffrance. ».

À tout cela s'ajoute le poids des perceptions de pouvoir attribué aux psychologues par les patients, les pairs et les institutions. Les psychologues rapportent être vus comme des experts, des savants, parfois même des tout-puissants. Par exemple, un psychologue évoque son agacement face à une patiente qui lui demande

incessamment quelle est la meilleure façon de faire son deuil. Ou encore, un autre psychologue rapporte comment les autres professionnels peuvent percevoir les psychologues comme immunisés contre la souffrance, du fait de leur formation :

Au niveau des psychologues, on est comme, (...) comme on a été formé, les gens savent qu'on est formé, c'est comme si on serait vaccinés. (...) On est bien outillé parce que contrairement à d'autres professions on est, notre entraînement fait qu'on est (capable de) reconnaître chez les autres et chez soi nos émotions. Être capable de mettre des mots dessus. Pis ça c'est déjà énorme. (...) Alors, on est bien outillé. Dans notre formation, ce qui a beaucoup, le modèle de supervision, la formation à la psychothérapie, fait que là, ça c'est déjà, on a cet aspect-là, mais...

3.2 De l'importance du sens

De façon très interreliée à la dimension de l'impuissance, l'axe thématique du sens est apparu comme incontournable à travers les divers témoignages des psychologues. En effet, on peut voir comment dans ce qui a été présenté précédemment les psychologues tentent de reprendre du pouvoir ou un certain sentiment de contrôle par le sens qu'ils donnent à leur travail et à leur rôle, avec ses exigences. Aussi, il est vrai que la méthode d'investigation employée dans cette recherche favorisait l'expression et l'exploration des représentations des psychologues et donc postulait d'emblée l'importance du sens accordé aux expériences. Cependant, au-delà de l'abondance des représentations et des conceptions données par les psychologues concernant leur travail avec la souffrance, il est étonnant de remarquer à quel point les enjeux relativement au sens revenaient sans cesse tout au long des entrevues de plusieurs manières différentes.

D'abord, certains psychologues ont nommé explicitement l'importance qu'ils accordaient au sens dans le rapport à la souffrance :

Et à mon avis, pour trouver cette issue-là, il faut donner un sens. (...) il faut que ça ait un sens. On accepte de souffrir si ça a un sens et si ça nous mène en quelque part. (...) Alors c'est quand on peut trouver un sens, je pense que ça, ça aide. (...) Il faut bien trouver un sens à ça. Ou sinon, c'est inutile et c'est très difficile à endurer.

Faire du sens d'une souffrance serait donc nécessaire pour permettre une certaine acceptation, pour trouver une issue, pour endurer. Trouver un sens serait aidant, donnerait une utilité à la souffrance et permettrait de mieux composer avec celle-ci. Encore plus, pour un psychologue, c'est la souffrance même qui ferait avancer, progresser, évoluer les gens. C'est ainsi que l'accompagnement du travail de mise en sens a été l'une des idées importantes des psychologues au sujet de leur rôle et leur travail avec la souffrance. En effet, les participants l'ont verbalisé ainsi :

tout mon travail a consisté à essayer de mettre des mots pour essayer de faire du sens avec cette souffrance-là qui était due à cette angoisse...

Essayer, au contraire, de faire élaborer sur les représentations que la personne a et la suivre ou le suivre, le plus possible là-dedans.

moi je pense qu'y'a un accompagnement dans leur quotidien qui est important (...) un accompagnement intérieur. De leur espace intérieur. Pour moi c'est important.

Écouter c'est essayer d'entendre au-delà de ce qui est dit. D'entendre quelque chose qui peut pas se dire ailleurs.

La majorité des psychologues ont exprimé comment ils voyaient leur rôle comme celui d'aider à faire du sens, à se représenter des expériences, à symboliser, à s'approprier subjectivement, à inscrire dans la parole. Certains parlent de comment ils doivent aider la personne à verbaliser, à nommer les émotions, à nuancer. Amener le patient à parler d'une situation souffrante, envisager comment les choses pourraient se passer.

D'autre part, il est possible de relever une multitude de concepts différents que les psychologues ont utilisés pour parler de la souffrance et se la représenter: angoisse (de mort), anxiété, burn-out, stress chronique, crises émotionnelles, douleur, trauma, perte d'intégrité, état émotionnel intense, etc. Plus singulièrement, nous avons relevé un ensemble de termes qui se réfèrent tous à une même idée, soit la perception de la souffrance comme un poids ou un dépôt. Les psychologues ont tous parlé de ce qui est « déposé » dans la rencontre, du « poids » sur leurs épaules, des « résidus », de la lourdeur, de porter, d'accumuler, d'alléger, de répartir les charges, etc. Dans le travail avec la souffrance on voit aussi comment les psychologues peuvent se référer à des théories pour faire du sens. Par exemple, on parle de traumatisme vicariant, de fatigue de compassion, de douleur vs souffrance. Certains vont jusqu'à développer toute une théorie sur la souffrance (ex : « faire passer du corps en souffrance au corps de souffrance ») ou encore vont chercher dans une formation ou une approche spécifique (ex : psychanalyse) des notions qui peuvent les aider à mieux répondre aux questionnements soulevés par la souffrance : « C'est peut-être la formation que je suis depuis six ans, qui m'amène à parler comme ça. J'sais pas si j'aurais parlé comme ça y'a 10 ans. Peut-être mais peut-être pas de façon aussi articulée. ».

En fait, l'importance mise sur le sens révèle aussi comment à l'inverse, le manque ou l'absence de sens, l'absurdité de la souffrance, est quelque chose de très pénible pour l'être humain. Et les psychologues en ont aussi tous parlé, tant pour les patients que pour eux-mêmes. Du côté des patients, plusieurs exemples ont été donnés sur la difficulté de se représenter une situation éprouvante. On rapportait des réactions de fuite dans le sommeil face à une situation « inimaginable », « pas envisageable » pour une patiente; on évoque une « détresse, une souffrance innommable »; des pertes difficiles à supporter, menant au suicide, etc. Les psychologues étaient appelés à intervenir avec des personnes qui vivent des épreuves, des situations difficiles de toutes sortes qui bouleversent et questionnent le sens préétabli, mais qui semblent aussi parfois aux limites du représentable. Concernant le manque de sens pour les

psychologues, ceux-ci ont témoigné par exemple de comment ils trouvaient particulièrement difficile de ne pas avoir un rôle très défini face à certains aspects de leur travail ou encore de façon générale dans leurs fonctions : « y'a beaucoup de développement parce que c'est un rôle qui n'existe pas »; « Le rôle aussi comme psychologue, comme aidant, est beaucoup plus limité, dans le contexte de... »; « je trouve que le rôle, en tout cas, mon rôle est beaucoup moins clair pour moi ». Ces lacunes au niveau de la définition de leur rôle, l'absence de sens donné à leur travail, pouvaient les rendre très inconfortables, voire souffrants, confus et démunis face à la souffrance des patients.

