

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Essai doctoral pour l'obtention
du doctorat en psychologie (Psy. D.)

**COMPRÉHENSION DE LA MOTIVATION ET DES ENJEUX DU BÉNÉVOLAT
EN SOINS PALLIATIFS**

par

Pierre Brodeur

Département de psychologie

Décembre 2010

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.01-2006). 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

En fin de parcours doctoral, toute ma reconnaissance va à Véronique Lussier pour sa contribution déterminante dans ma formation en psychologie psychodynamique tout autant que pour son soutien et ses précieux commentaires dans la rédaction de cet essai qui tente de prolonger une démarche clinique qui lui doit beaucoup.

Des remerciements vont également à Sophie Gilbert et à Marie Hazan, professeures au département de psychologie, pour avoir accepté de participer au jury d'évaluation et de porter une attention compréhensive à cet essai doctoral qu'il me tenait à cœur de mener à terme.

Enfin, je ne peux manquer d'évoquer le « club des sages », en exprimant ma gratitude à mes collègues et amis René-Pierre, Mireille et Sylvie, pour leur généreux engagement dans nos échanges sur la clinique et son rapport avec la théorie, et à cette dernière pour son écoute et sa lecture rétroactive en cours d'élaboration de cet essai.

À Jean...

Résumé

De larges enquêtes sur le bénévolat mettent en évidence l'altruisme attribué à cette pratique socialement valorisée. Dans le contexte particulier des services de soins palliatifs, cet essai suggère d'élargir la compréhension de ce qui motive et sous-tend l'engagement bénévole en questionnant le discours convenu de la bonté et de la générosité.

Dans un premier temps, prenant en considération les antécédents ainsi que les intentions, les satisfactions et les difficultés des bénévoles en relation avec des malades en fin de vie, une approche comparative des composantes motivationnelles fait état de la contribution et des limites de la psychologie sociale axée sur le discours manifeste face aux constats et aux enjeux latents mis à jour dans l'expérience clinique inspirée de la pratique et de la théorie psychodynamique. Dans un deuxième temps, à la suite d'entrevues approfondies, les énoncés du discours des bénévoles sur leur engagement personnel sont exposés en catégories et une interprétation psychodynamique est proposée. Sont ainsi mis en relief le caractère singulier de l'expérience subjective de ces bénévoles et une dynamique motivationnelle autour des instances de l'Idéal-du-Moi, du Moi-Idéal et du Surmoi de même que les problématiques relatives au masochisme et à la sublimation dans cette pratique.

En finale, dans ce contexte de souffrance et de deuil, cet essai attire l'attention sur une compréhension psychodynamique des enjeux personnels et relationnels soignant/soigné pour appuyer le travail de collaboration et de soutien du psychologue auprès des bénévoles.

COMPRÉHENSION DE LA MOTIVATION ET DES ENJEUX DU BÉNÉVOLAT EN SOINS PALLIATIFS

| | |
|---------------------------|---|
| <i>Avant-propos</i> | 5 |
|---------------------------|---|

Première partie

| | |
|---|----|
| 1.1 Introduction..... | 8 |
| 1.2 Une problématique du bénévolat en soins palliatifs..... | 8 |
| 1.3 Buts et objectifs de cet essai..... | 10 |

Deuxième partie

| | |
|---|----|
| 2.1 À propos des bénévoles et du bénévolat..... | 13 |
| 2.1.1 Dimension historique..... | 13 |
| 2.1.2 Dimension idéologique..... | 14 |
| 2.1.3 Dimension démographique..... | 16 |
| 2.1.4 Dimension psychologique..... | 18 |
| 2.1.4.1 Les motifs des bénévoles..... | 18 |
| 2.1.4.2 Motivation et bienfaits pour recruter les bénévoles..... | 20 |
| 2.2 La recherche psychosociale sur la motivation des bénévoles..... | 23 |
| 2.2.1 Catégorisation et modélisation des motifs..... | 24 |
| 2.2.2 Choix d'activités et satisfaction des motifs..... | 27 |
| 2.2.3 Les influences sur la motivation..... | 29 |
| 2.3 Point de vue psychosocial sur le bénévolat des soins palliatifs et de fin de vie..... | 31 |
| 2.3.1 Le choix du bénévolat de soins palliatifs et de fin de vie..... | 31 |
| 2.3.2 Motivation, efficacité et satisfaction des bénévoles..... | 32 |
| 2.3.3 Motifs, satisfaction et stress..... | 34 |
| 2.3.4 La dualité égoïsme - altruisme : mesures et démesure..... | 37 |

Troisième partie

| | |
|--|----|
| 3.1 Point de vue psychodynamique sur la motivation des bénévoles..... | 42 |
| 3.1.1 Motivation et psychisme..... | 42 |
| 3.1.2 Second regard sur la motivation et les enjeux en soins palliatifs..... | 44 |
| 3.1.3 Motifs, satisfactions et difficultés de ce travail bénévole..... | 47 |
| 3.1.4 Pertes et décès, renoncement et deuils..... | 49 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.2 | Psychodynamique des enjeux relationnels entre soignant et soigné..... | 55 |
| 3.2.1 | À propos d'identification et de projection..... | 55 |
| 3.2.2 | Une relation qui en cache d'autres : transfert contre transfert..... | 62 |
| 3.2.3 | Relation d'aide, motivation et défenses..... | 65 |
| 3.3 | Points de vue psychodynamiques sur la motivation altruiste et la bonté..... | 71 |
| 3.3.1 | Égoïsme et altruisme reconsidérés..... | 71 |
| 3.3.2 | Formation réactionnelle et/ou sublimation?..... | 73 |
| 3.3.3 | De la projection et de l'identification à la « cession altruiste »?..... | 76 |
| 3.3.4 | Agressivité, réparation et sollicitude..... | 78 |
| 3.4 | Soins, souffrance et construction de sens..... | 83 |

Quatrième partie

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1 | Méthodologie de notre étude..... | 89 |
| 4.1.1 | Une étude qualitative..... | 89 |
| 4.1.2 | Cadre méthodologique..... | 90 |
| 4.1.3 | Une analyse qualitative dans la perspective psychodynamique..... | 92 |
| 4.2 | Contexte organisationnel et recrutement des participants aux entretiens..... | 95 |

Cinquième partie

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.1 | Résultat et rendu et limites des comptes rendus d'entretiens..... | 98 |
| 5.2 | Présentation des résultats..... | 101 |
| 5.2.1 | Les rubriques du discours des bénévoles..... | 101 |
| 5.2.2 | Les énoncés thématiques des rubriques et les constats..... | 103 |
| 5.3 | Exploration psychodynamique des composantes motivationnelles..... | 116 |
| 5.3.1 | L'identification au collectif des soins palliatifs... un Idéal-du-Moi?..... | 118 |
| 5.3.2 | Une mort et un deuil... du Moi-Idéal ?..... | 119 |
| 5.3.3 | Un regard critique sur soi... du Surmoi ?..... | 122 |
| 5.3.4 | Faut-il être masochiste ?..... | 123 |
| 5.3.5 | Sublimation et autres solutions... du Moi?..... | 125 |
| 5.4 | Conclusion..... | 130 |
| | Bibliographie..... | 132 |
| | Annexes..... | 149 |
| | Annexe 1 Formulaire de consentement..... | 149 |
| | Annexe 2 Lettre de sollicitation pour recrutement de sujets..... | 151 |

Avant-propos

Le souci de l'un pour l'autre ?

La scène se passe dans une maison de soins palliatifs pour cancer terminal.

Jeune patiente :

« Pourquoi? Pourquoi faites-vous ça? Ce métier-là je veux dire? Ce métier là, pourquoi vous le faites ici? Ça vous fascine? Ça vous excite? Ça vous provoque? C'est pour vous obliger à vivre que vous regardez les autres mourir? C'est pas la première fois qu'on vous le demande je suppose? Ou vous y avez jamais pensé? Qu'est-ce que vous venez voir ici? Le désespoir pur? Les malheurs des autres? Ça vous fait du bien peut-être? Ça vous reconforte? Quand vous repartez pour chez vous, ça vous donne l'impression de l'avoir échappé belle? Pourquoi vous faites ça? Vous devez ben avoir une réponse à part votre maudite charité? »

Jeune soignante :

« Je n'ai pas de réponse... C'est ma manière de me promettre que ma vie sert à quelque chose. Peut-être que si je le fais pour quelqu'un, quelqu'un va le faire pour moi un jour. »

Jeune patiente :

« La réciprocité bien sûr. Sauf que ça n'existe pas. »

Laberge Marie et Goulet Mireille, réalisatrices (1989)

Les heures précieuses, Téléfilm

Office national du film, Production du verseau

COMPRÉHENSION DE LA MOTIVATION ET DES ENJEUX DU BÉNÉVOLAT EN SOINS PALLIATIFS

*Celui qui s'efforce de vous réconforter, ne croyez pas,
sous ses mots simples et calmes qui parfois vous apaisent,
qu'il vit lui-même sans difficulté.
Sa vie n'est pas exempte de peines et de tristesses
qui le laissent bien en deçà d'elles.
S'il en eût été autrement, il n'aurait pas pu trouver ces mots-là.
Rilke*

PREMIÈRE PARTIE

1.1 Introduction

L'essai qui suit cherche à explorer et à comprendre les composantes motivationnelles du bénévolat en soins palliatifs et attire ainsi l'attention sur les enjeux relationnels de cette contribution non rémunérée qui nécessite aussi formation et soutien. Il s'inscrit dans le prolongement du champ des compétences du psychologue clinicien intéressé par cet environnement de travail.

Pour ce faire, nous devons d'abord poser les dimensions historiques, idéologiques, démographiques et psychologiques du bénévolat et rendre compte des représentations dominantes et des constats sur les motifs et les effets de ce type d'engagement personnel non rémunéré. Ce premier volet, qui sert à exposer l'existence, l'ampleur et la diversité du phénomène, présente une revue des résultats des études à caractère statistique, sociologique et anthropologique, ainsi qu'une mise en évidence des thèmes et des valeurs évoqués dans le discours social sur cette institution qu'est le bénévolat dont l'étendu peut surprendre.

Dans la foulée des recherches quantitatives, un deuxième volet fait la jonction entre les deux objets de notre réflexion que sont le bénévolat et le travail de soins en milieu

palliatif et passe par une mise à jour de l'apport des recherches de la psychologie d'orientation comportementale et psychosociale pour en dégager les informations appropriées et les thèmes majeurs tout en faisant état de la portée et de la limite de ce point de vue pour une compréhension de la motivation du bénévolat en soins palliatifs.

Notre recherche jette ensuite un regard attentif aux comptes rendus de l'expérience clinique et de la recherche qualitative qui sont mis à contribution pour investiguer et approfondir les dimensions affectives derrière l'écran des discours spontanés et les apparences des comportements. De là le nécessaire détour par les concepts et le cadre théorique d'orientation psychanalytique susceptibles de supporter une compréhension plus large des motivations et des enjeux des bénévoles participant aux soins dans ce contexte particulier.

Sur cette base, après en avoir présenté la démarche méthodologique, le compte rendu et l'interprétation psychodynamique d'entrevues auprès de quatre bénévoles sur le terrain permettent d'explorer la démarche d'investissement personnel ainsi que les enjeux de ce bénévolat et d'élaborer une compréhension des composantes motivationnelles dans cette expérience relationnelle soignant soigné, ce qui n'avait pas encore été exposé du point de vue psychodynamique.

Finalement, une réflexion sur le regard et l'écoute du psychologue en rapport avec la préparation et le soutien psychologique du personnel bénévole en soins palliatifs est soumise au lecteur.

1.2 Une problématique du bénévolat en soins palliatifs

C'est sur le terrain qu'on constate l'importante contribution du personnel bénévole aux soins palliatifs d'où l'opinion répandue que dans le système hospitalier, « être admis en soins palliatifs c'est notamment avoir accès à des bénévoles qui font toute la différence » (Daneault et alii, 2006, p.129).

« Il est intéressant toutefois de noter que le personnel de ces secteurs (sociaux et santé) a conservé une part significative de ce qu'on appelle la qualité humaine du lien. Cet aspect redevient d'ailleurs important depuis quelques années dans le secteur hospitalier, particulièrement dans des lieux comme les centres de soins palliatifs où le bénévolat remplit un rôle essentiel. La qualité du lien n'a jamais pu être abandonnée entièrement au rapport salarial. » (Godbout, 1992, p.107)

Objet de curiosité, de respect, de valorisation ou de gratitude, l'appréciation populaire de cet engagement évoque généralement des dispositions personnelles qui ne sont pas données à tous. L'expérience du milieu des soins palliatifs nous montre aussi que le taux de roulement du personnel préposé aux soins de base, rémunéré ou bénévole, y est remarquable et que les commentaires critiques pointent souvent dans la direction de la formation et de la maturité nécessaires à cet environnement de travail où on côtoie la souffrance et la mort.

Les épisodes de débordements d'émotions et les manifestations de tensions affectives y sont fréquents. Là, plus qu'ailleurs, face à la souffrance de fin de vie et de la mort, les intervenants seraient confrontés un jour ou l'autre à leurs propres limites quant à leur compétence relationnelle et leurs ressources psychiques. Après avoir recueilli plusieurs dizaines de témoignages de soignants de toutes les catégories professionnelles, Daneault et alii (2006, p.72) ont pu observer que, dans un tel environnement, « soigner, c'est aussi accueillir la souffrance » et que cela peut causer problème :

« L'impuissance à soulager toutes les souffrances est une source incontestable de détresse chez les soignants qui ont souvent choisi leur profession pour cette motivation légitime de toujours soulager, ce qui s'avère bien souvent irréaliste. » (Daneault et alii, 2006, p.115)

L'expérience nous montre que le soignant peut s'engager par exemple dans un processus de banalisation de la souffrance pour garder une distance protectrice ou inversement, contre toute réserve, proclamer son amour du prochain. Cela n'est pas sans conséquence pour le patient. Comme ont pu l'exprimer Daneault et Mongeau (2008), une interrogation sur la motivation et les enjeux de ce choix pourrait bien se retrouver au cœur des études sur la souffrance des soignants eux-mêmes. C'est pourquoi « il importe d'être conscient de ses motivations, car c'est seulement alors que l'on peut assumer ce travail en toute responsabilité » (Hennezel de et Montigny de, 1990, p.54) et intervenir avec justesse.

Le plus souvent, la compréhension de cette propension à soigner les autres passe par l'argument de la générosité, de la bonté ou de l'altruisme comme dans ce numéro du journal officiel de *l'Association canadienne pour la santé mentale* sur la fatigue d'être intervenant et le risque de prendre soin des autres :

« L'altruisme, le désir d'aider, le besoin de se rendre utile, d'apporter du réconfort aux autres sont les motivations de départ qui amènent les intervenants à s'engager dans ce métier censé faire du bien. » (ACSM, 2006, p.1)

À distance cela paraît résumer l'essence même de la motivation et justifier l'option pour de telles activités. Ceci suffit-il à expliquer cela? Nous sommes d'avis que cette contribution aux soins de fin de vie appelle une attention particulière envers ceux dont les services ne peuvent trouver d'explication dans la rétribution monétaire. Dans le contexte des soins auprès des mourants, ce qui est questionné ici c'est ce « souci de l'autre » dans le travail bénévole pour reprendre l'expression de Marie de Hennezel (2004), ce qui suppose une capacité de se mettre à la place de l'autre en pensée et en imagination pour lui venir en aide.

1.3 But et objectifs de cet essai

En tant que psychologue sur le terrain, nous sommes d'avis, comme ceux qui l'ont souligné avant nous, « qu'un des aspects importants du soutien des soignants en soins palliatifs, concerne leurs motivations et le fait qu'ils ont choisi ce type de travail » (Hennezel de, 1990, p.190). C'est pour cette raison que nous avons voulu explorer et approfondir les composantes motivationnelles qui conduisent certains individus vers ce type d'activité non rémunérée et éclairer les enjeux relatifs à ce choix des soins palliatifs où ce sont bien « souvent les personnels soignants les moins spécialisés qui se trouvent au premier plan dans les derniers moments des malades mourants » (Hanus, 2006, p.180).

Bénévolat et soins palliatifs, rencontre de deux réalités sociales dont nous devons faire état. Les Anciens philosophes disaient qu'on ne connaît bien une chose que si on la connaît par ses « quatre causes » : matérielle et formelle, efficiente et finale. Appliqué à l'activité bénévole présente dans une soixantaine d'organisations québécoises vouées aux soins palliatifs (Sévigny, Dumont et Cohen, 2006), cet axiome nous suggère d'en apprécier la cause matérielle qui se définirait par les multiples gestes de soins, d'attentions et d'entretien corporels, la cause formelle par l'aide non rémunérée apportée à un patient en phase terminale, la cause finale qui est de répondre aux besoins d'hygiène, de confort et réconfort des patients en fin de vie et la cause efficiente qui n'est autre que l'agent, soit le bénévole lui-même, qui produit ce que nous venons d'exposer. Mais cet agent sur qui repose cette œuvre de bénévolat, quelle est donc la cause efficiente de sa propre action? Qu'en est-il du *primo movens* de son activité ou de ce qui a mobilisé cet acteur pour qu'il devienne bénévole? Qu'en est-il du rapport entre les motifs qui conduisent à cet investissement, la satisfaction anticipée de cet engagement et l'expérience subséquente de la réalité vécue par le bénévole?

Quelles peuvent en être les attentes et les gratifications et avec quelles difficultés doivent composer les volontaires? Notre recherche entre dans l'expérience personnelle des bénévoles soignants par la grande porte de la motivation et des attentes, mais on

comprendra que, dans ce secteur de soins, elle s'ouvre sur des enjeux et des adaptations individuelles et éventuellement sur le rapport à la souffrance dans l'histoire de chaque soignant.

Cet essai s'inscrit dans une démarche de réflexion critique sur cette pratique particulière de bénévolat en investiguant et en distinguant les points de vue qu'offre la psychologie. Pour le psychologue praticien, il y avait là un corpus de référence à constituer sur ce que peut nous apprendre la recherche empirique et l'expérience clinique relatives à ce travail de soins, bénévole ou non. Corpus à constituer : opération qui demande d'examiner et de clarifier la construction même de l'objet de recherche inscrite dans les démarches des producteurs de connaissances qui vont définir l'objet, le discours sur l'objet et marquer ainsi sa compréhension. Notre questionnement qui met en rapport *signification* (motifs et enjeux), *pratique institutionnalisée* (bénévolat) et *contexte* (soins palliatifs), devait repérer et clarifier à la fois le processus de recherche d'informations et le type de résultats relatifs à sur ces trois entités, résultats qui nous sont proposés comme étant ce qui peut orienter en fin de parcours notre travail de psychologue clinicien.

Si contexte théorique il y a pour notre étude, c'est bien celui que l'institution des soins de santé privilégie, soit la perspective cognitivo-comportementale sur des constats objectivement observables et manipulables, perspective que nous devons prendre en considération pour ce qu'elle est mais dont nous nous démarquerons en misant sur une compréhension qui peut profiter des enseignements issus de l'expérience psychanalytique. Notre essai vise donc à déployer un tableau critique sur ce qui se dit en toute bonne foi sur la motivation de ce bénévolat et une appréciation de la valeur relative des données proposées en toute objectivité par la psychologie comportementale et psychosociale.

Les pistes de réflexion ouvertes par notre expérience professionnelle et nos recherches sur les écrits dans ce domaine nous ont ainsi conduit à opter pour une plus grande attention portée au sujet bénévole et à son histoire. Devant l'absence de publications

disponibles, notre investigation d'orientation psychanalytique et de type qualitatif, s'appliquera par des entrevues sur le terrain à éprouver un point de vue psychodynamique exploratoire sur l'expérience d'investissement de soi et de production de soins par des bénévoles dans un contexte de fin de vie qui, sans agir sur la cause d'une maladie déclarée incurable aux yeux de la médecine, en atténuent les symptômes. Il y avait là pour nous un vide à combler faute d'étude reprenant la perspective psychanalytique sur la motivation des soignants bénévoles dans ces services dits palliatifs.

À terme, notre essai vise à établir une base de compréhension psychodynamique de ce qui anime ces soignants non rémunérés, à exposer les enjeux rencontrés, c'est-à-dire ce à quoi ils sont confrontés et qui peut être atteint ou compromis dans cet engagement. Nous espérons ainsi favoriser, documenter et appuyer les interventions de formation et de soutien pour ces bénévoles qui participent directement à l'humanisation des soins hospitaliers. Sans prétention à la découverte du fait nouveau, la perspective de la présente étude reste celle d'une disposition professionnelle du psychologue à la reconnaissance et à la compréhension de ce qui, dans l'histoire du bénévole, affecte plus ou moins explicitement son travail en soins palliatifs.

En soustrayant l'aspect rémunération dans le choix de ce champ d'activité, nous osons espérer que la démarche proposée contribuera à la compréhension des enjeux et au soutien de tous les soignants des services palliatifs. Au-delà du complément de formation que l'auteur lui-même y a trouvé, cet essai aura atteint son but ultime s'il devait valider un point de vue psychodynamique chez ceux qui s'initient au travail de soins dans ce contexte.

DEUXIÈME PARTIE

2.1 À propos des bénévoles et du bénévolat

Notre questionnement sur ce qui motive l'engagement des bénévoles et la signification pour eux de cette expérience ne pouvait ignorer le caractère historique du bénévolat comme on le connaît actuellement. Bien plus, il nous apparaît opportun d'en reconnaître l'étendue comme fait de société et d'en apprécier le contexte idéologique.

2.1.1 Dimension historique

Le terme *bénévole*, du latin *benevolus* (de *bene*/bien et *volo*/je veux), nous renvoie au double sens de « bien vouloir », comme dans « je veux bien vous aider » exprimant le consentement volontaire d'une part et de « vouloir le bien » signifiant la visée morale de l'acteur d'autre part, ce que les dictionnaires Larousse et Robert résument par : faire quelque chose sans être rémunéré et sans y être tenu dans le cas de celui qui accomplit un travail en se plaçant en situation de bénévolat. (Les esprits malins diraient que « vouloir le bien de quelqu'un », c'est aussi vouloir prendre ce bien.)

Il n'est pas inutile de noter que le terme « *bénévole* » qui remonte au 13^e siècle ne deviendra usuel qu'au 18^es. alors que la dénomination « *bénévolat* » n'est apparue que tout récemment, soit il y a une cinquantaine d'années (Le Petit Robert). Les références historiques nous apprennent aussi que les organismes communautaires axés sur le bénévolat se situeraient dans le prolongement de ces services à la collectivité et des *bonnes œuvres* qui va de l'assistance aux démunis par les communautés religieuses à la fin du 17^es., aux femmes de la bourgeoisie dans les organismes de charité au début 19^es., aux communautés paroissiales et laïques via la Saint-Vincent de Paul par exemple après le milieu du 19^es., jusqu'aux regroupements populaires d'aide aux problèmes de condition de vie (Barrière et Mercier, 1991; Brault, 1990).

2.1.2 Dimension idéologique

Formelle, effectuée en association avec un organisme reconnu socialement, ou informelle, effectuée sans l'entremise d'organisme, la pratique du bénévolat comme telle recouvrant « l'ensemble du travail non rémunéré effectué dans une perspective de service aux autres, individus ou groupes », est donc encore relativement récente (Gagnon et alii, 2004). Phénomène polymorphe et polysémique, attirant l'attention à la fois sur le producteur, le produit et le récepteur de l'action, le bénévolat se définit souvent par ce qu'il n'est pas, c'est-à-dire : un comportement singulier d'aide (*helping behavior*) spontanée, improvisée; une solution immédiate à un problème ponctuel; contraint ou inévitable; rémunéré ou compensé; offert à la famille et aux proches; imposé au bénéficiaire (Lacharité et alii, 2002; Michaud et alii, 2002).

Inversement, l'action bénévole tiendra à plusieurs caractéristiques simultanées : l'exécution volontaire sur la base du libre arbitre de services gratuits; un engagement délibéré en continuité dans le temps; un service à ceux qui désirent de l'aide; un contexte organisationnel (Clary et Snyder, 1999; Snyder et alii, 2004). Dans leur revue des enquêtes sur les bénévoles, Chappell et Prince (1997) constatent qu'il n'y a pas de consensus sur une définition incontournable du bénévolat et que les données de même que les comparaisons sont sujettes à critiques quand, pour ce qui est du contexte organisationnel, elles confondent *mutual aids group*, *self help group* et *voluntary group*.

Pratique sociale gratuite et altruiste inscrite en négatif du salaire et du bénéfice formel? Généralement on retient l'image du bénévole comme étant celui qui s'engage à faire don de son temps et de ses capacités pour rendre service à ceux qui ont besoin de ce service. Le qualificatif bénévole, autoproclamé ou attribué, n'est pas sans évoquer tout un ensemble positif de représentations, de valeurs, de significations et d'interprétations tant de la part de l'acteur que du spectateur. C'est ce que reflétait le texte d'un directeur de centre de bénévolat publié dans un grand quotidien à l'occasion de la remise d'un prix soulignant la semaine du bénévolat :

« Les bénévoles honorés ne sont que la pointe d'un iceberg de générosité, de

gratuité, de bonté qui s'exprime chaque fois qu'une personne en aide une autre, par un sourire, un don, un coup de main (...) qui soutiennent ceux qui sont dans le besoin, sans rien attendre en retour, parce que c'est bon d'aider, de s'entraider et s'accomplir. » (Ratelle, 2009)

Le bénévolat est reconnu comme valeur sociale et il a bonne presse. Des sondages nous indiquent, par exemple, que pour 75% des américains le bénévolat est considéré utile pour créer un monde meilleur et qu'il a donc une valeur positive reconnue (Snyder et alii, 2004).

La résonance idéologique des termes bénévole et bénévolat trouve aussi parfois des échos jusque dans le caractère axiologique de recherches qui visent ultimement la formation de cette contribution non rémunérée. C'est ainsi qu'un bénévole en soins palliatif sera par définition « une personne qui s'engage de son plein gré, sans être rémunérée, dans une action organisée, au service de la communauté, cette action lui permettant de vivre un moment privilégié de reconnaissance de soi et de l'autre » (Champagne, 2008, p.6).

Une enquête portant expressément sur les pratiques bénévoles en soins palliatifs dans trois régions canadiennes auprès de groupes de bénévoles et de coordonnateurs a mis en relief la rhétorique du don dans les témoignages (« le bénévolat c'est une question de don ») et les qualificatifs de geste libre (hors contrainte extérieure), gratuit (hors loi du marché), unilatéral (retour souhaité mais non assuré) et flexible (souplesse d'action) (Sévigny, Dumont et Robin, 2006, p.21). Relativement aux fondements de ces pratiques bénévoles, la même étude rapportait l'impossibilité de dissocier l'offre de service du lien social, que donner, rendre et recevoir sont reliés (aidant et aidés se confondent) et qu'on donne pour vivre une expérience significative pour soi, pour l'autre et pour la société (idem, p.22).

C'est cette représentation sociale des gestes libres et gratuits en tant qu'idéologie que Chazaud (1979) a voulu explorer dans ses entretiens avec une vingtaine de sujets sur le phénomène social qu'est le bénévolat. Du discours sur une telle pratique, il a dégagé

les cinq « universaux » suivants :

- Liberté/volonté (i.e. libre adhésion)
- Argent (i.e. non-rémunération)
- Amateurisme (i.e. temps libre, non associé au travail)
- Réformisme (i.e. action rationnelle pour amélioration de la collectivité)
- Humanisme (i.e. référence aux organismes à but non lucratif ou OSBL)

Autour de ces thèmes centraux, se greffe le plus souvent, selon Chazaud, tout un imaginaire individuel et social de *dame patronnesse* et de paternalisme évoquant la condescendance et la bonne conscience des groupes privilégiés, de statut d'*amateur* par référence sans doute à la problématique historique du sport où se confondaient rémunération, statut socio-économique et niveau de performance, de *voleur de job* dans le contexte des relations de travail et de l'employabilité, ou encore de l'archétype de l'homme dévoué et désintéressé, modèle idéalisé de générosité et d'altruisme. Question de symbolique en action. Godbout pour sa part a aussi souligné le caractère parfois humiliant pour le receveur placé devant cette « façon déguisée de trouver son intérêt personnel sous forme de prestige, d'honneurs, de contacts » (Godbout, 2000, Boréal p.67). Ces derniers auteurs ont le mérite de soulever l'ambivalence de cette pratique individuelle en la mettant en rapport avec la problématique du capital social et des représentations relativement à la légitimité, au crédit personnel et au pouvoir.

2.1.3 Dimension démographique

Le bénévolat a la cote. Les statistiques de « l'Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation » qui donnait suite sept ans plus tard à « l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation » de 1997, peuvent en étonner plusieurs quant à l'importance du phénomène dans la population de quinze ans et plus. En 2004, Statistique Canada évaluait que 45% de la population avait offert du temps à un OSBL, pour une moyenne de 168 heures/année chez les participants. Ce bénévolat correspondrait grosso modo à un million d'emplois à temps complet. Pour le Québec,

les estimations indiquent une équivalence dépassant les 160,000 emplois (Gouvernement du Québec, 2004). Ce n'est pas peu dire. On retiendra pour notre propos, que tout ce bénévolat est marqué au Canada par sa diversité puisque le taux de contribution est inégalement réparti d'un secteur d'activité à l'autre (par ex. : 11% pour les sports/loisirs, services sociaux, éducation/recherche, 10% pour les organismes religieux, contre 6% pour la santé etc.) (Statistique Canada, 2004).

À cela s'ajoute évidemment les distinctions quant au type de bénévolat à l'intérieur d'un même secteur : bénévolat d'aide (visite, transport, support moral etc.); bénévolat de services (repas, comptoirs, bibliothèque, écoute, dépannage etc.); bénévolat d'organisation (répondant, comités, communication, conseils d'administration, animation) (Brault, 1990). Bien plus, dans l'ensemble de la population des bénévoles, les contributions ne restent pas cloisonnées puisque 47% vont organiser ou superviser des activités, 46% solliciter des fonds, 36% siéger au conseil d'administration, 25% ont fait du travail de bureau et 19% s'adonnent aux soins de santé et à l'accompagnement (Statistique Canada, 2004).

Inégalement réparti selon les secteurs, l'engagement bénévole varie également en fonction des collectivités comme le démontraient les écarts entre les provinces canadiennes alors que le Québec se situe au dernier rang à 34% comparativement à la Saskatchewan au premier rang avec 54% de participation. Mais il y a plus. Au sein d'une même collectivité géographique, le pourcentage de bénévoles et le nombre d'heures consacrées au bénévolat varieront selon le sexe, l'âge, les diplômes scolaires, le revenu des ménages et la religiosité. Ainsi, par exemple, les hommes sont attirés davantage par les activités de financement, de bienfaisance et de sport/loisir alors que les femmes optent pour les activités relatives à l'enseignement et à la santé (Brault, 1990).

A propos du secteur santé, on peut aussi observer que les bénévoles y sont plus âgés, moins scolarisés, plus souvent à la retraite que dans les autres secteurs d'activités et que trois bénévoles sur quatre sont des femmes (Ledoux, 2007). Du côté américain,

Blanchard (2006) signalait que parmi toutes les organisations de bénévolat, mis à part les services de sécurité, c'est dans les services reliés à la santé qu'on trouve le plus grand écart entre le taux de participation des hommes et celui des femmes.

Une étude régionale réalisée il y a une vingtaine d'années au Québec montrait à l'évidence des choix de secteurs et d'activités différents pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, les hommes étaient deux fois plus présents dans les activités administratives alors que les femmes étaient six fois plus impliquées que les hommes dans les tâches relatives au support moral et au contact direct avec la clientèle. Tant du point de vue culturel que du point de vue de la division traditionnelle des tâches familiales, on ne s'étonnera pas du fait que dans le secteur regroupant *santé et services sociaux*, 75% des bénévoles soient des femmes! (Barrière et Mercier, 1991).

2.1.4 Dimension psychologique

Faute de rétributions financières ou de compensations extérieures manifestes, les explications sur le pourquoi de l'activité bénévole et les mobiles du bénévolat prendront facilement une dimension psychologique reconnue, parfois avouée, souvent attribuée, par les promoteurs et les acteurs eux-mêmes. Encore faudra-t-il s'y retrouver pour distinguer entre les motifs antérieurs à l'engagement et les effets subséquents recherchés, entre ce qui est à l'origine de la participation et ce qui est anticipé des suites du bénévolat, entre ce qui était motif de départ et ce qui est motif de continuité.

2.1.4.1 Les motifs des bénévoles

Le bénévolat doit donc être appréhendé dans sa diversité de pratiques et la différenciation des pratiquants. Sur cette base, il y a lieu de s'interroger sur les choix personnels de ces individus qu'on qualifie de bénévoles, sur le sens et les motifs qui animent leur engagement et leurs choix. Dans un contexte social qui reconnaît (ou

prétend reconnaître) la légitimité d'un juste salaire et accorde des droits contre l'exploitation, on ne peut en effet éviter de se demander ce qui pousse des individus à faire don de leur temps et à mettre leur énergie aux services d'autres individus sans rétribution matérielle... et que cela soit admis et valorisé en milieu de travail.

Les statistiques canadiennes font état des « raisons » indiquées le plus souvent par les bénévoles eux-mêmes : contribuer à la collectivité (92%), mettre à profit compétence et expérience (77%), intérêt pour la cause supportée par l'organisme (60%), les autres étant : découvrir ses points forts (43%), constituer un réseau de rencontres (47%), engagement par des amis (43%), croyances religieuses (22%), améliorer ses perspectives d'emploi (22%). Ces données générales incitaient les observateurs à poser un premier constat sur la diversité de motifs :

« Le décision de faire du bénévolat au sein d'un OSBL ou de bienfaisance est souvent motivée par une diversité de facteurs, certains se rapportent à la volonté d'acquérir des compétences et d'autres sont purement altruistes. » (Statistique Canada, 2004, ECDBP, p.45)

L'altruisme pour catégorie statistique? Dans un cadre plus restreint, des chercheurs se sont penchés sur les motivations des bénévoles en lien avec des centres communautaires et ont pu observer cette diversité motivationnelle. Dans le contexte québécois, l'étude de Robichaud (1998) a relevé les motifs suivants : se sentir utile, apporter un peu de bonheur aux autres, faire des actions constructives qui entraînent la valorisation, rendre ce qu'on a reçu en juste compensation, occuper son temps libre, nouer des liens. Ces informations ne sont pas loin des observations d'Anderson et Moore (1978) où les bénévoles indiquent pour motifs : aider les autres à 75%, se sentir utile à 50%, accomplissement personnel à 39%, développement personnel à 34% et amélioration de la communauté à 32%. À propos de la réduction des motifs au thème de l'altruisme, Robichaud tenait le commentaire suivant sur l'acte bénévole en nous invitant à considérer l'ambivalence inscrite dans la démarche bénévole :

« Une action totalement à sens unique, la vision d'un unilatéralisme parfait relève, à l'évidence, d'un idéalisme que dément la complexité des choses. » (Robichaud, 1998, p.21)

Observant que les principales raisons incitant au bénévolat offraient des taux de 29% pour le *mieux être des personnes aidées* et de 29% pour la *satisfaction personnelle*, de 8% pour le fait de *rencontrer des gens* et de 8% pour *l'emploi du temps libre*, des chercheurs concluaient :

« Les motivations des individus se partagent de façon générale entre le mieux être des personnes aidées et une satisfaction personnelle. Cette double dimension reflète bien la transformation qu'a connue le bénévolat au cours des dernières décennies durant lesquelles le bénévole est devenu plus conscient de l'apport de son acte à son propre bien-être. » (Barrière et Mercier, 1991, p.125)

Devant la multiplicité de motifs, d'autres inventaires à grande échelle ont abouti à des regroupements en catégories comme l'a fait cette enquête australienne qui propose dix composantes pour un profil motivationnel mettant l'accent sur les bénéfices pour les bénévoles : valeurs, réciprocité, reconnaissance, compréhension, estime de soi, réactivation du passé, socialité, protection de soi, interaction sociale, développement de carrière (Esmond et Dunlop, 2004). Une autre enquête australienne auprès de milliers de bénévoles faisait émerger une segmentation en six groupes : le bénévolat classique (14%), le bénévolat militant (10%), les bénévolat d'engagement personnel (21%), le bénévolat de satisfaction personnelle (20%), le bénévolat de motivation hétérogène (16%) et le bénévolat d'altruisme (20%) (Dolnicar et Randle, 2004).

2.1.4.2 Motivation et bienfaits... pour recruter les bénévoles

Tous ces sondages objectifs et ces enquêtes descriptives confirment en quelque sorte la diversité et l'amalgame de motifs ou de raisons constatées sur le terrain par ceux et celles qui oeuvrent dans les institutions où on fait appel à des travailleurs bénévoles : aider les autres et être utile, occuper son temps libre, mettre ses compétences à profit, acquérir une expérience de travail, connaître des gens et se faire des amis, se réaliser et s'épanouir, exprimer sa reconnaissance envers la société, travailler pour une cause, acquérir de nouvelles compétences, faire reconnaître ses talents, participer au mieux-être de la collectivité, par solidarité avec les souffrants, etc. (Ledoux, 2007).

Action altruiste sans bénéfice ni rétribution pour le bénévole? Au contraire. Certaines recherches tendent à démontrer l'effet positif du bénévolat sur la qualité de vie des bénévoles (Thoits et Hewit, 2001; Wheeler et alii, 1998) Ainsi, dans son enquête auprès de 1,770 femmes impliquées dans l'aide directe aux bénéficiaires, Lucks (1988) a qualifié de « helper's high » cette sensation d'augmentation d'énergie, de bien-être, de détente et de libération de stress dont témoignent des bénévoles :

« There is considerable evidence of various kinds to suggest that doing good may indeed be good for you. » (Lucks, 1988, p.42)

Dans les secteurs de la santé et des services sociaux, Barrière et Mercier (1991) avaient aussi constaté l'apport positif de cette expérience pour les bénévoles : acquisition de connaissances pour 30% d'entre eux, plus grande sensibilité à la condition humaine pour 23%, meilleure communication interpersonnelle pour 10% et satisfaction de rendre les autres heureux pour 10% des participants.

