

Partir ou rester : réflexion sur le phénomène d'exode des psychologues du réseau de la santé du Québec

Céline Boissonneault and David Smolak

Volume 31, Number 2, 2023

Polyphonie 1

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1111197ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1111197ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Boissonneault, C. & Smolak, D. (2023). Partir ou rester : réflexion sur le phénomène d'exode des psychologues du réseau de la santé du Québec. *Filigrane*, 31(2), 9–23. <https://doi.org/10.7202/1111197ar>

Article abstract

In recent years, the Quebec public health system is gradually being deserted by psychologists, causing a loss of accessibility of their services. At the same time, the notion of a so-called symbolizing and subjectivizing function of the institution is put forward in the context of clinical work with severely affected psychiatric patients consulting on an outpatient basis. However, this function often seems to be attacked by a managerial framework, which could be described as perverse and narcissistic, and which undermines the thought process and creativity of clinicians. Spurred by these ideas, and in resonance with current concerns about the accessibility of psychological services, we propose a reflection on the practice of psychoanalytically oriented psychotherapy within Quebec health care institutions. We draw upon our own experience as young psychologists who have recently left the public system and who have decided to question its underlying principles in an attempt to offer new leads for understanding the current exodus. Our aim is also to move away from financial considerations and focus on the different ways in which the institution no longer serves its original functions, but seems rather to cultivate several forms of destructiveness.



Partir ou rester : réflexion sur le phénomène d'exode des psychologues du réseau de la santé du Québec

Céline Boissonneault
et David Smolak

Résumé : Depuis les dernières années, on observe une désertion progressive du réseau public québécois de la santé de la part des psychologues, causant une perte d'accessibilité à leurs services. Parallèlement, l'idée d'une soi-disant fonction symbolisante ou subjectivante de l'Institution est mise de l'avant dans le contexte du travail en clinique externe de psychiatrie auprès de patient-e-s en situation de précarité psychique. Cependant, cette fonction semble parfois attaquée par des logiques managériales, que nous décrivons comme perverses et narcissiques, qui mettent à mal l'espace de pensée et de créativité des clinicien-ne-s. Porté-e-s par ces idées, et en résonance avec les préoccupations actuelles quant à l'accessibilité aux services psychologiques, nous proposons une réflexion sur les enjeux de la pratique de la psychothérapie d'orientation psychanalytique au sein d'une institution québécoise de soins de santé. Nous puisons dans notre propre expérience de jeunes psychologues ayant récemment quitté ce réseau pour réaliser une réflexion de fond sur celui-ci et tenter d'offrir de nouvelles pistes pour comprendre l'exode. Notre visée est aussi de s'écarter des arguments financiers pour s'attarder aux différentes façons par lesquelles l'Institution ne répond plus à ses fonctions et cultive plusieurs formes de destructivité.

Mots clés : réseau public québécois de la santé; exode des psychologues; Institution; psychanalyse; perversion; narcissisme

Abstract: In recent years, the Quebec public health system is gradually being deserted by psychologists, causing a loss of accessibility of their services. At the same time, the notion of a so-called symbolizing and subjectivizing function of the institution is put forward in the context of clinical work with severely affected psychiatric patients consulting on an outpatient basis. However, this function often seems to be attacked by a managerial framework, which could be described as perverse and narcissistic, and which undermines the thought process and creativity of clinicians. Spurred by these ideas, and in resonance with current concerns about the accessibility of psychological services, we propose a reflection on the practice of

psychoanalytically oriented psychotherapy within Quebec health care institutions. We draw upon our own experience as young psychologists who have recently left the public system and who have decided to question its underlying principles in an attempt to offer new leads for understanding the current exodus. Our aim is also to move away from financial considerations and focus on the different ways in which the institution no longer serves its original functions, but seems rather to cultivate several forms of destructiveness.

Keywords: Quebec public health system; exodus of psychologists; institution; psychoanalysis; perversion; narcissism