L'importance du sens est aussi apparue à travers certains effets de la souffrance. Une conception qui s'est retrouvée dans tous les témoignages est le travail de réflexion qu'entraîne le contact avec la souffrance. Les psychologues rapportaient tous, de façon claire ou indirectement, comment ils sont amenés à réfléchir sur leur pratique, sur leurs valeurs, sur leurs croyances, sur le sens de leur travail. Un participant affirme d'emblée que « la souffrance des patients, en tout cas, je peux dire que j'ai réfléchi à cela ». Un autre rapporte que « ça nous amène à réfléchir, ça nous amène à nous positionner parfois comme intervenant de façon différente. Ça nous apprend beaucoup ». Le travail avec la souffrance pourrait présenter une occasion d'apprentissage, d'enrichissement, de croissance. Il aurait la propriété de transformer le psychologue, tant positivement que négativement. Il provoque aussi des remises en question. À cet égard, certains participants ont évoqué comment certaines situations difficiles les ont amenés à se questionner sur leurs intentions dans leur travail :

Ça m'amène à me poser la question un petit peu sur bon, ma vocation de psychologue. Est-ce que, oui, je pense que c'est pour aider les gens, mais y'a aussi une dimension où c'est pour les comprendre, me comprendre moi-même. (...) C'est beaucoup plus égoïste que peut-être je le pensais.

On peut aussi réviser ses attentes par rapport à la guérison, s'interroger sur ce qu'est une réussite, un traitement réussi. Enfin, le contact avec la souffrance peut réveiller un manque, un vide au plan symbolique:

avoir une sorte de, quelque chose, un appui, je me dis en terme de, moi j'suis pas reli - j'suis pas croyante, donc au niveau spirituel, ça me questionne beaucoup. J'me dis 'ben peut-être qu'il faudrait que j'approfondisse quelque chose ou, je sais pas. Mais j'suis, je sais pas vraiment dans l'fond, j'suis un peu 'mais qu'est-ce qu'on fait avec ça?

C'est ainsi qu'avec la souffrance, on semble particulièrement éprouvé au niveau du sens donné et parfois par l'absence de celui-ci.

Enfin, il est possible de remarquer que la question du sens apparaissait souvent comme un besoin, particulièrement pour les professionnels du soin et les psychologues. On rapporte dans les entretiens comment certains recherchent des lieux pour parler de certaines réalités cliniques, que ce soit dans une supervision, une psychothérapie personnelle, des ateliers et des échanges avec d'autres professionnels, etc. On parle du besoin de signifier à autrui sa difficulté, de confier des situations douloureuses, de dire à un autre, de nommer les choses qu'on a vécues. Certains ont aussi partagé comment ils ont cherché à redéfinir leur tâche, à formuler des repères pour eux-mêmes et pour d'autres professionnels, voire jusqu'à développer un cadre de pratique et avancer des idées de façon engagée : « Après ça, y'a l'idée d'une responsabilité collective. C'est la responsabilité de qui, le mieux-être? Est-ce que c'est uniquement les soignants? (...) c'est quoi le rôle de l'institution? C'est quoi le rôle des cadres...? ».

3.3 De la bonne distance

Aux dimensions de l'impuissance et du sens s'ajoute un troisième grand axe thématique qu'est celui de la bonne distance. Comme pour les dimensions

précédentes, les questionnements au sujet de la bonne distance ont traversé tous les témoignages sous des angles divers que nous présenterons comme un continuum allant du rapprochement le plus intime à la froide mise à distance. Mais avant de détailler les différentes manifestations de ces deux polarités, il est nécessaire de souligner le souci plus global que nous avons relevé chez les psychologues de trouver le juste équilibre dans leur travail avec la souffrance. En effet, qu'ils aient pointé un aspect spécifique ou l'autre du spectre de la distance, on peut clairement percevoir leur intérêt plus général d'avoir un rapport sain et aidant avec l'autre et avec eux-mêmes. Certains nomment explicitement l'importance « d'être suffisamment à bonne distance pour pouvoir les aider », de « garder une bonne distance pour un travail psychologique ». D'autres énoncent l'importance « d'être en équilibre à l'intérieur de soi », de « s'occuper de soi, comme intervenant... se maintenir en équilibre parce qu'il faut être disponible (...) à l'intérieur de soi ». Ces notions d'équilibre, de bonne distance, semblent d'ailleurs intimement liées à l'idée d'assurer la poursuite de leur travail dans le temps, d'un patient à l'autre. On parle de durer dans le temps, malgré le poids de ce qui est confié; de donner, de transmettre au prochain patient, de ne pas se laisser alourdir et arrêter par des vécus cliniques difficiles : « ... si je rentrais chez moi en ayant tout le poids de ce que les gens m'ont dit de leur souffrance, j'aurais pas duré 20 ans dans ce domaine-là. »; « ... ce lien-là qui va continuer à m'habiter, mais qui m'habitera pas de façon mortifère, mais avec lequel j'vais continuer à en aider d'autres ».

De façon plus implicite et contrastée, cette recherche de la bonne distance se traduit aussi par les nombreuses références de rapprochement et de mise à distance du patient et de sa souffrance. Commençons par l'aspect de proximité. Une idée forte qui s'est présentée dans les témoignages en rapport avec le travail avec des personnes souffrantes est l'importance de se rapprocher ou d'aller vers l'autre. En effet, un psychologue le décrit ainsi :

il m'arrive aussi de me rapprocher un peu des patients, même si y faut faire attention de garder la bonne distance mais, alors on peut pas être un thérapeute muet. Il faut se, comment dire, faut se compromettre d'une certaine façon et donc, ça arrive aussi peut-être de, d'avoir des gestes d'encouragement, toucher la main de quelqu'un. Des choses qu'on ferait peut-être pas avec un autre genre de malade. Donc on se compromet beaucoup plus, on se rapproche beaucoup plus du patient.

Il semblerait que certains contextes, certaines situations cliniques ou souffrances, appellent au rapprochement, à des manifestations parfois incarnées, physiques de présence et de support. Une autre psychologue parle de comment elle « va vers » l'autre, que ce soit dans des expériences antérieures dans d'autres milieux que l'hôpital, que dans son travail actuel avec des patients parfois ambulatoires, parfois hospitalisés : « ... je les rencontre, quand ils sont hospitalisés, je vais vers eux. Je vais dans les chambres, alors on essaie de se créer un petit, un cadre qui permet un échange. ». Enfin, une autre psychologue témoigne de comment c'est l'équipe soignante même qui fait la demande qu'elle aille voir une patiente qui avait une réaction singulière face à une situation tragique : « on me demandait d'aller auprès d'elle pour essayer de la, juste de la faire verbaliser un peu ».

De façon connexe, les psychologues ont tous utilisé des termes et des notions qui dénotent un certain rapprochement nécessaire dans leur travail. C'est ainsi que plusieurs ont nommé l'empathie, la compassion ou la sollicitude à avoir face au patient souffrant. Certains ont utilisé des expressions comme prendre à cœur la souffrance de l'autre. D'autres évoquaient l'importance d'accueillir, de recevoir, de prendre sur soi, de porter, d'être habité, de s'attacher, d'investir le lien, etc. Bien que chacune de ces notions mériterait une présentation, notre intérêt ici n'est pas tant de faire l'inventaire descriptif des théories personnelles, mais plutôt de dégager ce qu'elles semblent toutes adresser, soit la nécessité d'une certaine proximité affective, une implication subjective du thérapeute, particulièrement lorsqu'il est question de souffrance.