Faisant écho à ces données, on ne s'étonnera pas de voir les organismes de bénévolat les amplifier en s'adressant aux candidats possibles. La sollicitation et le recrutement passent évidemment par l'appel aux motivations et aux bonnes intentions auxquelles ces activités peuvent apporter satisfaction. C'est ainsi que sur le site WEB d'un centre régional de bénévolat, à la suite d'une liste semblable de raisons, on peut lire :

« Pourquoi faire du bénévolat? Pour défendre une cause, par altruisme, par besoin d'engagement social, pour se valoriser, pour donner une dimension plus humaine à sa vie. » (Centre du bénévolat de la Rive-Sud)

Cette sollicitation motivante peut aussi s'inspirer des bienfaits personnels retirés de l'expérience du bénévolat. Le site WEB Volunteer Canada, jouant également sur la motivation des candidats, dresse une liste des bénéfices susceptibles d'attirer le bénévoles : élargir son réseau de contact, développer des habiletés, acquérir de l'expérience de travail, construire l'estime et la confiance en soi, améliorer la santé, rencontrer des personnes, se sentir désiré et apprécié. C'est aussi ce que le site WEB Bénévoles Canada met en évidence quand il rapporte que 79% des répondants à l'ENDBP de Statistique Canada (1997) indiquent mieux comprendre les autres et avoir plus d'entregent, que 68% soulignent que cela les a aidés à mieux communiquer et que

63% disent avoir acquis d'autres connaissances. (Note : les taux pour le Québec sont similaires à 1 ou 2% près dans cette enquête de 1997) Soulignant que les gestes altruistes favorisent un sentiment de quiétude, sorte d'euphorie de l'aidant, et donnent sens à la vie, la rédactrice ajoute :

« Une étude menée en Ontario sur les bienfaits du bénévolat révèle que non seulement le bénévolat améliore l'estime de soi et aide à combattre l'isolement social mais il atténue également les effets du stress, réduit l'hypertension et renforce le système immunitaire. » (Jenkins, 27 juillet 2005)

Comme quoi le travail gratuit offert aux autres apporte aussi son lot de récompenses et de rétributions pour le travailleur bénévole. Ce n'est pas sans raison que le Bureau of Labor américain publie des statistiques sur le bienfaits du bénévolat : augmentation de l'estime de soi, du contrôle personnel, du bien-être psychologique et de la satisfaction de vie (Choi et alii, 2007).

On aura compris que les organismes faisant appel au travail des bénévoles vont s'intéresser aux motivations pour attirer les candidats mais aussi pour affiner leur processus de sélection et d'orientation de ces candidats vers les activités en conformité avec les motifs, les raisons ou les buts évoqués. En arrière plan se profile inévitablement la dimension organisationnelle du monde du travail avec ses critères de sélection et d'efficacité. Dans son site WEB, la Commission sur le bénévolat du Kentucky en fait déjà une proposition formelle: « You can have volunteers rate the relative importance of the following factors in order to get an idea about what motivates them » et fournit une liste de 26 énoncés possibles, par exemple : to have fun, to pay back, to make new friends, to feel usefull etc.

Ces données descriptives nous auront permis de confirmer l'existence sociale d'une réalité qui est aussi un produit historique à dimensions multiples que nous appelons bénévolat. Il n'est pas inutile de rappeler que c'est ce fait de société traversé de ses déterminismes culturels, idéologiques, économiques et politiques qui nous intéressera dans sa composante psychologique pour finalement le situer dans un environnement institutionnel particulier. Que nous enseigne la recherche des psychologues à ce sujet?

2.2 La recherche psychosociale sur la motivation des bénévoles

«Why do significant numbers of people engage in the unpaid helping activities as volunteers? (...) our program of research has explored the role of motivation in the process of volunteerism, especially decisions about becoming a volunteer in the first place and decisions about continuing to volunteer. » (Clary et Snyder 1999, p.156)

La question posée paraissait simple au départ mais elle se complexifie au fur et à mesure que des réponses sont proposées avec une prétention de généralisation. La recherche en psychologie sociale sur le bénévolat a multiplié les études sur la motivation des bénévoles pour tenter de dépasser les listes d'inventaires et les tableaux descriptifs. Il y a là une contribution qui vise à caractériser les déterminants et les aboutissants de cette pratique, à mettre en lumière les combinaisons de variables et en dégager des enseignements le plus souvent utiles aux organismes ou institutions responsables de l'accueil, de la sélection, de l'orientation, de la formation et du soutien du personnel bénévole. L'approche fonctionnelle est ici prépondérante :

« Functional analysis is concerned with the reasons and purposes that underlie and generate psychological phenomena, the personal and social needs, plan, goals and functions being served by people, beliefs and their action. » (Clary et Snyder 1991, p.123)

Au fil des études on pourra constater d'une part qu'elles s'appuient sur les propos, les choix d'énoncés ou les jugements de valeur des bénévoles eux-mêmes relativement à leur motivation (ce qui sera par la suite comptabilisé) et d'autre part que la motivation affective ainsi exprimée, objectivée, est considérée déterminante pour mobiliser l'acteur, influencer son traitement de l'information et ses interactions sociales et ainsi contribuer à sa façon de répondre aux besoins des autres. A priori, « Affective motivations probably influence the performance of prosocial behaviour at several levels » (Eisenberg, 1982, p.13).

Dans ce type de recherche d'inspiration fonctionnaliste "du" ou "des" dénominateurs communs, les motifs exprimés traduisent les fonctions remplies par les actions, ce qui soulève deux implications :

- a) une même action peut servir différentes fonctions;
- b) ces fonctions concernent les désirs conscients des individus.

2.2.1 Catégorisation et modélisation des motifs

Sur cette base, la recherche empirique ira tantôt vers une thématisation par sélection d'énoncés prédéterminés, tantôt vers des catégories nominalistes plus réductrices et abstraites, parfois de l'un à l'autre. On conviendra que la dénomination des catégories par le chercheur ou l'attribution d'un énoncé à un thème ou à un autre peut échapper à l'objectivité et à la validité espérées par le chercheur. Le modèle final sera parfois unidimensionnel (par ex. altruisme-empathie), bidimensionnel (par ex. égoïsme-altruisme versus intrinsèque-extrinsèque) ou multifactoriel. Quelques exemples le démontrent.

S'inspirant des constats sur les comportements d'aide spontanée, Penner (2002) a observé que les bénévoles avaient des scores plus élevés sur les indicateurs d'empathie (other oriented) et de disposition à l'aide et que ces deux caractéristiques étaient en corrélation positive avec l'ampleur de l'activité bénévole et sa persistance. En cherchant à développer un instrument de mesure de la motivation des bénévoles Schondel et alii (1992) proposaient aussi une échelle en deux grandes catégories opposant cette fois motivation intrinsèque et motivation extrinsèque, la première regroupant les thèmes *actualisation et estime de soi* ainsi que *compétence personnelle et accomplissement*, la deuxième exprimant la *survie et l'appartenance sociale*.

Une autre recherche proposait d'élargir à trois la catégorisation des motifs qui se sont présentés ainsi par ordre d'importance : altruiste, égoïste/matérialiste et social (Schafer, 1995). Forts de leurs 47 entrevues dans des municipalités québécoises, Gagnon et alii (2004) proposent quant à eux une catégorisation différente en trois axes fondée sur le rapport au sens et au contexte de la pratique : a) don (altruiste) au sens de préoccupation de l'autre; b) identification aux démunis, sincérité, absence de jugement;

éducation et culture au sens de changement de vie, élargissement des horizons, développement des aptitudes, réflexion et création, croissance personnelle; c) parole et écoute relativement aux modes d'expression, à la connaissance de l'autre, à la confiance et au respect, à la liberté.

Wiehe et Isenhour (1977) nous fournissent un exemple de thématisation en quatre composantes qui sont apparues par ordre d'importance dans leur recherche : altruisme, satisfaction personnelle, amélioration personnelle, demande externe. (On conviendra que le deuxième et le troisième paraissent se ressembler thématiquement et s'opposer au premier.)

Mais le modèle multifactoriel qui s'est sans doute imposé davantage dans tout ce champ de recherche reste le modèle à six fonctions défendu par Clary et alii (1998) et qui, appliqué par exemple aux cinquante ans et plus, donne le classement suivant pour tous les énoncés possibles de motifs : expression de valeurs sociales, connaissances et habiletés, développement personnel, avancement de carrière, interaction sociale, protection de soi (Clary et Snyder, 1999). Cette dernière recherche suggérait que l'ordre et l'importance de ces motifs variaient selon les groupes sociaux, qu'une majorité de répondants évoquaient deux ou plus de deux motivations importantes et que pour une même activité, l'importance relative des motivations variait d'un bénévole à l'autre. Appuyant ce même modèle, Okun et alii n'ont trouvé aucun support favorable à une explication unidimensionnelle ou bidimensionnelle à la motivation des adultes plus âgés (Okun et alii, 1998).

Reprenant l'application de ce même modèle, mais cette fois en combinant les données recueillies par questionnaires objectifs avec les résultats de questions ouvertes, Allison et alii (2002) sont conduits à l'ajout de trois motifs additionnels : *enjoyment*, *team building* et *religiousness*. Ils affirmaient aussi que certains des choix de réponse de l'instrument de mesure de Clary à la base des dimensions de ce modèle se recoupaient et ne résistaient pas aux vérifications statistiques de l'analyse factorielle.

Après avoir dégagé les constats et les tendances de la recherche des psychologues, Chantal (1997) constatait les biais de la polarisation altruisme/égoïsme et « l'absence relative d'instruments valides et fidèles mesurant la motivation envers le bénévolat ainsi que l'absence relative de modèles motivationnels permettant d'expliquer la persévérance dans le bénévolat » (Chantal, 1997, p.X). Pour parvenir à caractériser ce qui se définit par un comportement d'aide réfléchi à l'intérieur d'un contexte relationnel et qui repose sur une multiplicité de motivations qui peuvent aller du désir d'aider autrui au fait de vouloir en retirer des bénéfices personnels, Yves Chantal s'est inspiré du modèle théorique de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985) ce qui lui permettait d'intégrer les dimensions altruisme/égoïsme (aspect relationnel), intrinsèque/extrinsèque (aspect satisfaction) et autodéterminée/hétérodéterminée (aspect régulation). L'instrument proposé, construit à partir de choix d'items pré-établis par comité d'experts (i.e. doctorants en psychologie!), montre un classement possible de la motivation en huit grandes combinaisons de motifs.

Finalement, insatisfaits de la prolifération de facteurs arbitraires se recoupant parfois les uns les autres, Cnaan et Goldberg-Glen (1991) ont repris 28 énoncés de motifs/thèmes identifiés par la recherche et les ont soumis à des bénévoles et à des non-bénévoles pour ensuite en faire l'analyse statistique. Ils sont arrivés à la conclusion de la prégnance d'une motivation unidimensionnelle, "a rewarding experience" :

« If our theory that motivation to volunteer is unidimensional, is correct, then volunteers are both altruistic and egoistic. That is volunteers do not distinguish between types of motives; rather they act on both." (Cnaan et Goldberg-Glen, 1991, p.28)

Cette remarque, faisant mention de ce que nous pourrions qualifier de dynamique de l'ambivalence inscrite en filigrane dans les études sur la démarche bénévole, annonce une perspective psychodynamique que nous retrouverons plus loin après avoir pris en compte l'insistance de la recherche psychosociale relativement à la qualification "altruiste" de l'acte et de la motivation des bénévoles.

2.2.2 Choix d'activités et satisfaction des motifs

Si le bénévolat peut répondre à différentes « raisons » d'engagement pour différentes personnes, qu'en est-il du choix des différentes activités? Il était légitime de penser que les candidats ne s'impliquent pas au hasard dans une activité ou l'autre. Comme disait Cellier en observant les services de bénévolat : « le profil des bénévoles semble s'accorder à la population ciblée » (Cellier, 1998, p.63). La recherche de Houle et alii (2005) va plus loin en ajoutant qu'il y a différenciation des activités en fonction des motifs à satisfaire i.e. que les individus préfèrent des tâches comportant des bénéfices conformes à leurs motifs personnels.

C'est en ce sens que des études plus pointues nous informent des motifs en rapport avec les bénéfices potentiels et les répercussions attendues pour les bénévoles que ce soit en soutien à des tournois de golf (Pauline, 2006), en coaching de hockey mineur (Spellanzani, 1987), en animation de club à vocation socioculturelle (Hsieh, 2000), ou en santé auprès de sidéens en élargissant la recherche à la séquence antécédents-experiences-conséquences (Omoto et Snyder, 1995; Snyder et Omoto, 2001). Dans cette dernière recherche, les auteurs précisait que ce n'était pas tant la distinction entre les prétentions égoïstes ou altruistes qui importait dans l'engagement et la persistance mais l'intensité de la motivation, ce que tendent à démontrer les recherches sur la motivation :

« (...) compatible with a great deal of contemporary theorizing in personality and social psychology that emphasizes the motivational and purposive agendas that guide and direct human thoughts feelings and behaviours in a wide variety of life domains. » (Omoto et Snyder, 1995, p.684)

Intensité de motivation et choix d'activité, on conviendra que cela appelle des satisfactions et donc des insatisfactions et des difficultés possibles. D'où, par la suite, les vérifications sur la compétence et la persistance en rapport avec la motivation initiale des candidats et l'étude du rapport coûts-bénéfices à l'épreuve de la réalité. S'il y a un motif d'engagement pour satisfaire des besoins, des intentions et des aspirations, ne peut-on supposer qu'il peut y avoir une contre-partie à assumer?

Dans le contexte général des groupes communautaires, un sondage complété par des groupes de discussion a permis à des chercheurs de l' UQTR de mettre à jour, dans un premier temps, trois thèmes majeurs relatifs aux effets positifs reconnus par les bénévoles : a) l'expérience d'émotions positives de joie de plaisir et de fierté, b) la valorisation personnelle, c) l'ouverture sociale et relationnelle. Ce travail de recherche sur le terrain a aussi attiré l'attention, dans un deuxième temps, sur des effets négatifs rencontrés dans l'expérience du bénévolat : aa) attitude négative des bénéficiaires (abus, rejet, refus, agressivité); bb) lourdeur des situations et impuissance à combler l'écart entre les exigences et les ressources; cc) obstacles et obligations; dd) deuil du lien avec un bénéficiaire (Lacharité et alii, 2002).

C'est, par exemple, sur cet aspect que Snyder et alii (2004) insistent en passant des considérations générales sur la motivation au cas spécifique des bénévoles auprès de sidéens (i.e. augmentation de la confiance et de l'estime de soi, connaissance de la maladie mais aussi ostracisme gay, risque perçu de maladie, burn-out et perte).

Des chercheurs ont également questionné quels étaient les liens entre la motivation et le degré de satisfaction en tenant compte du sexe des bénévoles dans divers lieux, tels les soins de longue durée, pour constater que sont les femmes de plus de 55 ans axées sur le *souci pour les autres* qui se disaient les plus satisfaites de leur expérience (Latta, 2001). Dans un autre cas, on a démontré que dans les hôpitaux, les bénévoles plus âgés étaient davantage orientés vers les *gratifications sociales*, qu'ils étaient aussi les plus fiables et que parmi eux ce sont les femmes qui recevaient les meilleures évaluations par les administrateurs (Zweigenhaft et alii, 1996). Comme on l'a vu précédemment, les femmes sont fortement majoritaires parmi les bénévoles dans les institutions de santé.

Finalement, si on peut postuler que les individus s'engagent pour satisfaire leurs motivations, il semble aussi, d'après un groupe de chercheurs, que les individus qui affichent plus d'une motivation rencontrent plus de difficultés que ceux qui à l'origine sont devenus bénévoles pour répondre à une seule motivation (Kiviniemi et alii, 2002).

2.2.3 Les influences sur la motivation

Mais la motivation exprimée peut-elle constituer la source unique, la variable indépendante, la *prima causa*, l'explication suffisante du bénévolat? Les chercheurs ne pouvaient éviter de s'interroger sur les facteurs de variation des motifs et leurs effets. La psychologie sociale a su démontrer que les plus simples comportements d'aide ponctuel (*helping behavior*) sont influencés par des conditions environnementales : ville/campagne, température ambiante, foule, bruit, lumière. (Bell et alii, 2001). Il va sans dire que la multiplication des variables rapproche la recherche de la particularité des activités, des organismes et des bénévoles et rend prudent contre toute comparaison et généralisation.

Travail, loisirs ou pratiques culturelles, les intérêts et les choix des individus varient avec l'âge. Les activités bénévoles n'y échappent pas. Sur la base d'entrevues pour reconstituer l'histoire de vie (perspective longitudinale) et de questionnaires adressés à différents groupes d'âge (perspective transversale), Boling (2005) a pu constater des rapprochements avec les stades de développement d'Erikson (v.g. théorie des moments de crise) et les motivations invoquées. Elle concluait que pour un même individu, on pouvait s'attendre à ce que les motivations se transforment au fil des années, ce qui n'est pas sans intérêt pour comprendre les choix, la persistance et l'abandon des activités et le type de contribution bénévole. On a observé par ailleurs que, par tranche d'âge, les aînés, pour ne pas dire les vieux, interviendraient davantage par sentiment d'obligation ou de conscience sociale et moins par intérêt personnel que les plus jeunes (Chappell et Prince, 1997).

La population des personnes âgées, compte tenu de la retraite du marché travail, de leurs expériences de vie et de leurs compétences, constitue un bassin important de bénévoles actuels et potentiels à qui la pratique du bénévolat donne le « sentiment d'être utile et d'être valorisée » plus que la pratique d'activités dites de loisirs :

« Le travail bénévole semble donc apporter suffisamment de gratifications pour combler une partie du vide laissé par le retrait du milieu professionnel ou le départ des enfants. » (Brault, 1990, p.50)

Ils ont donc fait l'objet d'une attention particulière, le plus souvent en rapport avec les établissements de santé et les services sociaux. L'observation de cette population cible montre bien que la motivation (contribuer au bien-être de la collectivité, utiliser ses compétences pour les autres, sentiment d'être utile) n'agit pas seule puisque, par exemple, après la cinquantaine, la disponibilité de temps, les ressources personnelles et sociales de même que l'état de santé peuvent favoriser ou contrer l'engagement bénévole d'une part et d'autre part que les effets « pour soi » de l'expérience influencent la poursuite ou non de l'engagement initial (Baril, 2003; Warburton et alii, 1998). On a même pu vérifier l'effet positif du réseau social antérieur (i.e. le capital social) sur la participation des vieux, ce qui peut parfois laisser croire à un lien entre extraversion/intraversion et bénévolat (Okun et alii, 2007).

On a noté plus haut qu'une variable comme l'âge ou le sexe prise isolément ne suffit pas pour prévoir le type de motivation. Ainsi, il apparaît de façon générale que les hommes et les femmes peuvent différer dans leurs choix de motifs et de types de bénévolat, il semble aussi que dans une même institution, en milieu hospitalier par exemple, les hommes répondent davantage aux dimensions reliées à l'occupation professionnelle (i.e. habiletés de travail) tournées vers l'externalité alors que les femmes répondent davantage aux préoccupations relationnelles (i.e. de tradition familiale et éducative) tournées vers l'intériorité (Ibrahim et Brannen, 1997). Encore là faudra-t-il nuancer l'observation en tant compte des combinaisons des variables. En effet, l'observation plus détaillée montre qu'au sein de cette population féminine de bénévoles en milieu hospitalier, des distinctions apparaissent selon l'âge : les femmes plus âgées y sont davantage présentes et elles sont plus motivées par des gratifications internes que les femmes plus jeunes proches de leurs intérêts de carrière (Fata, 1996).

Finalement, au sein d'un même groupe d'apparence homogène, des vérifications faites sur le rapport entre les traits de personnalité (Big Five Traits : *agreeableness*, *extroversion*, *openness*, *neuroticism*, *conscientiousness*), les motivations de bénévolat et l'activité bénévole n'ont montré que des effets modestes de ces traits sur l'engagement puisqu'ils devaient être relayés par les motifs (Carlo et alii, 2005).

2.3 Point de vue psychosocial sur le bénévolat des soins palliatifs et de fin de vie

Les études précédentes nous invitent à porter attention au choix d'activité bénévole. En 1984, Kearny et Carpenter, préoccupés par la sélection et la formation des bénévoles dans les services de fin de vie posaient la question : « Why do you want to be a hospice volunteer? »

« Trainees are asked to explore their own feeling about death, grief and loss and then reach a greater awareness of themselves. It is felt that one cannot help others without first understanding and knowing himself. » (Kearny et Carpenter, 1984, p.36)

2.3.1 Le choix du bénévolat de soins palliatifs et de fin de vie

Le motif dominant les entrevues téléphoniques dans l'étude de Kearny et Carpenter exprimait le désir d'aider les autres mais les auteurs restaient prudents : « We have found that it is not wise to be quick to judge » (op.cit., p.38). Dans le même esprit, Seibold et alii (1987) reprenaient un bilan des études générales sur le bénévolat et se penchaient sur la motivation spécifique du bénévolat de soins palliatifs. Les résultats sur questionnaires indiquaient la prépondérance accordée à l'aide de ceux qui sont dans le besoin (81%), suivi du support à la philosophie de l'institution et la recherche de croissance personnelle.

Récemment, Claxton-Oldfield et alii (2004) poussaient plus loin la recherche en validant une vingtaine de motifs issus d'enquêtes et d'entrevues avec des bénévoles et repris dans l'administration subséquente de questionnaires. Les quatre raisons les plus fréquentes apparaissaient ainsi par ordre d'importance : aider à calmer la souffrance, aider les autres à affronter la mort, supporter la philosophie des soins palliatifs, avoir vécu la mort d'un proche. Leur analyse leur permettait aussi de pointer que dans cette pratique féminisée du réconfort à l'approche de la mort quatre facteurs favorisaient

l'engagement : le temps disponible, le bénéfice personnel, l'activité altruiste, la responsabilité civique.

Dans son manuel de soins palliatifs, Lamau (1994) indique que les désirs les plus souvent énoncés par les soignants visaient la solidarité, les relations authentiques et réciproques, l'intensification de la vie. Elle faisait aussi état de motifs moins explicites : faire partie de cette équipe médicale, être reconnu et profiter de la visibilité d'un sujet à la mode, en tirer un bénéfice personnel à l'approche de sa mort. L'inventaire des motifs dressé par Vachon (1985) montre aussi que ceux-ci ne sont pas toujours d'ordre altruiste : y venir par hasard et apprécier les gratifications, s'affilier à la chose *in*, pour défier la mort ou maîtriser la souffrance, par zèle missionnaire religieux, par suite d'une expérience personnelle, par hantise de la maladie soignée.

Au terme de son étude sur les motivations, les rôles, l'environnement et les activités propres à ce type de bénévolat, Blanchard (2006) n'a pu confirmer plusieurs des motifs indiqués dans les modèles fonctionnalistes. La chercheuse, tout en insistant sur la générosité dans la contribution/réparation et la satisfaction personnelle (accomplissement), mettait en évidence, un choix de bénévolat fondé sur une combinaison de facteurs et des raisons personnelles (maladie, décès, dette morale) de même que le sentiment d'un plus grand besoin d'aide dans cette situation de fin de vie. Notons au passage que dans ce contexte, les différences d'âge ne seraient pas en rapport avec les motivations mais bien avec les rôles de proximité plus ou moins grande avec les malades (Black et Kovac, 1999).

2.3.2 Motivation, efficacité et satisfaction des bénévoles

Un certain nombre de recherches ont mis en relief l'effet des caractéristiques personnelles sur la continuité de l'engagement bénévole (Finn Paradis et Usui, 1987), de l'autoappréciation de ses dispositions préalables pour ce bénévolat (Burnett 1985) et de thèmes qui peuvent définir la compétence dont : l'importance de la relation, la

capacité de limitation de l'implication, l'approche globale du patient, la reconnaissance de l'émotivité, les recours contre le stress, la perception de sa compétence relationnelle, l'élargissement de la conscience de soi, le contentement, la perception de sa motivation, la gestion de la frustration (René, 1988). Ce dernier chercheur replaçait la motivation de ce choix délibéré dans l'ordre affectif relié au concept de soi : côtoyer des gens âgés, mettre ses compétences à contribution, satisfaire le besoin personnel de donner, travailler dans milieu plus humain, intérêt pour la dimension ésotérique de la mort.

En comparant les motivations des bénévoles jugés les plus efficaces aux bénévoles jugés les moins efficaces par les administrateurs, des chercheurs ont découvert des écarts statistiquement significatifs en faveur des plus âgés et en faveur de ceux qui avaient un désir plus élevé d'aider et de supporter la philosophie de l'hospice. On retiendra ici que les plus efficaces avaient presque tous une histoire de décès dans leur famille immédiate (Lamb et alii, 1985). *(Note : on conviendra que les gens plus âgés sont susceptibles d'avoir vécu plus de deuils !!!)* Une autre recherche examinant une sélection de bénévoles efficaces, constatait qu'une plus grande efficacité semblait liée à l'expérience d'un deuil dans la famille et que parmi ces bénévoles efficaces, les femmes se montraient plus extraverties que les hommes. Des réactions relativement plus positives face à la mort ont aussi été enregistrées chez ceux qui s'autoproclamaient fidèles aux pratiques religieuses (Caldwell et Pearson Scott, 1994).

Parmi toutes les expériences antérieures des soignants (i.e. scolarité, éducation, profession) il semble donc que « l'expérience antécédente des pertes personnelles entraîne une plus grande sensibilité et une plus grande conscience face aux besoins et aux soins des autres » (Reisetter et Thomas, 1986). Les résultats de Pillemer et alii (1996) dans le contexte de l'Alzheimer vont dans le même sens quand ils observent l'importance pour 75% des bénévoles de la *motivation étayée sur le sens de la dette et l'identification aux semblables* avec qui ils veulent partager leur expérience, 90% disant vouloir aider.

« From this recognition and empathic understanding a sense of concern and a desire to help other caregivers facing similar challenges arises (...) their sense of a shared experience, a feeling that their essential similarity to other caregivers

provides them with special understanding that motivates them to participate (...) » (Pillemer et alii, 1996, p.16)

Cette contribution à la démarche bénévole de l'expérience du deuil familial (ou d'un proche) revient souvent au fil des recherches et les chercheurs sont portés à en tirer une constante :

« Our most effective hospice volunteers are those who have experienced a major loss in their own lives and reached a healthy level of healing from that loss. They have made those loss experiences part of their own lives. These losses which serve to make the survivor more compassionate and sensitive, are often part of the motivation for deciding to become a hospice volunteer. » (Wilson, 2000, p.108)

Par ailleurs, l'expérience de mortalité antérieure et de deuil n'est pas la seule variable pour les soins palliatifs de cancer par exemple, puisque des différences quant à la réussite du travail de bénévole apparaissent aussi en faveur de ceux qui ont été eux-mêmes affectés par un cancer (Remmer et alii, 2001).

Pour ce qui est du rapport motivation/ satisfaction de cet engagement, il apparaît grosso modo d'après Finkelstein (2007) que les bénévoles motivés par des valeurs de type altruiste et le désir de mettre leurs habiletés au service des autres (i.e. échelle à six dimensions de Clary) avaient une appréciation plus positive de leur expérience. Vingt ans plus tôt, Silbert avait attiré l'attention sur les motifs et la satisfaction relatifs à la croissance personnelle et au souci pour les enjeux autour de la mort en ajoutant une nuance contextuelle : « Satisfaction is clearly closely tied to the perceived value of the volunteer role in the meaningful participation in the patients care » (Silbert, 1985, p.40).

2.3.3 Motifs, satisfaction et stress

« With the bereavement process, feeling of helplessness may be more problematic than with other activities. (...) Our finding that volunteers reported highest levels of stress when working in the palliative care unit is consistent with previous research. » (Seibold et alii, p.49 et p.54)

Il est clair que le bénévolat dans ces services de fin de vie avec la mort à proximité peut présenter des difficultés particulières qu'on ne retrouve pas dans d'autres champs d'activités bénévoles et nécessiter une disposition spécifique, une préparation ad hoc : perdre des patients, affronter des défigurations et des dégradations corporelles majeures (Dein et Abbas, 2005). Finn Paradis et alii (1987) avaient observé que les institutions de soins palliatifs perdaient jusqu'à 80% des candidats bénévoles après leur session de formation et ont cherché à cerner les stressseurs reliés au travail demandé. Leur recherche a mis en évidence l'ambiguïté des rôles dans les plans de soins d'une part et le sentiment d'être inadéquat devant les besoins complexes ainsi que la frustration dans les efforts de soutien au patient et à la famille d'autre part. Il semble que ce type de bénévolat ne convienne pas à n'importe qui. Des observations sur 80 volontaires indiquent que l'épuisement pourrait être prédit par les scores des candidats sur l'instabilité émotionnelle de même que sur l'accomplissement personnel par des mesures d'autonomie personnelle (Bakker et alii, 2006).

Manque de support du personnel professionnel, relations de travail inégales, difficultés devant les refus et les rejets des patients et de leurs familles, frustration de perdre des liens, échec de la réussite de la belle mort, difficulté du respect de ses limites, surinvestissement de ressources personnelles, les facteurs de stress sont nombreux dans le contexte des soins palliatifs et les motivations à l'origine ne rencontrent pas toujours satisfaction (Vachon, 1983). Ambiguïté des rôles mais aussi parfois ambiguïté des raisons comme autant de buts qui ne seront jamais satisfaits : résoudre des pertes antérieures, remédier au sentiment de culpabilité, assumer un appel de vocation, prouver son attention aux mourants (Vachon, 1985).

Par ailleurs, une analyse d'entrevues de 45 bénévoles auprès des mourants et de leur famille a pu relever dans une majorité de cas une impression de gain en maîtrise sur les pertes antérieures dans leur vie personnelle. Selon les enquêteurs : « they may also be reducing the stress load from personal losses as they expose themselves to the rather intense stimuli of client in crisis » (Garfield et Jenkins, 1981). Adaptation confirmée? Ajustement précaire? Cela rappelle les propos de Feifel et alii (1967) pour qui les

recherches indiquent que les médecins et les infirmières (ces dernières à un niveau plus élevé d'après Johnson, 1984), démontrent une peur de la mort plus prononcée que la population en général et qu'ils chercheraient ainsi une façon de composer avec la mort.

Devant ce tableau, un constat s'impose : prudence dans l'interprétation et la généralisation des observations sur le bénévolat applicable sans distinction de contexte pour fin de sélection et de formation. Ce milieu de bénévolat en particulier serait propice aux manifestations d'impuissance et d'insécurité :

« Losses to which caregivers are exposed can cause grief and depression (...) Bereavement may result from other losses as well: such as, a loss of self-esteem because of inadequate role performance or loss of support from significant others. (...) This susceptibility may evolve from an overinvestment in the caregiver role. (...) Those whose major psychological investment is in their work are more vulnerable to feelings of incompetence (...) » (Vachon, 1987, p.98)

Dans cet environnement ce sont les morts quotidiennes et les limites du travail de soins qui se déposent sur l'expérience antérieure de la mort, de la perte et du deuil :

« Unresolved grief or guilt may hamper the volunteer's ability to deal with the needs of the patient and/or family and result in rapid burnout. More over, identification with a patient who reminds the volunteer of the past may prove problematic not only for the volunteer but also for the patient and hospice staff. In some cases, the volunteer requires grief support after the patient has passed away. » (Finn, Paradis et alii, 1987, p.177)

Bref, la recherche psychosociale confirme que le contexte des soins palliatifs avec la mort pour dénouement comporte des conditions particulières qui peuvent constituer des occasions de tensions portant éventuellement atteinte à l'équilibre moral des soignants et à leur capacité de remplir leur tâche avec satisfaction. Ce qui a été signalé précédemment sur l'apport positif de l'expérience et de la motivation relative au deuil antérieur peut aussi s'avérer problématique dans ces circonstances :

« The reasons given for entering this field of practice can influence how the caregiver responds to the stress characteristic of hospice work. For some, a personal experience involving the dying and death of loved one motivates the person to seek ways to help other families through similar situations (...) when the caregiver has not completed a personal grief process and chooses hospice work the risk for negative stress responding escalates. » (Patrick, 1987, p.225)

Quand il a comparé 18 bénévoles qui avaient laissé leur travail après quelques mois aux 24 autres qui étaient restés en fonction plus d'une année, Amenta (1984) a constaté que des différences significatives les distinguaient déjà au moment de la sélection en ce qui a trait à un indice d'anxiété de mort. Ce travail a donc des caractéristiques qu'on ne trouve pas ailleurs et il apparaît clairement que les bénévoles confrontés à la maladie et à la mort ont intérêt à prendre conscience de ce qui les anime dans leurs choix.

« It is important that hospice volunteers have good understanding of who they are, what experiences have shaped them and how they accept themselves. »
(Wilson, 2000, p.108)

2.3.4 La dualité égoïsme-altruisme : mesures et démesure

Le discours sur le bénévolat passe inévitablement par l'altruisme en opposition à l'égoïsme. On l'a vu précédemment dans les constats « objectifs » sur les motifs ainsi que dans les enquêtes démographiques où on concluait que « certains se rapportent à la volonté d'acquérir des compétences et d'autres sont purement altruistes » (Stat. Can., 2004, ECDBP, p.45).

Dans un dictionnaire de vulgarisation comme Le Larousse, l'altruisme réfère à la disposition de caractère qui pousse à s'intéresser aux autres, à se montrer généreux et désintéressé et l'altruiste sera celui qui manifeste ce caractère. Simple et sans équivoque au sens commun. Cependant, dans un dictionnaire spécialisé on lira : « en psychologie l'altruisme caractérise le fait qu'un individu aide un autre individu. Cette aide est énoncée à tort ou à raison comme désintéressée » (Caralp et Gallo, 1999, p.31). D'où il ressort que le terme comporte une ambiguïté et peut aussi se rapporter soit à l'acteur, soit au geste, soit au résultat dont on n'est plus si certain qu'il soit désintéressé! On ne sera pas plus rassuré en lisant : « behavior such as helping or sharing that promotes the welfare of others without conscious regard for one's own self interest » (Hoffman, 1982, p.281) ce qui disqualifie les mêmes gestes qui seraient exécutés avec la conscience d'une gratification !!!

Complicé et équivoque? Batson faisait remarquer que le terme "altruiste" apparaissait rarement dans les articles publiés en psychologie entre 1930 et 1970 (Batson, 1991, p.42). Dans ce champ de recherches, l'altruisme qualifia parfois non pas la motivation mais le comportement d'aide qui bénéficie à quelqu'un d'autre, parfois une aide offerte pour des récompenses non pas externes mais internes où le bénéfice de l'autre devient l'instrument de satisfaction pour soi, parfois encore l'activité altruiste devient le moyen de réduire le malaise et l'anxiété éprouvés devant le malheur et la souffrance de l'autre ce qui relève aussi de l'empathie. On a pu constater que les propositions des chercheurs behavioristes ne reposent pas toutes sur la même conception.

On trouve évidemment des études qui ont recours aux distinctions entre motifs altruistes et égoïstes, par exemple pour comparer hommes et femmes dans le bénévolat et prévoir la durabilité de l'engagement (Morrow-Howell et Mui, 1989). D'autres, par opposition aux résultats favorisant les "self-centered motives" ont pu pointer l'altruisme comme étant le motif déterminant sur la durée de service (Penner et Finkelstein, 1998).

On l'a vu au fil des recherches rapportées, des chercheurs ont proposé des modèles qui, tout en reconnaissant la valeur du terme exprimant des activités apportant bienfait aux autres, ont recadré les motivations en les rapportant à une fonction qui pouvait supporter ce qui ressemble à une polarisation irréconciliable pour la "pureté" du bénévolat. Ainsi pour Clary et Snyder (1991), le bénévolat répond à un motif d'expression de valeur qui peut englober tout aussi bien une préoccupation pour le bénéficiaire que la satisfaction personnelle de l'obligation morale de contribution sociale. Mais cela va plus loin, jusqu'à la conjonction plus ou moins explicitée du politique, de l'économique et du moral quand la polarisation "collective reasons" versus "self oriented reasons" d'une variété de motifs inventoriés sert à conclure par exemple, à la suite d'une large étude comparative, que les Américains sont plus altruistes et les Canadiens plus personnels dans l'orientation de leur bénévolat (Hwang et alii, 2005). Comparant les nationalités, on a aussi pu vérifier de telles différences et diverses combinaisons (Van de Vliert et alii 2004) :

Chine : self serving - / altruist motive +

Allemagne de l'Ouest : self serving + / altruist motiv –

Danemark et Italie : self serving - / altruist motiv –

Brésil, Bulgarie, Niger, Lituanie : self serving + / altruist motiv +

Confrontés à la valeur relative accordée à ces termes, les chercheurs ont été conduits, la plus part du temps, à en moduler la signification et la portée pour expliquer la source de l'engagement au bénévolat. Le regard critique fera apparaître que parfois une activité pour une même personne pourrait bien être fondée sur un motif explicite ou son contraire latent :

« One consequence of external orientation of empiricism is that almost all studies that purport to elucidate altruism are open to alternate interpretation. » (Krebs, 1982, p.56)

Pour éviter toute interprétation subjective, les chercheurs choisiront finalement de concentrer l'attention sur le comportement lui-même pour le qualifier d'altruiste à condition qu'il bénéficie à une autre personne, qu'il soit accompli volontairement, qu'il soit le fruit d'une intention, que l'effet bénéfique en soit le but et qu'il soit accompli sans récompense externe, car :

« It is undoubtedly futile to search for the altruistic personality since there are so many different forms altruistic behaviour can take. » (Piliavin et Charng, 1990, p.31)

Déjà en 1981, Smith avait soulevé le fait que le caractère altruiste pouvait être plus ou moins grand selon qu'on se plaçait dans une économie de don ou une économie d'échange, alors que le caractère égoïste pouvait être plus ou moins avoué et avouable. Les enquêtes qui ont suivi ont bien montré les causes multiples du bénévolat alors que l'altruisme n'est pas toujours un facteur majeur. Pour Smith, et nous serons d'accord avec cette critique, les enquêtes par questions aux bénévoles sur le pourquoi du bénévolat nous disent peu sur les motivations sous-jacentes mais bien plus sur les raisons socialement et culturellement acceptées que l'on donne en réponse. Sensation de bien-être, sentiment d'accomplissement, image et estime de soi améliorées, on constate nécessairement ceci : « Significant degree of selfishness in the most

apparently altruistic action » (Smith, 1981, p. 23). Ambivalence incontournable? Contradiction intrinsèque?