Partir ou rester: une question de survivance

Depuis les dix dernières années, on observe une désertion progressive du réseau public québécois de la santé de la part des psychologues, causant ainsi une perte d'accessibilité de leurs services et des délais d'attente de 6 à 24 mois pour une première rencontre (Coalition des psychologues du réseau public québécois [CPRPQ], 2020). Certain-e-s parlent d'une « pénurie » de professionnel-le-s, alors qu'il a été montré que cela n'était pas le cas, du moins au Québec. D'ici la fin de 2023, on estime qu'un tiers des postes de psychologues du réseau seront ouverts quoique non comblés. Par ailleurs, nous savons que seulement 25 % des psychologues inscrit-e-s à l'Ordre des psychologues du Québec finissent par œuvrer dans ce secteur, bien que 85 % des doctorant-e-s en psychologie expriment un désir de travailler dans le public. De plus, de ceux et celles qui s'y tentent, 40,5 % décident de quitter lors de leurs cinq premières années de pratique (Fédération inter-universitaire des doctorant-e-s en psychologie [FIDEP], 2020; Morency et Roy-Lemire, 2018). Pour tenter d'expliquer le phénomène, plusieurs ont dénoncé l'écart salarial entre les psychologues du réseau public et ceux du privé (44,3 %¹) (CPRPQ, 2020, 2023) ou de leurs confrères et consœurs ontarien-ne-s (73 %) (Ontario Public Service Employees Union [OPSEU], 2019-2020); c'est d'ailleurs la raison première évoquée par les doctorant-e-s pour ne pas intégrer ce système, en plus de l'atteinte à leur autonomie professionnelle (FIDEP, 2020). Ces éléments mettent en lumière deux enjeux d'actualité, soit ceux de l'attraction et ceux de la rétention des psychologues au sein du réseau public québécois de la santé. Comment se fait-il que si peu de jeunes clinicien-ne-s s'engagent au sein des services publics? Et comment comprendre qu'une si grande proportion de ceux et celles qui s'y engagent quitte ce milieu? Récemment, plusieurs organisations, comme la CPRPQ, sont nées d'un désir d'étudier la situation et de proposer des solutions au gouvernement qui entretient le double discours consistant à encourager

la population à consulter tout en effectuant des investissements financiers qui paraissent peu informés, non durables et guidés par des logiques comptables ou décalées des réalités pratiques et cliniques.

Nous sommes deux psychologues ayant récemment obtenu leur diplôme et ayant d'abord fait le choix d'œuvrer au sein d'une institution de soins de santé québécoise. Nous étions alors porté-e-s par le désir de pratiquer auprès de patient-e-s suivi-e-s en clinique externe de psychiatrie et ainsi contribuer à l'offre de services psychothérapeutiques à une population relativement vulnérable. Ayant récemment quitté le réseau public québécois de la santé, nous souhaitons aujourd'hui puiser dans notre expérience pour proposer une réflexion sur ce système et tenter d'offrir de nouvelles pistes pour comprendre le phénomène de désertion. Notre visée est aussi de s'écarter de la logique ou des arguments économiques pour s'attarder plus longuement aux différentes façons par lesquelles l'Institution ne répond plus à ses fonctions et nourrit plusieurs formes de destructivité. Nous reconnaissons par ailleurs que la culture médico-managériale a son rôle à jouer dans la manière dont se déploient ces processus, en les modelant selon les valeurs et les manières d'être, de penser et de sentir qu'elle valorise. Nous souhaitons enfin explorer l'hypothèse selon laquelle ces éléments peuvent contribuer au phénomène d'exode des psychologues observé dans le réseau de la santé.

De nombreux travaux d'auteurs et autrices font état de souffrances, voire de violences institutionnelles (Drieu *et al.*, 2016; Kaës, 2019; Vander Borgh, 2013; Vidal, 2004). Or, l'idée d'une soi-disant fonction symbolisante ou subjectivante de l'Institution est aussi mise de l'avant dans le contexte du travail auprès de patient-e-s en situation de précarité psychique (Diet, 2016; Kaës, 2019; Roussillon, 2007). Cependant, nous observons que cette fonction se trouve parfois attaquée par des logiques managériales et comptables qui mettent à mal l'espace de pensée des clinicien-ne-s. Ainsi, porté-e-s par ces idées et par un besoin personnel de mise en sens, et en résonance avec les préoccupations actuelles quant à l'accessibilité aux services psychologiques dans le réseau de la santé, nous proposons une réflexion sur les enjeux de la pratique de la psychothérapie d'orientation psychanalytique au sein d'une institution de soins de santé québécoise. Cette réflexion s'appuie sur notre expérience, ainsi que sur un dialogue avec les références théoriques nous permettant de penser les thèmes abordés dans le cadre de ce travail. Nous souhaitons remettre le *sujet*, patient mais aussi soignant, au cœur de notre démarche réflexive et explorer, par le récit fictif² d'un parcours de soin du

point de vue du soignant, comment le système en vient paradoxalement à le déshumaniser plutôt que de tenter de soutenir ses élans de vie.