Encore plus, il est intéressant de remarquer que ces notions étaient presque toujours abordées en lien avec les risques possibles à se rapprocher. En effet, les psychologues ont parlé du risque d'avoir trop d'empathie, de compassion, au point où on peut se brûler : « Si on empathise trop, je pense qu'on se, on peut se brûler, on n'en sort pas indemne. ». On risquerait d'être atteint, d'être marqué, d'être submergé, d'être débordé. Le rapprochement pourrait donc devenir problématique au sens où l'intégrité psychique du thérapeute pourrait être compromise, et ce pas seulement de façon superficielle ou transitoire. Un psychologue rapporte entre autres comment une situation clinique précise lui cause beaucoup d'émotions, d'être en larmes dans son bureau, d'y penser en dehors du travail, d'être hanté même la nuit. Il a envie de fuir toute situation similaire et témoigne de ses questionnements personnels sur le sujet. Ce psychologue exprime aussi comment certaines images sont marquées dans sa mémoire et il reconnaît la portée quasi traumatique des événements. Dans le même sens, un autre psychologue exprime comment il pourrait risquer de « prendre ça tout sur mes épaules, tout le temps. ». Et un autre presque dans les mêmes termes en lien avec sa définition de prendre à cœur : « Ben j'veux dire c'est prendre ça sur ses épaules, c'est se mettre à la place du patient, c'est ruminer le problème une fois que la journée est terminée, je pense que c'est tout ça. ». Il y aurait une question de degré, d'un investissement sans limite qui menacerait le clinicien trop sensible ou compatissant.

Aussi, cette notion d'usure, de se brûler, aurait par la suite d'autres conséquences rapportées par certains psychologues : « c'est sûr qu'une personne qui (...) est comme brûlée, ou qui vit un stress chronique, ben c'est souvent une personne qui est beaucoup plus rigide avec ses collègues. (...) Ce qui va écoper, ça va être les relations à la maison, ou la relation avec les collègues. ». C'est ainsi que l'effet négatif d'un trop grand rapprochement à la souffrance peut aussi déborder dans le reste de la vie du psychologue.

Un autre risque du rapprochement serait celui de la perte de perspective du client, une sorte de confusion (de fusion identificatoire où les limites entre soi et l'autre sont brouillées) où on répond davantage à ses besoins qu'à ceux du patient : « trouver des solutions pour les gens qui font notre affaire à nous mais qui font pas leur affaire à eux. Faire des interprétations aussi qui nous conviennent, mais qui ne sont pas celles que les gens vont faire, le sens qu'ils donnent à leur histoire »; « c'est là le défi de l'intervenant. C'est de ne jamais prêter nos représentations aux autres ». C'est dans cette confusion qu'on peut aussi trouver le refus du thérapeute de désinvestir le lien ou des difficultés à lâcher prise : « le lien qu'on a construit, faut être capable de le désinvestir »; « on peut avoir de la difficulté à accepter, à laisser aller, à lâcher prise, ce lien-là, parce qu'on l'a investi. ». Tous ces risques démontrent combien le rapprochement ou l'implication subjective du clinicien, tout en étant nécessaire, peut devenir problématique.

Avant de passer au pôle de la mise à distance, nous aimerions encore relever un élément singulier se rapportant à la trop grande proximité. Selon les témoignages des psychologues, il y a des conditions ou des circonstances particulières qui semblent être plus propices à l'effacement des frontières protectrices interpersonnelles et intrapsychiques. Il s'agit de la souffrance des enfants et le décès de patients. Il est étonnant de remarquer que tous les psychologues ont évoqués des cas dans l'une ou l'autre de ces catégories :

Et c'est de voir toute la souffrance de cet enfant-là...

Et puis c'est sûr que je réagis aussi davantage, je le vois, aux patientes qui ont des enfants

c'est de voir la détresse parfois des enfants.

j'ai vu beaucoup de personnes mais je dois avouer y'a trois ou quatre personnes qui ont fini par mettre fin à leurs jours.

Je suis toujours étonnée de voir comment ça se, comment ça arrive.
C'est comme, y'a quelque chose de très mystérieux dans la mort.

Il semble donc que lorsqu'on interroge les psychologues sur la souffrance, les cas qui leur viennent à l'esprit se rapportent souvent à des expériences difficiles en lien avec le décès de patients ou des enfants souffrants. En fait, ces expériences sont qualifiées de marquantes par les psychologues eux-mêmes : «on s'en rappelle quand on perd des patients. C'est pas mal difficile. »; « Pis j'pense que oui souvent on est très marqué, j'pense mes collègues aussi sont marqués par des (...) histoires difficiles ». Aussi, dans le récit de ces situations cliniques, nous remarquons souvent les éléments de choc, de surprise et d'inattendu, ce qui semble être des caractéristiques importantes des expériences qui font perdre toute distance : « je l'ai accompagnée au point de pas avoir de recul (...) je l'ai comme un peu découvert (...) avec un espèce d'effroi (...) l'équipe s'en doutait mais moi j'avais comme pas entendu ça. »; « Je n'avais pas vraiment l'idée que il avait des idées suicidaires aussi prononcées... ».

Dans un autre ordre d'idée, sur le continuum de la bonne distance, en tirant du côté de l'éloignement et de la mise à distance, nous pouvons rapporter dans un premier temps l'idée d'une limite nécessaire à instaurer. En effet, face aux risques liés à un trop grand rapprochement, les psychologues ont tous exprimés des réserves ou des questionnements quant à leur engagement sensible envers les patients. On le retrouve ainsi dans les témoignages :

on peut compatir avec les gens, mais, ça s'arrête où ça doit s'arrêter un certain moment. J'ai l'impression qu'il faut savoir tourner la page et puis oui, c'est bon d'avoir de l'empathie mais il doit y avoir une limite.

J'veux dire, comme si ça dépasse là, la responsabilité, les responsabilités qu'on peut avoir comme professionnel là, un moment donné, je sais pas trop.

C'est la question que j'me pose après toutes ces années. On ne peut pas compatir avec toute la souffrance des autres ou sinon ça nous détruirait.

Comme on le voit, il s'agit ici d'une limite protectrice dans le rapport à l'autre souffrant, un arrêt mis dans la compréhension sensible du patient, dans un souci de préserver l'intégrité psychique du thérapeute. Nous avons aussi rencontré cette idée de limite sous forme de coupure, de retrait ou de répartition des investissements. En effet, les psychologues ont parlé de leur besoin de prendre des vacances, d'oublier leurs patients, de tourner la page, de se détacher, de désinvestir le lien, de rééquilibrer dans leur vie personnelle, etc.

c'était comme si, c'était trop là. Fallait que je prenne des vacances...

j'ai décidé de tourner la page, alors ça demande un certain détachement, je pense.

en quelque part, ça prend peut-être une espèce d'insensibilité où faut savoir bon, se retrancher là-dedans pour se protéger. (...) y'a quelque chose là-dedans, une espèce de, peut-être un mécanisme de défense salubre là.

quand je reviens et rentre à la maison ... c'est la vie, c'est le chaos, ça bouge de partout... quelque part ça compense, ça rééquilibre le tout.

La limite exprimée en ce sens pourrait donc être vue comme un premier niveau de distance. Toutefois, il est à noter que malgré l'évidence d'une limite protectrice nécessaire évoquée par les psychologues, certains ont aussi exprimé un sentiment de culpabilité à se retirer affectivement, même pour de « bonnes raisons ». En effet, nous avons retrouvé des allusions à ce sentiment dans certains commentaires des psychologues : « J'avoue qu'il m'arrive de me dire que j'suis peut-être sans cœur mais... »; « je pense que je me suis sentie à la fois coupable mais en même temps j'avais juste envie de m'en aller »; « j'veux dire, j'peux pas arrêter mes vacances parce que y'a une patiente qui... ». C'est ainsi que cette limite protectrice, bien que

nécessaire, semble aussi être tout un défi pour le thérapeute qui se veut sensible à la souffrance de l'autre :

ça pose toute la question, dans notre pratique de comment être, rester touché parce que sinon on n'est pas nécessairement bon psychologue, mais rester touché (...), sans s'écrouler non plus, en restant, parce que sinon, ça sert pas à grand, j'veux dire, si on s'effondre, on sert pas, on n'aide pas.