Des études comme celle de Phillips (1982) qui a mené des entrevues auprès des familles accueillant, pour les vacances, des enfants des milieux populaires ont bien montré que les bénévoles, sous couvert de motifs altruistes, trouvent leur compte dans l'échange. Selon Batson, « to answer the altruism question we must determine whether benefiting the other person is an instrumental goal or the ultimate goal » (Batson, 1991, p.65). Pour ce chercheur, l'empathie qui serait la motivation derrière l'agir altruiste suppose donc des bénéfices qui ne sont que secondaires pour les bénévoles.

C'est cette émotion qualifiée d'empathique que Powell (2005) a voulu cerner et qu'il suppose à la source de l'activité altruiste des sujets qui s'engagent dans le bénévolat. D'autres ont pu comparer l'intensité des réactions émotionnelles d'empathie chez les hommes et les femmes pour apprécier leur disposition à la détresse personnelle (Eisenberg et Okun, 1996). Affirmant s'appuyer sur plus de 25 expériences de la sorte pour tester les hypothèses contraires, Batson et alii soutiennent que le vrai comportement altruiste aurait sa source dans cette émotion qu'est l'empathie :

« An other-oriented emotional response elicited by and congruent with the perceived welfare of someone else (...) The empathy-altruism hypothesis does not deny that these self-benefits of empathy-induced helping exist. It claims however that with regard to the motivation evoked by empathy, the self-benefits are unintended consequences of reaching the ultimate goal of reducing the other's need. » (Batson et alii, 2005, p.486 et 489)

Sur une note discordante, mais conforme à l'approche comportementale misant sur le renforcement, Midlarsky tiendra une position qui s'intéresse davantage aux possibles effets de l'activité bénévole en se penchant sur les impacts de l'aide sur l'aidant. Elle défendra l'hypothèse du « Helping as a coping strategy » : distraction de ses propres problèmes, renforcement du sentiment d'un sens et de la valeur de sa vie, augmentation de la compétence perçue et du sens du contrôle dans sa vie, amélioration de l'humeur, facilitation de l'intégration sociale (Midlarsky, 1991, p.240). Cette interprétation de l'investissement de soi appliquée aux soins des patients en fin de vie pourrait trouver un

prolongement dans ce que d'autres plus proches de la dynamique psychique qualifieraient par exemple de défense contre-phobique.

Chacun pourra se faire une idée de la contribution de ces recherches à une meilleure compréhension de l'engagement bénévole. Toutefois nous ne pouvons passer sous silence les propos de Godbout qui questionne le paradigme dominant des sciences humaines qui prend la forme d'une théorie des choix rationnels des acteurs et par tant de la rationalité instrumentale avec son postulat des comportements à partir de préférences (i.e. intérêts, valeurs, fins, besoins) (Godbout, 2000, Boréal p.103). Pour lui le don, terme qu'il utilise pour l'offre du bénévole, est avant tout un lien interpersonnel qui porte une signification... « et une relation sans espoir de retour, une relation à sens unique, gratuite et sans motif n'en est pas une (...) le don n'est pas une chose mais une relation sociale » (Godbout, 1992, p.14).

Ce tour d'horizon des recherches sur la psychologie du bénévolat en soins palliatifs nous renseigne, chiffres à l'appui, sur les acteurs et les motivations de ce bénévolat mais les résultats présentés jusqu'ici nous laissent sur une impression d'incomplétude. Si le gestionnaire y trouve son compte, la compréhension du vécu et du ressenti reste en suspens. Dans leur méthode d'enquête comme dans leur questionnement elles se posent à distance (enquêtes d'opinions, entrevues téléphoniques, questionnaires) de l'expérience subjective singulière et n'approfondissent pas, au-delà de l'attribution explicite de motifs et de valeurs, la dynamique de construction de sens de cette pratique dans l'histoire du bénévole. C'est bien ce qui nous intéressera dans les pages suivantes en nous référant aux études qualitatives, au cadre psychanalytique et aux réflexions des cliniciens que nous pourrons compléter par notre étude sur le terrain. Si le thème d'étude reste le même, il se pourrait bien que le regard (et l'écoute) porté sur le sujet bénévole et l'objet motivation diffèrent quelque peu.

TROISIÈME PARTIE

3.1 Point de vue psychodynamique sur la motivation des bénévoles

Rejetant ce qu'ils qualifient de spéculations sur les forces complexes dans les profondeurs de l'individu, nombre de chercheurs ne retiendront pour valides que l'observation des comportements en gestes ou en paroles et les conditions environnementales de ces comportements (Batson et alii, 2005). Aussi riche d'informations intéressantes et éclairantes qu'il soit sur les motifs et le rapport coûts/bénéfices des activités bénévoles dans le secteur de la santé et des soins palliatifs, il nous apparaît que le point de vue psychosocial en restant confiné aux comportements qui se donnent à voir dans la rencontre du social et de l'individu ne peut suffire pour comprendre le sujet humain agi et agissant, pensant et éprouvant.

3.1.1 *Motivation et psychisme*

Les limites inhérentes à ce regard sur les humains et leurs investissements nous incitent à la prudence quant à sa portée ultime pour fin d'orientation, de compréhension et de soutien des intervenants en soins palliatifs. Le tableau des motifs d'action et des enjeux dressé jusqu'ici comporte aussi d'autres dimensions :

« (...) le gain capital que la connaissance psychologique doit aux éclaircissements apportés par Freud, c'est la constatation que la nature humaine possède à titre inaliénable un côté obscur, qui se retrouve non seulement dans l'homme, mais aussi dans ses œuvres, dans ses institutions, dans ses convictions. Même nos visions les plus pures et nos conceptions les plus sacrées reposent sur des assises obscures (...) » (Jung, 1953, éd.1970, p.44)

Notre expérience et notre revue de la littérature spécialisée nous disent qu'il y a pour la compréhension psychologique une deuxième voie d'approche de ce bénévolat, qui est non plus une voie du dehors axée sur l'appréciation de type syndromal vérifiée en cumul statistique mais bien une voie du dedans qui est ouverte à la dynamique psychique

idiosyncrasique et à la dimension relationnelle plus ou moins consciente des rapports soignants-soignés.

La réalité vécue ne passe-t-elle pas aussi « par des médiations, des formations imaginaires, des méconnaissances au niveau symbolique » (M.Mannoni, 1991, p.63) ? L'hypothèse se pose que ce bénévolat est assujetti à un jeu de forces et de contre-forces qui s'expriment par des dispositions psychiques plus ou moins conscientes alors qu'il y a intention, dans un tel contexte, de calmer la souffrance, de maîtriser l'angoisse et de faire face à la perte, à la mort. On l'a vu précédemment, les témoignages ne manquent pas qui expriment le besoin ou la volonté d'aider les autres et la satisfaction qu'en disent retirer les bénévoles. Il n'est pas inutile de relever au passage que l'origine latine du terme *aider* (ad-juvare) renvoie à l'ambiguïté implicite de la notion de faire plaisir que l'on inscrit dans la relation d'aide : secourir, *faire plaisir à l'autre* d'une part et *plaire à l'autre, se faire plaisir* d'autre part.

« (...) faire plaisir à l'autre dérive toujours quelque part sur *se faire plaisir*. Et c'est là que le bât peut se mettre à blesser; se faire plaisir pourquoi, jusqu'où, comment? Qu'est-ce que l'on y trouve qui satisfait, qui rassure, qui soigne, qui renarcissise? (...) On aide dans la mesure où on s'est préalablement aidé. D'où l'importance de se tenir, là encore, à la bonne distance, c'est-à-dire de ne pas soigner pour se soigner, soi d'abord! (...) Il est donc souhaitable de savoir pourquoi on fait ce que l'on fait, et pour qui ou contre qui. » (Plon, 2004, p.52)

Il existe en effet ce que Pinterovic appelle le « syndrome de la relation d'aide » qui est parfois ce trou béant du manque d'amour où vient s'engouffrer le pouvoir qui réduit la relation humaine d'un sujet en face d'un autre sujet à une relation où un sujet cherche à faire de l'autre un objet qui se soumet à ses volontés et à ses attentes correspondant à ses propres motivations (Guggenbühl-Craig, 1985, p.11 et 112).

Un second regard, d'inspiration psychanalytique celui-là, nous invite donc à appréhender le vécu et le ressenti autrement que par une lecture des événements, de la conscience de soi et du discours idéologique. Comme disait Joan Riviere, « la psychanalyse est l'étude des motivations du comportement humain, motivations jusqu'ici inexplicables parce qu'elles étaient inconscientes, c'est-à-dire inconnues de

nous-mêmes» (Riviere, 1957, éd.1975, p.18). En lien avec les besoins ou les émotions, la motivation est ici définie par « *un état de dissociation et de tension qui met en mouvement l'organisme jusqu'à ce qu'il ait réduit la tension et recouvré l'intégrité* » (Lagache, 1955, p.38) d'où une attention renouvelée pour ces conduites dites de bénévolat et plus particulièrement de soins en tant que « *ensemble des opérations physiologiques, motrices, verbales, mentales par lesquelles un organisme en interaction avec un entourage tend à réduire les tensions qui les motivent et à réaliser ses possibilités* » et dont « *la phase de mise en train est dominée par la motivation* » (Lagache, 1953 et 1955, éd.1980, vol.3, pp.123 et 168). Cela signifie aussi que certaines attitudes et conduites, en visant à réduire ces tensions, isolent de la conscience les impulsions, les motifs, les fantasmes du désir toujours à satisfaire. C'est ainsi que dans l'étude de la motivation de la conduite soignante, expression d'un désir qui peut être ou ne pas être satisfait, de cette tension qui peut être ou ne pas être réduite dans cette relation d'aide, on ne peut faire l'économie ni de la souffrance ni du plaisir dans le récit du soignant :

« Le plaisir est la résultante, l'accomplissement d'un projet, d'un désir, d'une pulsion transformant ces résistances ou obstacles en œuvre utile et nouvelle (...) La souffrance décrit cet état de tension entre la poursuite d'un projet, d'un désir et l'opposition de la réalité concrète, les contraintes matérielles ou humaines à la réalisation de ce projet. En ce sens très fondamental, plaisir et souffrance sont indissociables de l'activité humaine. » (Rhéaume, 2006, p.8)

3.1.2 Second regard sur la motivation et les enjeux en soins palliatifs

Ce regard, inspiré de la psychanalyse, est ici celui qui « dévoile les facteurs subjectifs conscients et inconscients de nos actes et conduit à rechercher la source affective pulsionnelle d'une œuvre, à examiner le lien entre des événements personnels et l'orientation du travail » (Lussier, 2007, p.26), qu'il soit professionnel ou bénévole.

« On ne choisit pas par hasard de devenir soignant, de prendre soin des malades, des personnes âgées ou des mourants. Quelles que soient les motivations conscientes ou inconscientes de ce choix, elles sont mêlées à l'histoire de chacun. Le face-à-face avec la souffrance d'autrui réveille donc inévitablement des échos personnels intimes et nier l'affectivité des soignants est une erreur grave. » (Hennezel de, 2004, p.168)

Comme pour ces anamorphoses de la Renaissance qui ne se révèlent que par un angle de vue différent pour en saisir la vérité dissimulée par le peintre, cela nécessite un changement de point de vue sur ce qui se donne à voir de ce travail de soin dont le terme même exprimait à l'origine les deux volets d'un rapport impliquant *souci* et *besoin* où l'un s'intéresse aux besoins de l'autre dans ce contexte des soins palliatifs. En effet, les termes *soin* et *besoin* (be-soin) nous ramènent à cette dialectique dans leur origine francique *sunni* (souci, chagrin) d'une part et *bisunnia*, de *sunnja* (nécessité) et *bi* (auprès) d'autre part alors que l'historique du verbe soigner renvoie à *s'occuper de* et *être préoccupé par* (Rey et Hordé, 2004).

Ce qui est questionné ici c'est ce qui motive ce « souci de l'autre » dans le travail bénévole pour reprendre l'expression de Marie de Hannezel (2004), ce qui suppose une capacité de se mettre à la place de l'autre en pensée et en imagination pour lui venir en aide. Activité complexe, le travail bénévole n'échapperait pas à cette dynamique impliquant pulsions, énergie et désirs inscrits dans un projet qui rencontre aussi des zones obscures dans la réponse de soins donnée aux besoins de l'autre souffrant et désirant. La façon dont les intervenants se sentent gratifiés d'exercer une fonction de « nursing » de patients en fin de vie et la façon dont ils en parlent dans un contexte émotionnel intense, sont pour le moins remarquables « aux prises qu'ils sont avec des processus inconscients internes et des processus ayant trait à des relations interpersonnelles » (M. Mannoni, 1991, p.63).

Considérant que le Ça, le Moi et le Surmoi sont « des systèmes ou des organisations de motivations et d'actions qui s'opposent ou se combinent dans le conflit » (Lagache, 1954, éd. 1980, p.207), une approche psychanalytique de la motivation postulerait que tout comportement est motivé, aussi anodin qu'il puisse paraître (i.e. lapsus, acte manqué, oubli) et que se trouvent sous nos actions, des désirs ou des motifs qui ne sont pas toujours conscients.

S'il en est ainsi c'est que des aspects de nous pourraient nous être pénibles consciemment, voire même insupportables (i.e. haine des proches, domination, souhait

de mort) (Freud, 1916, éd.1975). En faisant état de l'étayage des désirs sur les besoins de l'organisme dans le développement psychosexuel du petit d'homme (et de femme!), Freud avait d'abord proposé une première catégorisation opposant instincts de conservation de vie (i.e. faim, soif) et instinct de conservation de l'espèce (sexuel) pour ensuite proposer une deuxième catégorisation plus élaborée opposant dans un rapport étroit instinct de vie (incluant conservation et pulsion sexuelle) et instinct de mort (compulsion de répétition, destruction, pulsion du retour à un état antérieur jusqu'à l'inorganique). Pour illustrer l'influence différenciée du développement psycho-sexuel sur la motivation à caractère altruiste, on peut prendre pour exemple la conduite marquée par l'oralité (identification à l'objet nourriture) quand certains se plaisent à jouer le rôle de mère nourricière devant les démunis.

Soumis à des sollicitations externes, l'organisme pourra toujours réduire les tensions éprouvées en les éliminant ou en retraçant, ce qui ne sera pas si simple avec les sollicitations internes plus complexes qui demanderont parfois des réaménagements internes ou des modifications de la réalité externe pour atteindre satisfaction. Évidemment, la résolution de tension se révèle plus complexe venant de l'intérieur parce que :

- a) la réalité externe n'en permet pas toujours la satisfaction/gratification attendue;
- b) la société impose des contraintes à l'expression des désirs surtout en ce qui a trait à la sexualité et à la destructivité;
- c) les interdits intériorisés, parfois avec distorsion, imposent des défenses de soi à soi.

De la dynamique Ça-Moi-Surmoi, nous retiendrons pour résumer que le Moi doit parvenir à garder un équilibre entre le principe de plaisir (les poussées du Ça) et le principe de réalité (le monde extérieur du non-Moi) et que si les prescriptions du Surmoi, instance qui peut être plus ou moins rigide et sévère, ne sont pas respectées par le Moi au contact de cette réalité, une punition viendra sous forme de sentiment de culpabilité et d'infériorité. D'où une nouvelle compréhension des enjeux alors que, par exemple, « la générosité inépuisable peut elle aussi avoir comme envers la menace

d'anéantissement de soi là où le sujet est déstabilisé par l'angoisse de persécution qui soudain le submerge » (Mannoni, 1991, p.74).

L'expérience nous montre encore que le soignant peut, par exemple, réduire sa relation d'aide au registre du concret des techniques et procédures de soins et ainsi garder une distance protectrice. Il peut aussi, en tant que praticien autoproclamé de l'amour du prochain, chercher inlassablement à susciter chez le patient l'amour qu'il n'a pas reçu dans son enfance ou à compenser pour l'expérience de la perte non résolue d'une personne proche. C'est pourquoi, comme nous l'avons souligné, « il importe d'être conscient de ses motivations, car c'est seulement alors que l'on peut assumer ce travail en toute responsabilité » (Hennezel de et Montigny de, 1990, p.54).

3.1.3 Motifs, satisfactions et difficultés de ce travail bénévole

En général, trois aspects contextuels des soins palliatifs sont mis en relief dans le discours des soignants en soins de fin de vie révélant à la fois ce qui les attire et ce qui les sollicite : a) un intérêt pour les patients considérés comme des sujets dans la singularité de leurs besoins; b) une reconnaissance de la dimension existentielle non médicale des soins; c) l'idée que la maladie mortelle mobilise chez les soignants quantité de pensées, peurs, désirs inconscients, que cela infiltre la relation soignante et qu'il peut être utile d'en prendre conscience (Hirsch, 1986).

« Être soignant permet donc tout en maintenant une certaine part de refoulement, de mettre en acte les désirs et les motivations qui nous ont amenés à devenir et à rester soignant. Ces motivations sont diverses. L'intérêt humanitaire regroupant les désirs de soigner, de réparer et de se dévouer est le plus fréquemment mis en avant mais il ne saurait occulter les questions du désir de voir, du désir de savoir et du désir du pouvoir. Être soignant, c'est donc pour une part réaliser le désir de toute puissance infantile. » (Morasz, 1999, p.101)

L'action bénévole dans ce contexte d'humanisation des soins, qui implique d'entrer en relation avec l'autre, pose donc la question de la qualité de cette relation et des « bénéfiques » ou difficultés que le bénévole peut trouver dans ce travail auprès des

mourants et de leurs familles. Toutes les enquêtes en font état, on retrouve chez eux un intense désir d'aider, de rendre service, d'offrir du soutien de façon désintéressée et « pratiquement tous reconnaîtront que le don de soi n'est pas absolument gratuit et que l'accompagnement est un lieu d'échange dans lequel ils reçoivent souvent plus qu'ils ne donnent » (Gauvin et Régnier, 1992, p.104). On retrouve ici le double registre inscrit dans l'origine latine du terme. Comme le fait remarquer simplement Cordier (2001), bénévoles ou non, nous avons tous besoin d'aimer et d'être aimé, d'être reconnu et d'avoir valeur aux yeux des autres. Cela constitue des besoins relationnels qui ne peuvent être satisfaits seuls.

S'il y a là un mécanisme sain de redistribution dans cet environnement dont la sortie est fatale pour le patient, « le bénévole doit accepter ses limites dans sa capacité à aider l'autre, à le rassurer; il doit aussi apprivoiser la crainte de ne pas bien faire, de se tromper, de déranger, de souffrir en présence de celui qui quitte » (Ledoux, 2007, p.128). Mount et Voyer (1980) ont remarqué au cours de leur pratique médicale que les personnes qui avaient un grand « besoin de servir » fonctionnaient plus efficacement dans ce contexte de soins mais qu'elles avaient aussi des difficultés à mettre des limites à leur engagement. Ils y décelaient une problématique particulière d'*agenda caché* de recherche de sens de sa vie, d'attentes irréalistes face à la tâche et au rôle et une idéalisation pour échapper aux lieux de travail antérieur décevants.

Agenda caché! Tout cela n'est donc pas si clair? Une majorité de bénévoles déclarent rechercher une dimension humaine à leur engagement mais cela peut aussi s'appuyer sur des motifs divergents et même contraires : ou bien vouloir redonner ce qu'on a reçu en d'autres lieux ou bien vouloir apporter à autrui ce qu'on n'a pas reçu (Gauvin et Régnier, 1992) quand ce n'est pas le désir de redonner à d'autres ce qu'ils auraient raté lors de l'accompagnement d'un proche (Montigny de, 2004). On peut même supposer, dans la réflexion sur les soins palliatifs, que ce bénévolat comme la mort est objet de déni (Godbout, 2000).

L'action bénévole, inexplicable par les bénéfices monétaires et statutaires, exige donc

un approfondissement de ses motivations et une démarche de clarification des attentes et des attitudes, des besoins de gratification et de réparation. Pour Cordier (2001) ce ne sont pas tant les motivations qui sont bonnes ou mauvaises que les réactions que ces motivations entraînent devant l'imprévu ou les difficultés. Ce constat devrait retenir notre attention.

3.1.4 Pertes et décès, renoncements et deuils

Il y a manifestement des deuils dans l'expérience quotidienne des soignants en soins palliatifs, confrontés qu'ils sont au « cumul des pertes de patients avec qui ils sont en relation et aux difficultés éprouvées avec les patients proches de la mort » (Bacqué et Hanus, 2000, p.69).

« En insistant sur la différence entre les services où l'on ne meurt pas ou peu et ceux où l'on meurt davantage sinon beaucoup, nous voulons mettre en avant la fréquence de ces deuils professionnels et leur incidence. » (Hanus, 2006, p.182)

Nous ne sommes pas seuls d'avis que c'est une erreur de penser que la mort du patient est purement un événement biologique et que cet événement resterait sans écho chez les soignants (Eissler, 1955). Des soignants ont souvent confirmé que « l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse devant la perspective de la mort et la responsabilité que représente l'accompagnement » sont parties prenantes de l'engagement dans ces soins (Hirsch, 1986). Ce travail a ses exigences propres car « ce n'est qu'en se rapprochant des mourants, en refusant de fuir leur mort qu'on arrive à identifier les besoins : de silence, de dialogue, de pleurer, de trembler, de tempêter, de contact d'une main, d'une communication, d'être un bébé » (Viorst, 1988, p.413). Les entretiens résumés par Santiago-Delefosse poussent à ce constat :

« Une bonne formation alliée à une motivation consciente ne suffit pas à combattre les émotions provoquées par les décès répétés d'êtres humains que l'on a soignés, ni les émotions sollicitées journalièrement par les demandes de chaque patient. Rien ne peut venir colmater les pertes et effractions émotionnelles. » (Santiago-Delefosse, 2002, p.135)

On peut s'interroger sur les témoignages d'enrichissement personnel que trouvent les

soignants si fréquemment en situation de perte et dont font état les enquêtes. À ce compte, un questionnement sur les enjeux relationnels propres à ce type d'engagement dans la rencontre entre deux humains, dont l'un malade est en fin de vie, est incontournable :

« La fascination, la séduction que peut opérer cette intimité avec la mort est par définition ambiguë et sujette à caution. (...) Un des risques du bénévolat consiste en cette dérive où l'on trouverait, via les apports de la narcissisation, son compte dans un retour de gratitude, de reconnaissance du malade. » (Plon, 2004, p.95)

On peut penser aussi que ce bénévolat renforce ce qu'on appelle la bonne conscience et le sentiment d'avoir fait son devoir en remplissant un idéal, ce qui joue le même rôle que la recherche de réassurances extérieures contre les peurs et l'angoisse.

« Certains schèmes de conduite qui représentent pour l'inconscient la condition nécessaire à l'apaisement de l'angoisse se révèlent à l'analyse comme des rites punitifs ou expiatoires. » (Fenichel, 1945, éd 1979, p.572)

Selon de Montigny (2004), deux thèmes émergent du discours de sollicitude des soignants dans ce processus d'accompagnement vers la mort : a) le désir de réparer les manques expérimentés dans leur vie personnelle; b) le sentiment héroïque de survivre à la mort des autres au quotidien. Cela suggère qu'il y a là un travail de compréhension de soi qui passe par une exploration des enjeux de perte, de mort et de deuil... et ultimement de triomphe narcissique sur la peur de la mort.

Dans un tel environnement de décès à répétition, des chercheurs ont mis en relief les deux sources principales d'angoisse : a) la mort qui survient et l'impuissance de n'avoir pas pu la maîtriser renvoient le sujet au fantasme de sa propre mort; b) la survenue d'un décès renvoie chacun à ses expériences antérieures de la confrontation à la mort, d'où réactivation possible des deuils passés et de la capacité d'effectuer ou non un détachement des investissements affectifs (Logeay et Gadbois, 1985, p.81).

La prévalence de l'expérience antérieure de la mortalité et du deuil chez ces bénévoles a aussi été constatée depuis les débuts de ce qu'on appelle les soins palliatifs au St-Christopher's Hospice créé à Londres en 1967 (Doucet, 2005). Ce même centre, le

premier à se spécialiser formellement dans le contrôle de la douleur et l'accompagnement des mourants, compte sur le travail d'une centaine de bénévoles, en général des gens âgés qui, après avoir perdu un membre de leur famille, viennent y travailler quelques heures par semaine (Sebag-Lanoë, 1986). Les statistiques sont là pour le démontrer et ce constat semble répandu :

« Parmi les accompagnants, plusieurs ont eux-mêmes connu l'expérience de la perte et du deuil. Faut-il avoir soi-même souffert de la menace de mort ou de la perte effective pour sentir d'abord l'appel, puis la capacité d'effectuer le travail d'accompagnement? Je suis tentée de répondre par l'affirmative. (Hennezel de et Montigny de, 1990, p. 50)

Dans son étude qualitative sur la gestion du deuil de soignants confrontés quotidiennement à la mort, Jenny (2007) a pu noter que les antécédents de deuils personnels de soignantes (v.g. accompagnement constructif d'un proche, acceptation de perte antérieure) ont une influence sur la gestion de la perte dans la profession, et de préciser :

« (...) comme l'ont démontré certains psychanalystes, en particulier Mélanie Klein, l'expérience de deuil peut être considérée comme un moment où se réactualisent certaines angoisses, tant liées aux premiers stades du développement de l'individu qu'aux pertes endurées tout au long de la vie (...) la mort d'un patient renvoie le soignant à la souffrance qu'il a éprouvée lors de deuils antérieurs mal vécus, non métabolisés. » (Jenny, 2007, p.3-4)

En explorant dans des entrevues avec des intervenants (huit) la valeur d'exorcisme de la sollicitude, Frappier (1989) a pu noter que tous avaient vécu des expériences de pertes significatives mais que leur motivation et leur capacité à œuvrer en soins palliatifs étaient en rapport avec l'aménagement de cette perte antérieure dans leur vie, de là leur plus grande sensibilité à la souffrance des autres, l'acquisition d'une force intérieure et le désir d'aider ceux qui vivent des situations semblables. De même, après une étude sur le travail de soins aux mourants de 90 infirmières de la région de Québec indiquant que les infirmières ayant vécu la mort d'un proche avaient une attitude plus ouverte vis-à-vis la mort, les auteurs tenaient à préciser :

« Ce qui est en cause n'est pas l'expérience de la mortalité en soi mais bien une autre variable rattachée à cette dernière. Cette variable pourrait être le degré d'intégration de cette expérience. » (Saint-Yves et alii, 1980, p.17)

Oui, « la perte d'un proche agirait donc comme déclencheur de l'empathie, de la compassion, de l'engagement et du souci de l'autre dans le contexte de fin de vie» (Montigny de, 2004, p.70) et pourra transformer des attitudes ou générer une plus grande sensibilité à la douleur des autres, mais cela ne suffit pas puisque tous les endeuillés ne démontrent pas une telle aptitude à l'investissement de soi au service des autres. Confrontation, exorcisme, ambivalence, réparation, expiation, on comprend que la dynamique psychique du bénévole sur quoi se dépose le quotidien des relations au mourant est déterminante pour son équilibre et la qualité de sa présence puisque « l'expérience de perte et éventuellement de culpabilité qui anime le bénévole n'est pas un gage de réussite » (Lamau, 1994, p.301). Dans le contexte particulier des soins de fin de vie, nous pouvons questionner tout particulièrement, comme le soulignait Feifel (1977), l'intervention de soignants bénévoles qui ne se sont pas réconciliés eux-mêmes avec la vérité de leurs pertes et de leur propre mort.

« On retrouve chez presque tous les soignants en soins palliatifs parmi les événements qui les ont conduits à faire ce choix, une ou plusieurs morts ratées ou escamotées. J'entends par là des morts qui n'ont pas donné lieu à un échange, qui n'ont pas été socialisés, des morts où l'humain n'a pas pris sa dimension. » (Hennezel de et Montigny de, 1990, p.156)

Il y aussi ce risque d'incapacité à satisfaire en retour un désir inconscient de réparation et de pardon sur lequel nous reviendrons. Devant ce bénévole parfois animé par la culpabilité (à la fois conscience de l'échec des soins et inconscience de son ambivalence) d'une part et la possibilité de réparer le passé d'autre part, on ne sera pas surpris que tout en témoignant de sa volonté de donner temps et présence aux malades et de surmonter sa peur de la mort, il trouve difficile de s'occuper de malades qui refusent son aide ou de voir des patients qui ont peur de mourir (Samson, 1997). Chez plusieurs soignants, la première démarche aura été de prendre conscience que la mort représentait un choc et la seconde de s'apercevoir qu'ils fuyaient la mort en s'occupant moins de certains mourants et en n'allant les voir que lorsque les besoins sont évidents et nécessaires (Sebag-Lanoë, 1986). Des observations vont en ce sens :

« Une recherche en cours sur les motivations des soignants en soins palliatifs confirme le rôle joué par les deuils et les pertes antérieurs dans le choix de ce travail d'accompagnement. La culpabilité, le besoin de réparation mais aussi la nécessité d'exorciser l'angoisse de la mort par la sollicitude sont à l'origine de ce

désir d'accompagner les mourants. Il importe d'être conscient de ses motivations, car c'est seulement alors que l'on peut assumer ce travail en toute responsabilité. » (Hennezel de et Montigny de, 1990, p.54)

Acharnement et confusion de besoins si ce n'est épuisement émotionnel, abaissement du sentiment d'accomplissement, désinvestissement des relations aux patients, bref c'est le toujours possible « burn-out » associé à l'incapacité de mener un travail de deuil quand un patient investi s'approche de la mort. Les peurs d'affronter l'inconnu et de quitter ses proches, les déceptions des projets non réalisés, les pertes de l'indépendance et de l'estime de soi, la perte d'un futur et l'angoisse du présent chez le mourant, toutes ces blessures identitaires qui passent par l'image du corps, les rôles et l'autonomie perdus (Pillot, 1993) « agissent pour former une impression indéniable pour les soignants de détresse et d'inefficacité » (Bacqué, 2005, p.122). On l'a signalé précédemment, il y a risque qu'un soignant qui ne voit pas sa souffrance reconnue et accueillie dans son milieu de travail, finisse alors par générer de la souffrance chez les malades qu'il a pour mission de soulager (Daneault, 2006).

La pratique sur ce terrain des soins suggère donc que « ce n'est pas la perte en soi mais l'aménagement de cette perte et du besoin à exorciser qui fait la différence » pour ces bénévoles qui veulent agir en aidant plutôt que de subir leur deuil (Montigny de, 2004, p.70). Cette dernière assertion nous renvoie aux ambiguïtés des défenses du Moi dans leur fonction adaptative sur laquelle nous reviendrons. En rapport avec ce constat qui met en évidence la place du travail psychique dans le rapport observable de cause à effet, des tests projectifs ont pu détecter des défenses plus marquées autour du thème de la mort chez les sujets qui avaient eu une expérience de séparation ou de deuil durant l'enfance (Taylor, 1976).

Mais cela dit, l'expérience du milieu indique aussi que tout ne serait pas joué d'avance, pour peu qu'il y ait cette ouverture sur leurs propres motifs, attentes, aspirations, difficultés, peurs, peines, angoisse. Nombre de témoignages ont soulevé cette donnée fondamentale du rapport sans cesse renouvelé du contact avec la mort et le rappel des deuils dans le travail en soins palliatifs comme si certains recherchaient le contact de ce

qu'ils redoutaient, tel l'enfant qui ressent de façon agréable ce qu'il maîtrise dans le jeu et qu'il redoute dans la réalité. Se pourrait-il que ce phénomène se retrouve chez celui qui soigne le mourant comme chez l'artiste qui cherche à secouer son angoisse dans son œuvre ou le chercheur qui décrit ce qu'il redoute pour mieux le maîtriser?

« Il arrive que loin d'éviter les situations angoissantes, le sujet les recherche tout au moins dans certaines conditions. Le sujet montre une préférence pour les situations dont il a apparemment le plus peur. Plus souvent encore, le sujet se met à préférer les situations qu'il redoutait auparavant.» (Fenichel, 1945, éd.1979, p.576)

En se rappelant ici le lien entre les pertes durant l'enfance et la vulnérabilité à la dépression à l'âge adulte sur lequel Freud insistait dans « Deuil et mélancolie » (1917, éd.1986), il n'est pas inutile de noter au passage la différence/ressemblance qui apparaît dans le lien démontré statistiquement et cliniquement entre l'expérience du deuil et les troubles dépressifs ou le suicide d'une part alors que d'autre part on a pu constater un lien semblable entre l'expérience de deuil et l'investissement de soi dans les soins aux autres. Devant l'importance que prend l'expérience de deuil chez cette population de bénévoles, nous retiendrons le constat de Hanus.

« Le deuil est justement un temps très particulier dans la vie, et c'est certainement une des ses richesses que de nous faire réactiver les processus identificatoires et les capacités de sublimation. » (Hanus, 2006, p.147)

3.2. Psychodynamique des enjeux relationnels entre soignant et soigné

Capacité d'accueil, réceptivité, savoir se mettre à la place de l'autre en pensée, aptitude à contenir les affects, les émois, les défenses du patient autant d'aptitudes qui font dire parfois qu'il faut avoir connu la souffrance du deuil et de la perte pour la reconnaître chez les autres. Mais le risque de confusion est là pour le soignant : comment se laisser toucher pour soigner un autre être humain sans confondre ce qui appartient à soi avec ce qui appartient à l'autre? Et si on se met à la place de l'autre, où l'autre se mettra-t-il?

« Face à la mort, l'identification est exacerbée, les transferts et contre-transfert sont manifestes, bref la tentation est forte de se voir à la place de l'autre. » (Hennezel de et Montigny de, 1990, p.72)

3.2.1 À propos d'identification et de projection

« Deux individus sont face à face avec leur chemin de vie respectif; il y a danger à ce que l'un puisse interférer dans celui de l'autre par projection ou identification. D'où l'intérêt d'un travail personnel, pour tout soignant qui se veut dans une relation d'aide où il puisse rester à sa juste place de professionnel. » (Plon, 2004, p.28)

Identification : première manière, ambivalente dans son expression d'après Freud, par laquelle le Moi élit un objet (Freud, 1917, éd.1968, p.157). Constatant que « dans la phase orale, primitive, de l'individu, la concentration sur un objet et l'identification sont des démarches difficiles à distinguer l'une de l'autre » (Freud, 1921, éd.1965, p.197), la psychanalyse voit dans l'identification « la première manifestation d'un attachement affectif à une autre personne » (Freud, 1921, éd. 1965, p.126) et conçoit la personnalité comme la somme des identifications soulignant par là l'importance de ce « processus fondamental par lequel l'homme devient semblable à l'homme » (Lagache, 1954, éd.1980, vol.3, p.213). Dans cet « acte de s'identifier à l'objet, on reconnaît communément deux formes selon que le sujet joue le rôle de l'objet (introjection) ou qu'il fait jouer à l'objet son propre rôle (projection) » (Lagache, 1954, éd.1980, vol.3, p.202). On y reconnaît aussi un processus qui ouvre des « possibilités de pénétrer l'âme de personnes étrangères à notre Moi » (Freud, 1921, éd.1965, p.130).

«Être vraiment bienveillant implique que nous pouvons nous mettre à la place des autres, que nous pouvons nous « identifier » à eux. Cette capacité de s'identifier à une autre personne est un élément des plus importants dans les relations humaines. » (Klein, 1957, éd.1975 p.86)

C'est parce que le soignant sait l'importance de la présence de l'autre qu'il pourra accompagner et reconnaître le besoin du mourant, imaginer son désir et le soutenir en surveillant les drains et les sondes, en détectant les inconforts et les contractures, en interprétant les signes de demande.

« Le soignant doit parfois se substituer mentalement à son patient, s'identifier à lui pour imaginer ce qui pourrait le gêner ou causer d'éventuelles séquelles. Cette identification totale est souvent épuisante. Absence de parole, absence de réponse suscitent une formidable frustration. Ce manque de reconnaissance peut être nocif pour celui dont la motivation essentielle réside justement dans l'enrichissement retiré de la relation avec le malade (...) l'absence de parole du soigné laisse le champ libre aux fantasmes du soignant, tout cela n'est pas sans danger pour le soignant (...) » (Bacqué, 2000, p.200)

Ce n'est pas sans raison que nous insistons sur le processus d'identification chez les soignants. Freud précisait :

« (...) l'identification est rendue possible par l'aptitude à se mettre dans une certaine situation ou par la volonté de s'y mettre (...) qu'il serait inexacte d'affirmer que c'est par sympathie que le symptôme de l'autre est assimilé. Au contraire, la sympathie naît seulement de l'identification. » (Freud, 1921, éd. 1965 p.129)

On peut supposer que, dans la relation souhaitable du soignant au soigné, cette espèce de sentiment d'union avec le patient, qui fait en sorte que la considération pour l'autre va assez loin pour qu'il soit impossible d'atteindre sa propre satisfaction sans satisfaire également cet autre, a sûrement quelque rapport avec l'identification. Comme en témoignait un surveillant auprès des patients en fin de vie :

« Ce qui est dur c'est de comprendre! Il faut savoir écouter la personne. Mais aussi aller au plus profond de nous-mêmes. Essayer de percevoir dans ses attitudes, dans ses regards ce dont elle a ou non besoin. » (Sebag-Lanoë, 1986, p.187)

Aide, aider, venir en aide par identification à celui qui est dans le désaide à la fin comme au début de la vie. Désaide et peurs devant la mort, angoisse qui renvoie chacun au

traumatisme de la naissance qui est la première perte, cruciale, et qui prépare la réponse de l'individu à toutes les autres séparations selon Rank (1952, p.28). Désaide initial de la naissance, détresse initiale dans la prématurité qui rend le naissant impuissant à satisfaire ses besoins de survie dans cet état de dépendance totale d'un autre pour mettre fin aux tensions internes. Comme le rappelait Jacques André citant Freud, « le désaide initial de l'être humain est la source de tous les motifs moraux » (Freud, 1929, dans éd.1995, p.xviii). Désaide final dans l'agonie et réduction des tensions du patient : retour à la case départ du rapport dépendance/indépendance, puissance/impuissance, identification/identité, dans l'histoire relationnelle de l'aidant que nous rappelle Winnicott puisque « nul n'est capable de porter un bébé s'il ne peut s'identifier à lui » (Winnicott, 1963, éd.1978, p.47). On y reviendra.