À la recherche du sujet et de sa demande

Sur mon bureau, une feuille de papier. Un formulaire de référence en psychothérapie préalablement complété par un médecin psychiatre. On y trouve des informations nominales, puis le diagnostic posé, souvent en acronyme (« TPL », « TSPT », « MAB », etc.), ainsi que des cases cochées identifiant les facteurs de risque et de protection, le service demandé et le niveau de priorité. Lorsque je m’y attarde, tous ces mots me paraissent parfois incompréhensibles. Par exemple, lorsque je lis parmi les facteurs de protection « adhésion au traitement », je m’interroge. S’agit-il d’une « bonne » patiente ? Selon quels critères ? Une patiente docile, ponctuelle ? Et aux yeux de qui ? Je me doute que cela indique que cette personne acceptera à tout le moins de venir me rencontrer. D’autant plus qu’elle attend possiblement depuis plusieurs mois. Sur le formulaire de requête que je consulte, formulaire soigneusement sélectionné sur ma liste de références selon le critère abstrait du « temps d’attente », je peux lire ce que le médecin référent énonce de ce que la personne lui a demandé, ou pas. Les formulaires de référence me semblent toujours profondément étranges en ce qu’ils disent tant de choses et si peu à la fois. Comme si tous les mots constituant le fameux « langage commun » que les professionnel-le-s utilisent pour « se comprendre » venaient finalement dissimuler la personne dont il est question, le sujet de la demande. Il me faudra aller à sa recherche, idéalement à sa rencontre. Je vais rejoindre la patiente, Madame S., et lui demander plus ou moins formellement si « sa demande est toujours d’actualité ».

De ce geste en apparence simple d’appeler un-e patient-e pour la première fois naissent déjà maintes questions. Celle de la demande certes – « quelle est-elle ? », « qui la porte ? », etc. –, mais aussi, dans le contexte actuel, celle de l’accessibilité, lire ici l’accessibilité à la psychothérapie. Cet enjeu en est un politique et institutionnel par le souci d’une offre de services « au plus grand nombre de personnes possibles, et ce dans un délai minimal ». Depuis plusieurs années déjà, on assiste à une multiplication de programmes³ et d’approches visant à faire toujours plus, plus rapidement, au nom d’une soi-disant efficacité et d’un accès plus vaste à la psychothérapie. Cela a déjà fait l’objet de plusieurs critiques (Diet, 2016) et la visée de ce texte n’est pas de démontrer une fois de plus les écueils d’une posture basée

uniquement sur le rétablissement, la réduction des symptômes et le retour à un fonctionnement dit « normal ».

De manière concrète, l'enjeu de l'accès aux services se présente aux clinicien-ne-s qui doivent penser un espace-temps pour recevoir de nouvelles personnes. Voilà que survient souvent au sein des équipes traitantes cette question formulée ainsi: « Quelqu'un a-t-il de la place pour une nouvelle requête? » Si l'on s'en tient à un niveau pratique, le sens de cette question peut sembler aller de soi et l'on comprend qu'elle vise à savoir si une plage horaire est disponible. Mais comment penser la question de la « place » et de la « disponibilité » pour ce qui relève d'un travail aussi subjectif et singulier que celui de la psychothérapie? La case libre à l'horaire n'est pas équivalente à l'espace psychique nécessaire à l'accueil d'une nouvelle personne, à la rencontre de cet autre, de son angoisse, de son étrangeté et de sa souffrance, à ce que suppose l'écoute de la vie inconsciente. C'est pourtant à cette question complexe que le ou la clinicien-ne devrait d'abord tenter de répondre: *ai-je de la place?* Mais comment concilier cette interrogation à la culture de productivité qui règne actuellement au sein des institutions de santé québécoises? Les exigences qu'entretiennent les gestionnaires (de manière parfois dissimulée, parfois affichée) envers les clinicien-ne-s quant au nombre de patient-e-s à recevoir, aux balises « cliniques » (qui sont en fait administratives) et autres redditions de comptes, peuvent s'ériger comme autant de barrières face à l'espace nécessaire à la créativité et à la pensée des clinicien-ne-s.

D'un côté, le sujet patient-e dissimulé-e derrière un formulaire de référence, littéralement une feuille de papier déposée dans un pigeonier. De l'autre côté, le sujet clinicien potentiellement effacé derrière son « statut » d'employé-e devant fournir un certain rendement, selon des critères dont l'abstraction témoigne de l'incompréhension majeure quant à la nature du travail de la psyché de la part de celles et ceux qui dirigent l'institution. Ainsi donc s'amorce un processus dont la suite dépendra des possibles ouverts par la rencontre, si celle-ci peut avoir lieu.