Il est aussi question dans les entrevues des stratégies utilisées par les psychologues pour faciliter le dégagement des affects difficiles, tant dans l'intervention qu'en dehors. L'une parle de l'utilisation de l'humour pour aider à dédramatiser. Un autre évoque sa tendance à aller parler à des collègues pour se défouler ou encore de l'importance du soutien des collègues et des proches. D'autres parlent de leur besoin de déposer sous une forme concrète ce qu'ils vivent (« faire quelque chose ») afin de prendre du recul, lâcher prise ou se détacher. On comprend que ces stratégies font partie des moyens sains pour composer avec la souffrance, mais qu'utilisés de façon excessive, pourraient être le signe d'une difficulté pour le professionnel.

C'est ainsi que dans un deuxième temps, nous avons aussi relevé dans les témoignages une multitude d'attitudes rapportées concernant la façon dont on peut non seulement se protéger, mais aussi repousser les patients et leur souffrance. Cette limite constitue davantage un éloignement, une mise à distance défensive qui dénote sûrement une difficulté pour le professionnel à se dégager d'affects pénibles. En effet, il ne serait pas si facile d'être disposé à entendre et à accueillir la souffrance. Un psychologue raconte comment certains professionnels de la santé refusent de discuter avec les patients de leurs états d'âmes, se limitant à traiter le corps. Il est rapporté par exemple comment un professionnel va jusqu'à mettre de la musique aux oreilles des patients pendant une intervention pour les empêcher de parler; ou encore comment un autre verbalise directement au patient que c'est au psychologue qu'il faut aller parler de leur vie personnelle et leurs problèmes, que « moi, le stress, j'veux pas entendre

parler de ça, allez voir le psychologue ». On retrouverait donc dans le milieu de la santé le recours à des principes de dichotomie du corps et de l'esprit et une compartimentation des rôles pour éviter d'être en contact avec la souffrance et le justifier. Dans le même sens, nous avons aussi relevé l'utilisation de certains concepts biologiques pour expliquer des phénomènes affectifs ou relationnels de la souffrance. On parle par exemple de « cerveau stressé » qui devient « irritable » et « moins souple » chez les intervenants exposés à la souffrance. Comme le dit de façon diplomate un psychologue « Je pense que les gens se protègent beaucoup ».

D'autres psychologues rapportent des réactions de déresponsabilisation, d'insensibilité, d'incompréhension, non seulement face à la souffrance des patients, mais aussi à celle des soignants. En effet, il apparaît que dans certaines équipes ou certains contextes cliniques, ce sont les supérieurs (chefs/cadres ou collègues ayant plus d'autorité) qui affichent des attitudes et des comportements durs envers les professionnels du soin. Par exemple, un psychologue raconte comment un chef, devant la demande d'une employée de suivre une formation sur la fatigue de compassion lui réplique avec étonnement qu'elle n'a pas besoin de cela. Ou encore, face à des membres du personnel qui se tournent vers leur gestionnaire pour lui parler d'un problème au travail :

les réponses qu'on donnait à ces gens-là c'est de dire « écoute, 'tough', on est en train de faire des choses » (...) ou encore on va mettre quelqu'un de plus coriace ou à la couenne plus dure dans cette équipe-là (...) on cherche la personne qui va être capable d'être « tough » ou de « tougher » la situation.

Enfin, on rapporte aussi une situation où c'est un professionnel qui fait une réplique condescendante, paternaliste face à un autre collègue. Certains soignants pourraient aussi devenir cyniques et détachés. Il y aurait la peur de se « faire juger comme non-professionnel ». Une psychologue appelle cela des situations d'incivilité, de violence

horizontale et verticale. On comprend alors qu'il peut se créer un climat de crainte si on aborde la question de son rapport à la souffrance.

En lien avec cette mise à distance défensive, nous avons remarqué qu'il semblait plus facile pour les psychologues de rapporter ce type de réactions provenant de professionnels de d'autres disciplines ou de cadres, comme si cela serait plus difficile à reconnaître ou à trouver chez eux-mêmes ou chez les psychologues en général. Cependant, nous avons trouvé quelques pistes ou explications dans les témoignages concernant l'écart que peuvent avoir les psychologues face à leur rapport à la souffrance. Certains ont évoqué la réserve ou la pudeur qu'ont les psychologues à parler de leur propre vécu affectif ou des éléments de leur histoire personnelle qui sont en lien avec leur travail. On parle d'indécence, de gêne à poser des questions personnelles et à partager spontanément ce qu'ils trouvent difficile, ou encore comment « parler de sa souffrance de psychologue, c'est un peu se mettre à nu (...) c'est des choses dont on n'a pas parlé, la souffrance du psychologue ». On nomme aussi la réticence, voire la résistance parfois des psychologues à « aller fouiller un peu plus ». Par exemple, face à la possibilité qu'un patient puisse nous rappeler une situation avec notre mère ou notre père, un psychologue dit que « c'est des choses dont on n'aime pas tellement parler. Parce que c'est, bon, j'pourrais dire, c'est intrusif d'une certaine façon ». Une autre psychologue mentionne comment il serait tabou d'aborder franchement certaines difficultés interpersonnelles en équipe, en réaction à des situations cliniques éprouvantes. D'autre part, il semblerait que la mise à distance, l'incompréhension du milieu par rapport aux enjeux affectifs reliés au travail avec la souffrance pourrait aussi mener à l'isolement, la mise à l'écart des psychologues : « y'a un isolement, la nature de ton travail c'est pas toujours reconnu, ce à quoi tu es confronté »; « on va moins penser à soutenir les psychologues, à reconnaître. ». Le psychologue pourrait donc se retrouver retranché des autres, éloigné quand il s'agit de son rapport à la souffrance, que ce soit par un mouvement venant de lui-même ou dans ses rapports avec les autres.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Les entretiens effectués dans le cadre de cet essai doctoral, particulièrement grâce à leur formule semi-directive, ont permis l'accès à des témoignages très riches, comportant de multiples nuances et subtilités sur le rapport à la souffrance, particulièrement dans l'angle de la relation soignante. Bien qu'il s'agissait d'un petit nombre de personnes interviewées, chacun des participants apportait une dimension, une couleur singulière, ce qui a permis d'avoir un éventail à la fois diversifié et complémentaire. Jusqu'à un certain point, on pourrait résumer chacune de leur perspective spécifique en quelques mots : impuissance et culpabilité, importance du travail de mise en sens, débordement et défis au niveau organisationnel. D'ailleurs, chacun a semblé répondre à la recherche selon des motivations différentes. Pour l'un, il était clairement question d'utiliser l'entretien pour réfléchir sur la question de la souffrance et partager sa conception de son travail:

Je trouvais que comme c'était une recherche exploratoire, ça m'a plu. Et... de pouvoir parler de notre travail, autrement que ce qui est dit dans les journaux, la télévision, d'en parler d'une façon... euh... je sais pas comment dire ça... d'une façon plus personnalisée peut-être... en faisant référence à ce qui est évacué beaucoup je trouve maintenant. On parle beaucoup de ce qui est observable et mesurable. Mais tout dans l'humain n'est pas observable et mesurable. Parfois on manque de mots. Et quand on manque de mots, c'est aussi important et peut-être plus important à travailler que quand on a tous les mots pour expliquer des choses. L'être humain c'est complexe et moi c'est ce que je découvre. Plus j'avance dans la profession, plus je me rends compte

que c'est complexe (...), plus je me rends compte que je ne sais pas grand-chose finalement. Mais ça alimente en même temps une certaine, un certain désir de savoir. Désir de savoir, désir de saisir ce que l'autre essaie de me dire dans ses mots, par rapport à son histoire... Parce que je pense que tout le monde, qu'importe les patients que l'on a, tout le monde a quelque chose à dire d'important. Et d'être capable de saisir ce message-là, je trouve que c'est ça notre travail. Mais c'est difficile de le mettre en mots, difficile de l'expliquer.