Comme dit Fenichel, insistant sur la différence entre la relation objectale et l'identification, le risque est là puisque « la compréhension de l'objet réel cesse là où l'identification devient le moyen de la relation » (Fenichel, 1945, éd.1979, p.104). Cela pose la distinction à faire entre relation d'identification et relation d'objectivation qui implique la distinction du sujet et de l'objet. D'où il ressort qu'il ne faut pas confondre l'intervention bénévole avec l'épanchement pour ne pas dire la projection sur l'autre de ses propres besoins ou de son manque. La bonté et la compassion sont suspectes s'ils ne sont là que pour combler un vide personnel (Montigny de, 2004). « Qui veut faire l'ange fait la bête » comme disait Pascal et l'excès de bonté guette le bénévole.

« All who wish to be more noble-minded than their constitution allows fall victims to neurosis; they would have been more healthy if it could have been possible for them to be less good. » (Wallach et Wallach, 1983, p.44)

Dans le rapport intersubjectif soignant-soigné, cet enjeu qui tourne autour de la symétrie/dissymétrie des positions se révèle majeur. Souffrance de l'aidant, manque de recul, efficacité réduite, sentiment d'impuissance, risque d'abandon, voilà les dangers pour les bénévoles qui, selon un document de formation en relation d'aide de *l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées*, ne savent pas faire la distinction entre empathie, en tant que compréhension de l'autre d'une part et sympathie définie comme participation à la douleur du soigné d'autre part (AQDR, 2009,

p.6). Cela n'est pas sans confirmer une problématique constante : ni identification totale à celui qui souffre, ni refus d'identification sous prétexte d'objectivation et de désengagement du subjectif qui exclurait le relationnel des soins :

« Cette capacité active repose sur un double mouvement d'identification et de désidentification, proximité et distance. Autrement dit, la dissymétrie des positions permet d'éviter la complaisance malsaine, les confirmations ou images narcissiques, la confusion des places, des rôles et des sentiments. » (Monette, 1990, p.167)

Rappelons que si cette identification peut avoir lieu chaque fois qu'une personne se découvre un trait qui lui est commun avec une autre personne, elle n'opère que dans une dynamique marquée d'ambivalence, comme on l'a indiqué plus haut, puisque pour la psychanalyse, l'identification procède par une sorte d'introduction de l'objet dans le Moi comme si celui-ci « voulait s'incorporer cet objet et cela conformément à la phase orale ou cannibalique du développement de la libido par le moyen de la dévoration » (Freud, 1917, éd.1968, p.157).

« Le petit s'aperçoit que le père lui barre le chemin vers la mère; son identification avec le père prend de ce fait un caractère hostile et finit par se confondre avec le désir de remplacer le père, même auprès de la mère. L'identification est d'ailleurs ambivalente dès le début; elle peut être orientée aussi bien vers l'expression de la tendresse que vers celle du désir de suppression. Elle se comporte comme un produit de la phase orale de l'organisation de la libido, de la phase pendant laquelle on s'incorporait l'objet désiré et apprécié en le mangeant, en le supprimant. » (Freud, 1921, éd.1965, p.127)

Paradoxe de l'aide et de la destruction? Fidèles à la tradition psychanalytique inspirée par la démarche archéologique, Wallach et Wallach (1983) se réfèrent au complexe d'Œdipe et au "Totem et tabou" de Freud pour prendre en compte la dynamique d'ambivalence des forces psychiques qui opposent fraternité/solidarité à rivalité/envie dans les rapports humains. Si nous reprenons ce point de vue pour explorer la motivation profonde du bénévolat, c'est pour rappeler que les relations actuelles se construisent sur le modèle des relations primitives alors que chacun cherche pour lui-même l'amour du père et un traitement préférentiel de la figure d'autorité mais que cela se révèle impossible comme pour les fils qui conviennent d'un contrat d'égalité et de non agression renversant ainsi l'hostilité en une identification avec les autres après

l'assassinat du chef de la horde dont personne ne pourra prendre la place.

« Il faut que la culture mette tout en oeuvre pour assigner des limites aux pulsions d'agression des hommes pour tenir en soumission leur manifestation par des formations réactionnelles psychiques (...) de là les identifications et les relations d'amour inhibées quant au but. » (Freud, 1930, éd.1995, p.54)

Pacte de non agression et solidarité. C'est parce que le soignant reconnaît en l'autre l'humanité et la globalité de la personne au-delà de la maladie et du corps souffrant qu'il pourra en prendre soin dans cette période de fin de vie. C'est le versant positif de ce qu'on appelle l'identification qui consiste à « prendre des traits appartenant à l'autre et se les approprier en quelque sorte dans un jeu relationnel réciproque » (Lambrichs, 1995, p.200) ou à « chercher au fond de soi ce que nous désirerions si nous étions mourants » (Sebag-Lanoë, 1986, p.183), pour autant qu'il n'y ait pas de confusion d'identité sujet/objet.

Prendre en compte le mécanisme d'identification c'est évidemment porter attention à l'adoption de manières et de comportements par imitation de l'autre mais c'est aussi être attentif aux tensions de forces contraires dans le registre même/autre, semblable/différent, tout/manque, finalement à ce qui peut évoquer l'enjeu central de ce processus qui passe par la reconnaissance d'un autre séparé de soi, de l'altérité et du manque oedipien ouvrant sur le sentiment d'identité et la gratitude de l'apport de l'autre à soi (Lussier, 2007). La démarche d'analyse invite à ne pas confondre chez le soignant le « Je suis ce qui lui manque! J'ai ce qui lui manque! » avec le questionnement fondamental « Qu'est-ce que l'autre veut? Qu'est-ce que je veux? ». Ce mécanisme à double volet serait donc déterminant dans le rapport soignant/soigné devant la menace de mort :

« L'identification a, entre autres, pour conséquences de s'opposer à l'agression contre la personne avec laquelle on s'est identifié, de la ménager, de lui venir en aide. » (Freud, éd. 1965, p.133)

Car il y a bien à distinguer cette *identification simple* qui nous rend bienveillant envers les autres eux, et par là sensibles et capables d'écoute de leur souffrance, de cette *identification projective* plus invasive, qui par contamination émotionnelle fait du vécu du

patient le vécu du soignant et paralyse la machine à penser de ce dernier :

« Le patient, débordé par des émotions douloureuses, va projeter sur son interlocuteur des éléments psychiques angoissants qu'il ne peut contenir et qui l'envahissent. C'est ainsi que les affects du patient vont insidieusement exercer un effet réel sur la psyché du receveur en l'occurrence, le soignant. » (Morasz, 2002, p.420)

Identification projective : modalité de la projection, cette dernière défense contre l'angoisse devant la mort, en tant que « forme particulière d'identification qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive où le sujet introduit sa propre personne à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler » (Laplanche et Pontalis, 2002, p.192), reste aussi complexe à repérer et à distinguer des modalités positives de l'identification que de déterminer à quel moment un bâton n'est plus un bâton quand on l'allonge ou on le raccourcit. Mécanisme de défense conduisant parfois à la pathologie ou aux interactions désajustées en toute bonne foi dans le cas des soins « bénévoles », *l'identification projective*, cette « récupération de l'affect éjecté de la psyché par l'extériorisation de situations affectives que le sujet ne peut assumer comme siennes et qu'il essaie de manipuler inconsciemment à travers les autres » (McDougall, 1982, p.192), met en évidence le problème de distanciation relatif à la fragilité et à la vulnérabilité aboutissant à cette forme d'intoxication psychique dont peut être victime un soignant devant la souffrance massive du mourant (Jenny, 2007, p.5).

Dans ce contexte où la souffrance apparaît comme un phénomène partagé de multiples façons, les mécanismes qualifiés *d'identification simple* et *d'identification projective*, semblent particulièrement actifs et sous-tendre les réactions observables :

« Le réveil des souffrances personnelles par ces deux types de processus d'identification et l'intoxication psychique récurrente de soignants par les processus d'identification projective peuvent aboutir à un véritable vécu d'épuisement professionnel. » (Morasz, 2002, p.421)

Retenons que, par introjection ou projection, l'identification par ses aspects positifs et nécessaires aux relations humaines, joue un rôle majeur dans le lien à autrui en remplaçant l'agression par la sollicitude bien que persiste une ambivalence première. C'est en s'identifiant, pour ne pas dire en se sacrifiant, que le soignant en vient à jouer

le rôle d'un bon parent comme il peut avoir le sentiment que ses parents le faisaient autrefois ou comme il aurait aimé qu'ils le fassent. C'est bien ce que nous indique Segal en soulignant que c'est là « la toute première forme de l'empathie » et que c'est sur elle « qu'on fonde la capacité de se mettre dans la peau de l'autre » (Segal, 1974, p.31) avec ce que cela peut susciter de souffrance :

« Côtayer chaque jour des patients en crise submergés par des atteintes somatiques parfois gravissimes, supporter la connaissance de sombres pronostics ou plus simplement être en relation avec quelqu'un qui souffre met à mal chaque soignant en le sollicitant dans ce qu'il est. » (Morasz, 1999, p.141)

"Mise à mal" qui a conduit certains auteurs à parler de *fatigue de compassion* ou de *stress de compassion* résultant de l'accumulation d'engagements empathiques des intervenants auprès de personnes souffrantes porteuses de contenus pénibles et repérable dans les indices suivants : tristesse, anxiété, détresse, cauchemars, humeur dépressive, évitement, hypervigilance, irritabilité (Perreault, 2006, p.48; St-Hilaire, Robert et Deschênes, 2008, p.30) et que certaines circonstances peuvent accentuer (v.g. agonies trop longues, décès trop nombreux, situations et demandes mal comprises, refus de soins).

Bref, l'expérience nous montre que dans le rapport soignant-soigné, le vécu et le ressenti des malades et de leurs proches peuvent faire écho à l'histoire personnelle des soignants jusqu'à perturber cette relation d'aide :

« Leurs représentations mentales viennent se surimprimer à ce qu'ils vivent de leur pratique quotidienne : représentation de la douleur, angoisse du vieillissement, image de mort. Le risque de dérapage, et il est conséquent, réside dans les situations où une identification viendrait se mettre en place vis-à-vis du malade. (...) On peut également observer des attitudes de projections risquant d'aboutir à des interprétations erronées. (...) Ces comportements peuvent alors renforcer une souffrance latente chez le soignant. À terme on assiste, par ce biais, à une aggravation de l'usure professionnelle dite *burn out*. » (Plon, 2004, p.55)

Alors que ce sont les soignants les plus sensibles à la souffrance qui pourraient être les plus aptes à la soulager, « un soignant qui ne voit pas sa souffrance reconnue et accueillie dans son milieu finira sans doute par générer de la souffrance chez les

malades plutôt que de la soulager » s'il n'a pas quitté avant (Daneault et alii, 2006, p.119 et 120). Dans ces termes, la rencontre du bénévole soignant et du patient mourant se conçoit aussi comme point de convergence et de prolongement sur lequel se dépose l'histoire de vie de chacun, avec ses peurs, ses conflits, ses peines, ses attentes etc.

3.2.2 Une relation qui en cache d'autres : transfert contre transfert

Dans la mesure où le soignant maîtrise ses peurs, parfois son dégoût devant certaines plaies, odeurs ou déformations (et là-dessus chacun devra découvrir et composer avec ses limites), il disposera de moyens singuliers dont l'effet contient une part d'imprévisible pour entrer en relation avec le patient. Ce sera parfois le préposé aux soins du corps, ou « la femme de chambre, qui, très simplement en faisant son travail, permettra au malade de se sentir compris et entouré » (Verspieren, 1999, p.192).

On sera étonné que l'on parle ici de relation transférentielle habituellement réservée au rapport du patient avec le médecin ou avec le psychanalyste tels ces cas de transfert chez des patients mourants (79 ans et 36 ans) qui avec leur thérapeute ont développé un rapport réconfortant sur le mode relationnel enfant-mère (Hagglund, 1992). Pour la psychanalyse ce mécanisme est incontournable par le patient :

« (...) ce dernier subit l'étonnant phénomène que nous appelons transfert. Cela signifie qu'il déverse sur le médecin un trop plein d'excitations affectueuses souvent mêlées d'hostilité qui n'ont leur source ou leur raison d'être dans aucune expérience réelle (...) elles dérivent d'anciens désirs du malade devenus inconscients (...) » (Freud, 1908, éd.1975, p.61)

Il est à craindre cependant qu'on ne mesure jamais assez l'importance de ce contact élémentaire du bénévole "caring" avec le soigné parce que dans ce "handling/holding" (Winnicott, 1975, p.37) du souffrant, ou ressenti comme tel par le patient, « il y a quelque chose de comparable à l'organisme formé par la mère et son nouveau-né » (De M'Uzan, 1977, p.194). C'est ce qui faisait dire à Sylvain Néron :

« Au plan objectal, l'accompagnement sollicite cette capacité interne propre à

mobiliser les caractéristiques de *holding* et de *handling* qui structurent la relation intrapsychique par association à la sécurité de base de la relation avec la mère. » (Néron, 1995, p.46)

Pourquoi ici cette possibilité plus qu'une autre de ce retour à la mère? Pourquoi cette réactivation de la relation primitive mère-nourisson dans les soins de base (i.e. boire, manger, évacuer, laver, coiffer, supporter, couvrir, habiller, déplacer, soulever) que donne le bénéficiaire? La maladie et les traitements affectent le corps que parfois on ne reconnaît plus et qui se transforme, ce corps qui joue un grand rôle dans l'identité du patient. Sans doute parce que « le Moi est avant tout une entité corporelle » comme disait Freud (1923, éd.1965, p.194) et qu'il y a répétition d'une antériorité :

« Le rapport au corps est ici central : s'alimenter met en jeu la pulsion orale et ne répond pas à un strict besoin alimentaire. Ainsi l'organe, dans la pulsion, met en jeu la fonction vitale mais également la relation à l'autre. Les entretiens révèlent que c'est dans son rapport au corps et au langage que la mort inscrit son champ. » (Doucet, 2005, p.5)

Ici la notion de besoin appelle nécessairement celle de demande et de désir qui expriment l'au-delà de la satisfaction du besoin. « Transposition actuelle généralement inconsciente de la part du patient de relations affectives de l'enfance concernant les personnes significatives, aimées et haïes sur la personne du psychanalyste » (Pongis-Khandjian, 2006, p.69), nous dirions ici du soignant, le transfert, positif ou négatif (Marbeau-Cleirens, 1989, pp.61 et 63), s'établit dans tout échange avec une personne significative si ce n'est « spontanément dans toute relation humaine » comme le pensait Freud (Freud, 1908, éd. 1975, p.62).

« Sollicités par le malade dans une fonction maternelle, les soignants seraient appelés à répondre à des besoins de contenance et de partage psychique, à remplir une fonction de pare-excitation permettant éventuellement un travail de re-liaison et de métabolisation des effractions à portée traumatique. » (Lussier et Daneault, 2005, p.50)

On retrouve là des patterns de comportements, des types de relations affectives, des sentiments positifs ou négatifs, des fantasmes activés dans la relation au soignant lui-même en position de contre-transfert par ce que le patient fait résonner en lui (Pongis-Khandjian, 2006). Comment comprendre autrement le témoignage de cette bénéficiaire

qui devant cette patiente en difficulté avec sa propre mère et récalcitrante aux soins pressés du personnel, nous raconte avec émotions que cela lui rappelle péniblement le refus du sein par son premier enfant? Ou encore la réaction de ce bénévole avancé en âge qui peine à entrer dans la chambre d'un patient impatient, brusque et autoritaire, personnage que les associations ramènent à son propre père?

« (...) les mouvements de contre-transfert sont les mouvements inconscients (affectifs, agis, contre-investis) éprouvés par le soignant à l'égard du soigné et de ses mouvements transférentiels. Ils constituent en quelque sorte la réaction psychique subjective de chaque professionnel placé face à un patient dans le cadre d'une relation. » (Morasz, 1999, p.147)

C'est cette résonance sur son histoire qui est en jeu puisque, devant le patient en attente du bon objet, le bénévole suppose a priori apporter le bien et se voit bon par le don attendu (Renault, 2002, p.112). Comment réagira le patient devant le bénévole et dans quelle position le mettra-t-il? De là une toujours probable réaction narcissique du bénévole comme bon ou mauvais objet et sa disponibilité à assumer la position maternelle... ou paternelle :

« Le soignant devient autant d'incarnations de la Mère toute puissante de la petite enfance. L'abandon d'une relation de parole à l'âge du malade entraîne l'effacement de ce qui représente dans la vie intrapsychique l'univers social des adultes i.e. le père. » (Renault, 2002, p.97)

Dans cette relation soignant – soigné, on aurait donc tort de négliger la dimension contre-transférentielle puisqu'il s'agit de distinguer ce qui est induit par le comportement du patient et qui nous renseigne sur sa souffrance, de ce qui est réactivé dans l'histoire personnelle du soignant et qui peut interférer dans les soins. Si le patient suscite certaines réponses chez le soignant, ce sont les conflits intérieurs de ce dernier qui marqueront la forme de ce contre-transfert ce qui renforce le caractère singulier de ces interrelations (Gabbard, 2005, p.21 et p.46).

« Le soin n'est jamais neutre, marqué par l'ensemble des processus transférentiels qui vont influencer de façon significative le devenir du patient et du soignant. (...) Le choix du métier de soigner, c'est bien connu, est aussi issu du malaise repéré par Freud dans la civilisation. Comme la civilisation, l'institution semble tenir par la culpabilité. (...) Sans la culpabilité n'y aurait-il plus de soignant? (...) Qu'arrive-t-il donc à celui qui tente de se libérer de la culpabilité? » (Ansermet et Sorentino, 1991, p.6 et p.37)

Le qualificatif "intersubjectif" est tout indiqué dans ce rapport de soins au corps. Le contact corporel en douceur ou en rudesse, en parole ou en silence, dépasse ici le niveau technique des savoir-faire et des services puisque, entre plaisir et souffrance dans cette relation d'aide, « l'attitude peut refléter largement les affects conscients ou inconscients que l'intervenant éprouve, ce qui influence la qualité des soins et services offerts » (Feltham et Savard, 1996, p.125).

« Combien de personnes en particulier dans les relations d'aide (...) se sont usées et s'usent jusqu'à l'épuisement (...) D'autres personnes font également inconsciemment payer à d'autres cet oubli de soi et finissent par causer malgré leur souci de bien faire, plus de tort que de bien. » (D'Ansembourg, 2001, p.57)

3.2.3 Relation d'aide, motivation et défenses

Travailler pour un sourire? Des bénévoles disent ouvertement recevoir souvent plus qu'ils ne donnent. Motif mobilisant, expérience gratifiante, narcissisante, mais parfois renversée en son contraire si le sourire ne vient pas. Il y a toujours cet écart possible entre les attentes et la réalité (Cellier, 1998). La rencontre de la souffrance comporte un risque.

« Être soignant, c'est donc incarner le soin et se mettre en position de se laisser toucher par la souffrance (...) Cette perception et cette mise en sens de la souffrance du patient requièrent un certain degré d'identification au sujet et à sa plainte (...) Déceler la souffrance, tenter de la comprendre en tenant compte des particularités défensives de chacun, demande donc un temps d'arrêt et donc de mise en souffrance personnelle potentielle. » (Morasz, 2002, p.416)

Chaque patient mourant, dans la singularité de son état et de son histoire, aura son mode relationnel, ses défenses protectrices, ses états affectifs particuliers contre les pertes antérieures et l'angoisse de mort auxquels le soignant bénévole sera confronté : colère et projection agressive, déni et dénégation, régression et maîtrise, dépression et stoïcisme, terreur et héroïsme, isolation, annulation et déplacement (Cholewa, 2000; Morasz, 2002; Ruzniewski et De Vigan, 1997; Schneidman, 1980).

« Pour appréhender au mieux son patient, il est indispensable que le soignant sache apprécier sa propre subjectivité, ses projections, ses désirs et ses limites. » (Ruzniewski, 1999, p.16)

Généralement, les observateurs du bénévolat de relation d'aide reconnaissent six émotions récurrentes dans l'exercice de cette pratique de soins : la peur, la tristesse, la colère, le dégoût, la surprise, la joie (Ledoux, 2007, p.80). Quand les choses ne se passent pas comme prévues, au fil des interactions avec le patient qui ne joue pas le jeu comme il se doit, à défaut d'avoir bien évalué ses enjeux personnels et ses attentes irréalistes dans le désir de bien faire, un investissement trop marqué par la volonté de réparation, par exemple, peut susciter un sentiment d'impuissance et d'échec, provoquer une attitude d'évitement et, à la limite, de mépris, de cynisme et de retrait (Feldman-Desrousseaux, 2002). Voilà comment, pour plusieurs soignants, la première démarche aura été de prendre conscience que la mort représentait un choc et la seconde de s'apercevoir qu'ils fuyaient la mort en s'occupant moins de certains mourants et en n'allant les voir que lorsque les besoins sont évidents et nécessaires (Sebag-Lanoë, 1986).

Soins de l'autre motivés par la bonté masquant parfois la crainte de son propre sadisme ou parfois sa propre peur de la mort protégée par la mort de l'autre, l'expérience clinique nous prévient aussi qu'au beau milieu du triomphe qu'éprouverait le sujet à s'être ainsi protégé, l'angoisse peut réapparaître si un événement, une rencontre, vient rappeler un sentiment pénible de perte, de séparation, d'abandon. L'espace interactif est parfois fragile, la distance entre le soi du soignant et le soi du soigné ne se maîtrise pas de l'extérieur.

« (...) s'occuper de la souffrance implique d'abord de l'accueillir et de l'accompagner. Ce qui revient dans un sens à laisser parvenir au plus près de notre propre espace psychique une certaine dose d'affects suffisamment douloureux et indifférenciés pour générer un éprouvé émotif dépassant la classique préoccupation professionnelle. (...) Rien d'étonnant alors à ce qu'il (le soin) génère des résistances (...) » (Morasz, 1999, p.13)

Le bénévolat auprès de ce type de malades, parce qu'il met en scène le dilemme « *présence* (contact humain chaleureux) / *détachement* (distanciation pour ne pas être envahi) » et la polarisation « *abandon* / *envahissement* », dans laquelle l'aidant doit se mouvoir en cours d'interactions avec celui qui est encore vivant (Ramsay, 1995), vient exacerber des enjeux pour les aidants (Hétu, 1989, p.242) :

- 1) Résistances activées au contact des aidés : i.e. difficulté à se sentir empathique, accueillant, patient devant la colère, la frustration qui éveillent peur, révolte ou agressivité etc.;
- 2) Deuil non terminé : i.e. pertes, abandons non résolus dont certains éléments sont réactivés par le patient suscitant des affects contraires au travail d'aide;
- 3) Connaissance et acceptation de ses limites au risque d'épuisement.

Au fur et à mesure que la situation de malaise, d'anxiété, d'impuissance à répondre adéquatement à l'attente de l'autre deviendra difficile puis intolérable, le soignant, privé de repères et de la satisfaction attendue dans son activité, aura recours à des stratégies de défense plus ou moins conscientes pour réduire toutes ces tensions et composer avec les événements. Le plus souvent justifiées par ailleurs aux yeux de l'aidant, elles mettent en scène son désarroi et sa souffrance, c'est-à-dire le côté mortifère de leur utilisation quand il reste figé sur l'une ou l'autre sans possibilité de souplesse psychique. Ce qui sera problématique ce n'est pas tant le processus défensif, qui peut être ponctuel et pertinent, que son étendue, son intensité et sa tendance à persister. La psychanalyse nous enseigne que les « défenses servent à gérer les pulsions et les affects, qu'elles sont inconscientes et distinctes l'une de l'autre, dynamiques et réversibles et qu'enfin elles peuvent se révéler pathologiques ou adaptatives » (Vaillant, 1977, p.77).

On conviendra qu'identifier ses défenses contre les pulsions et les affects parfois contradictoires, telles les défenses du Moi exposées par Anna Freud (1946, p.39) (i.e. refoulement, régression, formation réactionnelle, isolation, annulation rétroactive, projection, introjection, retournement contre soi, transformation en contraire auxquelles elle ajoute la sublimation) rendra le bénévole plus apte à composer avec des patients qui dans leurs interactions présenteront des personnalités dépendantes, ordonnées, dramatisantes, masochistes, critiqueuses, dominantes, distantes, face auxquelles il aura souvent bien peu de temps pour s'adapter (Ledoux, 2007).

« La souffrance morale des patients et le mode par lequel ils s'en défendent surprennent les soignants, leur font ressentir des sentiments proches de l'impuissance et induisent des réactions de défenses. » (Cholewa, 2000, p.151)

Les difficultés, pour ne pas dire les malaises des soignants, ne les conduisent pas nécessairement à des états ou des manifestations pathologiques mais diverses conduites, plus ou moins néfastes, peuvent apparaître comme l'a montré Ruzniewski (1999) en traçant un tableau assez éloquent des réactions défensives dans la pratique des soignants :

a) le mensonge :

Sans doute le plus dommageable, il contrevient à l'adaptation du patient en annulant le développement de l'anxiété au risque de la sidération et de compromettre la relation ultérieurement;

b) La banalisation :

Mise à distance du sujet global pour réduire la vérité du sujet à une dimension;

c) La fausse réassurance ;

Entretien d'un espoir illusoire pour se reconforter en se posant à la place du sujet;

d) L'esquive :

Détournement de propos pour éviter d'affronter la souffrance ce qui laisse le patient seul face à lui-même;

e) La rationalisation :

Évacuation de l'affect qui coupe le patient du rapport avec lui-même, joue contre la cohérence subjective et qui instaure une distance soignant/soigné;

f) L'évitement :

Oublier, focaliser sur les soins et les horaires, s'occuper du matériel;

g) La dérision :

Façon de fuir en restant devant le patient sans reconnaître sa souffrance;

h) La fuite en avant :

Précipiter, devancer les questions pour se libérer d'un malaise en le remettant au patient;

i) L'identification projective :

Plus à l'écoute de soi-même que du patient, ne pouvant supporter sa propre souffrance, le soignant, aux prises avec la souffrance que le patient manifeste dans ses défenses, réagit et se substitue au patient en lui attribuant certains traits

de sa personne, en lui prêtant ses sentiments, ses émotions, ses réactions, ses attentes, pour mieux soigner sa propre souffrance.

Nous avons déjà souligné les pertes que les soignants ont pu connaître antérieurement à leur engagement dans les soins ainsi que le nécessaire travail de symbolisation dans le processus de deuil et de renoncement auxquels ils sont confrontés, ce que peut réactiver le travail auprès des patients en souffrance. Cela reste à voir et à revoir au cas par cas pour apprécier le caractère adaptatif de leurs défenses. Tout ne serait pas joué d'avance. Nous retiendrons avec Santiago-Delefosse (2002) que les modes d'aménagement des tensions par le Moi peuvent faire montre de flexibilité adaptative, être orientés vers la réalité présente ou future et permettre de résoudre des problèmes ou inversement se situer dans une lignée plus rigide et produire une distorsion de la réalité sous le poids du passé ce pour quoi on les dira pathologiques. Aliénation contraignante ou adaptation émancipatoire?

On peut supposer que les mécanismes de défense réussis (qui intéressent peu ceux qui étudient les pathologies) sont essentiels à la compréhension de l'expérience affective et du mode relationnel de chacun dans un contexte de souffrance (Fenichel, 1945, éd.1979 p.174). Ainsi, donnant suite à sa thèse de doctorat, Nancy McWilliams publiait l'essentiel de ses résultats dans un article paru en 1984, article qui rend compte de la richesse du point de vue psychodynamique sur l'engagement altruiste dans les œuvres humanitaires. Les entrevues psychanalytiques, les tests projectifs et les documents personnels de cinq personnalités réputées pour leur activités reconnues pour « altruistes » mettaient en évidence des traits de sociophilie, d'affects positifs et de personnalité aidante, des défenses de compulsivité (ce que Fenichel relie au caractère anal et aux formations réactionnelles), d'identification avec la victime et d'annulation/inversion et une dynamique psychique incluant la gestion de culpabilité inconsciente ou de honte relative à leur hostilité ou à leur avidité. Elle y notait en particulier des constantes relatives aux soins de la figure « good enough mother » chère à Winnicott, la perte de la disponibilité de l'objet maternel vers l'âge de deux ou trois ans

et l'intervention opportune et marquante d'une figure altruiste substitut dans un contexte de valorisation du bénévolat.

Cette étude, qui évoque des thèmes exposés dans les chapitres suivants, est significative non seulement parce qu'elle attire l'attention sur ce que Fenichel appelle avec Freud des *refoulements réussis* par opposition aux *refoulements ratés* que l'on retrouve dans la pathogénie de la névrose mais aussi par la conclusion que suggère l'auteure quand on s'intéresse aux distinctions entre formations réactionnelles et sublimation authentique sachant que « la sublimation d'une exigence instinctuelle en une fonction du Moi augmente l'efficacité de cette fonction alors qu'une formation réactionnelle dirigée contre une fonction sexualisée diminue obligatoirement cette efficacité » (Fenichel, 1945, éd.1979, p.189) :

« It is likely that some people will continue to grow up in circumstances that make it possible for them to transform the pain of their developmental stresses into a prolonged humanitarian commitment. The subjects in this study were able to counteract significant trauma to their nascent selves by simply being in the presence of a person who demonstrated devotion, integrity, and a sense of purpose and conviction.» (McWilliams, 1984, p.210)

Ce qui s'ouvre ici c'est une perspective sur la résonance psychique possiblement constructive de l'engagement dans l'œuvre humanitaire, de la rencontre de la souffrance assumée et la place que peut occuper le psychologue comme figure de soutien au processus d'intégration :

« En se confrontant à leur propre souffrance et à leur propre angoisse, en l'acceptant en l'élaborant, ils pourraient transformer leur vocation thérapeutique narcissique en une activité où il y aurait de la place pour l'autre. » (Hennezel de et Montigny de, 1990, p.157)

3.3 Points de vue psychodynamiques sur la motivation altruiste et la bonté

Les essayistes et les cliniciens cités précédemment ont fait état de mécanismes inconscients qui entrent dans la psychodynamique du bénévolat auprès des malades. Il nous apparaît que ces écrits renouvellent le questionnement sur l'existence et la source de ces sentiments positifs envers les autres, sentiments dits altruistes dont on fait la promotion dans le monde du bénévolat. Leurs observations élargissent la perspective en s'éloignant du solipsisme en matière de justification ou de sens donné à l'action puisque « les sujets ignorent bien souvent les facteurs les plus puissants de leurs conduites » (Santiago-Delefosse, 2002, p.227) alors même que celles-ci semblent dépendre de leur volonté. L'expérience montre aussi que le besoin trop pressant de rendre service des uns peut devenir pénible pour les autres, question d'intensité et de souplesse.

« Ils sont généreux et inondent chacun de leur aide et de leurs présents. Si les conditions sont favorables on a une conduite authentiquement altruiste sinon, leur conduite devient pénible, leur attitude a une signification magique « je répands mon amour pour que vous m'inondiez du vôtre. » (Fenichel, 1945, éd.1979, p.587)

Le point de vue psychodynamique de l'engagement des bénévoles dans le travail de soins palliatifs appelle quelques précisions sur cette propension à prendre soin des autres qualifiée d'altruiste.

3.3.1 Égoïsme et altruisme reconsidérés

Anna Freud : You mean you don't think anyone is born altruistic.

Joseph Sandler: Or even becomes altruistic out of the goodness of his heart.

Anna Freud: No, it's out of the badness of his heart.

(Vaillant, 1993, p.248)

Égoïsme et altruisme : polarisation et compromis de forces antagonistes? Rapport dialectique qui trouve sa synthèse dans le bricolage idiosyncrasique des pulsions? Ne peut-on penser que poussé à sa limite au service de l'autre, l'altruisme conduit à l'oubli

de soi et donc à la négation ses propres besoins ou conditions de survie ce qui aboutit à la perte de soi et donc à la négation de la poursuite de la conduite altruiste? Quant à sa définition par le comportement observable, il ne s'agirait plus alors de motivation mais d'une résultante motivée par des forces inconnues.

« Égoïsme : intérêt que le moi porte à lui-même. » C'est ainsi que Laplanche et Pontalis (2002, p.129) dans leur « Vocabulaire de la psychanalyse » définissent brièvement ce terme alors qu'ils ne font aucune entrée au terme *altruisme*. Nous pouvons cependant nous référer à Freud lui-même qui a abordé la question de l'altruisme par opposition à l'égoïsme :

« Le contraire de l'égoïsme, l'altruisme, loin de coïncider avec la subordination des objets à la libido, s'en distingue par l'absence de la poursuite de satisfactions sexuelles. C'est seulement dans l'état amoureux absolu que l'altruisme coïncide avec la concentration de la libido sur l'objet. » (Freud, 1916, éd.1975, p.394)

Ce que Freud ajoute à notre réflexion c'est cette distinction entre *égoïsme* qui se rapporte à ce qui est utile pour l'individu et *narcissisme* qui tient compte de sa satisfaction libidineuse.

« On peut être égoïste et attacher l'énergie libidinale à des objets car la satisfaction libidineuse par ces objets correspond aux besoins du Moi et l'égoïsme veille à ce que cela ne nuise pas au Moi (...) on peut être égoïste et présenter en même temps un degré prononcé de narcissisme, se passer d'objet sexuel.» (Freud, op.cit. p.394)

Nous serions tentés de pousser ces affirmations de Freud jusqu'à leur ambiguïté en mettant en évidence, comme pour la sublimation, l'absence de poursuite d'objet de satisfaction sexuelle autant dans cette citation concernant l'égoïsme sans objet sexuel (narcissisme) que dans la précédente citation sur l'altruisme. Ce ne sera pas la première fois en psychanalyse qu'on se retrouve devant ce qui, mis en acte, peut être une chose (égoïsme) et son contraire (altruisme).

« Le développement individuel nous semble être un produit de l'expérience des deux tendances, l'aspiration au bonheur que nous appelons habituellement égoïste et l'aspiration à la réunion avec les autres dans la communauté, que nous appelons altruiste. Ces deux désignations ne vont guère au-delà du superficiel. Dans le développement individuel, comme il a été dit, l'accent principal porte la plupart du temps sur la tendance égoïste ou tendance au bonheur; l'autre

tendance, qu'on nommera « culturelle », se contente en règle générale d'un rôle restrictif.» (Freud, 1930, éd. 1995, p.83)

Est-ce à dire que cette motivation que l'on qualifie d'altruiste (voir aussi générosité, sollicitude, bonté, empathie etc.) ne résulterait que de la conversion culturelle, donc réprimée/apprise, de cette tendance première de chacun (égoïste) au bonheur (satisfaction, bien-être, plaisir)? Freud nous invite à situer dans l'histoire de chacun des dynamiques qui paraissent parfois contradictoires :

« L'expérience nous a révélé ce fait intéressant que la préexistence, à l'âge infantile, de penchants fortement « méchants » constitue dans beaucoup de cas une condition de l'orientation vers le bien, lorsque l'individu a atteint l'âge adulte. Les enfants les plus égoïstes peuvent devenir des citoyens charitables au plus haut degré et capables des plus grands sacrifices : la plupart des apôtres de la pitié, des philanthropes, des protecteurs d'animaux ont fait preuve, dans l'enfance, de penchants sadiques (...) La transformation des mauvais penchants est l'œuvre de deux facteurs agissant dans la même direction et dont l'un est intérieur et l'autre extérieur. En ce qui concerne le facteur interne, il se manifeste par l'influence qu'exercent sur les mauvais penchants (égoïstes) l'érotisme, le besoin d'amour, au sens large du mot qu'éprouve l'homme. Par l'adjonction d'éléments érotiques, les penchants égoïstes se transforment en penchants sociaux. On ne tarde pas à constater qu'être aimé est un avantage auquel on peut et doit en sacrifier beaucoup d'autres. » (Freud, 1923, éd. 1965, p.244)

(L'expérience de Paul de Tarse sur le chemin de Damas, ce militaire persécuteur converti devenu l'apôtre des gentils, telle que rapportée dans la bible, en serait-elle l'illustration métaphorique?)

