

Le thérapeute et sa thérapie The Therapist and His Therapy

Reynald LÉPINE

Volume 17, numéro 1, avril 1985

Santé mentale et processus sociaux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/001429ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/001429ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (imprimé)

1492-1375 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cette note

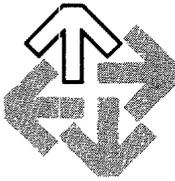
LÉPINE, R. (1985). Le thérapeute et sa thérapie. *Sociologie et sociétés*, 17(1), 157–167. <https://doi.org/10.7202/001429ar>

Résumé de l'article

S'appuyant sur le cadre théorique de la notion de burn-out, l'article examine comment la relation thérapeutique agit sur le thérapeute. À travers les premières années de pratique, l'intervenant verrait ses valeurs personnelles et professionnelles remises en question, ainsi que ses méthodes d'intervention. Bref, l'apprentissage se fait tant au niveau de l'aidant que de l'aidé. Et c'est parfois douloureusement, selon un itinéraire en cinq étapes, que le professionnel de la relation d'aide prendra distance d'une représentation de la maladie, de l'intervention et de son implication personnelle apprise au moment de formation pour accéder à celle que son expérience aura construite.

Note de recherche

Le thérapeute et sa thérapie



REYNALD LÉPINE

Est-il possible d'intervenir en «maladie mentale» pendant quelques années sans être soi-même, un jour ou l'autre, remis en question de façon importante à la fois sur les plans professionnel et personnel? Est-il possible d'y œuvrer une longue période sans devenir sensible aux sentiments d'une partie de la clientèle ou, sans devoir déployer des énergies considérables pour maintenir la distance thérapeutique? Est-il possible de vivre le milieu de la «maladie mentale» en évitant que le questionnement qui y est favorisé pour la clientèle n'atteigne les thérapeutes eux-mêmes? Ne sont-ce pas là des facteurs qui conduisent, pour plusieurs des intervenants, au *burn-out*, pour d'autres vers une thérapie et pour bon nombre qui le peuvent, à quitter leur poste après quelques années. Bref, dans la «relation d'aide», est-il possible de n'être qu'«aidant»?

Ce qui est posé comme problème, en somme, c'est la capacité de l'intervenant (e) (qu'il soit psychiatre ou préposé, en passant bien sûr par l'infirmier (e), l'ergothérapeute, le psychologue...) d'établir une relation de confiance tout en conservant son intégrité personnelle. Comment le thérapeute reçoit les émotions qui lui sont transmises: la tristesse et l'agressivité, la misère morale et matérielle, l'éclatement des relations conjugales et parentales, les fantaisies, la défaite souvent... tout cela bien sûr dans le cadre de la performance institutionnelle (contraintes administratives, rapport d'autorité, etc.). Bref, comment il réagit à tout cela, dans le temps, dans sa pratique, dans sa vie même.

A. L'APPORT DE LA THÉORIE DU *BURN-OUT*

Il n'est pas rare, dans le milieu de l'intervention en maladie mentale de rencontrer des professionnels expérimentés qui soient épuisés, parfois désabusés, en quête de changement de services, ou de pratique. Il y a peu de temps encore, on en aurait parlé comme d'une «dépression situationnelle», ou mieux d'une «réaction anxio-dépressive». Avec l'apport de la théorie du *burn-out*, la perspective est devenue socio-psychologique, mettant en relief des facteurs tels que: l'idéalisme, l'investissement émotif, mais aussi d'autres facteurs liés au milieu de pratique, au stress émotif. à l'interprétation de la vie privée et de la vie professionnelle, la lourdeur administrative, la faible autonomie, etc. Voici la définition qu'en donnent Pines, Aronson et Kafry (1982):

...l'épuisement est un état d'esprit qui afflige ceux qui travaillent avec d'autres gens ou avec le public — particulièrement mais non exclusivement les professionnels des services sociaux et de la santé — bref quiconque donne beaucoup plus de lui-même qu'il ne reçoit en retour de ses clients, supérieurs ou collègues. L'épuisement est accompagné de divers symptômes

qui traduisent un profond malaise: une fatigue au niveau émotif, physique et psychique, un sentiment de désespoir et d'impuissance allié à une perte d'intérêt pour son travail et même pour la vie en général. L'affliction est insidieuse parce qu'elle n'est pas provoquée par un ou quelques événements traumatisants précis; c'est une démoralisation générale qui évolue lentement, sournoisement. Fait tragique, l'épuisement frappe surtout les personnes les plus idéalistes et les plus dévouées... (p. 11-12).