Pour un autre, il s'agissait de partager son expérience sur le sujet, afin de rendre service, alors que pour un autre, il y avait nettement un besoin d'exprimer une certaine souffrance pour tenter de s'en dégager et en faire du sens. Enfin, pour le quatrième participant, il y avait le désir de partager avec un autre les particularités de son rôle, possiblement de briser un certain isolement et trouver un allié.

Cependant, ces quatre témoignages très différents présentaient aussi beaucoup d'éléments similaires ou connexes, et bien qu'il aurait peut-être été plus aisé de présenter quatre études de cas, le travail d'analyse de découpage, de regroupement et d'organisation des thèmes nous a permis d'aller au-delà des expériences individuelles pour dégager les enjeux communs majeurs soulevés dans le travail avec la souffrance. En fait, c'est justement cet effort d'analyse thématique qui a forcé en cours de processus la précision de notre question de recherche. Au départ de ce projet, notre intérêt se situait beaucoup au niveau des définitions et du phénomène général de la souffrance en termes psychologiques. Toutefois, c'est en se dirigeant du côté de la pratique clinique que nous avons pu voir notre intérêt et notre questionnement se préciser sur ce qui se passe au niveau de la relation, dans la rencontre et le contact avec la souffrance, dans ses dimensions plus interpersonnelles et intrapsychiques. Étant nous-mêmes clinicienne, et ayant vécu des expériences personnelles qui nous ont certainement menée à ce champ de recherche, c'est donc surtout le rapport à la souffrance, d'abord au plan individuel et subjectif, puis de façon plus universelle, collective ou généralisable, qui nous a intéressé dans les entretiens.

Les grands enjeux répertoriés ont été classés en trois grandes dimensions thématiques. Ces dimensions ont surtout servi de repères, d'ancrage, de pôles organisateurs autour desquels nous avons pu relier les divers thèmes retrouvés dans les témoignages. Il est intéressant de remarquer combien les thématiques abordées rejoignent ce que nous retrouvons dans la littérature, particulièrement ce qui concerne la relation soignant-soigné. Entre autres, la question de l'implication subjective du thérapeute ou du soignant, dans le contexte de souffrance, a été clairement évoquée et illustrée. Par l'entremise des exemples cliniques que les psychologues étaient invités à raconter, ces derniers ont pu témoigner de l'effet que leur faisait la souffrance des patients. Que ce soit à travers les éprouvés d'impuissance ou la nécessité du rapprochement, d'une certaine proximité, il semble que le travail avec des personnes souffrantes appelle et oblige les intervenants à vivre des émotions qui convoquent toute leur personne, les amenant à « dépasser la classique préoccupation professionnelle » (Morasz, 2003). Le fait qu'on puisse être amené à toucher un patient ou encore à se préoccuper de lui pendant nos vacances montre à quel point le psychologue peut être interpellé dans sa subjectivité, amené dans des zones où les limites professionnelles peuvent être redéfinies ou brouillées. Il est clair que de tels phénomènes rappellent la notion d'identification projective développée en psychanalyse. La perspective de W. Bion, telle que résumée par De Mijolla (2013) nous apparaît particulièrement éclairante sur le sujet :

Au lieu que l'identification projective soit utilisée comme un moyen désespéré d'expulser une catastrophe interne, elle peut être utilisée inconsciemment en tant que forme de communication, une communication non symbolique visant à ce que l'objet (le psychanalyste) éprouve directement ce que le patient ressent (Bion W.R., 1962). Dans cette perspective, l'identification projective est une méthode permettant de transmettre directement une expérience à autrui. (De Mijolla, 2013, p.821)

C'est ainsi que nous avons retrouvé dans les témoignages des manifestations de cette souffrance muette, communiquée aux équipes soignantes entre autres par des comportements radicaux de fuite, de refus et d'agirs autodestructeurs. Le suicide de patients, la fuite dans le sommeil, le refus de soins sont toutes des manifestations qui ont marqué les professionnels par des vécus d'impuissance qu'elles faisaient vivre. Un peu plus loin dans la définition de De Mijolla (2013), il est aussi relevé comment selon J. Sandler cette communication ne se limite pas seulement au ressenti, mais peut se répandre également au comportement de l'analyste. On comprend par cela que les soignants peuvent être amenés à se comporter d'une façon particulière, involontaire ou inconsciente, face aux souffrances communiquées par les patients. À titre d'exemple, dans les entrevues, plusieurs psychologues ont discuté de l'importance du sens accordé aux expériences difficiles et semblaient offrir d'emblée aux patients des principes, des métaphores, des idées, probablement pour soulager la souffrance due à l'absurdité, au manque de sens dans certaines épreuves. Par exemple, pour un psychologue, il s'agissait de proposer la métaphore du chemin, afin d'aider le patient à trouver une nouvelle route face aux difficultés rencontrées. Pour une autre, c'était de prendre position sur l'importance du sens à donner aux souffrances et aux douleurs, afin de permettre une certaine reprise de pouvoir par le patient et rendre l'épreuve un peu plus supportable.

D'autre part, en plus de transmettre un contenu affectif propre à l'expérience du patient, il y a aussi, comme le précisait Matray (2004) au contact de la souffrance d'autrui, une réactivation possible des souffrances propres au psychologue. Au-delà du simple fait de se sentir touché, ému, bouleversé par l'expérience de l'autre, il y a à la base de la relation thérapeutique la capacité de s'identifier au patient à partir de ses propres expériences de vie, parfois souffrantes. Le psychologue est rappelé, parfois replongé, dans la mesure où il a vécu quelque chose de semblable à ce que le patient exprime, dans des aspects de son histoire personnelle. Les psychologues n'ont pas abordé cette question dans les entrevues, mais pour au moins un participant, nous

pouvions constater l'effet de rencontrer dans la pratique clinique des éléments qui rappellent des enjeux de sa vie personnelle. De son propre aveu, celui-ci reconnaissait sa grande sensibilité face aux souffrances de jeunes, souvent en lien avec la relation au parent. Il a précisé y être plus sensible depuis la venue de ses enfants, ce qui pourrait expliquer en bonne partie la grande émotivité en entrevue et la vulnérabilité face à ces questions.

La clinique des personnalités limites et psychotiques a grandement fait évoluer et mettre de l'avant l'importance capitale de ces modes de communication et de l'élaboration du contre-transfert pour découvrir les enjeux sous-jacents aux difficultés et offrir une réponse adéquate au patient (Searles, 1994, 2005; Green, 2003). C'est ainsi que la charge affective à laquelle les soignants s'exposent et qui nécessairement a une résonance en eux n'est pas à banaliser ou à nier, qu'elle provienne de l'expérience du patient ou de l'histoire personnelle du professionnel. On pourrait même dire que c'est dans ce lieu, cet espace relationnel indifférencié que se joue la qualité de la relation soignante. Et c'est par l'accueil, l'expression et l'élaboration de ces vécus affectifs, tant au plan individuel que collectif, que nous pouvons faciliter la capacité à contenir et à offrir une réponse adéquate (humanisante) de la part des soignants. Mais nous y reviendrons.