3.3.2 Formation réactionnelle et/ou sublimation ?

Qu'en est-il alors de la mise en place de cet investissement personnel qui se dit fondé sur l'altruisme, la sollicitude, la bonté? En situant l'altruisme parmi les mécanismes de défense de la maturité dont feraient partie l'humour, la suppression, la sublimation ou l'anticipation qui protègent le Moi contre les demandes pulsionnelles du Ça et les affects pénibles, Vaillant (1977 et 1993), dans le contexte de ses recherches sur la hiérarchie des défenses révélées en analyse, en parle comme d'un engagement de soi face aux

besoins des autres avant et au-dessus des siens propres mais en souligne aussi toute l'ambivalence :

« (...) suppression and anticipation were the mechanisms most often associated with positive mental health, warm human relationships, and successful careers. (...) In contrast, sublimation and altruism were seen as often among the poorly adapted as among the most successful. But these latter defences often saved the day and provided safe paths out of the maelstrom of conflict. What differentiates sublimation and altruism from the neurotic defences is the elegance of the former mechanisms, their flexibility, and their capacity to mitigate future as well as present suffering. » (Vaillant, 1977, p.126)

Il y a là une ambiguïté que Gabbard résume assez bien : « Altruistic behaviour can be used in the service of narcissistic problems but can also be the source of great achievements and constructive contributions to society » (Gabbard, 2005, p.37). Avec le processus de renonciation pulsionnelle nécessaire à la culture et à la vie en société des humains, apparaîtra en positif, dans les meilleurs cas, la sublimation, cette transformation des pulsions sexuelles pré-génitales en activités socialement acceptables et valorisées, qui peut conduire au bénévolat dans un travail choisi librement sans contrainte économique :

« L'activité professionnelle procure satisfaction particulière quand elle est librement choisie donc qu'elle permet de rendre utilisables par sublimation des penchants existants, des motions pulsionnelles poursuivies ou renforcées. » (Freud, 1929, éd.1995, p.23)

Ce n'est pas toujours le cas, loin de là. Dans l'histoire de chaque sujet se construit un bricolage personnel de solutions adaptatives pour ces pulsions à la recherche d'un objet de satisfaction, véritables motivations de l'action, qui sont déplacées, dérivées, réprimées, transformées. Fenichel fait remarquer, par exemple, qu'il y a certainement de nombreuses formations réactionnelles aux sentiments de culpabilité et « certaines personnes pleines de pitié pour les autres révèlent par leurs *gestes magiques* leur désir d'être traitées amicalement par leur Surmoi » (Fenichel, 1945, éd.1979, p.572). Bien difficile alors de saisir la motivation profonde ou de qualifier l'expérience de soins sans s'appuyer sur l'histoire du soignant et ses enjeux personnels, ce que les apparences immédiates ne peuvent nous révéler :

« Tandis que la sublimation d'une exigence instinctuelle en une fonction du Moi

augmente l'efficacité d'une fonction, une formation réactionnelle dirigée contre une fonction sexualisée diminue obligatoirement cette efficacité. » (Fenichel, 1945, p.189)

On en prendra pour exemple positif des études de cas présentées par McWilliams (1984) et Tomkins (1965) qui ont pu illustrer le mécanisme de "mutation" d'une hostilité inconsciente en altruisme dans la pratique dite humanitaire, hostilité que les aidants sont susceptibles de percevoir eux-mêmes avec un certain inconfort quand ils sont en position de recevoir de l'aide. (Nous reviendrons plus loin sur la dimension de pouvoir toujours possible dans la relation soignant soigné.) On comprendra que les deux tendances auront à se combattre en chaque individu et que la société viendra imposer ses restrictions pour que les pulsions trouvent leur expression dans l'ordre de l'acceptable au risque d'une satisfaction partielle et sous une forme parfois méconnaissable. Les bricolages individuels dans ce registre sont multiples comme le démontre l'analyse de Cécile rapportée par Lagache dans son texte de 1962 *La sublimation et les valeurs* :

« Sa moralité, sa capacité de se dépenser pour les autres étaient exemplaires. La contrepartie était son masochisme moral, la dépréciation d'elle-même et la culpabilité. Si bien que l'altruisme jouait le rôle de réparation, d'un moyen pour se faire estimer et aimer. (...) C'était donc là quelque chose comme une sublimation de la violence qui animait les fantasmes inconscients de son désir. Sa vie sociale, morale, professionnelle, était centrée, non sans heurts, sur des contre-valeurs altruistes, des formations réactionnelles. » (Lagache, 1962, éd.1984, vol.5, p.54-55)

La psychanalyse a attiré l'attention sur ces conduites pouvant aller dans le sens opposé d'un désir refoulé par un processus de contre-investissement d'un élément conscient en opposition à l'investissement inconscient (i.e. compassion, bonté versus pulsion sadique) toujours susceptible d'émerger de diverses façons puisqu'il subsiste toujours dans l'inconscient. Encore une fois, nous sommes placés devant le constat que les apparences sont trompeuses et que la souffrance est détournée comme dans ces formations réactionnelles qui transforment parfois la destructivité en bonté sans limite, parfois envahissante et dysfonctionnelle, tout à l'opposé d'une « authentique sublimation » selon l'expression de Fenichel (1945, éd.1979, p.566). Qu'elle soit localisée et manifestée dans un contexte particulier ou généralisée pour constituer alors

un trait de caractère plus ou moins intégré, la formation réactionnelle peut utiliser des tendances dont les buts sont contraires à ceux de la tendance originelle et en augmenter la force.

« Elle peut augmenter la force de ces tendances pour mieux faire échec à la tendance originelle, et de cette façon un conflit entre une pulsion instinctuelle et un sentiment d'angoisse ou de culpabilité peut être déguisé entre un conflit entre des instincts rivaux. » (Fenichel, 1945, éd.1979, p.188)

Pour reprendre Fenichel, cette inscription dans l'histoire du bénévole de sa propension à apporter aide et soins aux autres est incontournable pour y comprendre quelque chose et lui apporter éclairage et soutien. Une motivation ne saurait être infirmée ou confirmée par le seul oui ou non du sujet sur le sens de son action. On a pu constater par exemple que les mêmes conduites peuvent s'inscrire dans une réaction contraphobique où le sujet « peut s'engager avec plaisir dans une action qu'il redoutait s'il peut prouver en même temps à l'objet à qui il s'identifie inconsciemment qu'il l'encourage tout en allant chercher des gages d'affection, de prestige, d'admiration ou de pouvoir » (Fenichel, 1945, éd. 1979, p.579). Inversement, ce qui apparaît pour des attitudes réactionnelles ne renvoie pas toujours à une attitude opposée puisqu'il peut s'agir de sublimation.

3.3.3 De la projection et de l'identification à la « cession altruiste » ?

La bonté en trop est suspecte. Dans ses écrits sur « Le Moi et les mécanismes de défenses » (1946, éd.1967), poussant plus loin cette idée exposée par Freud père que « la sympathie naît seulement de l'identification » (Freud, 1923, éd. 1965, p.129), Anna Freud propose le concept de « *cession altruiste* » pour identifier ce procédé qui consiste, par projection et identification, à céder à autrui ses propres émois émotionnels ou à lui transférer ses propres désirs qui peuvent être teintés d'égoïsme mais dont « les efforts faits pour satisfaire les pulsions d'autrui créent un comportement que nous sommes bien forcés de qualifier d'altruiste » (Freud A., 1946, éd.1967, p.113).

Anna Freud insiste ici pour montrer comment le mécanisme à double volet de la projection permet de projeter et d'attribuer à autrui ses propres sentiments négatifs pour s'en défendre mais aussi d'établir d'importants liens positifs en consolidant les relations humaines. Pour la psychanalyste freudienne, c'est cette *cession altruiste* qui permettrait de démontrer une plus grande compréhension de l'autre et de se sentir plus proche de lui alors que le Surmoi du sujet, implacable quand il s'agit d'une pulsion interdite, acquiescera s'il s'agit d'un désir détaché du Moi et transféré sur autrui.

«La cession à autrui d'un émoi de désir, le soin avec lequel on veille par la suite à ce que ce désir se réalise sont, en effet, comparables à la contemplation d'un jeu auquel on assiste avec plaisir et intérêt, sans toutefois oser y prendre part. »
(Freud A., op.cit.p.115)

Fonction vicariante de ce procédé de satisfaction par personne interposée comme dirait le langage populaire? La *cession altruiste* est un moyen de défense qui consiste non plus à refouler une pulsion interdite, à tenir à distance des pensées ou des sentiments insupportables mais au contraire à les projeter et à trouver une résolution aux tensions psychiques en contribuant et en s'identifiant à la satisfaction du désir de l'autre ou à son bien-être. Bref, « des sujets inhibés, pour s'octroyer certains plaisirs, les procurent à d'autres et en jouissent par identification à ces autres » (Fenichel, 1945, éd.1979, p.403). Dans un tel processus « égoïsme et altruisme se combinent de mille manières différentes » (Freud A. 1946, éd.1967, p.117).

Nous retenons pour majeure la contribution d'Anna Freud à notre propre réflexion sur les bénévoles en soins palliatifs par l'application de ce procédé de « transfert de ses émois » dans ses relations avec la peur de la mort. *Cession altruiste* en rapport avec l'angoisse devant sa propre mort? Cession de la peur devant les souffrances de fin de vie?

« Tout individu qui projette largement sur autrui ses pulsions instinctuelles cesse de ressentir cette peur et, même au moment du danger, son moi ne se soucie plus de sa propre vie. Au contraire, il éprouve plus de craintes et d'inquiétudes pour la vie des êtres aimés. » (Freud A., op.cit., p.119)

Les exemples cités par A. Freud dont celui de Cyrano de Bergerac illustrent bien que l'ivresse du don et de l'aide apportée sont en soi un processus instinctuel agréable et

que la gêne narcissique des soignants et la passivité où ils se voient parfois réduits trouvent compensation par un accroissement de puissance, « le sujet adoptant le rôle de bienfaiteur ». Ainsi le renoncement constitutif du bénévolat au plan socio-économique trouve une compensation par le bonheur apporté au prochain confronté à sa mort.

Mais attention, les apparences sont trompeuses et les « bontés » n'ont pas toutes la même source motivationnelle, pour ne pas dire la même dynamique psychique. Et Anna Freud de conclure :

« Demandons-nous s'il existe réellement des relations altruistes où la satisfaction personnelle ne joue aucun rôle, même sous une forme déguisée, sublimée. Ce qui, en tout cas, reste certain c'est que la projection et l'identification ne constituent pas les seules attitudes d'apparence altruiste. Diverses formes du masochisme, par exemple offrent une route facile qui aboutit au même but. » (op.cit., p.120)

On pourrait revoir ici ces témoignages qui indiquent "recevoir autant qu'ils donnent" dans leur bénévolat auprès des malades. Nous invitent à distinguer projection (mécanisme de défense du Moi) et identification (processus de constitution et de différenciation de la personnalité qui est aussi la possibilité de se mettre dans une situation identique à un autre que soi), Grinker, pour sa part, prend acte de la toujours possible sollicitude humaine qui résulte de la projection de ses propres besoins dans ces interactions où le sujet donne et prend soin de l'autre tout en recevant des gratifications par cette identification « positive » au bénéficiaire :

«Projection of one's own needs results in altruism. (...) However, this is more than a defence, for in psychological terms such role reversal is a learning process, increasing the strength and stability of the child's ego. It diminishes the dependence of the child on others and increases his sensitivity, enriches his inner life and facilitates socialization. » (Grinker, 1957, p.381)

3.3.4 Agressivité, réparation et sollicitude

La bonté en trop est suspecte tout comme son absence mais il arrive aussi que les gestes posés et les paroles dites apportent réconfort et bénéfice à l'autre. On peut alors

se demander d'où viennent tant de continuité dans la compassion et de capacité de sollicitude de la part de ces bénévoles face à des mourants, alors que « nous constatons tous les jours qu'aimer et faire mal sont indissociables »? (Winnicott, 1984, éd.2004, p.36).

Winnicott s'est beaucoup intéressé à l'apparition de la sollicitude ("concern", traduit aussi par souci ou inquiétude) dans le développement de l'individu. L'anecdote suivante, racontée par André Green, montre comment Winnicott, à partir de son expérience personnelle, arrive à une compréhension qui fait le lien entre théorie kleinienne sur la position dépressive (dont il dira que cette expression est mauvaise dans Winnicott, 1963, éd.1978, p.145) et les événements de la vie quotidienne :

« Un jour il détruisit sauvagement la poupée de sa sœur avec sa boîte de croquet. Devant le désespoir du petit garçon après le méfait, son père réussit à réparer la poupée... (et c'est là l'originalité du regard de Winnicott)... la manifestation pulsionnelle devient tolérable si et seulement si l'idée de réparation est acquise par l'enfant, indiquant une capacité de développement. Ainsi au centre du développement se trouve la position dépressive qui témoigne de la réparation et par extension de la capacité de sollicitude. » (Green, 2005, p.9)

Rappelons que pour Mélanie Klein la souffrance et l'inquiétude nées de la peur de perdre les objets bons, ce qui définit chez elle la position dépressive, constituent la source la plus profonde des douloureux conflits vécus dans la situation oedipienne comme dans toutes les relations aux autres personnes significatives (Klein,1939, éd.2004, p.78). En dernière analyse :

« Nos ressentiments contre nos parents qui nous ont frustré, la haine, désir de vengeance, culpabilité et désespoir par cette haine et ce désir (avoir fait du mal à ceux qu'on aimait) tout cela peut être effacé en fantasme en pouvant jouer le rôle de parent et celui d'enfant par identification (...) D'après moi, cette façon de réparer est un élément fondamental dans l'amour et dans toutes les relations humaines. » (Klein, 1957, éd.1975, p.89)

Ce mécanisme dit de réparation s'inscrit dans le processus de maturation psychoaffectif.

« Il permet en effet de limiter l'angoisse dépressive, celle d'avoir pu endommager la mère (objet primaire) lors de la prime enfance, de l'avoir perdue (et d'avoir perdu la sécurité qu'elle représente) par les pulsions agressives exercées contre

son sein. Cette angoisse est susceptible d'être actualisée à l'âge adulte lors des processus de deuil. » (Jenny, 2007, p.8)

Derrière le mécanisme de réparation par lequel le sujet cherche à réparer les effets de ses fantasmes sur son objet d'amour qu'il ne veut pas perdre, il y a « la sollicitude qui exprime le fait qu'un individu se sent concerné, impliqué et tout à la fois éprouve et accepte sa responsabilité » (Winnicott, 1984, éd. 2004, p.40).

À sa façon, Winnicott nous fait comprendre que dans sa première rencontre avec la colonne de blocs érigée par son parent l'enfant éprouvera sa capacité motrice et son pouvoir de détruire cet obstacle et manifestera son plaisir au renouvellement de la destruction de cet objet toujours reconstruit/réparé par le parent jusqu'au moment où sa capacité motrice lui permettra de créer par lui-même cet objet en faisant comme ce parent, sans plus dépendre de ce parent. Il aura par la suite à gérer cette capacité de détruire la poupée de sa sœur et ne pourra « accepter les idées destructrices et agressives incluses dans sa propre nature sans vivre aussi l'expérience de la réparation » (Winnicott, 1963, éd.1978, p.45). Dans son besoin de faire le bien en étant adéquat dans les soins accomplis pour le patient, le soignant chercherait à réparer le mal fait à l'objet et ainsi à échapper à cette culpabilité primaire.

« Le terme sollicitude est utilisé ici pour décrire d'une façon positive un phénomène qui négativement se traduirait par culpabilité (...) Le sentiment de culpabilité est l'angoisse liée au concept d'ambivalence et il implique un certain degré d'intégration dans le moi individuel. » (Winnicott, 1984, 2004, pp.39-40)

Rappelons que pour Winnicott, loin de souscrire à la compréhension de l'agressivité en termes d'instinct de mort, l'adulte, dans le prolongement du processus de maturation, est capable de s'identifier à l'environnement et de participer à son maintien ou à son changement en développant cette identification sans sacrifier sérieusement ses impulsions personnelles. Nous ne sommes plus ici dans le registre des défenses mais dans celui d'une expérience de maturation hautement élaborée. La sollicitude apparaît à l'origine dans la rencontre, dans l'esprit de l'enfant, entre la « mère objet » partiel, propre à satisfaire les besoins immédiats (relation au Ça) et la « mère environnement », personne qui protège contre l'imprévisible, soigne et dirige (relation au Moi), dynamique

qui transforme l'angoisse de perdre l'objet attaqué en culpabilité apaisée par une offrande à certaines heures à la mère environnement (Winnicott, 1963, éd.1978). Bref, c'est en se sentant impliqué dans les occasions qui lui sont données de fournir les éléments constructifs à l'environnement que l'enfant parvient à assumer, endosser la responsabilité de ses propres pulsions ce qui sera qualifié plus tard de sollicitude... chez le soignant.

Coexistence d'une pulsion à détruire l'objet et d'une pulsion à le conserver, « la relation objectale est marquée par l'ambivalence » comme dirait Fenichel (1945, éd.1979, p.103). Avec Winnicott, en revenant sur le processus d'individuation qui va de l'état de fusion primitif à l'état de séparation (accès au sentiment du Moi/non-Moi par défaillance graduelle dans l'adaptation de la mère), nous retrouvons cette séquence « je t'aime, je te mange, je suis préoccupé, je fais amende » qui place le sentiment de sollicitude ou de culpabilité en relation avec les éléments destructeurs largement inconscients.

Donner et prendre, dualité ou complémentarité dans un rapport où l'un (soignant) peut trouver objet de satisfaction pour lui-même dans la satisfaction de l'autre (soigné)? Image forte de la psychanalyse que celle de la relation de l'enfant au sein maternel, cet objet de satisfaction/frustration, d'agression/réparation, de désir/haine (tout objet de besoin-dépendance qui met en échec la toute-puissance n'est-il pas objet de haine?) de destruction et de peur dont il ne faudrait pas oublier qu'elle évoque aussi, en positif, la construction symbolique d'un rapport de don mutuel, de satisfaction réciproque par la satiété de l'enfant qui a trouvé à se satisfaire en soulageant (soignant) le sein de son engorgement.

Convenons que ces rapports inscrits au plus profond de l'histoire du sujet (cette « combinaison entre ce qui est arrivé, ce qui n'est pas arrivé, ce qui aurait pu arriver, ce qui est arrivé à quelqu'un d'autre, ce qui n'aurait pas pu arriver » disait Green (2005, p.68) ne sont pas sans laisser de traces sur ce qui sera la capacité du soignant à distinguer « être le même » et « être différent avec » face au soigné.

« La théorie psychanalytique a toujours mis l'accent sur le fait que la tolérance de l'ambivalence à l'égard des deux parents et des autres personnes aimées fait partie de la croissance et nous trouvons ici une explication de cette tolérance, rattachée au concept de réparation. C'est ce besoin de réparation qui rend véritablement les individus responsables pour accomplir le travail quotidien incluant les soins apportés à leurs propres enfants.» (Davis et Wallbridge, 2005, p.74)

3.4 Soins, souffrance et construction de sens

Transfert et contre-transfert, identification et désidentification, désirs et défenses, pertes et bénéfices, les chapitres précédents témoignent de l'incidence des dynamiques inconscientes sur la motivation et la souffrance des soignants mis en contact avec la souffrance des malades... si ce n'est avec leur propre souffrance.

« Peut-on travailler sans souffrir dans un lieu où l'on ne cesse de mourir? (...) Quel rôle jouent les motivations, les idéologies dans la façon de gérer cette souffrance? » (Hennezel de, 1990, p176)

Il nous paraît judicieux de supposer que « l'homme au travail et qui n'en souffre pas est une fiction ou il obéit alors à un conditionnement tel que l'accomplissement de la tâche est surinvesti sur un mode névrotique (désir de gloire, de puissance, de vengeance...) » (Amiel 1985, p.213). En ce sens, dans l'introduction du célèbre « Man search for meaning » de Frankl, Allport écrivait :

« Vivre c'est souffrir; survivre c'est trouver un sens à sa souffrance. Si la vie a un sens, il doit y avoir un sens à la souffrance et à la mort. Mais personne ne peut communiquer ce sens à quelqu'un d'autre. » (Frankl, 1946, éd.1988, p.9)

Les observations qui précèdent nous préviennent de l'amalgame plus ou moins conscient et complexe des motifs-bénéfices-difficultés et qu'il y a là un enjeu majeur dans la relation au patient qui risque d'échapper à ceux qui tiennent le discours fermé sur l'altruisme-bonté-compassion dans le bénévolat en soins de santé. Dans ce contexte, nous avons noté précédemment que « soigner, c'est aussi accueillir la souffrance » (Daneault et alii, 2006, p.72). et que l'impuissance à soulager ou l'inefficacité de l'aide sont aussi source de détresse pour ceux dont la satisfaction réside dans l'offre généreuse de soins.

Il paraît clair que le soignant peut s'engager par exemple dans un processus de banalisation de la souffrance en réduisant sa relation au registre du concret des techniques de soins et ainsi garder une distance protectrice. Il peut aussi, en tant que praticien autoproclamé de l'amour du prochain, chercher inlassablement à susciter chez le patient l'amour qu'il n'a pas reçu dans son enfance ou à compenser pour l'expérience de la perte non résolue d'une personne proche ce qui fait dire à Bowlby qu'il faut bien

distinguer le comportement d'aide qui relève davantage d'agirs-soins compulsifs ou de l'identification projective que de la sollicitude réelle (Bowlby, 1980, p.287).

D'aucuns, insistant sur le côté obscur du transfert et des défenses, n'y verront que distorsions des mobiles et obstacles inconscients à l'écoute et au soulagement de la souffrance du patient. D'autres, s'inscrivant dans une perspective dialectique de cette relation où un malade appelle à l'aide et où un autre humain répond en le soignant, portent un autre regard sur la complexité de cette expérience humaine qui fait du soigné un soignant et du soignant un soigné. Ce qui est posé alors au cœur de l'expérience humaine du soignant devant un autre humain malade, c'est cette « conscience aiguë et douloureuse de la maladie comme pôle opposé à la santé et la pénible et permanente certitude de la désagrégation de son propre corps et de son propre esprit » (Guggenbühl-Craig, 1985, p.126).

Convenons d'une part que toute relation ne s'explique pas entièrement par le transfert et la projection et d'autre part que le transfert au sens de projection sur le partenaire d'images ou de problèmes qui ont peu de rapport avec lui, s'oppose à la relation ou à la rencontre de sujet à sujet.

« Dans ces dernières le partenaire est considéré comme tel qu'il est (...) Le transfert et la relation se présentent évidemment la plupart du temps simultanément et ils ne peuvent être séparés nettement dans chaque cas particulier. Dans les cas favorables, le transfert devient relation (...) La relation signifie voir l'autre comme il est ou tout au moins le reconnaître partiellement comme tel. Elle signifie ensuite tirer du plaisir ou du déplaisir de la personne, demeurer avec elle, s'adresser à elle. » (Guggenbühl-Craig, 1985, p.64)

Impuissance du malade dépossédé de ses capacités en fin de vie, impuissance du soignant à guérir le corps malade, la perspective s'élargit quand on pose l'hypothèse de l'expérience de la souffrance qui peut trouver une issue positive si elle amène les sujets qui souffrent à redéfinir leur rapport au monde pour peu que le soignant reconnaisse que sa rencontre de la souffrance le transforme lui aussi et fait de lui un soignant non pas tout-puissant mais un sujet blessé, humain en manque :

« Les remaniements psychiques provoqués par l'état de souffrance peuvent alors donner un sens à l'expérience vécue. Dans un tel cas, l'état de souffrance n'est plus un processus stérile. » (Daneault et alii, 2006, p.116)

Recherche de sens dans l'expérience vécue de part et d'autre de la souffrance? Aider les patients peut-il se réduire à leur prodiguer des soins alors « qu'attribuer un sens aux événements de l'existence fait partie des besoins essentiels de tout être humain », (Janssen, 2008, p.248) soignant comme soigné? Nous retiendrons pour pertinente à la situation des soignants en soins palliatifs la contribution de Frankl pour qui tout homme, confronté fondamentalement à la souffrance, au sentiment de culpabilité et à la mort, peut chercher à découvrir un sens à sa vie que ce soit à travers une oeuvre ou une bonne action, en faisant l'expérience de la bonté, de la vérité, de la beauté et de l'amour en relation avec quelque chose ou quelqu'un ou que ce soit par son attitude envers la souffrance elle-même (Frankl, 1946, éd. 1988, pp. 118 et 139).

Au-delà de l'accomplissement d'une tâche génératrice de satisfaction et de réparation (ce qui reste précaire alors que parfois dans l'impuissance devant l'inéluctable il n'y a plus rien à faire) « une sorte de médiation de sens peut s'instaurer entre les différents acteurs de soins et le malade » et par là un enrichissement de l'expérience vécue plutôt qu'un déficit psychique (Jenny, 2007, p.10). Ce à quoi on poserait comme condition que c'est « en se confrontant à leur propre souffrance et à leur propre angoisse, en l'acceptant, en l'élaborant, que les soignants pouvaient encore transformer leur vocation thérapeutique narcissique en une activité où il y aurait de la place pour l'autre » (Hennezel de et Montigny de, 1990, pp.156-157).

« Ainsi en développant une plus grande conscience d'eux-mêmes et en s'acceptant tels qu'ils sont, les soignants témoignent davantage de compassion pour eux-mêmes. Immanquablement, ils éprouvent plus de compassion pour leurs patients. Car, lorsqu'on est capable de se pardonner à soi-même, on pardonne plus facilement aux autres. Et lorsqu'on comprend mieux sa propre souffrance, on comprend mieux la souffrance d'autrui (...) Soigner exige d'avoir dépassé ses propres peurs, d'avoir abandonné ses propres défenses (...) guérir entièrement ce qui est blessé en nous constitue le travail de toute une vie. » (Janssen, 2008, p.255)

Dans ses histoires de cas centrés sur l'expérience personnelle de la souffrance par les médecins et les malades, Kleinman, comme Frankl, insiste sur le potentiel constructif de la souffrance en montrant que, sensibilisé à la souffrance d'autrui, le fait de devenir soignant peut aussi résoudre des tensions dans le développement de la personne en ajoutant :

« Anthropologists studying healers in non-Western societies often elicit similar accounts. Not infrequently a powerful illness experience leads a patient into the healer's role. » (Kleinman, 1988, p.222)

C'est ce dont témoignent les études de Joan Halifax sur les shamans dits « guérisseurs blessés » pour qui les techniques de soins reposent sur l'extase et sur leurs propres épreuves. Sacrifice, souffrance, douleur, régression, conflit bien/mal, identification au contraire, expérience de renaissance sont ici les thèmes récurrents qui nous renvoient aux structures les plus profondes de la psyché exprimées dans la confrontation aux forces démoniaques, au morcellement du corps, à l'épreuve du feu. La présence du shaman a déjà un sens relationnel dans son contexte culturel :

« Mais le shaman a une raison plus sociale que personnelle pour s'ouvrir : en effet, il est concerné par le bien-être de la communauté dont il fait partie : l'acte sacré s'oriente vers la création de l'ordre à partir du chaos. » (Halifax, 1991, p.7)

Déliasion dans le chaos de la douleur et de la souffrance... liaison dans la relation soignant-soigné, l'un et l'autre à la recherche de sens, chacun participant à la conversion, dans le sens de mutation, de la souffrance de l'autre. Avec Grinker (1957, p.379) nous pensons que le rôle social du bénévole en tant que modalité de transaction entre humains est « dérivé d'attitudes inconscientes basées sur les apprentissages antérieurs et reste soumis à des motivations qui ont leur origine dans une multitude d'identifications internes qui peuvent ne jamais être révélées, ou tout au moins pas directement, dans les comportements observables ».

La souffrance peut-elle ainsi devenir constructive dans ce travail en contact avec la mort et les deuils? Il arrive aussi que les expériences douloureuses stimulent ce qui apparaît comme des sublimations, éveillent des aptitudes tout à fait nouvelles chez certaines personnes (i.e. peinture, écriture) ou les rendent capables d'apprécier les choses et plus

tolérants dans leurs rapports. Comme l'écrivait Dejours, le renoncement ne va pas de soi en passant par l'expérience de la souffrance :

« C'est aussi le terme d'une conquête qui passe par un travail. Peut-être dans ce cas, le renoncement qu'il faut distinguer du refoulement est-il la condition sine qua non de la sublimation de la pulsion. Renoncement ou sacrifice n'implique pas ici une perte pour la subjectivité, mais constitue peut-être au contraire une voie essentielle de l'avènement du sujet. » (Dejours, 2002, p.89)

Diverses sources ont souligné l'expérience antérieure de la perte et du deuil dans l'histoire des soignants. Souffrance et sublimation, perte et réinvestissement? À cet égard, les exemples de Freud qui rédige *L'Interprétation des rêves* peu après le décès de son père et Proust qui publie *À la recherche du temps perdu* après la mort de sa mère ne sont pas les moindres. Angoisse de mort, angoisse de castration, traumatisme de séparation, d'abandon, nous rejoignons ici les travaux de Hanus sur l'aboutissement du *deuil narcissique* où il observe qu'il serait erroné de ne lui voir que des aspects négatifs :

« Comme toute crise, il peut entraîner des remaniements qui pourront se révéler facteurs de croissance. Il peut incontestablement être moteur de sublimation. Certains écrivains, et plus généralement certains artistes, considèrent le processus de création comme un des destins du travail de deuil. » (Hanus, 2006, p.23)

Au terme de ce périple dans les méandres de la pensée psychanalytique, notre démarche se confirme dans ses préoccupations pour une compréhension qui va au-delà du descriptif et des opinions pour atteindre les parties latentes et moins conscientes du choix et de la pratique de ce bénévolat. Nous ne nions pas la pertinence des données empiriques de la recherche quantitative sur les motifs et les difficultés, les facteurs de participation et de réussite ou de persévérance du bénévolat en soins palliatif mais nous souhaitons en repousser les limites en nous rapprochant de l'expérience subjective.

Force est de constater par ailleurs que nous disposons de peu de rapports et d'études à caractère psychodynamique qui portent directement sur le bénévolat et sur les soins palliatifs. C'est le mandat complémentaire que nous nous sommes donné puisque notre

étude se poursuit sur le terrain avec les bénévoles en s'appuyant sur les concepts et les points de vue de la psychanalyse qui ont précédemment retenu notre attention dans la relation de soins.

QUATRIÈME PARTIE

4.1 Méthodologie de notre étude

L'étude menée sur le terrain, qui procède par entrevues avec des bénévoles, exige d'exposer à quelle enseigne loge le chercheur et de distinguer production et reproduction conceptuelles. On conviendra que les méthodes d'investigations et les enquêtes dites objectives sur ce qui se vérifie de l'extérieur ne permettent pas d'accéder aux enjeux psychiques plus profonds que nous voulons explorer. Rappelons que le contenu de cet essai, en clarifiant le rapport entre les mobiles, les écueils, les bénéfices et les difficultés, vise à documenter la formation et l'encadrement des bénévoles de même que le soutien psychologique de 2^e ligne de la part des institutions qui misent sur leurs services.

4.1.1 Une étude qualitative

Dans la lignée des recherches qualitatives, notre démarche d'exploration psychologique est aussi celle d'une disposition à la dé-couverte des enjeux et à la prise en compte de ce qui est déjà là et qui peut affecter le bénévole et le patient en soins palliatifs. Cette exploration privilégie non pas une voie fondée sur la classification normative avec vérification d'énoncés préétablis et quantifiables mais bien plus une écoute ouverte à la dynamique psychique idiosyncrasique. Si notre approche n'exclut pas forcément la prise en compte des conditions de la pratique et des interactions, comme on l'a vu précédemment, on conviendra qu'elle vise des objets différents.

« Les méthodologies quantitatives développent des recherches s'intéressant aux résultats quantifiés à travers l'étude de corrélations et les travaux expérimentaux, alors que les méthodologies qualitatives se focalisent sur des recherches contextualisées à travers l'étude de cas particuliers, l'analyse du discours, l'observation naturaliste et la description des données. » (Santiago-Delefosse, 2002, p.188)

Elle suppose donc une pratique de l'entrevue qui s'intéresse, dès une première

rencontre, à l'organisation intérieure des conflits, aux modes relationnels, aux mécanismes de défense et à l'expression des fantasmes.

« En effet, l'écoute psychanalytique située au-delà du registre de la communication informative, s'attarde au sens latent sous-jacent à la logique mise de l'avant par tout locuteur afin de produire un discours cohérent. » (Gilbert, 2007, p.278)

L'approche se veut exploratoire du vécu à partir du discours des sujets rejetant par le fait même tout «a priori», items ou allégations préétablis que l'on chercherait à confirmer par la cueillette cumulative d'énoncés comme autant de prélèvements à l'appui. Démarche inductive, question ouverte, construction de sens dans le rapport entre le dire singulier du sujet interviewé et l'écoute documentée du sujet intervieweur, nous ne pouvons faire l'économie de l'éclairage que peuvent apporter les études et les observations déjà effectuées sur le terrain à la lumière de la psychanalyse, ni refuser les référents provenant de recherches semblables.

Il reste que la consultation des études cliniques et les interprétations psychanalytiques que nous avons relevées contribuent davantage à l'élargissement du regard sur la réalité psychique qu'à la préinscription de motifs, de jugements ou de construits théoriques élaborés dans d'autres circonstances. La démarche inductive exige un *devoir de réserve* devant les *a priori* conceptuels ou les postulats qui iraient à l'encontre de la disponibilité intellectuelle du chercheur. Pour nous, ces études ont eu le mérite d'exposer la valeur heuristique de certaines indications et concepts sans pour autant présumer du poids qu'ils auront en fin de parcours de notre étude.

4.1.2 Cadre méthodologique

Méthodologiquement, ces entrevues se situent dans le courant de la recherche qualitative d'orientation psychanalytique :

« Il s'agit d'articuler l'analyse du discours manifeste portant sur l'histoire du sujet avec la dimension latente où se dévoile le fonctionnement psychique par des

indicateurs retrouvés au moment de la rencontre de recherche comme dans la transcription du discours. » (Gilbert, 2007, p.274)

Par analogie à ce qui permet de révéler l'originalité des tableaux de maître, cette démarche d'investigation que l'on peut qualifier d'indiciaire, permet « d'appréhender, de percevoir, de deviner des choses secrètes, cachées, retenues chez chaque sujet à partir de traits sous-estimés ou dont on ne tient pas compte dans les observations brutes » (Lussier, 2007, p.24) sur les comportements et les énoncés des uns et des autres.

« C'est la construction de son histoire telle que cette personne la racontera qui sera importante car nous sommes dans notre travail dans ce qui fait sens. C'est la signification des conduites qu'il faut découvrir. » (Puskas, 2002, p.29)

C'est, au-delà des motifs et des écueils mis en mots, la signification des conduites qu'elle vise à découvrir, i.e. «ce qui fait sens » dans la construction de l'histoire de chacun des sujets, masculins et féminins d'horizons professionnels différents, choisis au hasard parmi les soignants bénévoles inconnus du chercheur, rencontrés pour deux entrevues, chacune d'une durée moyenne de 60 minutes dans un local réservé sur les lieux du bénévolat.

Pour approfondir notre compréhension des réponses possibles à ces questions, nous avons donc procédé à des entrevues semi-dirigées (deux rencontres avec chacun) qui laissent place au travail d'association et d'élaboration psychodynamique avec quatre bénévoles, impliqués dans les soins directs aux patients. L'enregistrement audio a servi ensuite à la rédaction du verbatim qui sera complétée par les notes du chercheur, i.e. ses observations visuelles, ses impressions et ses réflexions reproduites en après-coup. Nous sommes d'avis qu'avec ces deux entrevues à une semaine d'intervalle nous avons été en mesure d'accomplir un travail d'exploration et d'association suffisant pour rencontrer nos objectifs. Dans le cadre de cet essai, le volontariat et la disponibilité des sujets ainsi que l'ampleur du matériel recueilli en entrevue posaient évidemment des limites quant au nombre de sujets et à la répétition d'entrevues. D'une part, si ces rencontres exploratoires se révèlent significatives, une recherche subventionnée et menée par une équipe de chercheurs pourra sans doute élargir la base d'informations à

recueillir et à analyser. D'autre part, les rencontres avec les sujets volontaires restaient ainsi dans le registre de l'exploration sur eux-mêmes et des entrevues d'évaluation par le clinicien, choix anticipant sur les possibilités ainsi démontrées de pratique de soutien inscrits hors du champ de ce que serait un suivi thérapeutique.

Ce nombre nous paraît suffisant d'une part pour rendre compte de la complexité et de la profondeur de la démarche de soignants bénévoles et d'autre part pour exposer le caractère idiosyncrasique de la dynamique des mobiles, des difficultés et des satisfactions de leur pratique du bénévolat en soins palliatifs. Précisons enfin que dans ce cadre d'entrevue semi-dirigée, contrairement à l'entretien thérapeutique, c'est l'enquêteur qui suggère le domaine à explorer essentiellement par la consigne de départ (Castarède, 1989, p.119). Cela dit, c'est sur le modèle de l'amorce de la consultation psychodynamique (i.e. «Je vous écoute» ou encore «Qu'est-ce qui vous amène?») que la question de départ de l'entrevue se présente :

*« Vous avez choisi d'être bénévole en soins palliatifs...
vous pouvez me parler de ce qui vous a amené ici? »*

Pour favoriser l'élaboration du discours sur l'objectif de la rencontre, l'intervieweur, attentif aux propos de l'interviewé, en vient parfois à refléter les énoncés et relancer les associations sur les représentations suivantes :

- les motifs, circonstances et événements qui ont amené le bénévole à cette activité;
- la satisfaction des motifs et les bénéfices retirés;
- les difficultés et limites rencontrées avec exemple à l'appui;
- les relations et événements significatifs dans la vie du sujet.

4.1.3 Une analyse qualitative dans la perspective psychodynamique

La présente étude s'inscrit donc dans une perspective psychodynamique sur «le discours des sujets sur eux-mêmes», sur le récit de leur itinéraire personnel, sur

l'histoire de leurs relations, ce qui implique tout à la fois : perceptions et justifications, sentiments et besoins, jugements et regrets, bien sûr, mais aussi désirs et fantasmes, défenses et rejets, idéaux et conflits que l'on rejoint par une écoute et une analyse qualitative sensibles aux lapsus et associations, blocages, inflexions de voix, évitements, détours etc.