À la recherche de la continuité

Mme S. me dit qu'elle attend cet appel depuis maintenant sept mois. L'appel de qui? Peu lui importe. Mais, enfin, quelqu'un pourra la soulager. Une première séance est planifiée. Une fois sur place, elle nous partage qu'elle a été victime d'inceste à l'enfance, mais qu'elle souffre surtout de déprime et de « moments d'absence » depuis qu'elle a trouvé son

amie pendue. Elle ajoute qu'elle entend parfois une voix inquiétante qui la blâme de cette perte. Elle termine en nous partageant ses questionnements sur les hypothèses diagnostiques émises par son psychiatre : schizo-typique ? TPL ? dépressive ? Dès cet instant, plusieurs questions s'imposent à moi : quels espoirs madame porte-t-elle consciemment et inconsciemment au travers de cette demande ? Comment concilier ces diagnostics ? Que lui a-t-on dit de la psychothérapie et quelle posture puis-je adopter face à ses plaintes ? Comment inscrire cette adresse dans le cadre de la relation transféro-contre-transférentielle ? Où est le sujet ?

Les patient·e·s psychiatisé·e·s sont plus à même de présenter des souffrances de type traumatique et donc une certaine forme d'« hétérogénéité structurale » (Bokanowski, 2002), c'est-à-dire à la frontière entre la névrose et un autre type d'organisation « non névrotique ». Ils peuvent souffrir de l'impossibilité « d'intégrer différents aspects d'eux-mêmes ressentis comme incompatibles » (Quinodoz, 2000, cité dans Bokanowski, 2002, p. 752) et érigent parfois des défenses archaïques massives et coûteuses, de l'ordre du clivage narcissique ou du déni, pour réguler leur fonctionnement psychique (Roussillon, 2012). Le travail clinique auprès de ces individus peut s'avérer complexe et demandant puisqu'il peut faire apparaître des troubles de la pensée chez les soignant·e·s, en miroir de ceux que leurs patient·e·s présentent (Filion et Brunet, 2021 ; Smolak et Brunet, 2019, 2020). La représentation de soi de ces sujets est potentiellement morcelée et notre intuition est que le mode de fonctionnement institutionnel ainsi que la pensée médicale ancrée dans une épistémologie positiviste et biologisante participent à cette scission identitaire et narcissique. La culture médicale contemporaine semble aussi entretenir un rapport clivé et compartimenté à la psychopathologie. On ne ressent pratiquement pas de malaise à l'idée de poser plusieurs diagnostics issus du DSM-5, élu comme « bible » de la psychiatrie, sans égard à la logique qui les unit⁴. Seule la présentation symptomatologique importe. Cet outil, supposément athéorique, présente aujourd'hui les qualités d'un fétiche : il masque les trous, les manques, et octroie la puissance à celui qui le détient. On le justifie souvent en mentionnant qu'il s'agit d'un mode de communication idéal, puisqu'il permet d'entretenir l'illusion d'une entente commune sur le sens des termes. Toute tentative de défier ce modèle épistémologique de la psychopathologie et de l'être humain se heurte à une forte résistance de la part des personnes en pouvoir, sous prétexte de rendre confus et hermétique la représentation de la maladie qui afflige les patient·e·s. Or, nous sommes d'avis que ce modèle ne fait que contribuer à

l'effacement de la subjectivité et des souffrances idiosyncratiques des sujets sous nos soins (Rizq, 2012). Il participe à la destruction de leur sentiment de continuité d'être, mais aussi au morcellement de la représentation que les soignant-e-s ont d'eux ou de leur souffrance. Comment écouter, sentir, voir, penser une patiente comme Mme S. et entendre sa demande consciente et inconsciente avec autant de bruit environnant? Comment rester créatif et réflexif dans un tel contexte? Comment ne pas en venir soi-même à se sentir écartelé-e ou mutilé-e d'une partie de soi? Nous croyons que le recours à un espace de supervision externe et dissocié de l'institution pourrait possiblement permettre ou du moins soutenir un travail continu de contenance, de représentation et de symbolisation nécessaires à la prise en charge de cette clientèle (Smolak et Brunet, 2019, 2020). Pinel (2008) propose que, pour réinstaurer la survivance psychique au sein des équipes soignantes, celles-ci ont « à trouver-crée un arrière-plan de sécurité afin d'accueillir, de tolérer et de soutenir les déformations qui leur sont infligées » (p. 35). L'auteur souligne l'importance de parvenir à constituer une *fonction conteneur* (Kaës, 1976, cité dans Pinel, 2008) dans le groupe et rappelle que le maintien de cette fonction dépend « de la consistance des systèmes de liens, de la fécondité des dispositifs groupaux de métabolisation, mais aussi, idéalement, de l'étagage offert par le cadre institutionnel et par les cadres d'arrière-plan » (p. 35).