Les entrevues effectuées auprès des psychologues ont aussi permis d'explorer comment ceux-ci pouvaient être sollicités au niveau de leur rôle ou de leur fonction auprès du patient. La fonction contenant, telle que largement discutée dans la littérature psychanalytique (voir entre autres à cet effet la revue de littérature de D. Mellier, 2005) est apparue comme essentielle dans les témoignages, tant par les énoncés explicites sur le sujet que par leur démonstration implicite. Que l'on pense au psychologue qui s'est déclaré de lui-même débordé « J'y pensais souvent. Oui. Pis ça c'était, sans être envahissant, c'est comme, ça débordait, clairement. » qu'à un autre qui affirmait que « quand on y réfléchit bien, c'est un rôle de contenant (...) être un

contenant, peut-être un contenant à parois solides. », la question de la capacité à contenir était un enjeu majeur exprimé par les psychologues. Nous ne nous sommes pas attardée à investiguer davantage auprès des participants ce qu'ils entendaient ou vivaient en lien avec ces énoncés, mais il est clair qu'il serait très intéressant d'effectuer des études sur le terrain spécifiquement sur la fonction contenante. Dans la littérature, Bion (2003) est encore l'un de ceux qui a proposé une conceptualisation intéressante sur le rôle important de la mère dans la structuration de la psyché, soit la fonction alpha, face aux contenus bêta chez le bébé. Il en est de même pour des notions de D.W. Winnicott (2006; 2017) qui ont beaucoup contribué à notre compréhension des qualités d'une « mère suffisamment bonne » : les notions de préoccupation maternelle primaire, de holding et de handling, entre autres, éclairent particulièrement le rôle que doivent jouer les soignants et les psychologues en contexte de souffrance. Les psychologues nous ont témoigné comment ils cherchaient à se rendre disponibles, à convier le patient souffrant à une rencontre, à être à l'écoute de la souffrance pour tenter de soulager, d'abord par leur présence et leur contenance (surtout des vécus d'impuissance et de colère), puis par le sens à donner, à construire, à trouver. Parfois, le sens qui était donné d'emblée par le patient à sa souffrance pouvait choquer le psychologue. L'un rapportait en exemple un patient qui considérait sa souffrance comme une conséquence de ses mauvaises actions dans le passé. D'autres fois, le sens donné par le patient inspirait le thérapeute : c'est le cas d'une patiente qui voyait l'issue de sa situation tragique comme une opportunité de faire la paix. Peu importe comment se manifestait la souffrance du patient, celle-ci avait toujours un effet sur le psychologue et le sollicitait d'une manière singulière en réponse à cette souffrance. Et c'est ainsi que le psychologue, par la pertinence et la justesse de sa réponse, peut ou non se retrouver comme le thérapeute suffisamment bon. La qualité de l'intervention passe par la qualité de la contenance et de l'élaboration.

Aussi, bien que notre étude ne porte pas sur les points de vue sociologique et anthropologique de la prise en charge de la souffrance, nous avons été confrontée dans les entretiens aux perceptions (représentations sociales) des milieux de travail sur le rôle du psychologue. Il semble qu'il y ait dans le milieu hospitalier et dans la société une certaine conception de ce qui est de l'ordre de l'apport spécifique du psychologue, en opposition aux autres professions, dans le dispositif de soin. En fait, selon les témoignages, c'est comme si les psychologues étaient vus comme des spécialistes de la souffrance et de la relation d'aide, capables de recevoir et de travailler avec des charges affectives plus importantes. Les psychologues seraient plus en mesure « d'encaisser », de faire avec le poids de la souffrance, d'avoir des moyens pour contrer l'impuissance. Il serait très intéressant d'étudier ces conceptions de manière plus formelle, afin de les délimiter et de les mettre à l'épreuve de la réalité. Car on peut bien voir dans ces constructions les risques de verser dans le mythe, le stéréotype ou le préjugé.

Enfin, toujours en lien avec la littérature sur la relation soignant-soigné, nous avons pu retracer dans les entretiens les enjeux concernant le « problème des défenses », pour reprendre l'expression de J. Bergeret (2012). Il a été très intéressant de découvrir chez les psychologues un souci d'équilibre personnel, une attention à ne pas franchir une limite intime qui les forcerait à se replier défensivement de façon trop massive et finalement nuisible pour le patient. Il est clairement question de degré quand il s'agit de se protéger des charges affectives qui leurs sont transmises. Dans la revue de littérature, il était surtout question des défenses dans le sens négatif du terme. Mais les témoignages ont permis de démontrer comment l'insensibilité par exemple peut être salutaire voire nécessaire dans une certaine mesure. Que c'est l'excès d'insensibilité, de mise à distance, qui signe une difficulté pour le soignant (une souffrance probablement) et mène à des conséquences malheureuses pour le patient. Au cours des dernières années, un nouveau thème s'est développé au niveau de la recherche et de la littérature : la souffrance des soignants. Nous avons vu populariser

des concepts tels que la fatigue de compassion pour tenter de nommer des phénomènes observés chez les thérapeutes exposés aux vécus traumatiques des patients. Des études se font de plus en plus pour rendre compte de cette souffrance maintenant reconnue du fait de travailler avec des gens souffrants. Les risques sont réels de menace à l'intégrité psychique du professionnel et on ne peut que se réjouir de l'intérêt pour cet aspect de la relation d'aide.

Enfin, nous aimerions revenir sur un dernier point de la revue de littérature, soit l'importance des lieux, des espaces pour les soignants pour exprimer et partager ce qu'ils vivent (Zittoun, 2007; Ben Soussan, 2005). Encore une fois, les psychologues interrogés ont mentionné plusieurs éléments se rapportant à l'isolement ou au manque d'espaces, de lieux pour penser, pour partager leurs expériences souvent difficiles. Une psychologue racontait comment ni son conjoint, ni ses amis n'étaient intéressés à entendre parler de certains aspects de son travail. Une autre témoignait de commentaires insensibles, voire réprobateurs de la part de collègues ou de supérieurs face à des éléments trahissant un besoin de soutien. De façon très distincte, nous avons pu percevoir comment notre recherche offrait une occasion pour les psychologues de réfléchir à leur pratique et d'élaborer à partir de leurs expériences, que cela pouvait presque répondre à un besoin, à quelque chose en souffrance. Plus encore, ce que cette recherche a permis de mettre en lumière d'une manière très concrète et touchante est la vulnérabilité à laquelle les psychologues et les autres soignants s'exposent dans le cadre de leur travail avec des personnes souffrantes. Et c'est cette même vulnérabilité, sous la forme de besoins, d'émotions, d'expériences personnelles, qui peut être menaçante pour tous et chacun. Se livrer, laisser transparaître, afficher ses émotions, être débordé, peut être vu comme aux antipodes de la position professionnelle. Comment les milieux de travail accueillent-ils ce type de contenus? Comment permettent-ils aux soignants et aux psychologues d'être eux-aussi accueillis dans toute leur personne? Le besoin de partager, de faire du sens des expériences vécues n'est pas réservé qu'aux patients, mais à tout être humain.