« Une telle approche privilégie la parole, son écoute et le sens qui se fait jour dans ce cadre particulier. Elle réfute une norme appartenant au seul observateur et refuse la prégnance du voir dont les limites nous sont enseignées par la psychanalyse (...) Elle s'ancre dans un constant va-et-vient entre théorie et pratique. » (Santiago-Delefosse, 2002, p.95)

C'est ce matériau qui est utilisé pour repérer les composantes du discours, les regrouper sous formes de rubriques, y repérer les énoncés-thèmes sur quoi porte la réflexion, en établir les agencements et l'articulation pour les interpréter par inférences proximales dans le cadre plus large de la psychodynamique (i.e. opération conceptuelle évoquant de l'arbre de Porphyre fondé sur l'enchaînement logique des termes qui vont de la particularité (immanence) à la généralité (transcendance). Dans cette démarche, la motivation de l'investissement du sujet bénévole doit être comprise dans son acception syncrétique qui est de subsumer, sur la base des énoncés thématiques, ce qui pousse les sujets à ce bénévolat.

Dans le but d'atteindre une compréhension du phénomène qui lui donne du sens par synthèse progressive jusqu'à son interprétation théorique la plus plausible, nous nous inspirons de ce que Paillé et Mucchielli (2003) désignent par *catégories conceptualisantes* dont «le sens forgé par la tradition d'analyse qualitative, plus particulièrement au sein de la *grounded theory*, renvoie à la désignation substantive d'un phénomène dans l'extrait du corpus analysé (ce qui) permet d'aller au-delà du simple relevé de contenu pour toucher à la théorisation même des phénomènes» (Paillé et Mucchielli, 2003, p.54).

Quels sont les enjeux pour le bénévole, quels sont les ressorts de l'action et des satisfactions ou insatisfactions éprouvées, quels sont les rapports entre les énoncés? Ce travail repose sur un processus d'aller-retour progressif entre la réalisation des

entrevues et la relecture du matériel qui s'accumule avec le souci de la constitution et de l'étayage des regroupements d'énoncés thématiques, d'exposition des convergences/divergences ainsi que des dénominateurs communs et des singularités des récits. La mise en catégories des énoncés se distinguera donc d'une thématisation fournissant des indications fondées sur des caractéristiques déjà instituées a priori. Plus précisément, Paillé et Mucchielli (2003) définissent la catégorie par *une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche* :

«Une catégorie désigne donc directement un phénomène. (...). Le travail d'analyse à l'aide de catégories implique donc : une intention d'analyse dépassant la stricte synthèse du contenu du matériau analysé et tentant d'accéder directement au sens, et l'utilisation, à cette fin, d'annotations traduisant la compréhension à laquelle arrive l'analyste.» (p.147)

«Dans la mesure où une catégorie «fait sens», dans la mesure où elle décrit un phénomène d'un certain point de vue, dans la mesure où elle donne lieu à une définition, elle a les propriétés synthétique, dénomminative et explicative d'un concept.» (p.149)

Ultimement, l'induction comme processus de construction des catégories se veut le produit d'une observation sur le terrain, attentive à la trame des expériences mises en discours et d'un essai de conceptualisation du processus de choix en jeu à partir d'un discours original. Il y a donc émergence théorique par construction et non reproduction d'une catégorie prédéterminée.

4.2 Contexte organisationnel et recrutement des participants aux entrevues

Que ce soit du point de vue des recherches psychosociales ou que ce soit du point de vue des comptes rendus d'orientation psychodynamique, notre tour d'horizon des publications répertoriées confirme l'importance à accorder au type d'activité ainsi qu'au contexte de souffrance et de mort dans lequel se déroule l'engagement de ce bénévolat. Il nous apparaît donc particulièrement important en allant à la rencontre de ces bénévoles de circonscrire le milieu institutionnel qui retient leur services.

L'histoire des soins palliatifs ne remonte pas très loin. Apparue à Londres en 1967 à l'initiative de Cecily Saunders au St-Christopher's Hospice, la première unité de soins palliatifs dans un hôpital canadien ne sera mise sur pied qu'en janvier 1975 avec le Dr. Balfour Mount à l'Hôpital Royal Victoria de Montréal (Hennezel de et Montigny de, 1990, p.134). Le Québec se situe donc dans la mouvance médicale qui, devant la limite des soins à apporter aux malades, passe des stratégies axées sur le « cure » à la reconnaissance d'une approche concentrée sur le « care ». Animée par "ce qui reste à faire quand on croit qu'il n'y a plus rien à faire", selon la devise de ses pionniers, la pratique des soins palliatifs invite les accompagnants à « suivre pas à pas celui qui va mourir en lui permettant d'accéder à ce qui pour lui est le mieux » (op.cit. p.134).

Cette forme de soins s'est suffisamment développée pour que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la reconnaisse formellement :

« Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux patients atteints d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif est d'obtenir, pour les patients et pour les proches, la meilleure qualité de vie. » (Lambert et Lecomte, 2000, p.27)

Cette définition, retenue par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec (MSSS, 2004), trouve un écho dans la définition proposée par l'Association québécoise des soins palliatifs en 2000 :

« Ensemble des interventions nécessaires à la personne atteinte d'une maladie dont l'évolution compromet la survie ainsi qu'à ses proches afin d'améliorer leur qualité de vie en considérant les besoins de toutes dimensions. » (Lambert et Lecomte, 2000, p.26)

Au Canada, les experts estiment qu'environ 10% des malades en phase terminale reçoivent des soins palliatifs, alors qu'au Québec on parle d'une proportion de 5 à 10% (Lambert et Lecomte, 2000, p.138) de ces malades qui profitent de tels soins dans les hôpitaux, les Centres d'hébergement longue durée, les Maisons d'hébergement ou à domicile. On compte actuellement une quinzaine de ces Maisons spécialisées dans les soins palliatifs principalement dédiées au cas de cancers terminaux.

Pour les fins de notre étude nous avons contacté une organisation régionale de bénévoles où les candidats qui se présentent pour être admis au travail bénévole en soins palliatifs passent une entrevue de sélection. Au cours de cette entrevue un certain nombre de questions sont abordées évoquant les enjeux que ce travail soulève. L'expérience des responsables de la sélection a montré la pertinence de soulever les aspects suivants au cours de cette entrevue :

1. Motivation à faire du bénévolat? Pourquoi ce bénévolat en particulier?
2. Si tu avais à parler de la mort comment te sentirais-tu?
3. Décès vécus dans la famille? Par cancer?
4. État de santé actuel?
5. Comment te sentirais-tu devant un silence? La colère? Les pleurs? Le toucher?
6. Que veut dire pour toi, être à l'écoute?
7. Que répondras-tu à la demande de conseils?
8. Attitude face à la religion? Autre que la tienne?
9. Vie familiale actuelle. Épreuves traversées?

(Grille d'entrevue transmise par la coordonnatrice des bénévoles, hiver 2008)

Les candidats auront aussi à s'engager à respecter certaines consignes :

- a. Travailler en équipe et sous supervision;
- b. Ne jamais accepter d'argent et de cadeaux;
- c. Ne pas juger les patients et leur famille;
- d. Faire preuve de discrétion;
- e. Ne pas donner de numéro de téléphone personnel;
- f. Respecter certaines restrictions quant aux vêtements, bijoux, parfum, tabac.

Pour faciliter l'intégration des bénévoles aux équipes de travail et les familiariser avec les tâches qui seront les leurs, ils sont par la suite invités à accompagner pendant quelques périodes de travail un préposé expérimenté qui pourra les initier au quotidien des soins et des interactions auprès des malades. Afin de compléter cette formation pratique, le bénévole doit aussi, au cours des mois qui suivent, s'engager dans une formation certifiée de 24 heures de cours portant sur les diverses dimensions de l'accompagnement des mourants et de leurs familles, dont;

- les craintes personnelles face à la mort;
- l'incertitude et le sens des contacts avec le mourant;
- les mythes sur la mort et le mourir;
- les réactions psychologiques de défenses en fin de vie;
- les enjeux affectifs et les pièges de l'accompagnement;
- le système familial et les peurs;
- le deuil.

C'est donc à des bénévoles qui ont traversé ces étapes de sélection et de formation et sont encore actifs que nous nous adressons pour les entrevues de notre étude. C'est dans ce contexte que les entrevues individuelles ont été réalisées auprès de trois femmes et un homme, dont l'âge variait entre 35 et 60 ans et qui présentaient de trois à plus de 10 ans d'expérience de bénévolat (à raison d'une journée par semaine ou aux deux semaines), pour tenir compte de la variabilité relative au sexe, à l'âge et à l'activité professionnelle telle que suggérée par les études recensées afin de faire place à la diversité des représentations et des enjeux.

Il est aussi utile de noter que les quatre premiers sujets contactés à partir d'une liste d'une douzaine de bénévoles ont accepté immédiatement de participer à ces entrevues. On trouvera en annexe les formulaires de recrutement et de consentement qui ont été utilisés.

CINQUIÈME PARTIE

5.1 Résultat et limites des comptes rendus d'entrevues

Ces entrevues d'un point de vue psychodynamique sur des cas concrets, donnent l'occasion d'explorer dans quelle mesure le discours socialement admis de l'altruisme et de la gratuité, de la bonté et de l'empathie (convergence?) peut recouvrir des enjeux personnels distincts (divergence?) et exposent la pertinence de l'offre de soutien ou d'intervention de ce type auprès des bénévoles de ces institutions. Tenues à une semaine d'intervalle, elles devaient faciliter le travail d'introspection et favoriser le processus d'élaboration et d'association de part et d'autre dans le prolongement de la première rencontre entre le chercheur et les participants. Ainsi, par exemple :

*En cours de la première entrevue, un sujet déclare : « saviez-vous qu'on allait brailer ici vous? » et en cours de deuxième entrevue il souligne que cela a fait remonter beaucoup de choses et qu'après ces deux entrevues il sait davantage ce qu'il a à faire et à laisser vivre en lui. Dans ce contexte, il a entrepris une rencontre d'ouverture relationnelle avec un membre de sa famille.

*Au début de la deuxième entrevue, un sujet nous dit qu'il ne s'attendait pas à être aussi volubile et que cela a fait remonter un événement oublié de sa jeunesse qui pourrait avoir été déterminant dans sa démarche et sur lequel il élabore par la suite.

*À la fin de la première entrevue un sujet indique devoir réfléchir entre les deux rencontres sur sa peur de ne pas être autonome et revient à la deuxième rencontre en faisant le lien avec son enfance et des souvenirs significatifs oubliés.

*À la fin de la deuxième rencontre, un sujet constate ne pas y avoir pensé avant mais qu'il devra apprivoiser la dépendance en rapport avec son bénévolat en soins palliatifs.

* À la fin de la deuxième entrevue, un sujet se dit confronté par les rapports de pouvoir jusque dans la relation d'aide et pense à consulter en psychothérapie.

Menées auprès de bénévoles actifs qui, au fil des années, ont démontré leur aptitude à œuvrer en soins palliatifs, ces entrevues ont été proposées dans le but annoncé d'une recherche. Un premier constat doit être posé avant d'en présenter le contenu : dans le cadre de ces entrevues, le rapport chercheur-bénévole a aussi dépassé le simple apport d'information pour répondre à une demande de recherche. À bien des égards, leur investissement personnel et leur disponibilité à cette démarche d'exploration introspective ont généré des propos qui ne sont pas éloignés du registre d'entrevues d'évaluation psychodynamique qui trouveraient leur place dans le processus de formation ou dans les modalités de soutien au travail bénévole en soins palliatifs.

Au départ demande du chercheur, en cours de rencontre c'est aussi la demande du sujet qui a animé les entrevues. En après coup, force est de constater que la portée signifiante et la pertinence de ces entrevues soulèvent les aspects suivants qui peuvent déborder le cadre annoncé de recherche puisqu'il accueille aussi une demande non annoncée du participant lui-même qui s'étonnera ici d'avoir tant à dire et à dévoiler :

- a) la verbalisation des motifs plus ou moins explicites et des préoccupations obscures apporte à elle seule un soulagement et une satisfaction parce qu'un Moi peut affronter des idées verbalisées plus facilement que des sensations émotionnelles obscures et souffrantes;
- b) la découverte et la prise en compte des associations entre des éléments jusque-là sans lien tels que symptômes, préoccupations ou composantes de la personnalité et la clarification des schèmes généraux de conduite derrière les actions concrètes en soins palliatifs et ailleurs de même que les rapports de tels schèmes les uns aux autres rendent le Moi plus solide dans sa relation aux forces et tensions intérieures et donc plus apte à œuvrer adéquatement en soins palliatifs.

(Fenichel (1945, éd.1979, p.665) y voit, en cas de pathologie, un préambule nécessaire au travail de transformation dynamique par le traitement psychanalytique qui vise l'aptitude à aimer et à travailler comme disait Freud.)

Cette démarche rencontre donc ici ses propres limites quand elle s'applique à une recherche à diffusion publique avec des sujets dont il faut protéger l'anonymat dans un milieu de travail aussi peu étendu et où les réseaux de relations sociales sont aussi étroits que celui des soins palliatifs. Les témoignages personnels recueillis ici ne peuvent se dissimuler dans la statistique et la généralisation ni se perdre dans le fractionnement des informations de catégories discontinues et normatives.

Pour nous, leur utilisation doit respecter la demande initiale adressée aux volontaires. Paradoxalement, en explorant plus profondément les enjeux pour le bénévole, en cherchant à clarifier les ressorts de l'action et des satisfactions ou insatisfactions éprouvées ou les rapports entre les motifs énoncés et les événements replacés dans le récit de leur vie personnelle, l'entrevue de type psychodynamique nous oblige maintenant à composer explicitement avec la règle de confidentialité et l'anonymat hors du cadre clinique. C'est pourquoi nous avons réduit les indices personnels et professionnels susceptibles de révéler les liens identitaires et utilisé les formules épiciènes pour rapporter les propos déjà enregistrés et transcrits dans leur originalité.

5.2 Présentation des résultats

En nous tenant à distance de ce qui aurait pu constituer des histoires de cas explicites facilement identifiables ou des vignettes trop personnalisées, nous avons opté pour une démarche exploratoire en deux temps qui reste conforme à l'objectif global de notre essai :

Dans un premier temps :

- * Le repérage des rubriques du discours : i.e. le découpage du discours par la mise en classes d'items de ce dont parlent les sujets pour faire état de l'étendue et des composantes du registre des propos tenus à l'occasion du récit de leur expérience de bénévolat;
- * Les énoncés thématiques et les constats descriptifs de chaque rubrique : i.e. la description analytique matérialisée par les énoncés condensant les propos sur quoi porte la réflexion... ouverte aux constats sur la convergence ou la divergence des cognitions et des affects inscrits dans chaque rubrique.

Dans un deuxième temps :

- * L'articulation compréhensive par inférence du point de vue psychodynamique des composantes motivationnelles : i.e. rendre compte aussi fidèlement que possible des associations et de la dynamique motifs-bénéfices-difficultés dans leurs rapports antérieurs à l'activité (par ex. un décès) et postérieurs à l'engagement dans cette pratique bénévole (par ex. un sourire) (Drapeau et alii, 2003).

5.2.1 *Les rubriques du discours des bénévoles*

Soutenue par l'écoute, la transcription et le va-et-vient des annotations, la déconstruction du discours des bénévoles interviewés a fait apparaître les rubriques

suivantes, identifiées de A à L, dans lesquelles se retrouvent les propos tenus sans ordonnancement par les quatre sujets lors de ces deux rencontres. C'est sous leur forme d'énoncés distincts que ces propos sont numérotés pour référence ultérieure:

- A. Mise en contact et voie d'entrée au bénévolat de soins palliatifs;
- B. Bénévolat antérieur ou autre;
- C. Perte ou décès associé à ce bénévolat;
- D. Réactions et affects face aux décès antérieurs;
- E. Milieu de soins palliatifs (ici) et monde extérieur;
- F. Effet trouvé ici;
- G. Rapport au travail-emploi-profession;
- H. Attitude et position relationnelle dans la pratique de ce bénévolat;
- i. Attitudes et représentations face à la mort et la maladie;
- J. « La » difficulté personnelle et la réaction;
- K. Description de soi;
- L. Relations familiales actuelles et passées.

Quoique cela puisse paraître répétitif et peu significatif quand chaque énoncé est pris isolément, nous avons opté pour cette formule de regroupement et de présentation des énoncés thématiques au plus près serré des formulations originales pour étaler la diversité et la spécificité du contenu des discours. Elle vise à la fois à informer le lecteur de la teneur des propos et à les mettre en relief. Notre démarche implique de ne rien négliger, de tout entendre dans ces énoncés qui parfois relèvent de faits passés ou présents, parfois des émotions, parfois des attributions de sens, le tout influencé par un processus d'association mis en œuvre par ces rencontres. Ce faisant nous pensons favoriser chez le lecteur le travail d'associations qui ne manquent pas d'opérer avec une écoute et une lecture psychodynamique. Sans qu'il soit nécessaire par la suite de les répéter pour chaque assertion interprétative, ce que nous ferons à l'occasion, les énoncés et les associations suscitées par cette lecture reviendront en mémoire au moment de la compréhension plus théorique que nous proposerons de ces entrevues.

5.2.2 Les énoncés thématiques des rubriques et les constats

A. Mise en contact et voie d'entrée au bénévolat de soins palliatifs.

La mise en rapport avec l'établissement et la voie d'accès au bénévolat de soins palliatifs paraissent diversifiées, il n'y a donc pas un déclencheur externe ou une voie unique pour entrer en contact avec le lieu de ce bénévolat. On exprime cependant une réponse personnelle à l'attraction exercée par l'établissement le plus souvent reliée explicitement à une expérience de décès.

- A-1 Réponse à l'appel de bénévoles parus dans le journal local à l'approche de la retraite;
- A-2 Influence d'une personne significative proche de l'établissement alors que les obligations familiales sont moins pressantes;
- A-3 Réponse à une annonce dans le journal, associée à l'accompagnement antérieur d'une connaissance décédée dans l'établissement et à la disponibilité familiale;
- A-4 Intérêt pour le lieu connu et la formation d'accompagnement offerte à la suite d'une expérience de décès et réponse à la demande de bénévoles.

B. Bénévolat antérieur ou autre.

À ce chapitre, il ne semble pas apparaître une vocation bénévole généralisée. Le bénévolat en soins palliatifs ne s'inscrit pas d'emblée dans un réseau d'activités bénévoles comme une parmi d'autres et apparaît comme choix répondant à une démarche singulière, spécifique.

- B-1 Des activités non rémunérées connexes au travail qui sont antérieures au bénévolat (comités, syndicat);
- B-2 Aucune disponibilité: première expérience de bénévolat;
- B-3 Le bénévolat antérieur associé à la famille i.e. contribution bénévole reliée aux activités de loisirs des enfants;

B-4 Aucun : les activités professionnelles et familiales occupaient tout l'espace.

C. Perte ou décès associé à ce bénévolat.

La proximité relationnelle, les circonstances et les époques de la vie auxquelles ils se réfèrent sont différentes, mais les sujets témoignent, parfois spontanément parfois au second regard introspectif, d'un décès causé par le cancer, événement significatif pour eux, qui les a touchés et qu'ils associent à leur bénévolat en soins palliatifs mettant en relief l'expérience antérieure de perte et de deuil:

C-1 Un ami mort du cancer il y a une dizaine d'années;

C-2 Une sœur aînée décédée du cancer à laquelle le sujet encore enfant était particulièrement attaché;

C-3 Une connaissance décédée du cancer dans le même établissement et, par association, le décès par cancer d'une voisine âgée hospitalisée alors que le sujet est dans la trentaine;

C-4 Dans la trentaine, deux expériences de décès par cancer d'enfants de collègues amis et le décès il y a peu d'une amie accompagnée durant sa fin de vie.

D. Réactions et affects face aux décès antérieurs.

Chacun a vécu et réagi à sa manière aux expériences de décès antérieurs et les énoncés regroupés sous cette rubrique évoquent des réactions affectives antérieures (haine, culpabilité, impuissance, déni, abandon, dépendance) associées avec le bénévolat actuel (réparation, savoir-faire, réassurance, capacité, compétence) :

D-1 Accompagner pour aider ceux qui apparaissent démunis;

D-2 Se sentir capable d'apporter l'aide qu'on voudrait recevoir et en être rassuré;

D-3 Entretenir la présence imaginaire de ceux qui sont décédés par le geste et la parole;

D-4 Retrouver des patients du côté de la vie en soins palliatifs.

- D-5 Dans l'incompréhension, se sentir abandonné, ne plus vouloir s'attacher;
- D-6 Éprouver la haine envers ceux qui partent et ressentir la colère envers ceux qui restent;
- D-7 Se sentir coupable de ce qui arrive aux autres;
- D-8 Se sentir pas correct de ne pas avoir été capable de répondre aux besoins et de sauver le décédé;
- D-9 Venir en soins palliatifs pour faire un deuil qui remonte à l'enfance.
- D-10 Éprouver du remords et regretter pendant des années de ne pas avoir été capable, par peur de la voir mal en point, d'entrer dans la chambre d'une vieille dame mourante comme ses parents l'ont fait devant soi;
- D-11 Maintenant ce serait différent.
- D-12 Éprouver de la frayeur de la perte;
- D-13 Raviver le souhait de ne jamais être dans la dépendance;
- D-14 Constater ne pas être éternel;
- D-15 Apprivoiser le détachement;
- D-16 Venir en soins palliatifs pour éprouver sa force et sa capacité d'assister les mourants.

E. Milieu de soins palliatifs (ici) et monde extérieur.

Le discours des bénévoles exprime une convergence d'appréciation du lieu de bénévolat en plaçant leur expérience personnelle dans un collectif mis en valeur, admiré et admirable, extraordinaire et accueillant dans un milieu gratifiant, valorisant, magnifié en résonance avec démarche individuelle d'appartenance et de pouvoir agir:

- E-1 Il est valorisant d'œuvrer dans un beau milieu reconnu pour tel, milieu qui parfois fait peur mais qui est très humain;
- E-2 Oeuvrer avec des gens qui ont fait des choix et une démarche supplémentaire qui sont admirables;
- E-3 Des gens ici qui savent demander et remercier;
- E-4 Un environnement où on n'est pas individualiste;

- E-5 On reconnaît l'importance du partage des émotions et des échanges ce qui ne se trouve pas ailleurs.
- E-6 C'est complètement différent du monde à l'extérieur;
- E-7 C'est un bonheur de se retrouver dans un milieu comme ici, non compétitif, reconnaissant;
- E-8 On est ici avec des gens extraordinaires;
- E-9 Un milieu ici rempli de compassion et d'amour où la transparence peut se vivre avec le droit de s'exprimer;
- E-10 On se trouve dans une équipe qui soutient où on ne juge pas sur les apparences, où on ne joue pas un rôle.
- E-11 Ici c'est un monde à part, différent du monde extérieur;
- E-12 Un milieu qui paraît extraordinaire aux yeux extérieurs et qui est valorisant;
- E-13 On serait peiné d'être exclu.
- E-14 Ici il y a une façon magique d'être en contact avec les personnes, dans ce lieu où on vient contribuer par choix;
- E-15 Ici on peut s'arrêter et questionner les vraies valeurs;
- E-16 Lieu où on voudrait terminer sa vie. Ici les gens oublient parfois qu'ils vont mourir;
- E-17 On peut faire la différence dans la vie des autres.

F. Effet trouvé ici.

Si chaque bénévole portait ses propres anticipations quant à l'effet attendu, ils y ont aussi trouvé des effets bénéfiques personnels révélés en cours de pratique et auxquels ils ont été sensibles chacun à sa façon (i.e. être accueilli, valorisé, remercié en constatant ses ressources d'action et d'influence, apprivoiser la dépendance et la culpabilité, éprouver la joie de vivre) :

- F-1 Découvrir ce qu'on peut apporter et constater que cela fait du bien à soi;
- F-2 Apprendre à recevoir autant de gratitude et s'en sentir valorisé;
- F-3 Éprouver de la satisfaction de la reconnaissance de l'importance de sa contribution;

- F-4 Être stimulé à profiter de la vie pendant qu'on a la santé.
- F-5 Se sentir accueilli dans son être comme jamais auparavant;
- F-6 Comblé un vide en faisant quelque chose de positif pour les malades en établissant des liens sans façade;
- F-7 Adoucir un sentiment de culpabilité, réparer les deuils et rassurer l'enfant qui a vécu ses deuils.
- F-8 Changer la perception des choses et redécouvrir l'importance des petits plaisirs de la vie;
- F-9 Être reçu, accueilli à bras ouverts, accepté dans une chambre est un privilège et se faire dire merci avec le sourire par des personnes qui vont mourir fait apprécier la vie;
- F-10 Découvrir les joies dans un milieu de tristesse et le plaisir d'être capable de faire plaisir à une personne mourante est réconfortant;
- F-11 Aider fait du bien et être capable de faire sourire apporte une grande satisfaction;
- F-12 C'est un grand plaisir quand le patient te montre le plaisir que tu lui as offert.
- F-13 Se sentir bien et trouver satisfaction à être capable d'apporter du bien-être aux malades qui vous font sentir compétent et se rendre compte qu'on est capable manuellement d'aider;
- F-14 Relativiser les problèmes de la vie par rapport à ceux des malades;
- F-15 Apprendre à établir des liens d'attachement momentanés et se détacher;
- F-16 Venir ici rend heureux, c'est un ressourcement et on y trouve une paix sociale;
- F-17 Apprivoiser la dépendance et la peur de perte d'autonomie et le vieillissement; apprendre à accepter l'idée de recevoir un jour pour soi l'aide que l'on apporte aux autres;
- F-18 Constater que la vie c'est fort, la vie continue pour soi après la mort de l'autre et se réjouir d'être encore en vie.

G. Rapport au travail-emploi-profession.

Les bénévoles ont aussi une expérience d'activités ou d'occupations professionnelles à laquelle ils se réfèrent pour qualifier leur bénévolat et lui donner un sens. Les

témoignages soulèvent des associations diversifiées et des appréciations relatives à l'expérience individuelle unique et significative au cas par cas. Cependant, il se dessine une tendance à établir un contraste idéalisant de ce milieu relativement à ses valeurs et à ses pratiques dites plus humaines.

- G-1 Le bénévolat ici est très différent du travail parce qu'ici on ne dirige pas, on est disponible à se faire dire quoi faire; tout en réceptivité, c'est un monde à l'opposé du travail;
- G-2 Au travail, merci ça n'existait pas.
- G-3 Le travail est un milieu de relations de pouvoir, de compétition, d'hypocrisie, de comparaison, de jalousie où on peut être écrasé, où on doit combattre et s'opposer pour se sentir vivant;
- G-4 Au travail, c'est plus difficile d'être en contact avec soi-même;
- G-5 Les attentes de reconnaissance au travail restent insatisfaites.
- G-6 De bonnes relations de travail professionnel qui sont mises en relation avec le fait de se montrer humain et disponible à la communication.
- G-7 Le travail qui laisse peu le temps de vivre, est associé à un monde d'enfants gâtés, mal élevés, inconscients de la vie des autres et qui n'ont pas les mêmes valeurs humaines;
- G-8 Le travail : un monde dur où il est difficile de faire la différence comme en soins palliatifs.

H. Attitude et position relationnelle dans la pratique de ce bénévolat.

Chacun occupe sa tâche de bénévole en se faisant une idée de son rôle, en élaborant un point de vue sur ses relations avec les patients en fin de vie et en adoptant une attitude et des manières de faire les choses qui lui paraissent adéquates. S'il y a globalement convergence des valeurs humaines qui placent le patient au-dessus des symptômes de la maladie, chacun y inscrit une sensibilité personnelle distinctive et ses rationalisations face aux réactions des patients et à ses propres réactions que cela peut provoquer:

- H-1 Ici on est à l'écoute du patient, c'est lui qui mène la danse, c'est lui qui dirige et le bénévole est là pour aider, pour collaborer, pour accompagner, seconder et c'est le patient qui indique la distance à conserver, s'il veut communiquer ou pas, c'est leur droit;
- H-2 Le malade a le droit d'être impatient, agressif si cela lui fait du bien, c'est lui qui est dans le besoin et qui est démuné;
- H-3 Pour faire ce bénévolat et être capable de donner, il faut être bien avec soi-même et quand on fait du bénévolat on se sent bien;
- H-4 Les larmes peuvent couler devant certaines plaies et après on passe à autre chose;
- H-5 Être bénévole ici c'est « la folie d'aider », c'est positif « la folie de l'aide » et il y a des bénévoles extraordinaires qui sont des fous d'aider, ils sont heureux d'aider, ils en ont un besoin démesuré qui pourrait répondre à l'amour de la vie.
- H-6 Il y a des moments où on parle de la mort qui sont réconfortants pour les patients comme pour le bénévole;
- H-7 C'est une faveur que le malade fait au bénévole de lui faire confiance et d'être présent;
- H-8 Il reste que c'est plus facile d'être bénévole auprès des patients qui vont mourir quand ils ont plus de 70 ans.
- H-9 La mort prochaine rend triste les patients et les familles mais il y a des moments où on s'amuse avec les patients;
- H-10 N'ayant pas d'objectif pour lui-même, le bénévole pense aux autres et aime apporter le confort, les bons services, les petites douceurs aux patients;
- H-11 Les patients aiment être touchés, le contact physique chaleureux c'est un rapprochement rarement refusé;
- H-12 Le travail du bénévole c'est d'être là, d'offrir l'aide avec compassion à la personne faible, en essayant de la rendre de bonne humeur en respectant les limites de chacun ou les attitudes révoltées et agressives;
- H-13 On peut aider et réconforter les malades de soins palliatifs en faisant la part des choses en faisant une démarcation de ce qui ne nous appartient pas de sorte que quand c'est fini, c'est fini car si on reste affecté on ne peut plus continuer. Faut

- être capable d'oublier en sortant d'ici;
- H-14 On peut vouloir venir ici et être joyeux et être capable de faire plaisir sans attente qu'on va te dire merci, sans s'attendre à recevoir des gratifications pour cela;
- H-15 Ce sont les infirmières qui décident des soins et on demande leur avis avant de faire quoi que ce soit;
- H-16 Il y a des soins pénibles et dégoûtants à donner mais le confort et le mieux être de la personne passent en premier et cela fait apprécier les plaisirs de la vie à l'extérieur;
- H-17 Inversement, par besoin d'autonomie ou par souci de ne pas déranger, on ne sait pas comment on réagirait dans l'état des dépendances face aux soignants et on peut espérer ne pas se retrouver dans cette situation face à un bénévole. La démarche consisterait alors à penser au plaisir du bénévole à aider pour accepter son aide.
- H-18 Faire preuve d'humour pour supporter la bonne humeur et être capable de rire avec le monde;
- H-19 Regarder les malades comme des être humains qui ont une histoire... on est tous pareils, ils sont juste mis à mal;
- H-20 Reconnaître que le bénévole a besoin du malade comme le malade a besoin du bénévole;
- H-21 À vouloir que l'autre ne soit pas mal, les inhibitions tombent d'un côté comme de l'autre;
- H-22 Les gens font des efforts pour être autonomes le plus longtemps possible mais à la fin on revient comme au début, des enfants.

i. Attitudes et représentations face à la mort et la maladie.

Le discours des bénévoles face à la mort et à la maladie fait état d'attitudes et de représentations diversifiées, propres à chacun, qui renvoient au rapport établi avec les décès antérieurs, au sens de leur compétence acquise et à la confirmation en ce lieu de leur stratégie d'adaptation symbolique et pratique devant la fin inévitable avant qu'elle ne survienne;

- i-1 Ce qui aide à travailler ici c'est de ne pas voir la mort comme une fin;
- i-2 La mort n'est pas une réalité avec laquelle on est à l'aise; on est ici pour apprivoiser la mort, pour essayer de comprendre;
- i-3 On ne travaille pas avec des morts, on les voit vivants, la mort n'est pas encore là. Ce qu'on voit ici c'est la vie;
- i-4 Ne pas voir, oublier la saleté pour voir la personne humaine; la plaie est là mais ne pas la voir dans sa tête comme si on cachait la plaie;
- i-5 À la télé on ne peut regarder la souffrance et les corps décharnés, alors qu'ici, s'il y a des choses difficiles à voir, c'est la personne vivante qu'on voit et on peut l'aider à être bien et elle va être contente;
- i-6 Ce qui est valorisé c'est la vie, l'amour de la vie, une qualité de vie jusqu'à la fin; les gens ici sont des amoureux de la vie.
- i-7 Être face à la mort c'est être face à soi-même sans masque, à la vérité. La mort c'est la vraie affaire;
- i-8 Le besoin d'être auprès de gens qui sont vrais et dans cet état d'y trouver la sensation de s'abandonner;
- i-9. Ici, on ne vit pas les deuils ni les morts mais on y participe.
- i-10 Une curiosité pour le sujet de la mort; on va tous y passer sans savoir ce que c'est;
- i-11 Y a des moments où c'est moins dur de mourir pour être soulagé et se reposer que de vivre;
- i-12 Se dire à chaque fois que ce n'est pas sa famille, que ce n'est pas ta mort, que ce n'est pas ton deuil; se dire que le malade ne sera pas là la prochaine fois et l'accepter;
- i-13 Rêver de mourir debout en travaillant mais savoir que cela ne sera pas.

J. « La » difficulté personnelle et la réaction.

Chacun rencontre une ou des situations plus intenses et difficiles à traverser que d'autres qui le touchent plus profondément et avec lesquelles il a dû composer. Ces

difficultés ou situations plus émouvantes, parfois corporelles, parfois relationnelles, parfois sensorielles ont une résonance toute personnelle :

- J-1 Les émotions sont plus fortes quand les patients parlent de leur famille et leurs enfants;
- J-2 Parfois, ce qui fait couler des larmes, c'est la vue de plaies à supporter avant de mourir;
- J-3 La peine du décès d'un membre de la famille a retardé le retour au bénévolat de peur que la peine revienne en voyant les malades ici.
- J-4 C'est pas facile de travailler quand un patient du même âge que soi est décédé et dont on s'est rapproché et dont on a connu la famille;
- J-5 Revivre le décès d'un proche devant un patient chez qui on voit des ressemblances personnelles et familiales en ne pouvant plus lui donner ce dont elle a besoin pour continuer;
- J-6 Le plus difficile c'est de sentir son impuissance à soulager, de ne pas être capable ou de ne pas savoir quoi faire pour soulager;
- J-7 L'injustice de voir mourir un conjoint dans un couple qui échange des mots d'amour.
- J-8 Le plus difficile c'est la suffocation et de ne pas pouvoir leur donner de l'air;
- J-9 L'émotion monte parfois en écoutant le récit de vie du patient surtout les derniers moments avant l'arrivée ici mais on traîne pas ça avec soi.
- J-10 Je ne vais pas dans les chambres des patients désagréables mais c'est rare;
- J-11 Se faire traiter avec mépris par un patient qui exige le service d'un personnel infirmier plus qualifié et ne pas pouvoir être là pour aider ce patient mourant;
- J-12 Des manifestations physiques qui font vivre l'impuissance à soulager des personnes qui vont si loin;
- J-13 La peur de faire mal à quelqu'un de si fragile en voulant le soulager.

K. Description de soi.

Les bénévoles arrivent aux soins palliatifs avec leur histoire de vie personnelle, leurs

traits de caractères, leur image d'eux-mêmes. Dans ce discours sur eux-mêmes, tout en excluant les indices trop marqués et révélateurs à l'encontre de l'anonymat, nous pouvons mettre en relief certains énoncés thématiques qui illustrent la singularité des associations possibles avec l'expérience actuelle de bénévolat. Ce qui nous éloigne du bénévole type ou du modèle unique et qui passe inévitablement par l'histoire et la construction et reconstruction du récit de vie.

- K-1 Une tête forte à l'école, leader qui prenait les rennes, qui tenait tête aux profs aller à côté de ce qu'ils voulaient ;
- K-2 Une enfance heureuse, une vie heureuse, une bonne vie avec de bons amis.
- K-3 Une enfance pénible et une adolescence difficile, sans support ni reconnaissance et ne pas avoir confiance en soi et aux autres;
- K-4 Une vie sans vraies amitiés, sans joie, angoissée et compensée par l'humour et la façade à montrer en se retrouvant dans les mauvais choix;
- K-5 Vivre avec le sentiment d'injustice et se poser en contestataire pour dénoncer;
- K-6 Avoir de la difficulté à accepter de dépendre de quelqu'un, à demander;
- K-7 Comblé un vide intérieur en aidant; être comblé de se faire demander de l'aide; ne pas avoir d'intérêt pour soi mais en trouver en situation de don de soi; avoir besoin d'aimer, d'être là pour quelqu'un, d'être à l'écoute, d'avoir un but pour quelqu'un; être désemparé quand les enfants quittent la maison.
- K-8 Faire des cauchemars de couloirs fermés, de monstres, de se faire attaquer, « avoir les pieds décapités»;
- K-9 Se sentir coupable de tout et de ce qui ne m'appartient pas.
- K-10 Aimer les gens, ne pas être méchant ou rancunier et avoir un grand cœur en sachant s'éloigner pour se protéger;
- K-11 Avoir été partout bien accueilli dans le passé;
- K-12 Avoir appris et être capable d'aller vers les gens, avoir le plaisir des contacts chaleureux, de toucher les gens.
- K-13 Avoir une vie professionnelle complètement accaparante après une enfance difficile d'un milieu d'où on veut sortir en s'arrangeant seul sans courber la tête, solitaire, en rébellion, colérique;

- K-14 L'aide et le partage c'est comme une roue qui peut revenir;
- K-15 Être vrai, ne pas conter d'histoire et respecter l'autre;
- K-16 Besoin d'écouter les gens et être capable d'aller chercher leur rêve;
- K-17 N'accepter aucune dépendance : ne pas être autonome est la grande crainte de la vie.