Bref un désinvestissement, parfois dramatique, qui suit une période de dévouement, d'espérance. Il est remarquable que les différents ouvrages sur le *burn-out* (on trouvera en annexe des références sur le sujet) insistent tous sur ce lien entre l'investissement émotif et l'épuisement professionnel.

Le *burn-out* n'est sans doute pas exclusif aux professions ayant un caractère de relation d'aide; Cherniss (1980), l'étend à l'ensemble des professionnels au service du public (*public professional*) tandis que Freudenberger (1982) illustre des cas de *burn-out* dans le monde des affaires. Toutefois, tous les auteurs insistent sur le risque particulier à l'intérieur des services sociaux et de santé. Pour Pines, Aronson et Kafry, c'est un *risque professionnel*:

L'interpénétration de la vie privée et de la vie professionnelle est un des conflits majeurs auxquels fait face toute personne travaillant dans des situations particulièrement émotives. Ce rapprochement soutenu avec les sentiments intenses des autres est un stress si particulier aux fonctions de ceux qui dispensent de l'aide psychologique qu'il devient, dans un sens, un «risque professionnel» (*ibid.*, p. 70).

C'est cet aspect très particulier du «risque professionnel» que j'ai choisi d'étudier; comment la pratique auprès de personnes souffrant mentalement agit-elle sur le professionnel. Quelles sont les corrélations possibles à établir entre l'évolution de la pratique professionnelle et celle de la vie privée. Nous quittons donc ici le terrain du *burn-out*, proprement dit, mais nous conservons la même perspective théorique, les mêmes dimensions socio-psychologiques, pour développer cette question.

B. PRÉENQUÊTE ET PREMIERS RÉSULTATS

L'hypothèse générale de la recherche étant que la pratique de la thérapie a des incidences sur le praticien, j'ai choisi de procéder à des entrevues de professionnels de ce milieu (infirmières, ergothérapeutes, psychiatres) ayant plus de 7 années d'expérience. Autres caractéristiques communes, ces intervenant(e)s interviewé(e)s ont pratiqué au sein d'équipes multidisciplinaires et, en partie tout au moins, dans un Centre de Jour pour Adultes, où j'ai moi-même une pratique, à titre d'animateur. Dans ces entrevues, à caractère semi-directif d'une durée moyenne de 75 minutes, nous avons exploré l'évolution de leur pratique professionnelle, du déroulement de leur vie personnelle, de la relation qu'ils ont entretenue entre ces deux aspects de leur vécu et, enfin de la vision qu'ils en avaient au moment de l'entrevue.

Ces entrevues sont en voie d'être analysées et, bien qu'il ne soit pas encore l'heure d'avancer quelques propositions, il est tout de même possible de préciser des aspects de l'hypothèse générale. Disons qu'elles ont un caractère heuristique aux fins de la recherche elle-même et ce n'est qu'à ce titre qu'elles doivent être considérées. Les voici:

1. LA THÉRAPIE EST UN APPRENTISSAGE

La relation thérapeute/client est un processus d'apprentissage pour les deux pôles de la relation. Autant l'un que l'autre pourra, à travers le processus thérapeutique, se voir questionné dans ses valeurs et ses besoins. Le nouveau professionnel croit, non à tort, posséder les règles qui régiront sa pratique et c'est parfois douloureusement qu'il se verra entraîné sur des terrains inattendus. Cette relation questionnera le cadre de référence professionnel, les espérances thérapeutiques, le mode d'intervention qui lui aura été proposé dans sa formation. Elle lui fera sentir le besoin d'expérience nouvelle ou de formation supplémentaire. Ce rapprochement soutenu aux questions/émotions d'autrui questionnera aussi les valeurs personnelles de l'aidant. Ainsi, ces propos tirés d'une entrevue:

... les gens t'amènent à être comme ça... à confronter ça; ils se posent des questions et toi, t'as à te les poser si tu veux être capable d'être aidante, faut que tu te les poses aussi (7, 8).