Toutefois, nous avons vu dans les témoignages comment chacun se protège de cette vulnérabilité, des risques d'être jugé et bafoué si l'on affiche quelque chose de cet ordre, particulièrement dans les interactions de groupe. Les soignants font régulièrement face à la position dure (être « tough ») et la préoccupation de prendre soin des soignants n'est pas donnée d'emblée aux gestionnaires dont la mission première est de gérer et non le soin. C'est ainsi que la réponse de l'entourage personnel et professionnel devient particulièrement importante, selon leur degré de réceptivité. Quelqu'un qui se défend déjà lui-même contre une surcharge affective peut-il répondre de façon adéquate et sensible à un soignant ou un psychologue qui vit des choses difficiles dans son travail? D'autre part, les psychologues qui plus traditionnellement découlent des professions libérales, ont tendance à adopter un style indépendant et autonome. Serait-il plus difficile pour eux d'avoir besoin d'autrui, de dépendre des autres? Est-il possible que lorsqu'on choisit cette profession et surtout ce type de pratique clinique, on porte en soi des attentes, des exigences, des présupposés sur son rôle et ses qualités qui dénotent des fantasmes de toute-puissance et d'auto-suffisance? Le complexe du Sauveur est assez connu dans la profession et dans les milieux de soins et ce que les psychologues exigent d'eux-mêmes dans les relations avec les patients dépasse souvent ce qui serait généralement accepté dans la vie de tous les jours. Une réflexion constante sur soi et sur son travail nous apparaît comme primordiale, tant pour assurer une qualité de vie au travail que pour donner le meilleur aux patients déjà éprouvés, et cette réflexion passe souvent par l'expression et le partage avec autrui. C'est ainsi que les milieux ont à comprendre et à soutenir la prise en compte de la souffrance dans le travail, à offrir des conditions et des lieux qui favorisent le respect, l'accueil du vécu des soignants.

Bien que cette recherche nous ait permis d'avoir directement accès au vécu de psychologues à l'hôpital, notre point de vue et notre approche demeurent plutôt individuels et intrapsychiques. Serait-il possible de transposer au plan collectif, ou encore à d'autres populations, les résultats de cette recherche? Les psychologues dans

d'autres secteurs de pratique, les soignants de toutes disciplines pourraient-ils s'y retrouver? Il y aurait certainement des nuances, des apports différents au sujet de la souffrance. Aussi, qu'ont les autres sciences humaines et sociales à dire sur notre rapport à la souffrance? Ce sujet a certes de nombreuses avenues d'étude et de recherche.

CONCLUSION

Cet essai doctoral qui présente les résultats d'entrevues effectuées auprès de psychologues oeuvrant en milieu hospitalier, visait à explorer le rapport à la souffrance, en particulier dans le contexte de la relation soignante. Malgré le petit nombre de personnes interrogées, il a été intéressant de constater la richesse et l'étendue des idées et des expériences concernant le contact avec des personnes souffrantes. Nous avons organisé les thèmes principaux en trois grandes catégories thématiques et il est clair que plusieurs éléments ont dû être laissés de côté, étant trop singuliers ou représentant un détail plus ou moins pertinent aux questions de recherche. Les thématiques relevées rejoignent beaucoup ce que nous trouvons dans la littérature. Mais au-delà de la simple vérification scientifique des présupposés théorico-cliniques, il y a surtout la prise en compte de tout ce qui se passe pour le psychologue (ou le soignant) lorsqu'il est exposé à la souffrance. Nous avons un portrait riche, des témoignages poignants de ce qu'exige le travail avec la souffrance, une description vivante, incarnée de la charge affective avec laquelle les psychologues doivent composer. En effet, on voit bien l'importance capitale de bien élaborer les vécus d'impuissance, afin de s'assurer d'une présence, une intervention à la fois sensible, compatissante, humanisante et contenant. Le travail de mise en sens semble particulièrement important, voire incontournable ou obligatoire, dans des contextes très éprouvants. Ce type de travail du professionnel du soin, si on le veut humanisant, soulageant, doit être reconnu, intégré et valorisé. Et on doit donner les moyens, les conditions pour permettre ce travail de qualité. C'est ainsi que le soutien, le développement de lieux permettant l'expression et le partage d'expériences cliniques difficiles, dans un climat d'accueil sans jugement, serait absolument

nécessaire, que ce soit à l'intérieur d'une équipe de travail ou dans des services pan-départements. Le soutien n'est pas donné d'emblée dans les milieux de travail, même dans les milieux de soins. Les psychologues, bien que formés dans plusieurs aspects, ne le sont pas spécifiquement et automatiquement pour composer avec la souffrance des patients. Ceux-ci peuvent se retrouver très isolés, dans un travail ardu, demandant émotionnellement, humainement. Alors, qui prendra soin d'eux?

ANNEXE A

LETTRE DE SOLLICITATION

Montréal, 1^{er} juin 2011

À l'attention de :

Psychologues du service de psychologie du [REDACTED]

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante au doctorat en psychologie (Psy.D) à l'Université du Québec à Montréal et je vous écris afin de solliciter personnellement votre contribution à mon projet de recherche doctorale. Sous la direction de Véronique Lussier, Ph.D, nous nous proposons d'étudier *la souffrance dans la pratique des psychologues en milieu hospitalier*. À ce sujet, nous désirons nous entretenir avec des psychologues qui œuvrent dans le milieu hospitalier depuis au moins un an, afin d'explorer leurs perceptions de la souffrance dans le cadre de leur travail.

L'étude s'intéresse à la question de la souffrance, encore peu conceptualisée dans la littérature en psychologie, à votre expérience de la souffrance telle que vous la côtoyez dans votre pratique et le cas échéant, à vos réflexions sur les capacités à répondre à cette souffrance dans le cadre de votre travail. C'est ainsi que ce projet permettra aux participants de partager leur expérience et faire accroître la compréhension du phénomène de la souffrance du point de vue des soignants à l'hôpital. Il pourra aussi permettre l'expression de certains aspects de la pratique qui sont souvent peu abordés. Hormis le temps que l'entretien prendra, il ne semble y avoir aucun inconvénient à participer à cette recherche.

Je sollicite donc votre participation à cette étude pour une entrevue unique d'environ une heure à votre lieu de travail. Je me déplacerai à votre bureau et l'entretien sera audio-enregistré pour des fins de transcription. En tout temps, l'anonymat sera conservé et toute information susceptible d'identifier un participant ou un patient ne sera pas divulguée. Les données recueillies ne seront accessibles qu'aux chercheurs, elles seront tenues sous clé et détruites après cinq ans. Enfin, les

résultats de la recherche pourront être mis à la disposition des participants sous la forme d'un article ou d'une conférence, selon leur convenance.

Pour nous faire part de votre intérêt à participer à cette recherche ou pour toute question, vous pouvez nous contacter à cette adresse de courriel : bouchard.valerie.4@courrier.uqam.ca, ou encore téléphoner au 514-XXXXXXXXXX.

Au plaisir de m'entretenir avec vous.

Valérie Bouchard, M.Ps.
Doctorante en psychologie
UQÀM

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

«La souffrance dans la pratique des psychologues en milieu hospitalier»
--

But général de la recherche

Vous êtes invité à prendre part à ce projet visant à mieux comprendre le phénomène de la souffrance à travers la pratique des psychologues en milieu hospitalier. L'étude s'intéresse aux perceptions des psychologues sur la souffrance, à leur expérience subjective en tant que professionnel œuvrant à l'hôpital.

Participation

Votre participation consiste à accorder une entrevue individuelle d'environ une heure où vous serez amené à partager votre expérience sur le sujet de la souffrance dans le cadre de votre pratique. L'entrevue se déroulera à votre bureau à l'hôpital et sera audio-enregistré.

Avantages et inconvénients

En participant à cette étude, vous avez la possibilité de faire accroître la compréhension du phénomène de la souffrance en psychologie, particulièrement du point de vue des soignants à l'hôpital. L'entretien permettra également d'exprimer certains aspects de la pratique qui sont moins abordés. Le seul inconvénient est celui de prendre environ une heure de votre temps.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits.

Confidentialité des données et anonymat

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que les chercheurs puissent utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement. Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls chercheurs auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé pour la durée totale du projet. Le matériel sera détruit après cinq ans.