L. Relations familiales actuelles et passées.

Dans la mesure où le choix de l'activité bénévole se dépose sur l'expérience antérieure des relations significatives du candidat, les relations familiales peuvent fournir des indications pertinentes pour la compréhension du choix des soins palliatifs. D'un récit personnel plus élaboré à la suite duquel il faut bien protéger la part de confidentialité, nous pouvons extraire les énoncés thématiques suivants qui illustrent d'une part la diversité et la divergence des relations antérieures, d'autre part la nécessaire prise en compte de ces relations pour la compréhension du sens de l'engagement:

- L-1 Avoir un enfant qui a grandi avec l'anxiété du décès de ses parents et le malaise devant la mort;
- L-2 Être bien chez soi dans sa famille et avoir connu une belle relation avec des parents soutenant.
- L-3 Grandir dans une famille dysfonctionnelle, dans les non-dits, l'hypocrisie, sans soutien;
- L-4 Subir des relations familiales oppressantes dans l'impuissance;
- L-5 Voir sa mère comme un être extraordinaire à qui on a fait de la misère.
- L-6 Avoir grandi avec une sœur malade dans une famille pas riche mais dans la propreté, bien habillé, bien nourri, entre une mère sévère contrôlante et un père homme tranquille qui ne parlait pas;
- L-7 Les signes d'affection, les accolades étaient rares, sans souvenir de moments de tendresse;
- L-8 Savoir ses parents fiers de soi, de son choix professionnel;
- L-9 Avoir soi-même des parents pour modèles qui on fait du bénévolat en milieu

hospitalier (ce sont les mêmes qui sont entrés dans la chambre où on n'a pas pu entrer à 30 ans) et avoir un enfant qui fait un choix professionnel influencé à son tour par mon bénévolat (« je suis capable de le faire aussi »).

- L-10 Avoir grandi dans la misère avec une mère incapable d'embrassade, de signes d'affection mais qui s'occupe de soi, de ses besoins, de la propreté, de l'école, qui n'a jamais demandé d'aide en étant créative et qui ne s'est jamais apitoyée sur son sort ;
- L-11 Entretenir le fantasme de la différence et de l'adoption pour se détacher d'une famille et des conditions de vie qu'on ne voulait pas;
- L-12 S'investir dans le travail pour réussir et être autonome contrairement au père valorisant mais irresponsable, inadéquat, absent et qui ne travaillait pas.

Il est vrai que le lecteur ne dispose ni de la séquence des propos du verbatim, ni de la référence à la gestuelle, à la tenue et aux silences pas plus qu'il n'a accès au ton et à la charge émotive de ces rencontres face à face. Cependant, pour peu qu'il se prête au jeu d'une lecture (ou même relecture) associative ouverte à la conceptualisation, il pourra avec nous apprécier dans les pages suivantes la portée signifiante de ces propos.

Le saut qualitatif que représente la théorisation subséquente mise sur le pouvoir d'évocation des concepts compréhensifs qui réfèrent en rétroaction aux énoncés enregistrés. À partir d'ici l'opération n'est pas sans risque mais elle pourrait aussi permettre de démêler les fils qui en constituent la trame. On y reconnaîtra vraisemblablement l'influence des points de vue psychanalytiques présentés précédemment dans la troisième partie permettant de soumettre au corpus compact et confus des discours « l'épreuve d'une différenciation selon des axes qui devraient révéler une autre composition de l'objet - inapparente celle-là – par où se révèle sa nature véritable » (Green, 1983, p.9) ce qui est d'autant plus complexe que l'on s'éloigne de l'objectivité.

5.3 Exploration psychodynamique des composantes motivationnelles

« La pensée de la mort est un bon partenaire pour la danse. »

Kierkegaard

La psychanalyse montre que les relations antérieures et les conflits intérieurs marquent les investissements et les pratiques, que des mobiles inconscients ont aussi leur importance dans les stratégies des acteurs et que ces choix sont décorés de bonnes raisons « puisqu'il faut bien s'expliquer à soi et aux autres » (Mijolla-Mellor, 2009, p.17). C'est pourquoi il y a lieu d'explorer de ce point de vue les témoignages des bénévoles pour tenter une compréhension plus en profondeur des motifs et des explications spontanées des conduites.

« Comprendre dans les sciences de l'Homme, c'est rejeter la recherche de formules universelles, du moins comme objectif premier, et chercher à saisir de l'intérieur la subjectivité signifiante. Alors qu'expliquer exige de ramener des faits singuliers à des lois générales. » (Santiago-Delefosse, 2002, p.86)

Cette étude qualitative ne vise pas à trouver des relations linéaires types, ni à contrôler des probabilités de risque d'occurrence de comportements isolés ou à comparer des groupes de sujets. Pour donner suite à la rencontre exploratoire, le traitement des énoncés thématiques privilégie la compréhension et la description sur la mesure et la prédiction, le singulier sur l'universel, le sens et la signification sur la cause et l'effet, l'interprétation sur la mathématisation, la contextualisation sur la généralisation, la subjectivité sur l'objectivité. Choix de point de vue, le cadrage psychanalytique fournit à la fois une profondeur de champ et une mise en relief de figures qui s'éloignent du registre des études comportementales et quantitatives.

Comment comprendre ce qui a poussé ces hommes et ces femmes à consacrer bénévolement une partie de leur temps à prendre soins de malades en fin de vie? Comment en sont-ils arrivés là? Quels bénéfices en attendent-ils et quelles satisfactions en éprouvent-ils à travers les difficultés et les souffrances auxquelles ils sont confrontés?

Nous sommes ici devant un choix d'investissement parmi une pluralité de choix possibles par les acteurs qui demeurent les sujets de leur choix pulsionnels. En visant plaisir et satisfaction, dans quelle mesure le sujet ne cherche-t-il aussi la réduction d'une tension intérieure inscrite dans son histoire individuelle qu'elle soit immédiate, différée ou déviée avec ce que cela comporte de projection d'une zone plus ou moins consciente de soi-même? S'intéresser à la motivation, c'est aussi questionner les aménagements dynamiques entre les instances psychiques comme autant de bricolages de pulsions et de défenses, sur lesquels repose le choix du bénévolat en soins palliatifs.

Les associations et les inférences suggérées par les énoncés thématiques ouvrent certaines pistes de compréhension dont l'importance relative resterait à approfondir pour chaque sujet dans un suivi qui dépasse le cadre de la présente étude. L'exploration des composantes motivationnelles qui s'y rattachent appelle une perspective psychanalytique mise en évidence dans les chapitres précédents que nous prenons pour appui ici en passant par les instances structurantes du *Moi-Idéal* (couche primitive du Moi où s'inscrivent les sentiments de perfection et de pouvoir, de triomphe et d'omnipotence, de refus des limites sous les apparences d'estime de soi, de contrôle, d'autonomie et d'autosuffisance personnifiée par Narcisse), de l'*Idéal-du-Moi* (registre des identifications objectales synonyme de modèles pour le Moi futur, d'idéal de vie dans l'axe des possibles qui inspirent un dépassement de soi) et du *Surmoi* (agence critique dans le sens restreint des devoirs et interdits parentaux, reposant sur le refoulement et la menace de culpabilité par l'autorité intériorisée plus ou moins sévère ou approbatrice mise en scène par la figure oedipienne) (Lussier, 2006, p.49-50).

On y reconnaîtra nécessairement la parenté avec des thèmes et des concepts déjà soulevés et l'allusion à des constats d'études menées ailleurs que ces entrevues nous donnent l'occasion de présenter dans un éclairage renouvelé. Rappelons enfin que notre étude ne s'inscrit pas dans le registre d'une étude sur l'échec du projet de

bénévolat mais dans celui de la participation prolongée du bénévole auprès des patients en soins palliatifs.

5.3.1 L'identification au collectif des soins palliatifs... un Idéal-du-Moi ?

Le discours des bénévoles dans les rubriques E et G met en évidence la distinction qu'ils font entre leur milieu d'investissement bénévole et le monde extérieur, l'ici et l'ailleurs. Ils ne manquent pas de souligner l'admiration qu'ils éprouvent pour le personnel qui y travaille et la valorisation qu'ils ressentent de travailler avec eux dans ce milieu. Pour eux, les relations y sont chaleureuses, soutenantes, accueillantes. Le travail dans ce collectif respectueux des valeurs humaines et des sentiments de chacun est gratifiant et rassurant sur leur propre valeur.

Ces allégations prennent tout leur sens quand elles sont mises en rapport avec la pénibilité des tâches et les services en réponse aux besoins primaires, les difficultés personnelles qu'ils rencontrent dans certaines occasions et leurs rapports avec les décès et la mort. Deux mécanismes peuvent ici être inférés : d'une part l'identification, d'autre part l'idéalisation.

« Cette identification au *bon groupe* sert de soutien au moi, palliant en partie l'absence d'un bon objet calmant intériorisé. Suffisamment sécurisé, l'individu pourra se réapproprier des parties de soi intolérables qui auront préalablement circulé à l'intérieur des limites du groupe. » (Rodriguez et Morency, 2009, p.25)

On pourrait voir dans ce sentiment d'appartenance le rôle de contenance et de protection que joue le collectif de soins comme tel dans un environnement relationnel où les défenses du Moi doivent composer avec l'exigence du travail et les processus de liaison supporter l'investissement du sujet pour qu'il intègre son expérience et la poursuive. La gratitude des uns et la reconnaissance des autres pour la contribution à une oeuvre qui se distingue du monde ordinaire viennent conforter l'identification au

collectif magnifié (i.e. l'appropriation des qualités attribuées à ce collectif, qualités qui prennent une importance particulière eu égard à l'histoire de chacun et à l'Idéal-du-Moi).

Dans le jeu comparatif et d'opposition du dedans et du dehors, de l'intérieur et de l'extérieur, de l'ici et l'ailleurs, se constitue autour des valeurs et des relations un discours d'idéalisation d'un *nous* qui « concilie les narcissismes respectifs et neutralise l'agressivité » (Lagache, 1961, p.247) des bénévoles assujettis aux exigences des patients et aux indications des infirmières. L'existence même du collectif de soignants dans une institution spécifique de soins palliatifs distincts des autres services de soins distille cette forme d'idéalisation collective où s'accomplit ce « dépouillement narcissique individuel qui, grâce à des effets de retour, se reporte sur le groupe missionnaire et justifie l'abnégation qu'il exige ». (Green, 1983, p.45)

Le discours expose également un rapprochement de ces figures idéalisées admirées que sont les autres intervenants qui ne sont pas sans rappeler les identifications antérieures et parmi lesquelles on veut être reconnu pour se confirmer sa qualité et sa propre valeur de *bon objet*, soit ce qu'on a déjà été en étant au-dessus de tout (Moi-Idéal), soit ce qu'on aspire à être pour répondre aux attentes morales (Idéal-du-Moi) ou soit ce qu'on juge ne pas être encore assez soi-même (Surmoi). On notera au passage que l'importance de cette participation dans la vie de chacun, au point de créer un manque si le sujet en était empêché ou privé, ouvre la porte sur d'autres possibles enjeux autour de la sévérité des reproches du Surmoi ou de la hauteur des exigences de l'Idéal-du-Moi à assumer.

5.3.2 Une mort et un deuil... du Moi-Idéal ?

Ici, comme dans d'autres études, les bénévoles font état de décès antérieurs qu'ils mettent en rapport avec leur présence actuelle en soins palliatifs. Évoquant des circonstances particulières à chacun, leurs propos associent cette expérience subjective de confrontation avec la mort à une répercussion psychique qui se manifeste encore

maintenant dans leur engagement. Perte d'un parent, perte d'un ami, perte d'un voisin : cela se constate mais derrière cet événement objectif, se profile une atteinte d'une part à la toute-puissance narcissique à la fois par l'identification à la vulnérabilité, la dépendance et la finitude corporelle de ce proche fragile et démuné (D-14) et d'autre part au Moi-Idéal qui, honteux de ne pas jouir de son omnipotence sur « l'objet invisible » comme dirait Green (1983, pp.35 et 40), de n'avoir pas su affronter la situation (D-8) (D-10), cherche, après sa faillite et sa perte de valeur aux yeux de l'autre, à se reconstituer dans le Moi encore *capable* de faire la différence (E-17), qui a encore le *pouvoir* de faire plaisir (F-11), qui trouve maintenant le moyen de reconforter et d'agir là où d'autres s'en disent incapables ... là où le sujet avait échoué, impuissant, lui aussi démuné devant la souffrance, la déchéance, la mort. Green notait aussi que « la mort des proches nous met à l'épreuve en ce qu'elle nous confronte avec les limites de notre investissement de l'autre » (Green, 1983, p.50).

Freud nous parlait de blessure narcissique dans le deuil alors qu'une partie du Moi s'est identifié à l'objet perdu. Tension qui amalgame l'épreuve du manque, de la perte et des limites du corps au refus de finitude et de mortalité (D-3)?

Réhabilitation du Moi-Idéal dans la « *folie d'aider* »? (H-5) L'expression attire l'attention à double titre sur la composante narcissique comme moteur de l'investissement dans cette pratique bénévole. Dans un premier temps parce qu'elle exprime dans l'énoncé « *fous d'aider* » un rapport d'identification aux héros de la vie contre la mort et d'admiration pour un idéal personnifié à proximité et dans un deuxième temps parce qu'elle connote dans sa formule *folie d'aider* un dépassement narcissique de la petitesse du Moi confronté aux limites du monde quotidien extérieur en déficit d'humanisme:

« (...) il y a des *folies de l'existence* dont la vie est un rêve éveillé; et la *belle âme* se complaît dans l'affirmation délusoire d'un altruisme généreux dont le principal ressort est la méconnaissance de la passion qu'elle a d'elle-même. » (Lagache, 1961, p.241)

D'autres ont déjà souligné la composante « pouvoir » inscrite dans la relation soignant-soigné. Sur la base des énoncés rencontrés ici, nous sommes conduits à confirmer cette composante par le biais de la jouissance éprouvée de se voir en position de pouvoir répondre à la demande de plaisir, de confort et de réconfort de celui qui en est incapable par lui-même, position de pouvoir qui met dans la jouissance de son action sur l'objet et de la maîtrise de soi-même réhabilitée, affichée, confirmée. Cette position de pouvoir apparaît indirectement dans l'impuissance devant l'insupportable spectacle télévisuel de la déchéance des corps par contraste avec le ressenti qui vient avec la capacité d'intervention auprès des malades décharnés ou déformés par le cancer.

Il y a dans cela une agressivité de *l'ayant été blessé* (i.e. le sujet bénévole) déviée de son objet premier pour s'attaquer à la douleur, à la plaie, à la saleté, à l'inconfort du blessé. D'aucuns parleraient ici de déviation sublimatoire. Si l'acte avait une portée néfaste à l'autre on parlerait de sadisme et cela éveille parfois la peur de sa propre agressivité dans la peur de faire mal, de provoquer la douleur et d'être rejeté pour cause de mauvais services, en tant que mauvais objet. Aller vers, soutenir, porter, déplacer, présenter et se présenter demandent un dosage de l'agressivité qui a sa limite dans la peur de blesser le blessé (J-3) et de s'attirer des reproches, des refus ou le retrait de l'affection (E-13). Ce n'est pas sans raison que l'acte intrusif de pénétrer dans la chambre, de s'immiscer dans l'intimité du patient est inversé dans des propos sur le privilège, l'accueil et l'acceptation qui viennent du patient (H-7).

On s'étonne moins alors des témoignages sur la difficile acceptation de la dépendance corporelle et sur l'hésitation par ces mêmes bénévoles à accepter la position inverse où ils seraient soumis au pouvoir de l'autre (H-17). Il y a là matière à réflexion pour certains. Donner des soins est plus narcissisant que recevoir, n'est-ce pas? Il y a là un enjeu qui peut être révélateur de la composante motivationnelle et du sens de l'investissement dans ce bénévolat.

5.3.3 *Un regard critique sur soi... du Surmoi ?*

Tous ne vont pas jusqu'à se sentir coupables de la mort de tous ou de tous les manquements. Les bénévoles évoquent parfois explicitement des sentiments de culpabilité, de remords pour ne pas avoir compris, pour ne pas avoir su composer avec la maladie ou pu faire quelque chose dans les contextes où ils étaient placés. Dans l'exercice de leur bénévolat, le Moi se fait la preuve que les choses se présentent maintenant différemment et que, s'il ne peut corriger ce qui a été inadéquat, il peut s'amender et faire pour d'autres ce que la critique surmoïque lui reproche depuis. Ils ont appris. Cet état de tension entre le Moi et le Surmoi punitif trouve ses moments de réduction quand la pratique de ce bénévolat apporte, comme nulle part ailleurs, les signes de gratifications qui confortent le Moi dans sa qualité de bon objet pour celui qui souffre. On constate par ailleurs que pour chacun, certaines situations suscitent une tension trop intense provoquant une mise en échec des ressources moiïques quand surgissent les associations avec une situation réelle ou fantasmée de leur histoire.

Mais il y a peut-être plus que la culpabilité énoncée. Un bénévole a pu y faire allusion au cours des entrevues, il y a aussi dans un tel épisode un état de frustration, de mise à mal générée par la perte antérieure d'un objet significatif qui a déclenché la colère contre l'objet craint et aimé qui met le sujet en échec, en état de perte. Inadmissible colère contre l'autre transformée par les mécanismes défensifs qui rendent convenables pour le Moi les besoins dégoûtantes et la subordination dans ces circonstances? Agressivité retournée *contre* l'injustice de l'inacceptable maladie à combattre instaurant la conciliation des narcissismes respectifs dans le plaisir relationnel et la neutralisation de l'agressivité? Retournée contre le sujet lui-même sous forme de culpabilité et de nécessité d'apaisement expiatoire dans les situations de déplaisir pour le plaisir de l'autre? Retournée peut-être même contre soi pour la satisfaction à tendance masochiste dans la souffrance pour elle-même? Cela reste à voir.

5.3.4 Faut-il être masochiste ?

Comment comprendre que l'on consacre temps et énergie à se mettre au service des autres pour répondre aux besoins corporels les plus primaires avec ce que cela comporte d'odeurs désagréables, vues répugnantes, gestes fatigants, situations inconfortables et plaintes pénibles avec spectacle de la mort en conclusion? Pourquoi cela alors qu'il serait plus facile de s'adonner ailleurs aux plaisirs des sens, de s'offrir du bon temps sans s'accabler du malheur des autres? N'est-il pas plus sain de fuir la douleur, le déplaisir et la souffrance?

Posons quelques jalons de compréhension sur ce choix qui de l'extérieur tourne essentiellement autour de la souffrance, de la douleur, du déplaisir, de la mort. Certains énoncés méritent d'être mis en évidence pour ce qu'ils peuvent suggérer sans le dire ne serait-ce que parce qu'ils apparaissent en association avec l'expérience bénévole. On aura noté par exemple l'écart significatif entre les conduites contestataires, d'opposition, de prise en charge, d'esprit d'initiative, bref d'affirmation de soi par les sujets dans leur histoire personnelle d'une part et l'attitude disciplinée, de soumission, d'écoute, d'obéissance, de dépendance à l'autorité dans ce bénévolat. À cela se greffent les énoncés sur une disposition à recevoir passivement les plaintes et à absorber les récriminations, la mauvaise humeur et les manifestations d'insatisfaction des patients. Quand on entend les bénévoles sur le fait que *changer la culotte*, par exemple, est particulièrement pénible on pense à Freud qui écrivait que « celui qui ne dissimule pas ses excréments offense l'autre et ne témoigne d'aucun égard pour lui » (Freud, 1930, éd.1995, p.42).

Si on ajoute à ce tableau la rareté des manifestations de tendresse et de relations affectueuses à l'enfance où l'expérience de l'amour déçu s'associe à celle de la souffrance, on met en place les indices pour confirmer de possibles tendances masochistes au cœur de ce bénévolat qui demande, aux yeux des autres, de jouer au domestique et d'exécuter des besognes répulsives dans un environnement morbide (Nacht, 1938, éd.1965).

Est-ce suffisant pour poser l'étiquette masochiste sur des sujets qui par ailleurs démontrent une contribution positive à l'œuvre des soins? Plusieurs pistes de compréhension s'ouvrent sur ce thème. Une partie de l'ambiguïté que nous pouvons soulever tient au fait que le masochisme au sens large réfère à la capacité du psychisme à supporter la souffrance et que l'attente ou l'ajournement du plaisir étant de l'ordre du déplaisir, tout le mal qu'on se donne pour soigner serait du registre masochique.

« Le masochisme est alors tout simplement ce qui nous permet de continuer à supporter les peines et les misères de la vie; disons que le masochisme fait vivre. Dans ces conditions, il apparaît légitime de parler de la dimension masochique de l'existence humaine. » (Le Guen, 1991, p.15)

Après avoir indiqué qu'il existe chez tout être humain une potentialité masochiste prête à se réveiller et à renforcer une souffrance d'une quelconque origine, Laplanche nous invite à la nuance quand il note que dans le masochisme « le sujet souffre pour jouir et non pas seulement pour pouvoir jouir » i.e. pour s'acquitter de la taxe de jouir imposée par le Surmoi (Laplanche, 1970, p.161). Cette assertion nous renvoie aux déclarations des bénévoles (cf. rubrique E) sur les satisfactions qu'ils retirent non pas de leurs tâches pénibles mais de leurs relations avec les patients, sur le plaisir à leur faire plaisir, sur le plaisir des remerciements dans l'exécution de leurs tâches, nous indiquant par là que l'affect se situe non pas dans l'éprouvé de la souffrance pour elle-même mais dans la relation d'objet qui lui donne sens. S'ils supportent ces tâches et ces moments pénibles, c'est disent-ils, pour le plaisir partagé à venir pour lequel ils agissent et sur lequel ils ont un pouvoir de procuration s'ils savent supporter le délai du plaisir: soulagement, bien-être, apaisement et parfois sourire et bonnes paroles. Cette distinction sur l'investissement paraît significative et Denis (1997) suggère aussi que :

« (...) des mécanismes d'emprise ou de satisfaction pourraient être tentés pour réduire certains investissements douloureux en visant à les ramener dans le registre des relations avec des objets extérieurs. C'est sur ces liens que se développerait le *masochisme gardien de vie* de B. Rosenberg. » (Denis, 1997, p.152)

Les propos des bénévoles font état de relations avec la souffrance qui, s'inscrivant dans une trajectoire d'investissement, recadrent aussi la plaie, la douleur, le besoin corporel

dans une relation d'objet plus grand que ses parties déficientes, objet que représente le patient avec son histoire, sa famille, son rêve, son plaisir. Ce qui pourrait se jouer ici c'est l'amalgame comme disait Freud (1924, éd.1973, p.291) de la pulsion de mort et de la pulsion de vie et la prédominance de cette dernière qui tend à maintenir l'objet et la relation d'objet, à le conserver, à le soigner en l'investissant.

« En opposition au masochisme mortifère, le masochisme gardien de la vie, tout en assurant l'acceptabilité nécessaire de l'excitation, n'empêche pas la satisfaction libidinale objectale comme point culminant du plaisir. Au fur et à mesure que ce déplacement de la satisfaction objectale à l'excitation se produit, nous passons du masochisme gardien de la vie au masochisme mortifère, véritable masochisme pathologique. » (Rosenberg, 1991, p.84)

Existerait-il alors au cœur de cette pratique bénévole sélective (on sait par ailleurs que des candidats ne peuvent y contribuer ou abandonnent et que d'autres préfèrent les tâches sans contact avec les patients) un masochisme altruiste où le bien de l'autre passe par la tolérance à la souffrance et la mise en valeur de soi? Dans cette perspective on pourrait noter que les bénévoles se défendent bien de s'investir sur le modèle sacrificiel qu'on leur attribue de l'extérieur mais ne manquent pas de souligner, en plus des effets positifs rencontrés, la valeur du travail, des personnes et des relations dans ce lieu protecteur et dispensateur de soins où ils sont disposés à offrir temps et énergie pour la grandeur de la cause reconnue socialement et qui retombe sur soi.

C'est, par inversion, ce que Fenichel appellerait aussi « l'orgueil ascétique » de privation et de sacrifice de soi sur fond d'autocastration permettant d'entrer dans le collectif protecteur et de participer au pouvoir supérieur (Fenichel, 1945, éd.1979, p.441).

5.3.5 Sublimation et autres solutions... du Moi ?

Mais alors comment font-ils? Comment comprendre qu'ils puissent y travailler et aimer cela? Ici et là les bénévoles donnent des indications sur leur façon personnelle de composer avec la réalité parfois difficile des soins. Des énoncés évoquent l'humour et la propension à faire rire ou parlent de ce clivage fonctionnel qui les porte à voiler

mentalement le laid, le répulsif pour ne voir que la personne ou encore soulignent l'aptitude à faire la part des choses entre leur vie et leur bénévolat ou enfin justifient la prépondérance de l'attitude, de l'humeur et des besoins des malades sur les leurs.

Ces façons de se positionner devant les malades évoquent des conduites défensives que la clinique psychanalytique qualifie de défenses adaptatives dont il faut apprécier l'utilité et la pertinence dans les rapports de soins selon l'histoire de chacun. Quoique cela ne soit pas toujours évident, on pense ici à la distinction que Fenichel (op.cit. p.174) proposait entre les défenses qui réussissent, transformées par l'influence du Moi, et les défenses pathogènes à la base des névroses conduisant parfois à l'épuisement. Un tableau des défenses dites de maturité a ainsi été dégagé de la pratique clinique (Gabbard 2005; Vaillant 1977, 1993) et on peut reconnaître parmi celles-ci des modalités relationnelles évoquées dans les entretiens :

- Humour : détecter les éléments comiques ou ironiques dans les situations difficiles pour réduire les affects déplaisants et l'inconfort personnel ce qui permet une certaine distance et objectivité sur les événements;
- Suppression : décider consciemment de ne pas laisser prise à une émotion, un état affectif ou une impulsion. Cette défense se distingue de la répression et du déni en étant consciente;
- Ascétisme : chercher à éliminer consciemment des aspects plaisants de l'expérience vécue à cause de conflits générés par ce plaisir, souvent au service de buts spirituels;
- Altruisme : s'engager à répondre aux besoins des autres en le plaçant au-dessus de ses propres besoins;
- Anticipation : retarder une gratification immédiate en pensant à une réussite et un à accomplissement ultérieur;
- Sublimation : transformer des objectifs socialement et subjectivement inacceptables en objectifs socialement acceptables.

L'expérience clinique de Lagache laisse aussi place à un tel volet de défenses quand il insiste sur les modalités d'ajustement du Moi qu'il nommera, par opposition aux mécanismes de défense moins évolués, « mécanismes de dégagement du Moi » impliquant la distanciation de la conscience d'avec les identifications aliénantes, le détachement de l'objet imaginaire et la cessation de la répétition par la mise en place de l'ajustement aux situations nouvelles (Lagache, 1961, éd.1982, vol.4). Ce dernier insiste d'ailleurs sur la marge d'autonomie du Moi selon qu'elle désigne la sélectivité de l'activité défensive automatisée du Moi par rapport aux pulsions du Ça ou l'activité de dégagement du Moi par rapport à ses propres opérations défensives (ou encore : réduction des tensions et déliaison propre à l'instinct de mort versus réalisation des possibilités de liaison propre à l'instinct de vie) (Lagache, 1961, éd.1982, vol.4, p.218-219).

Contrairement aux autres défenses où la libido n'est que contenue, ces défenses donnent une issue à l'énergie pulsionnelle via un itinéraire original qui doit beaucoup au processus d'identification, à la présence de modèles dans l'entourage et la satisfaction du Moi n'y est plus ouvertement instinctuelle. Pour Fenichel, ces défenses sans blocage de décharge de tension, donc qui réussissent, sont placées sous le signe de la sublimation.

« Les expériences relationnelles qui s'opposent à la réalisation des désirs pré-oedipiens doivent permettre la transformation de la pulsion sans causer une réaction trop intense, les conditions du milieu doivent pouvoir fournir des modèles, suggérer des issues et concourir ainsi à apporter des substituts propres à la sublimation. » (Fenichel, 1945, éd.1979, p.566)

Parler de sublimation grâce à l'identification à propos de ce bénévolat, c'est écarter les mécanismes de refoulement et de formation réactionnelle pour mettre en évidence le processus de renonciation narcissique, de déviation pulsionnelle de la ligne droite qui conduirait à la satisfaction immédiate et à l'apaisement ultime. Expérience de renoncement qui ouvre sur le choix de la sublimation? Michel Hanus nous prévenait déjà que « la sublimation est assez souvent une des conséquences heureuses de l'élaboration d'une perte et qu'il ne faut pas s'étonner de rencontrer un deuil au point de

départ de nombreuses réussites culturelles » (Hanus, 2006, p.102), réussites dans lesquelles nous pouvons inscrire ce travail bénévole.

L'écoute de ces bénévoles nous renvoie d'une part à l'atteinte portée au Moi-Idéal de chacun et à la blessure déjà subie dans ce moment critique de confrontation avec le décès et la mort où on s'est senti inapte, inadéquat, impuissant à agir et d'autre part à la satisfaction que leur procure la capacité d'agir dans ce bénévolat.

Un décès, la mort, expérience de perte d'abord, expérience de l'éphémère, de la finitude, qui a pu inspirer une qualité d'attention différente sur soi, sur sa vie. Dans *Totem et tabou* (déjà cité en rapport à l'identification), en faisant du meurtre du père l'acte fondateur de la société humaine, Freud n'a-t-il pas aussi reconnu le deuil comme ouverture à la vie psychique, à la pensée? Montrer que les choses ne se passeraient plus ou ne se passent plus de la même façon, c'est se situer du côté du changement, de la vie par opposition à la répétition, à la mort. « Perdre est un art » comme disait Philippe Adam de la mort qui fait aimer la vie. Travail d'élaboration active en réaction à la perte? La créativité manifestée par l'enfant à la bobine, petit-fils de Freud, qui refait avec son jouet ce qui lui a été infligé sans recours et le plaisir qu'il prend au jeu est assez éloquente (Adam, 2005, p.145).

« Les moments critiques ouvrent la possibilité d'une modification topique de la relation entre le moi et son Idéal parce qu'ils contraignent le sujet à réexaminer l'image qu'il se fait de lui-même. Ces situations de passage d'un état à un autre renvoient toujours à ce que serait le passage absolu, la mort. » (Mijolla-Mellor, 2009, p.360)

Nous pouvons le supposer en ayant en mémoire les indications rapportées dans les chapitres 3.3 et 3.4, la sublimation serait ici un aboutissement possible au manque, à la perte. Avec Mijolla-Mellor nous parlerons alors de reconstruction sublimatoire du Moi dans ce bénévolat inscrit dans l'histoire du sujet comme pour d'autres dans le choix de la poésie, de l'ornithologie, du trekking ou du scrabble :

« Il faut alors substituer au Moi-idéal qui s'est avéré illusoire, un objet, une activité, une œuvre que le moi donnera pour sienne. Il est attendu de cette nouvelle image d'un Moi en devenir qu'elle permette de remplacer non l'objet idéal mais le Moi-idéal. » (Mijolla-Mellor, 2009, p.354)

Quand les bénévoles insistent pour démontrer qu'ils tirent de grandes satisfactions de cette expérience, que les malades leur apportent beaucoup en échange de leurs services et que c'est un privilège d'être accueillis par eux, cela nous montre aussi que « le moi peut en attendre la satisfaction narcissique et l'estime de soi qu'il demanderait en d'autres circonstances à ses objets d'amour » parce que « pour aimer et accepter d'être aimé, il faut redevenir aimable à la mesure de l'image idéale à récupérer » (Mijolla-Mellor, 2009, pp.291 et 355).

5.4 Conclusion

Cet essai a été rédigé non pas pour résoudre les mystères du *pourquoi* ou du *comment* des comportements mais avec l'intention d'élaborer une approche heuristique sur les composantes motivationnelles et les enjeux des soignants bénévoles en soins palliatifs. Ce faisant, nous y avons exposé un corpus théorique/pratique qui complète et renforce la préparation du psychologue à intervenir dans ce champ de pratique professionnelle encore en développement.

Sans doute pourrions-nous soutenir que l'attention portée à la motivation des bénévoles ne saurait se réduire aux motifs énoncés spontanément véhiculés ou aux faits observables sans que l'on prenne en compte la dynamique psychique de chacun. Ce qui se passe ici se dépose sur ce qui était déjà là et qui lui donne son sens, c'est-à-dire une histoire unique et originale. En finale, nous y retrouvons une position d'ouverture à prendre afin de favoriser une compréhension de ces aidants pour qui on ne peut faire l'économie d'une formation spécifique et d'un soutien attentif à leurs motifs et leurs enjeux personnels. C'est cela que nous retenons de nos entrevues avec ceux qui se sont généreusement exprimés devant nous dans un espace d'écoute et de soutien aux associations libres sur les soins bénévoles et leur récit de vie.

Bien plus, cette participation aux services de soins palliatifs qui n'est pas exempte de souffrance, ce que l'expérience dans ce collectif de travail permet de reconnaître et d'assumer, active chez des bénévoles un appel renouvelé à la vie, contraire à un enfermement dans le deuil et la mort sous le poids de la honte et de la culpabilité. C'est ce cheminement individuel parsemé d'embûches que le psychologue est invité à accompagner, à clarifier et à supporter puisque tout n'est pas joué encore pour le sujet bénévole et que le match n'est jamais terminé entre le Moi-Idéal, l'Idéal-du-Moi et le Surmoi. Instances formelles ou métaphores, ces trois axes invitent à une compréhension différenciée et dynamique des difficultés dans le soutien aux soignants et à repérer pour chacun la portée relative de ces axes pour orienter le travail du psychologue.

Sans prétention sur la généralisation de ce qu'il contient, cet essai aura peut-être contribué à nous rendre plus attentifs aux enjeux de ce travail auprès des mourants. Quant aux jugements des motifs fondés sur la dichotomie égoïsme/altruisme, nous restons avec la conviction que le rapport bénéfique de soins tient dans cet équilibre entre Ego et Alter où le soignant ne se perd pas dans l'autre en s'oubliant lui-même comme sujet désirant et ne se retourne pas sur lui-même sans égards aux besoins de l'autre en fin de vie. Soignants, soignés, bénévoles ou professionnels, la demande de reconnaissance du Moi par l'autre fréquente la peur et la souffrance du sentiment d'inexistence dans cet environnement de relations ultimes.

Le soignant soigné par les soins au patient? L'expression soignant-soigné condense a priori le rapport entre deux individus dans leur statut institutionnel réciproque. Cela nous paraît maintenant réducteur. Au second regard, cette conjonction révèle l'existence plus ou moins manifeste d'un rapport d'échange entre un soignant qui est aussi un soigné et un soigné qui est aussi un soignant. Ainsi, du côté du soignant, parler de réparation pourrait évoquer non seulement la réparation faite à l'objet qu'il soit concret ou psychique mais aussi signifier soin et réparation du sujet par et pour lui-même, réparation facilitée par l'investissement dans les soins concrets.

Soutenir la vie, le désir et le manque jusqu'au dernier moment, ne pas se laisser emporter par l'impuissance devant l'inéluctable loi de la condition humaine, la faire sienne pour « aimer et travailler » encore pendant qu'on y est... travail de deuil pour Narcisse qui au contact d'Œdipe a renoncé à la toute puissance de son désir et de son objet premier comme lui-même en se tournant vers l'autre et ainsi donner sens à ses limites, à sa vie.