Tant sur les plans professionnels que personnels s'opère un passage de l'*appris* à l'*acquis*. Car ce ne sont pas que les règles apprises qui définissent la relation, mais aussi la demande du

client et le contexte institutionnel. À travers ces écueils, le nouveau thérapeute apprend à voguer d'une manière qui n'est pas tout à fait celle attendue.

2. CET APPRENTISSAGE EST UN RISQUE

Puisque cet apprentissage met en jeu les références professionnelles et souvent les valeurs personnelles, le risque est grand de vivre douloureusement le passage de l'*appris* à l'*acquis*. D'abord sur le plan professionnel, l'apprentissage de la structure institutionnelle (rapport d'autorité, marge d'autonomie, relations interdisciplinaires) constitue un premier choc. La mise à l'épreuve de la compétence par les demandes de la clientèle en est un deuxième. Aussi, et surtout, dirais-je, la marge, souvent grande, entre l'espérance du thérapeute et les résultats réels de l'intervention constitue une confrontation peu réjouissante. Sur le plan personnel, la réflexion qu'entraîne la relation aidant/aidé quant à son propre système de valeurs est un processus insidieux auquel le thérapeute n'est que faiblement préparé; le contact soutenu avec la souffrance morale rend difficile la séparation entre ses réflexions professionnelles et ses réflexions personnelles. Ce faisant, il se crée chez l'aidant une perméabilité qui l'entraînera parfois à des remises en question importantes. Voici à ce titre un extrait d'entrevue:

Quand tu travailles en psychiatrie, t'es tout le temps reconfrontée à toi-même, à ton style de vie, à tes valeurs, je pense. T'es tout le temps en confrontation, ... je pense que ça m'influence tout le temps... C'est peut-être un vœu pieux, mais j'aimerais ça en venir à ce que ça me dérange pus là, tout le temps en moi (-16,4).

Cette confrontation dont l'interviewée nous parle peut prendre une ampleur telle, qu'alliée à une pression sur le plan professionnel, il ne soit pas surprenant de trouver les symptômes du *burn-out*, de l'épuisement.

C'est à ce titre que cet apprentissage est un risque puisque la relation thérapeutique comporte tous les éléments nécessaires à une importante remise en question.

3. LA FRONTIÈRE TËNUE ENTRE LE «PERSONNEL» ET LE «PROFESSIONNEL»

Dans l'analyse du discours des entrevues, on remarque une progression dans la perméabilité entre professionnel et personnel. En début de carrière, au sortir de sa formation professionnelle, l'un et l'autre sont tout à fait distincts. Puis lentement, les questions soulevées par la relation aidant/aidé s'immiscent hors du temps de travail et viennent à questionner même ce qui était considéré pour définitif. De même, inversement, les questions à caractère non professionnel viennent un moment servir l'intervention. En bilan de sa traversée comme thérapeute, voici ce que nous livre notre première interviewée:

Je le sais pas encore, c'est quoi qui interagit davantage l'un sur l'autre. Comme je disais, peut-être que dans ma vie personnelle, ça se serait passé de la même façon, sauf ça aurait été plus tard. Ça a peut être précipité ces choses là. Je ne le sais pas... Je trouve que... c'est tellement intimement relié. Je pense que ça nous change, ça nous travaille... Tu peux pas rester je pense comme tu es (-15,9).

On remarquera que si l'extrait ci-dessus débute par une interrogation, il se termine par une affirmation quant à l'aspect principal dans le rapport personnel/professionnel.

Cette perméabilité entre le «personnel» et le «professionnel» dans la pratique en maladie mentale est une hypothèse d'importance dans le cadre de cette recherche, car sa confirmation apporterait un éclairage nouveau sur la notion de relation thérapeutique.