Diffusion des résultats

Les résultats de la recherche pourront être mis à la disposition des participants sous la forme d'un article ou d'une conférence, selon ce qui sera convenu avec le chef de psychologie et les participants.

Signatures

Je, _____ reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que l'interviewer a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Signature du participant

Date

Valérie Bouchard, M.Ps
Doctorante en psychologie
514-██████████
bouchard.valerie.4@courrier.uqam.ca

Véronique Lussier, Ph.D
Professeure et directrice de recherche
514-987-3000 p.1349
lussier.veronique@uqam.ca

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Genre :

Âge :

Années d'expériences comme psychologue :

Années d'expériences dans le milieu hospitalier :

Service ou programme :

ANNEXE D

SCHEMA D'ENTREVUE

Rappel du titre de la recherche : *La souffrance dans la pratique des psychologues en milieu hospitalier*

Question d'entame : Pouvez-vous me parler de votre travail à l'hôpital?

Aspects à explorer : Situations, réactions (émotions, réponse) et représentations

Autres questions possibles : Avez-vous un exemple ou une anecdote?

Lorsque vous avez entendu le titre de la recherche, à quoi avez-vous pensé?

ANNEXE E

CERTIFICAT ÉTHIQUE

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Comité départemental d'éthique

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique du département de psychologie, mandaté à cette fin par l'Université du Québec à Montréal, a examiné le protocole de recherche suivant:

Étudiante : Valérie Bouchard

Directrice : Véronique Lussier

Département : Psychologie

Titre : *La souffrance dans la pratique des psychologues en milieu hospitalier.*

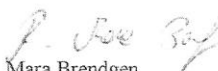
Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond entièrement aux normes établies par la "Politique institutionnelle de déontologie" de l'UQAM.

Le projet est jugé recevable sur le plan éthique.

Membres du Comité:

<i>NOM</i>	<i>POSTE OCCUPÉ</i>	<i>DÉPARTEMENT</i>
Mara Brendgen	Professeure	Psychologie
Véronique Lussier	Professeure	Psychologie
Catherine Amiot	Professeure	Psychologie
Maryvonne Merri	Professeure	Psychologie

18 juillet 2011
Date


Mara Brendgen
Présidente du comité départemental

RÉFÉRENCES

- Aïn, J. (dir.). (1992). *Souffrances quel sens aujourd'hui?*. Toulouse : Éditions Érès.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Béfékadu, É. (1993). La souffrance : clarification conceptuelle. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 25. 1. 7-21.
- Ben Soussan, P. (dir.). (2005). *Des psys à l'hôpital : quels inconscients!*. Ramonville Saint-Agne, France : Éditions Érès.
- Bergeret, J. (2012). *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Paris : Masson.
- Bion, W.R. (2003). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF.
- Bioy, A., F. Bourgeois et I Nègre. (2003). *Communication soignant-soigné. Repères et pratiques*. Paris : Bréal.
- Burloux, G. (2004). *Le corps et sa douleur*. Paris : Dunod.
- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*. 306. 11. 639-645.
- Cassell, E.J. (2004). The nature of suffering. Dans *The nature of suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press.
- Daneault, S. (2007). *Souffrance et médecine*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- De Mijolla, A. (dir.). (2013). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Fayard/Pluriel.

Dictionnaire de la psychanalyse. (2001). Paris : Encyclopaedia Universalis : Albin Michel

Fleming, M. (2005). The mental pain of the psychoanalyst. *International Forum of Psychoanalysis.* 14. 69-75.

Fleming, M. (2006). Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in the patient's experience. *International Forum of Psychoanalysis.* 15. 195-200.

Fleming, M. (2008). On mental pain: From Freud to Bion. *International Forum of Psychoanalysis.* 17. 27-36.

Freud, S. (1915). *Deuil et mélancolie.* Dans *Métapsychologie.* (pp.147-174). Paris : Gallimard. 1968.

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir.* Dans *Essais de psychanalyse.* (pp.7-81). Paris : PUF. 1965.

Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse.* Paris : PUF : Quadrige. 1993.

Freud, S. (1927). *L'avenir d'une illusion.* Paris: PUF: Quadrige. 2013

Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation.* Paris : PUF. 1971.

Freud, S. (1996). *La Naissance de la psychanalyse,* Paris : PUF, 7^e éd.

Green, A. (2003). *La folie privée : psychanalyse des cas limites.* Paris : Gallimard.

Groupe de recherche sur la souffrance psychique et l'AMM. Département de psychiatrie, CHUM et CRCHUM. (2017). *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir.* Repéré à <http://www.cmq.org/pdf/outils-fin-de-vie/exploration-souffrance-psychique.pdf>

Hanus, M., N. Amar & C. Couvreur. (dir.). (1994). *Le deuil.* Paris : Monographie de la Revue Française de psychanalyse : PUF.

Kahn, D.L. et R.H. Steeves. (1986). The experience of suffering : Conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing.* 11. 623-631.

Kaufmann, P. (dir.). (1998). *L'apport freudien : Éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*. Paris : Larousse.

Laplanche, J. et J.-B. Pontalis. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.

Le petit Larousse illustré 2004. (2003). Paris : Larousse.

Lussier, V., et S. Daneault. (2005). Le sujet en souffrance au sein de l'espace médical : au-delà des effractions de la maladie, les effets désubjectivants de la déshumanisation des soins. *Revue québécoise de psychologie*, 26(2), 39-63.

Marty, F. (dir.). (2004). *Ce que souffrir veut dire*. Paris : Éditions In Press. Collection Champs libres.

Matray, B. (2004). *La présence et le respect. Éthique du soin et de l'accompagnement*. Paris : Desclée de Brouwer.

Mellier, D. (2005). La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*, 2005/4 (44), 303-310.

Ministère de la santé et des services sociaux. Québec. (2018). Taux de consultation d'un professionnel de la santé. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-de-consultation-d-un-professionnel-de-la-sante/>

Ministère de la santé et des services sociaux. Québec. (2018). Type de ressources en santé consultées. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/type-de-ressources-en-sante-consultees/>

Morasz, L. (1999). *Le soignant face à la souffrance*. Paris : Dunod.

Morasz, L. (2003). *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital*. Paris : Dunod.

Nasio, J.-D. (2003). *Le livre de la douleur et de l'amour*. Paris : Payot & Rivages. Coll. Petite bibliothèque Payot.

- Nasio, J.-D. (2005). *La douleur d'aimer*. Paris : Payot & Rivages. Coll. Petite bibliothèque Payot.
- Paillé, P. et A. Mucchielli. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pontalis, J.-B. (1977). *Sur la douleur (psychique)*. Dans *Entre le rêve et la douleur*. (p.255-269). Paris : Éditions Gallimard.
- Prayez, P. (dir.). (2018). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Rueil-Malmaison, France : Éditions Lamarre.
- Québec. (2019, 1^{er} décembre). *S-32.0001 - Loi concernant les soins de fin de vie*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>
- Revue québécoise de psychologie*. Volume 26. Numéro 2. 2005. *La souffrance*. Montréal.
- Searles, H. (1994). *Mon expérience des états-limites*. Paris : Gallimard.
- Searles, H. (2005). *Le contre-transfert*. Paris : Gallimard.
- Société Psychanalytique de Paris. (1991). *Revue française de psychanalyse. La douleur et la souffrance psychiques*. Tome LV Juillet-Août, Paris : PUF.
- Winnicott, D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Winnicott, D.W. (2017). *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot.
- Zittoun, R. (2007). *La mort de l'autre. Une introduction à l'éthique clinique*. Paris : Dunod.