*To be, or not to be: that is the question:
Whether 'tis nobler in the mind to suffer
The slings and arrows of outrageous fortune,
Or to take arms against a sea of troubles,
And by opposing end them?*

W. Shakespeare

Bibliographie

- Adam Philippe (2005), *La mort qui fait aimer la vie: Darwin et Freud*, Paris, Petite bibliothèque Payot
- Addington-Hall Julia et Karlsen Saffron (2005), A national survey of health professionals and volunteers working in voluntary hospices in the UK, dans *Palliative medicine*, vol.19, no.1, pp.49-57
- Allison L.D., Okun M.A., Dutridge K.S. (2002), Assessing volunteer motives: a comparison of an open ended probe and Likert rating scales, dans *Journal of community and applied social psychology*, vol.12, pp.243-255
- Amenta M.M. (1984), Death anxiety purpose in life and duration of service in hospice volunteers, dans *Psychological report*, vol.54, june 1984, pp.979-984
- Amiel Roger (1985), Peur dans le travail et protection de la santé mentale, dans Dejours C., Veil C., Wisner A. éditeurs, *Psychopathologie du travail*, Paris, Entreprise moderne d'édition, pp.206-214
- Anderson J.C. et Moore L. (1978), The motivation to volunteer, dans *Journal of voluntary action research*, no.7, pp.51-60
- Ansermet François et Sorrentino Maria-Grazia (1991), *Malaise dans l'institution : le soignant et son désir*, Paris, Anthropos
- Association canadienne pour la santé mentale, (2006) Présentation du numéro, *Équilibre*, Journal officiel de L'ACSM, vol.1, no.2,
- Association québécois de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, section Haut-Richelieu (2009), Aspects psychosociaux du vieillissement, recueil #1, dans *Outils pour le bénévole oeuvrant auprès des aînés*, Projet Des aînés aidés par des aînés
- Bacqué M.-F. (2005), Pertes, renoncements et intégration : les processus de deuil dans les cancers, dans *Revue francophone de psycho-oncologie*, no.2, pp.117-123
- Bacqué M.-F. (2000), *Le deuil de vivre*, Paris, éd. Odile Jacob, coll. Poches
- Bacqué M.-F. et Hanus M. (2000), *Le deuil*, Paris, Presses Universitaires de France

- Bakker A.B., Van Der Zee K.I. et alii (2006), The relationship between the five personality factors and burnout: a study among volunteer counsellors, dans *Journal of social psychology*, vol.146 (1)
- Baril Paré Suzanne (2003), *Les motivations et démotivations à la participation bénévole chez les personnes âgées de 55 ans et plus*, Université Laval, Mémoire de maîtrise
- Barrière Denis et Mercier Louise (1991), *Recherche sur le bénévolat en milieu institutionnel et communautaire*, Amos, éd. CLSC de l'Élan
- Batson C.D., Ahmad N., Leshner D.A., Tsang J.A. (2005), Empathy and altruism, dans Snyder C.R. et Lopez S. eds, *Handbook of positive psychology*, N.Y., Oxford Press, pp.485-498
- Batson Charles Daniel (1991), *The altruism question: toward a social psychology answer*, Hillsdale N.J., Erlbaum L. ed.
- Bell P.A., Greene T.C., Fisher J.D., Baum A. (2001), *Environmental psychology*, Belmont CA, Thomson and Wadsworth pub., 5e éd.
- Birdsell Judith Mildred (2003), *Le secteur bénévole de la santé: regard sur l'avenir de la recherche et des politiques canadiennes de la santé (2^e partie)*, Ottawa, Santé Canada éd.
- Blanchard Judith (2006), Hospital volunteers: a qualitative study of motivation, dans *The international journal of volunteer administration*, vol.xxiv, no.2, pp.31-40
- Black B. et Kovac P.J. (1999), Age related variation in roles performed by hospice volunteers, dans *Journal of applied gerontology*, vol.18, no.4, pp.479-498
- Bowlby J. (1980, éd. 1984), *Attachement et perte. La perte : tristesse et dépression*, Paris, P.U.F. Le fil rouge, vol.3
- Boling Anita Louise (2005), *Volunteer motivations across lifespan*, Cal., Claremont University, Thèse
- Brault M.M. (1990) *Le travail bénévole à la retraite*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Document de recherche no. 25
- Burnett Gretchen Fall (1985), *Perceived self-efficacy in working with the terminally ill*, Ann Arbor, Michigan University, Thèse

- Caldwell Jackie et Pearson Scott Jean (1994), Effective hospice volunteers: demographic and personality characteristics, dans *American journal of hospice and palliative medicine*, vol.11, no.2, pp20-45
- Caralp E. et Gallo A. (1999), *Le dico de la psychanalyse et de la psychologie*, Toulouse, Éditions Milan
- Carlo G., Okun M.A., Knight G.P., de Guzman M.R.T. (2005), The interplay of traits and motives on volunteering: agreeableness, extraversion and prosocial value motivation, dans *Personality and individual differences*, vol.38, no.6, pp.1293-1305
- Castarède Marie-France (1989), L'entretien clinique à visée de recherche, dans Chiland Colette éd., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, coll. Le psychologue, pp.119-145
- Cellier Isabelle (1998), *Travailler pour un sourire...ou comment il y a loin du rêve à la réalité. Ethnographie d'un organisme bénévole de la région de Québec*, Université Laval, Thèse
- Centre de bénévolat de la Rive-Sud, *Site internet*, Chambly Québec.
- Champagne, Manon (2008), *La formation des bénévoles en soins palliatifs : un modèle axé sur la reconnaissance*, 18^e Congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec, 32 pages (www.reseaupalliatif.org)
- Chantal Yves (1997), *Motivation et action bénévole*, Université du Québec à Mtl, Thèse
- Chappell N., et Prince M.J. (1997), Reasons why canadian seniors volunteer, dans *Canadian journal on aging*, vol.16, no.2, pp.336-353
- Chazaud Pierre (1979), Les représentations sociales du bénévolat: de l'excellence à la marginalité, dans *Bulletin de psychologie*, vol.33, no.347, pp.957-967
- Choi N.G., Burr J.A., Caro F.G. (2007), Formal and informal volunteer activity and spousal caregiving among older adults, dans *Research on aging*, vol.29, no.2, pp.99-124
- Cholewa Arlène (2000) De la relation soignant patient, dans Blanchet V., Cholewa A., de Beauchêne M. et alii, *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*, Paris, Formation et développement, pp.143-155

- Clary E.G. et Snyder M., (1999), The motivations to volunteer : theoretical and practical considerations, dans *Current directions in psychological science*, vol.8, no.5, pp.156-159
- Clary E.G., Snyder M., Ridge R.D., Copeland J. (1998), Understanding and assessing the motivations of volunteers: a functional approach, dans *Journal of personality and social psychology*, 74, pp.1516-1530
- Clary E.G. et Snyder M. (1991), A functional analysis of altruism and prosocial behavior : the case of voluntarism, dans Clark M.S. ed., *Prosocial behavior*, Newbury Park, C.A.: Sage, pp.119-148
- Claxton-Oldfield S., Jefferies J., Fawcett C., Wasylkiw L., Claxton-Oldfield J. (2004), Palliative care volunteers: Why do they do it, dans *Journal of palliative care*, vol.20 (2), pp.78-84
- Cnaan R.A. et Goldberg-Glen R.S. (1991), Measuring motivation to volunteer in human services, dans *Journal of applied behavioral science*, 27, pp.269-284
- Cordier Guy (2001), Motivations, besoins, formation et relations avec les professionnels, dans Jacquemin D. éd., *Manuel des soins palliatifs*, Paris, Dunod, pp.432-457
- Daneault Serge et Mongeau Suzanne (2008) *Briser le cercle vicieux de la souffrance: mission impossible?*, Atelier conférence, Congrès du réseau des soins palliatifs du Québec, Gatineau, 25 avril
- Daneault S., Lussier V., Mongeau S. (2006), *Souffrance et médecine*, Québec., P.U.Q., coll. Santé et société
- D'Ansembourg Thomas (2001), *Cessez d'être gentil, soyez vrai*, Montréal, Éditions de l'Homme
- Davis M. et Wallbridge D. (2005), *Winnicott : introduction à son œuvre*, Paris, PUF, Quadrige, 2^eéd.
- Deci E. et Ryan R.M. (1985), *Intrinsic motivation and self determination in human behavior*, N.Y. Plinium Press
- Dein Simon et Qamar Abbas Syed (2005), The stresses of volunteering in a hospice : a qualitative study, dans *Palliative medicine*, vol.19, no.1, pp.58-64

- Dejours Christophe (2002), Le corps comme exigence de travail pour la pensée, dans Debray R., Dejours C., Fédida P, *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, pp.63-106
- De M'Uzan M. (1977), Le travail du trépas, dans *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard éd., pp.182-199
- Denis Paul (1997), *Emprise et satisfaction*, Paris, PUF, Le fil rouge.
- Deschamps Danièle (1997), *Psychanalyse et cancer*, Paris, L'Harmatan
- Dolnicar S. et Randle M. (2004), What moves which volunteers to donate their time? An investigation of psychographic heterogeneity among volunteers in Australia, dans *Conference proceedings of the Australian and New Zealand marketing academy*, Wellington, NZ, nov-dec. 2004
- Doucet Caroline (2005), La clinique des soins palliatifs au regard du problème métapsychologique de la mort, dans *L'évolution psychiatrique*, vol.70. no.3, pp.605-612
- Drapeau M., Körner A., Brunet L., Granger L., de Roten Y., Caspar F. (2003), L'analyse des mobiles comme méthode qualitative : un exemple tiré d'une recherche sur le traitement des agresseurs sexuels pédophiles, dans *Recherches qualitatives*, vol.23, pp.27-46
- Eisenberg N. et Okun M.A. (1996), The relations of dispositional regulation and emotionality to elder's empathy related responding and affect while volunteering, dans *Journal of personality*, no.64, pp.157-183
- Eisenberg Nancy (1982), Introduction, dans Eisenberg N. ed., *The development of prosocial behavior*, N.Y. Academic Press, pp.1-21
- Eissler K.R. (1955, éd.1973), *The psychiatrist and the dying patient*, N.Y. International University Press
- Esmond Judy et Dunlop Patrick (2004), *Developing the volunteer motivation inventory to assess the underlying motivational drives of volunteers in western Australia*, Clan, WA inc.
- Fata Linda (1996), *The characteristics and motivations of female volunteers in long-term care settings*, Ontario, University of Windsor, Thèse
- Feifel H. ed., (1977), *New meaning of death*, N.Y. McGraw Hill co. (introduction pp.4-12)

- Feifel H. et Branscomb A.B. (1973), Who's afraid of death, dans *Journal of abnormal psychology*, vol.81, pp.282-288
- Feifel H. Hanson S., Jones R., Edwards L. (1967), *Physicians consider death*, A.P.A., Proceedings of the 75th annual convention of the american psychological association, vol.2, pp.201-202
- Feldman-Desrousseaux Éliane (2002), Le stress des soignants, dans Jacquemin D. éd., *Manuel des soins palliatifs*, Paris, Dunod éd., pp.458-469
- Feltham R. et Savard S. (1996), Réflexions sur le contre-transfert des intervenants et des bénévoles oeuvrant auprès des personnes avec le VIH ou le SIDA, dans *Revue québécoise de psychologie*, vol.27, no.3, pp.122-141
- Fenichel Otto (1945, éd.1979), *La théorie psychanalytique des névroses*, Paris, PUF
- Finkelstein M.A. (2007), Correlates of satisfaction in older volunteers: a motivational perspective, dans *The international journal of volunteer administration*, vol.xxiv, no.5, pp.6-12
- Finn Paradis L. et Usui W.M. (1987), Hospice volunteers: the impact of personality characteristics on retention and job performance, dans *The hospice journal*, vol.3 (1), pp.3-30
- Finn Paradis L., Miller B., Runnion V. (1987), Volunteer stress and burnout: issues for administrators, dans Finn Paradis L. ed, *Stress and burnout among providers caring for the terminally ill and their families*, N.Y., Haworth Press inc., pp.165-183
- Frankl V.E. (1946, éd.1988), *Découvrir un sens à sa vie*, Montréal, Éditions de l'Homme, coll. Actualisation
- Frappier Paul (1989), La sollicitude comme exorcisme, dans *Frontières*, vol.1, no.2, pp.26-29
- Freud Anna (1946, éd.1967), *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, P.U.F.
- Freud S. (1909, éd.1975), *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot
- (1916, éd.1975), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot éd.
- (1917, éd.1968), Deuil et mélancolie, dans *Métapsychologie*, Paris, Éd.Gallimard, coll. Folio, pp.145-171

- (1923, éd.1965), *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot
- (1924, éd.1973), Le problème économique du masochisme, dans *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, pp.287-297
- (1930, éd.1995), *Le malaise dans la culture*, Paris, P.U.F.
- Gabbard Glen O. (2005), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, Washington D.C., American Psychiatric Pub, 4th edition
- Gagnon E., Fortin A., Ferland-Raymond A.E., Mercier A. (2004), Donner du sens. Trajectoires de bénévoles et communautés morales, dans *Lien social et politique dans le parcours de la vie*, Printemps 2004, pp.49-57
- Garfield C.A. et Jenkins G.J. (1981), Stress and coping of volunteers counseling the dying and bereaved, dans *Omega* vol.12 (1), pp.1-13
- Gauvin Andrée et Régnier Roger (1992), *L'accompagnement au soir de la vie*, Montréal, Le Jour éditeur
- Gilbert Sophie (2007), La recherche qualitative d'orientation psychanalytique : l'exemple de l'itinérance des jeunes adultes, dans *Recherches qualitatives*, Hors série no.3, Actes du colloque « Bilan et perspectives de la recherche qualitative », Association pour la recherche qualitative, pp.274-286
- Godbout J.T. (2000), Bénévolat et soins palliatifs, dans *Les cahiers des soins palliatifs*, vol.1, no.2, pp.65-78
- Godbout J.T. (2000), *Le don, la dette et l'identité*, Montréal, Éditions du Boréal
- (Caillé A.) (1992), *L'esprit du don*, Paris, La découverte éd.
- Gouvernement du Québec (2004), *Le bénévolat au Québec*, www.benevolat.qc.ca
- Green André (2005), *Jouer avec Winnicott*, Paris, PUF
- (1983), *Narcissisme de vie narcissisme de mort*, Paris, Les Éditions de Minuit
- Grinker R. (1957), On identification, dans *International journal of psycho-analysis*, vol.38, pp.378-390
- Guggenbühl-Craig Adolf (1985), *Pouvoir et relation d'aide*, Bruxelles, P.Mardaga éd.
- Hagglund T.B. (1972), Psychodynamics of the dying patient, dans *Psychiatria Fennica*, pp.219-233
- Halifax Joan (1991), *Les chamans : guérisseurs blessés*, Paris, Éd. Du Seuil

- Hall M., McKeown L., Robert K. (2001), *Canadiens dévoués, canadiens engagés: Points saillants de l'enquête nationale de 2000 sur le don, le bénévolat et la participation*, Ottawa, Statistique Canada
- Hanus Michel (2006), *Les deuils dans la vie*, Paris, Maloine, 3^e éd.
- Hennezel Marie de (2004), *Le souci de l'autre*, Paris, Les éditions Robert Laffont
- (1990), Le rôle du psychologue, dans Abiven Maurice, *Pour une mort plus humaine*, Paris, InterÉditions, pp.151-192
- et Montigny J. de, (1990) *L'amour ultime*, Montréal, Stanké éd.
- Héту Jean Luc (1989), *Psychologie du mourir et du deuil*, Montréal, Éditions du Méridien
- Hirsch Emmanuel (1986), *Partir. L'accompagnement des mourants*, Paris, éd. Cerf
- Hoffman M.L. (1982), Development of prosocial motivation: empathy and guilt, dans Eisenberg N. ed, *The development of prosocial behavior*, N.Y. Academic Press, pp.281-313
- Houle B.J., Sagarin B.J., Kaplan M.F. (2005), A functional approach to volunteerism: do volunteer motives predict task preference, dans *Basic and applied social psychology*, vol.27, no.4, pp.337-344
- Hsieh Chang-lung (2000), *The organizational commitment of Ohio State adult 4-H volunteers*, Ohio state university, Thèse
- Hwang M., Grabb E., Curtis J. (2005), Why get involved? Reasons for voluntary association activity among americans and Canadians, dans *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, vol.34, no.3, pp.387-403
- Ibrahim N.A. et Brannen D.E. (1997), Implications of gender differences on the motivation to volunteer in hospitals, dans *Journal of social service research*, vol.22, no.4, pp.1-18
- Janssen Thierry (2008), *La maladie a-t-elle un sens?*, Paris, Librairie Arthème Fayard
- Jenkins Kristin (2005), *Le bénévolat au service de votre santé*, Site WEB Bénévoles Canada, 27 juillet 2005
- Jenny Paul (2007), La gestion du deuil des soignants confrontés quotidiennement à la mort: recherche dans une unité de soins palliatifs, dans *INFOKara*, vol.22, no.1, pp.3-12

- Johnson C.L. (1984), *Death related fears of nurses and physicians*, Texas Woman's university, Thèse
- Jung C.G. (1953, éd.1970), *La guérison psychologique*, Genève, Librairie de l'Université
- Kentucky commission on community voluntarism service (-), *Determining the motivation of volunteers*, Kentucky, www.volunteerKY.ky.gov
- Kearny M.M. et Carpenter S.H. (1984), Motivation and commitment of hospice volunteers: Why do you want to be a hospice volunteer?, dans *The American journal of hospice care*, autumn 1984, pp.36-38
- Kiviniemi M.T., Snyder M., Omoto A.M. (2002), Too many of a good thing? The effects of multiple motivations on stress, cost, fulfillment and satisfaction, dans *Personality and social psychology bulletin*, vol.28, no.6, pp.732-743
- Klein Mélanie (1957, éd.1975) L'amour, la culpabilité et le besoin de réparation, dans *L'amour et la haine*, Klein M. et Riviere J., Paris, Petite bibliothèque Payot, pp.75-150
- (1948), A contribution to the theory of anxiety and guilt, dans *International journal of psychoanalytics*, vol.29, pp.114-129
- (1939, éd.2004), *Deuil et dépression*, Paris, Petite bibliothèque Payot
- Kleinman Arthur (1988), *The illness narratives*, N.Y., Basic Books
- Krebs Dennis (1982), Altruism. A rational approach, dans Eisenberg N. ed, *The development of prosocial behavior*, N.Y., Academic press, pp.53-76
- Laberge Marie et Goulet Mireille, (1989), *Les heures précieuses*, Mtl., Office national du film, Production du Verseau, Téléfilm.
- Lacharité C., Dubé M., Baker M. (2002), *L'action bénévole comme stratégie de promotion de la santé*, Trois-Rivières, UQTR, Regroupement des centres d'action bénévole, Centre d'action bénévole Laviolette éd.
- Lagache Daniel (1955), *La psychanalyse*, Paris, PUF, coll. Que sais-je?
- éd.1980, (Œuvres vol.3, 1952-1956), *Le transfert et autres travaux psychanalytiques*. Paris, PUF
- éd.1982, (Œuvres vol.4, 1956-1962), *Agressivité, structure de la personnalité et autres travaux*, Paris, PUF
- éd.1984, (Œuvres vol.5, 1962-1964), *De la fantaisie à la sublimation*, Paris, PUF

- Lamau Marie Louise (1994), *Manuel de soins palliatifs*, Toulouse, Éditions Privat
- Lamb D.H., de St-Aubin T., Foster M. (1985), Characteristics of most effective and least effective hospice volunteers, dans *The american journal of hospice care*, sept.-oct. 1985, pp.42-45
- Lambert P. et Lecomte M. (2000), *Le citoyen une personne du début à la fin de sa vie. Rapport Lambert Lecomte sur l'état de situation des soins palliatifs au Québec*, Association québécoise des soins palliatifs.
- Lambrichs Louise L. (1995), *Le livre de Pierre: psychisme et cancer*, Paris, Éditions de la différence
- Laplanche J. et Pontalis J.-B. (2002), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, Quadrige, 3^e éd.
- Laplanche Jean (1970), *Vie et mort en psychanalyse*, Paris, Flammarion, no.25
- Latta Robin L. (2001), *An examination of volunteer motivation and satisfaction in long term care*, Halifax, Dalhousy University, Thèse
- Ledoux André (2007), *Le bénévolat auprès des malades et des aînés*, Ottawa, Les éditions de Mortagne
- Le Guen Claude (1991), Préface, dans Rosenberg Benno, *Masochisme mortifère et masochisme gardien de vie*, Paris, PUF, pp. 11-16
- Logeay Pierre et Gadbois Charles (1985), L'agression psychique de la mort dans le travail infirmier, dans Dejours C., Veil C., Wisner A. éd., *Psychopathologie du travail*, Paris, Entreprise moderne d'édition, pp. 81-86
- Lucks A. (1988), Helper's high, dans *Psychology today*, vol.22 (10), pp.39-42
- Lussier André (2006), *La gloire et la faute*, Québec, PUQ
- Lussier Martine (2007), *Le travail de deuil*, Paris, PUF, Le fil rouge
- Lussier Véronique et Daneault Serge (2005), Le sujet en souffrance au sein de l'espace médical : les effets désubjectivants de la déshumanisation des soins, dans *Revue québécois de psychologie*, vol.26, no.2, pp.39-64
- Maison Victor-Gadbois (2007), *Pour que la vie continue. Faites un don*, dépliant d'information (voir aussi :www.maisonvictor-gadbois.com)
- Mannoni Maud (1991), *Le nommé et l'innommable*, Paris, Denoël

- Marbeau-Cleirens (1989) Ce qui est mobilisé chez les deux interlocuteurs dans un entretien clinique, dans Chiland Colette éd., *L'entretien clinique*, Paris, PUF, coll. Le psychologue, pp.40-73
- Martino Bernard (1987), *Voyage au bout de la vie*, Paris, Balland
- Matsuba M.K., Hart A., Atkins R. (2007), Psychological and social structural influences on commitment to volunteering, dans *Journal of research in personality*, vol.41, no.4, pp.889-907
- McDougall Joyce (1982), *Théâtres du Je*, Paris, Éditions Gallimard
- McWilliams Nancy (1984), The psychology of the altruist, dans *Psychoanalytic psychology*, vol.1 (3), 193-213
- Michaud A., Paré S., Wavroch H. (2002), *État de la participation dans le bénévolat en mouvance au Québec : motivations et démotivations des personnes bénévoles âgées de 55 ans ou plus*, Québec, Conseil des aînés éd.
- Midlarsky Elisabeth (1991), Helping as coping, dans Clark M.S. ed, *Prosocial behavior*, London, Sage pub. inc., pp.238-264
- Mijolla-Mellor Sophie (2009), *Le choix de la sublimation*, Paris, PUF, Le fil rouge
- Miller Lynn E. (1985), Understanding the motivation of volunteers: an examination of personality differences and characteristics of volunteer's paid employment, dans *Non-profit and voluntary sector quarterly*, vol.14, no.2-3, pp.112-122
- Monette Lise (1990), Survivre à la mort prochaine : un défi, dans Hennezel M.de et Montigny D.de, *L'amour ultime*, Montréal, Stanké éd., Post-face pp.163-180
- Montigny Johanne de (2004), Perdre les siens, soigner les autres, dans *Frontières*, vol.16, no.2, pp.70-73
- Morasz Laurent (2003), *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital*, Paris, Dunod éd.
- (2002), La souffrance dans la relation soignant-soigné, dans Fischer G.N. éd., *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Seuil, pp.405-424
- (1999), *Le soignant face à la souffrance*, Paris, Dunod éd.
- Morrow-Howell N. et Mui A. (1989), Elderly volunteers: reasons for initiating and terminating service, dans *Journal of gerontological social work*, no.13, pp.21-34

- Mount B. et Voyer J. (1980), Staff stress in palliative hospice care, dans Ajemian I. et Mount B. ed., *The royal Victoria hospital manual on palliative hospice care*, N.Y. Arno pub.
- MSSS (2004), *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, Gouvernement du Québec, voir : www.msss.gouv.qc.ca
- Nacht S. (1938, éd.1965), *Le masochisme*, Paris, Petite bibliothèque Payot, no.71
- Néron Sylvain (1995), *L'art et les voies de l'accompagnement*, Montréal, Médiaspul
- Norton J. (1963), Treatment of a dying patient, dans *Psychoanalytic study of the child*, vol.18, pp.541-560
- Okun M.A., Pugliese J., Rook K.S. (2007), Unpacking the relation between extraversion and volunteering in later life: the role of social capital, dans *Personality and individual differences*, vol.42 (8), pp.1467-1477
- Okun M.A., Barr A., Herzog A.R. (1998) Motivation to volunteer by older adults: a test of competing measurements models, dans *Psychology and aging*, vol.13 (4), pp.608-621
- Omoto A.M. et Snyder M. (1995), Sustained helping without obligation: Motivation, longevity of service and perceived attitude change among AIDS volunteers, dans *Journal of personality and social psychology*, vol.68, pp.671-686
- Paillé Pierre et Mucchielli Alex (2003), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin éd.
- Pankow Gisela (1969, éd.1993), *L'homme et sa psychose*, Paris, Flammarion, coll. Champs, #277
- Patrick P.M. (1987), Hospice caregiving: strategies to avoid burnout and maintain self preservation, dans Finn Paradis L. ed, *Stress and burnout among providers caring for the terminally ill and their families*, N.Y. Haworth Press inc., pp. 223-255
- Pauline Gina (2006), *Primary motives of golf volunteers*, Ball state University, Thèse
- Penner Louis A. (2002), Dispositional and organizational influences on sustained voluntarism: an interactionist perspective, dans *Journal of social issues*, vol.58, no.3, pp.447-467

- Penner L.A., Finkelstein M.A. (1998), Dispositional and structural determinants of voluntarism, dans *Journal of personality and social psychology*, vol. 74, no.2, 525-537
- Perreault Christine (2006), Perturbation et fatigue...Croissance et enthousiasme, dans *Équilibre*, ASCSM, vol.1, no.2, pp.45-54
- Phillips M. (1982), Motivation and expectation in successful volunteerism, dans *Journal of voluntary action research*, vol.11, pp.118-125
- Piliavin J.A. et Charng H., (1990), Altruism: a review of recent theory and research, dans *Annual review of sociology*, vol.16, pp.27-65
- Pillemer K., Landrenau L.T., Sutor J.J. (1996), Volunteers in a peer support project for caregivers: what motivates them?, dans *American journal of Alzheimer's disease*, sept.-oct. 1996, no.11, pp.13-19
- Pillot Jeanine (1993), Le vécu social et psychologique de la mort aujourd'hui, dans Salamagne M.H. éd., *Soins palliatifs : réflexion et pratiques*, Montpellier, Formation et développement, pp.19-43
- Plon Florence (2004), *Questions de vie et de mort. Soins palliatifs et accompagnement des familles*, Nîmes, Éditions Champ social
- Pongis-Khandjian Marie-Ange (2006), Contre-transfert et éthique: un regard sur les dilemmes cliniques de fin de vie, dans *Les cahiers de soins palliatifs*, vol.6, no.2, pp.65-80
- Powell Adam (2005), *Empathy, instrumentality and volunteer motivations: an applied examination of empathy-altruism hypothesis*, Kansas University, Thèse
- Puskas Daniel (2002), *Amours clouées*, Montréal, Éd. Sciences et Culture
- Ramsay Noreen (1995), Sitting close to death: observation on a palliative care unit, dans *Group analysis*, vol.28, pp.355-367
- Rank Otto (1952), *Le traumatisme de la naissance*, N.Y., Bruner co.
- Ratelle Michel (2009), Le don précieux de son temps, dans *La Presse*, Forum, p.A-17 du 19 avril 2009
- Reed Paul (-), *What makes volunteers and givers distinctive? Findings from a Canadian study*, Statistiques Canada et Université de Carleton, WWW.arnova.org

- Reisetter K.H. et Thomas B. (1986), Nursing care of the dying: its relationship to selected nurse characteristics, dans *International journal of nursing studies*, vol.23, no.1, pp.39-50
- Remmer J., Edgar L., Rapkin B. (2001), Volunteers in an oncology support organization: motivation, stress and satisfaction, dans *Journal of psychological oncology*, vol.19, no.1, pp.63-83
- Renault Michel (2002), *Soins palliatifs. Questions pour le psychanalyse : angoisse, culpabilité, souffrances, régressions*, Paris, L'harmattan
- René Denis (1988), *Étude phénoménologique exploratoire des manifestations de sollicitude en regard des structures de l'imaginaire chez les intervenants auprès des malades en situations létales*, Université du Québec à Montréal, Mémoire de maîtrise
- Rey A., Hordé T. (2004), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 3 tomes
- Rhéaume Jacques (2006), Le travail d'intervenant, entre plaisir et souffrance : quand le normal devient pathologique, dans *Équilibre*, ASCSM, vol.1, no.2, pp.3-16
- Riviere Joan (1957, éd.1975), La haine, le désir de possession et l'agressivité, dans Klein M. et Riviere J, *L'amour et la haine*, Paris, Petite Bibliothèque Payot
- Robichaud Suzie (1998), *Le bénévolat: entre le cœur et la raison*, Chicoutimi, JCL éd., coll. Universitaire
- Rodriguez M.G. et Morency G. (2009), La psychothérapie de groupe analytique, dans *Psychologie*, vol.26, no.4, pp.25-27
- Rozenberg Benno (1991), *Masochisme mortifère et masochisme gardien de vie*, Paris, PUF
- Ruszniewski M. (1999), *Face à la maladie grave: patients, famille, soignants*, Paris, Dunod éd.
- Ruszniewski M. et De Vigan I. (1997), Soins palliatifs : face à l'angoisse de mort, dans *Journal des psychologues*, no.144, pp.49-52
- Saint-Hilaire M-H, Robert M. et Deschênes C. (2008) Le stress de compassion menace les psychologues travaillant avec les personnes en fin de vie, dans *Psychologie Québec*, OPQ, pp.29-32

- Saint-Yves A., Gauvin D., Pothier C., Qimper L. (1980), Les attitudes des infirmières oeuvrant auprès des mourants en rapport avec leur expérience personnelle de la mort d'un proche, dans *La vie médicale au Canada-Français*, vol.9, pp.13-18
- Samson Julie (1997), *Les attitudes des bénévoles aux soins palliatifs face à la mort : le cas de la maison Michel Sarrazin*, Université Laval, Thèse
- Santé Canada (2003), *Le secteur bénévole de la santé. Regards sur l'avenir de la recherche et des politiques canadiennes de santé*, Partie 2, document de travail 02-10, fév. 2003 (voir aussi Birdsell J.M., 2003)
- Santiago-Delefosse M. (2002), Les méthodes de recherche qualitatives et la psychologie de la santé, dans Fischer G.-N., *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp.187-207
- (2002) *Psychologie de la santé*, Sprimont (Belgique), Pierre Mardaga éd.
- Schafer Katina (1995), *Volunteerism: a study of three motivating factor*, Nevada University, Thèse
- Schneidman Edwin (1980), *Voices of death*, N.Y. Bantam books, Harper and Row
- Schondel C., Shields G., Orel N. (1992), Development of an instrument to measure volunteer's motivation in working with people with AIDS, dans *Social work in health care*, 17, pp.53-71
- Sebag-Lanoë R. (1986), *Mourir accompagné*, Paris, Desclée de Brower éd.
- Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (2007), *Le bénévolat au Québec, Statistiques sur l'action bénévole et le don*, Gouvernement du Québec (www.benevolat.gouv.qc.ca/statistiques)
- Segal Hanna (éd.1974), *Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein*, Paris, PUF
- Seibold D.R., Rossi S.M., Berteotti C.R., Soprych S.L., McQuillan L.P. (1987), Volunteer involvement in a hospice care program, dans *American journal of hospice and palliative medicine*, vol.4, no.2, pp.43-55
- Sévigny A., Dumont S., Cohen R. (2006), *Un portrait des pratiques bénévoles en soins palliatifs*, 16e Congrès du Réseau des soins palliatifs du Québec, 36 pages (www.reseaupalliatif.org)
- Silbert D. (1985), Assessing volunteer satisfaction in hospice work, dans *The American journal of hospice care*, vol.2 (2), pp.36-40

- Smith D.H. (1981), Altruism, volunteers and volunteerism, dans *Journal of voluntary action research*, vol.10, pp.21-36
- Snyder M., Omoto A.M., Lindsay J.J. (2004), Sacrificing time and effort for the good of others: the benefits and costs of volunteerism, dans Miller A.G. ed., *The social psychology of good and evil*, N.Y., The Guilford Press, pp.444-468
- Snyder M., Omoto A.M. (2001), Basic research and practical problems: volunteerism and psychology of individual and collective action, dans Wosenska W., Cialdini R. et alii, *The practice of social influence in multiple cultures*, Mahwah N.J.: Erlbaum, pp.287-307
- Spallanzani Carlo (1987), *Les entraîneurs bénévoles en hockey mineur: motifs de participation et de démission et degré d'implication dans le rôle d'entraîneur*, Université Laval, Thèse
- Statistique Canada (2004), *Canadiens dévoués, canadiens engagés: points saillants de l'enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation (ECDBP)*, Ottawa, Gouvernement canadien (rapports de 1997, 2000 et 2004 accessibles aussi sur le site www.donetbenevolat.ca)
- Taylor D.A. (1976), *An exploration of the adaptive and defensive functions served by adult conception of death and their relation to early object loss*. N.J. Rutgers University, Thèse
- Thoits P.A. et Hewit L.N. (2001), Volunteer work and well being, dans *Journal of health and social behavior*, vol.42 (2), pp.115-131
- Tomkins S.S. (1965), The psychology of commitment: The constructive role of violence and suffering for the individual and his society, dans Tomkins S.S. et Izard C.E. ed., *Affect, cognition and personality: empirical study*, N.Y. Springer international, pp.148-170
- Vachon M.L.S. (1987), The stress in a palliative hospice care, dans Finn Paradis L. ed., *Stress and burnout among providers caring for the terminally ill and their families*, N.Y., The Haworth Press inc, pp.75-119
- (1985), Motivation and stress experienced by staff working with the terminally ill, dans Davidson G. ed, *Hospice: development and administration*, N.Y. Hemisphere Pub corp., pp.111-127

- (1983), Staff stress in care of terminally ill, dans Corr A.C. et Corr D.M. eds, *Hospice care: Principles and practice*, N.Y., Springer Pub.co., pp.237-246
- Vaillant George E. (1993), *The wisdom of the ego*, Cambridge, Harvard University Press
- (1977), *Adaptation to life*, Toronto, Little, Brown and Company
- Van de Vliert E., Huang X., Levine R.V. (2004), National wealth and thermal climate as predictors of motives for volunteer work, dans *Journal of cross cultural psychology*, vol.35, no.1, pp.62-73
- Verspieren Patrick (1999), *Face à celui qui meurt*, Paris, Desclée de Brower éd.
- Viorst Judith (1988), *Les renoncements nécessaires*, Paris, Robert Laffont éd., coll. Pocket
- Wallach M.A. et Wallach L. (1983), *Psychology's sanction for selfishness: the error of egoism in theory and therapy*, San Francisco, CA., Freeman W.H. pub.
- Warburton J., LeBrocque R., Rosenman L. (1998), Older people: the reserve army volunteers? Analysis of volunteerism among older Australians, dans *International journal of aging and human development*, vol.46, no.3, pp.229-245
- Wheeler J.A., Gorey K.M., Greenblatt B. (1998), The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: A meta-analysis, dans *International journal of aging and human development*, vol.47 (1), pp.69-79
- Wiehe V.R. et Isenhour L. (1977), Motivation of volunteers, dans *Journal of social welfare*, 4, pp.73-79
- Wilson Patricia E. (2000), Hospice volunteer training: making the experience more meaningful, dans *American journal of hospice and palliative care*, vol.17, no.2, 107-112
- Winnicott Donald W. (1984, éd.2004), *Agressivité, culpabilité et réparation*, Paris, Petite bibliothèque Payot
- (1963, éd.1978), *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot
- Zweigenhaft R.L., Armstrong J., Quintis F., Riddick A. (1996), The motivations and effectiveness of hospital volunteers, dans *The journal of social psychology*, vol.36 (1), pp.25-34

Annexes

Annexe 1 Lettre de sollicitation pour recrutement de sujets

Destinataire : Présence Amie de la Montérégie

a/s Coordinatrice des bénévoles

Expéditeur : Pierre Brodeur, psychologue, candidat au doctorat

Objet : Recrutement de bénévoles pour entrevues de recherche

Lors d'un contact précédent, nous avons partagé avec vous notre intérêt pour la sélection, la formation, la contribution et le soutien des bénévoles oeuvrant auprès des patients en soins palliatifs. Depuis, nous avons élaboré un projet de recherche sur ce personnel préposé aux patients et pour lequel nous sollicitons votre collaboration.

Titre de l'étude

« Motifs et difficultés du bénévolat en soins palliatifs. »

Ce projet de recherche est mené par Pierre Brodeur dans le cadre des études doctorales en psychologie et réalisé sous la supervision de madame Véronique Lussier (lussier.veronique@uqam.ca) psychologue, professeur au département de psychologie de l'UQAM (514-987-3000, poste 1349).

But de l'étude

Ce projet a pour but de recueillir le témoignage de bénévoles en soins palliatifs pour mieux comprendre les motifs, les satisfactions et les difficultés de leur expérience. Les résultats de cette étude, qui prendra la forme d'un essai doctoral, pourront contribuer à documenter la formation et le soutien des bénévoles dans les services de soins palliatifs.

Sollicitation des candidats

Afin de nous permettre de rejoindre des participants à cette étude, nous vous demandons de contacter des bénévoles que le chercheur ne connaît pas et qui sont affectés aux soins des patients afin de demander leur consentement à recevoir de l'information sur cette recherche. À la réception d'une liste d'une dizaine de candidats, hommes et femmes, que vous nous aurez transmise, quelques-uns seront contactés par téléphone pour les informer sur l'étude et solliciter leur participation.

Confidentialité et anonymat

Il va de soi que le chercheur sera tenu à la confidentialité relativement à la tenue et au contenu enregistré des entrevues. Dans le traitement des informations, des codes seront utilisés de façon à protéger l'anonymat des sujets volontaires.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration et je demeure à votre disposition pour de plus amples informations.

Pierre Brodeur, psychologue,
Candidat au doctorat en psychologie UQAM
Téléphone : 450-348-9183
Courriel : « brodeur.pierre@courrier.uqam.ca »

Annexe 2 Formulaire de consentement

MOTIFS ET DIFFICULTÉS DU BÉNÉVOLAT EN SOINS PALLIATIFS

Ce projet de recherche est mené par Pierre Brodeur (brodeur.pierre@courrier.uqam.ca) dans le cadre des études doctorales en psychologie et réalisé sous la supervision de madame Véronique Lussier (lussier.veronique@uqam.ca) psychologue, professeur au département de psychologie de l'UQAM (514-987-3000, poste 1349). Il a pour but de recueillir le témoignage de bénévoles en soins palliatifs pour mieux comprendre les motifs, les satisfactions et les difficultés de votre expérience. Les résultats de cette étude, qui prendra la forme d'un essai doctoral, pourront contribuer à documenter la formation et le soutien des bénévoles dans les services de soins palliatifs.

Votre participation à cette étude consiste en deux entrevues espacées d'une semaine et d'une durée maximum de 90 minutes chacune réalisées sur les lieux de l'exercice de votre bénévolat. Au cours de ces entretiens, vous serez appelé à parler de ce qui a motivé votre choix et votre engagement dans cette activité bénévole et à communiquer vos réactions personnelles sur cette expérience.

Ce témoignage sur les aspects personnels de votre bénévolat en soins palliatifs peut occasionner un révison plus approfondi de ce qui vous anime et éventuellement un inconfort durant cette période de questionnement. Vous êtes invité à ne pas hésiter à me le signaler et, le cas échéant, une référence pour un soutien personnel (sans frais) vous sera indiquée. Il est convenu que la participation à ce projet se fait sur une base volontaire et que vous pourrez décider de mettre fin à la rencontre à tout moment sans fournir d'explication.

Votre témoignage verbal sera enregistré pour transcription et restera sous le couvert de l'anonymat en tout temps. (Un codage des noms permettra de protéger votre anonymat)

Ce matériel sera sous la garde exclusive du chercheur et sera conservé, sous clé dans un local de recherche, pour une période de 5 ans après la fin de l'étude pour être détruit au terme de cette période. Les informations recueillies dans ces entrevues contribueront à la rédaction d'un essai utilisé à des fins d'évaluation de la compétence académique de l'étudiant. Ce document final pourra être consulté sur demande. Il est entendu qu'au besoin vous pourrez contacter la professeure superviseure pour des questions touchant les responsabilités du chercheur.

Je vous remercie d'accepter de participer à cette entrevue et de me permettre de réaliser ce travail dans le cadre de ma formation en psychologie.

J'accepte de participer à cette entrevue dans les conditions ci-haut mentionnées.

(participant)

date : _____

Pierre Brodeur, psychologue,
candidat au doctorat

date : _____