4. DES MOMENTS DE CHANGEMENT

La compilation des premières données d'entrevues m'amène à supposer qu'il y a des moments de passage, des périodes significatives d'apprentissage, bref un itinéraire type du thérapeute. Cet itinéraire serait à la fois professionnel et personnel. Voici la figure qu'il prendrait:

A. *Nouveau professionnel*. Au sortir de l'institution d'enseignement, l'individu possède un cadre de référence théorique auquel il adhère. Il a sa définition du client, ses catégories ainsi qu'un cadre d'intervention, lesquelles soutiennent ses espérances de «guérison». De même sur le plan personnel, il possède un système de valeurs et des espérances précises concernant son mode de vie.

B. *L'épreuve de la pratique.* Après quelques mois, certaines questions viennent inquiéter le professionnel: telle approche ne doit-elle pas être nuancée? Les résultats n'auraient-ils pas été autres si j'avais agis différemment? Sur le plan personnel, le contact avec des sentiments intenses questionne la façon dont le thérapeute lui-même en vit. Voilà comment cela est exprimé en entrevue:

Je me souviens quand même qu'au début, il y avait des choses qui m'agaçaient. Comme par exemple: quand une cliente arrivait ici pis qu'elle vivait une séparation, quand quelqu'un vivait toute seule. C'était toute des choses, des situations de la vie qui me faisaient penser à ma situation (-15,5).

On comprendra bien sûr de cet extrait, que la valeur «couple» avait une grande importance, et que dans ce cas, c'est celle-là qui est mise en relief.

Dans ce moment de l'itinéraire, il n'y a pas encore de «passage à l'acte»; le questionnement grandit...

C. *et c'est l'expérimentation.* Après avoir pris suffisamment d'assurance, le thérapeute se sent en mesure d'appliquer en partie les idées qui ont été développées dans le passage précédent: il peut par exemple réaliser différemment «la distance thérapeutique», modifier son approche, penser «communautaire», «réinsertion», etc. Il s'investit émotivement de façon importante dans son travail et cela transparait dans sa vie personnelle; davantage de préoccupations, de discussions, d'ami(e)s du milieu. Il prend ses distances quant au mode de vie qu'il s'était fixé au début de sa carrière, quitte même à procéder à certaines ruptures, sinon à les soupeser sérieusement. Il y a une très grande espérance qui naît avec ce passage.

D. *reconsidération de l'itinéraire.* Cette étape est celle qui pour plusieurs prend la couleur du *burn-out*; l'intervenant se sent remis en question à la fois au niveau personnel et professionnel, à la fois vis-à-vis de la représentation en A et celle en C.

Un moment donné, j'étais trop embarqué émotivement. Ça, je me suis aperçu que c'est quelque chose que tu ne peux pas faire à l'année longue, dans un travail quotidien. Ça m'a rendu, ça m'a mené à une période de désintéressement, je voulais plus rien savoir (-9,8).

C'est une période de recul et, selon l'intensité, de confusion parfois, de laquelle le thérapeute cherche à se sortir tout en se redéfinissant. On comprendra qu'elle soit très douloureusement ressentie.

E. *De nouveaux choix.* C'est au thérapeute ce que la fin de la thérapie est au client. On parvient à sortir de la confusion et à se définir professionnellement et personnellement autour de valeurs qui sont maintenant *acquises* de haute lutte. Ou encore, on se sort complètement du milieu thérapeutique, fermant la porte sur cette difficile expérience. Bien sûr la «thérapie réussie» peut aussi conduire à changer de champ d'intervention. Enfin pour quelques «malheureux», le travail en maladie mentale se poursuivra sans qu'ils aient réussi le passage et ils pourront «chroniciser leur *burn-out*».

C'est en somme la fin d'une boucle du processus, ou tout au moins ce qui en tient lieu dans le cadre délimité de cette recherche.

CONCLUSION

Certes, cette recherche n'en est encore qu'à ses balbutiements et, tout le cadre théorique qui, à l'heure actuelle s'appuie essentiellement sur les notions socio-psychologiques du *burn-out*, toute la fouille du matériel d'entrevue, ont encore grandement besoin de développement et de rigueur.

Entre autres aspects à développer, il y a les facteurs de pondération qui interviennent sans doute dans cet apprentissage. Par exemple, y a-t-il une différence marquée entre acteurs de formation professionnelles différentes? L'organisation de la vie privée (réseau familial, amical, etc.) joue-t-elle un rôle vis-à-vis de l'envahissement du travail thérapeutique? Dans quelle mesure le fonctionnement en équipe multidisciplinaire est-il un accélérateur (ou non) de cet apprentissage? Enfin, il est de toute nécessité pour cette recherche de préciser la distinction entre «professionnel» et «personnel».

Toutefois, les premiers résultats permettent de retenir l'hypothèse première, et même, encouragent la recherche: la pratique de la thérapie transforme le thérapeute, bien qu'elle puisse Bavoir des intensités et des contenus différents, selon des facteurs qui restent à préciser. Le travail est en cours.

BIBLIOGRAPHIE

- MASLACH, Christina, *Burnout: The Cost of Caring*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1982, 192 p.
- EDELWICH, Jerry, Archie BRODKSY, *Burnout, Stages of Disillusionnement in the Helping Professions*, New York, Human Science Press, 1980, 255 p.
- PINES, Ayala, Elliot ARONSON, Ditsa KAFRY, *Burnout; se vider dans la vie et au travail*, Montréal, Le Jour, 1982, 303 p.
- FREUDENBERGER, Herbert, *la Brûlure interne: le prix élevé du succès*, Montréal, Inédit, 1982, 190 p.
- CHERNISS Cary, *Staff Burnout: Job Stress in the Human Service*, Beverly Hills, California, Sage, 1980, 199 p.
- LIEF, Julian, SLABY, Edmund ANDREW, Ian LIPSITCH, *The Crisis Team; A Handbook for the Mental Health Professional*.
- FARBÈR, Alan BAREY, *Stress and Burnout in the Human Service Professions*, New York, Toronto, Pergamon Press, 1983, 256 p.
- DOLAN et ARSENAULT, *Stress, santé et rendement au travail*, École R.I. U. de M., 1980.
- BOURGAULT, D. et M. MELOCHE, *le Burnout ou mourir d'épuisement comme un caméléon sur une jupe écossaise*, in *Intervention*, # 61, pp. 58-66.
- L. GRATTON, *les Réactions émotionnelles du personnel de service interne*, Texte ronéo.

RÉSUMÉ

S'appuyant sur le cadre théorique de la notion de *burn-out*, l'article examine comment la relation thérapeutique agit sur le thérapeute. À travers les premières années de pratique, l'intervenant verrait ses valeurs personnelles et professionnelles remises en question, ainsi que ses méthodes d'intervention. Bref, l'apprentissage se fait tant au niveau de l'aidant que de l'aidé. Et c'est parfois douloureusement, selon un itinéraire en cinq étapes, que le professionnel de la relation d'aide prendra distance d'une représentation de la maladie, de l'intervention et de son implication personnelle apprise au moment de formation pour accéder à celle que son expérience aura construite.

SUMMARY

This paper examines how, within the theoretical framework of the notion of burnout, the therapeutic relationship acts upon the therapist. In the first years of practice, it would appear that the therapist perceives a challenge to his personal and professional values, as well as to his methods of intervention. In short, learning takes place as much from the point of view of the helper as of the one being helped. It is sometimes a painful process, taking place in five stages, by which the professional in the helping relationship takes his distance from the representation of illness, types of intervention and personal implication learned during his training to arrive at a representation of them constructed out of his own experience.

RESUMEN

Apoyándose en el cuadro teórico de la noción de «burn-out», el artículo examina la manera como la relación terapéutica actúa sobre el terapeuta. A través de sus primeros años de práctica, el terapeuta vería sus valores personales y profesionales puestos en cuestión, del mismo modo que sus métodos de intervención. En breve, el aprendizaje se efectúa tanto a nivel del que ayuda como del que recibe la ayuda. Y es a veces dolorosamente, según un itinerario en cinco etapas, que el profesional de la relación de ayuda tomará distancias de una representación de la enfermedad, de la intervención y de su implicación personal adquirida al momento de su formación, para acceder a aquella que su experiencia habrá construido.