Au cours du processus d'évaluation, je comprends que Mme S. est suivie par une intervenante psychosociale qui, à la demande du psychiatre, pratique l'activation comportementale dans le but de « la rendre fonctionnelle ». La patiente a aussi déjà eu recours aux services de travail social, mais elle n'arrive pas à préciser dans quel contexte. En consultant le dossier, je réalise qu'elle a changé trois fois de travailleuse sociale. Je me demande: quel type de relation a-t-il été possible de créer avec celles-ci? Je tente de rejoindre les membres de l'équipe soignante pour avoir plus de détails. Il faut travailler en collaboration, nous dit-on, en équipe. J'accepte la demande de la patiente en me disant que le tout se précisera éventuellement. Je tente de lui offrir une présence, un soutien contenant et une écoute humanisante. Je tente de créer de l'espace.

L'histoire de ces patient-e-s est souvent marquée de pertes, de ruptures et de deuils irrésolus. On remarque que le traitement, lorsque mené par un-e psychologue sensible à ces enjeux, est dominé par la réactualisation et le remaniement non pas d'un événement traumatique précis, mais bien de la relation avec les objets primaires (Bokanowski, 2002). Un des objectifs

thérapeutiques est de permettre au sujet de mitiger sa relation à ses imagos, souvent cruels, en s'offrant à eux comme figure d'identification ou objet contenant (Bion, 1962; Brunet et Casoni, 2000) et malléable (Milner, 1952-1954; Roussillon, 2014). Toutefois, la réalité est telle que les patient·e·s, au lieu d'aller à la rencontre d'objets structurants et fiables, se retrouvent souvent à multiplier les relations éphémères, et donc les pertes, en raison de contraintes institutionnelles ou simplement du roulement d'employé·e·s. Dans le système public, il n'est pas rare qu'un usager change de médecin traitant·e, d'intervenant·e ou de ressource communautaire à de nombreuses reprises au cours d'un bref laps de temps. Cela perpétue un mode relationnel marqué par la rupture et, du même coup, entrave la possibilité d'un travail thérapeutique coopératif, cohésif ou groupal. Il est d'autant plus dommage et dommageable que ce travail d'équipe soit rendu quasi impossible, puisqu'il est justement la pierre angulaire du projet thérapeutique et, en théorie, un des grands avantages d'œuvrer en institution. La continuité des liens semble donc attaquée et parfois détruite par le fonctionnement institutionnel, et les psychologues se retrouvent souvent, malgré eux, à devenir le Moi-Peau (Anzieu, 1974) ou du moins l'élément adhésif à cet amoncellement relationnel. Leur énergie est mise, momentanément, à la culture désespérée d'une cohésion à laquelle, la plupart du temps, ils ou elles finissent par renoncer par souci de survivance psychique ou d'efficacité.

À la recherche du sens

À la cinquième séance, Mme S. n'est pas au rendez-vous. Pourtant, on m'avait annoncé qu'elle adhérerait au traitement. Elle revient trois semaines plus tard. « Ah, tiens. Un moment d'absence », lui dis-je avec intérêt et curiosité. Elle répond en parlant de sa difficulté à structurer son quotidien. S'ensuivent quelques autres rencontres puis, une nouvelle absence. Cette fois, je réalise que madame est hospitalisée, après avoir consulté à tout hasard son dossier dans le programme informatique de l'hôpital. Ceci explique cela. Aucun·e psychothérapeute ni à l'urgence, ni à l'interne. Que faire ? J'appelle madame ? J'appelle son psychiatre ? Je crois bon de me rendre sur place ; j'ai une heure libre demain matin. Or, on me rappelle que, demain matin, il y a une rencontre « clinico-administrative ». Notre gestionnaire (la 4^e à occuper ce poste en trois ans) exige que nous annulions notre clinique pour assister à une rencontre sur la question de l'accessibilité à la psychothérapie. Elle nous apprend que le ministère de la Santé souhaite implanter un nouveau programme pour

l'améliorer, mais qu'il faudra d'abord faire le point sur nos statistiques. Le patronat se questionne à savoir si notre horaire personnel est bien optimisé. La survie de nos services dépend de ces chiffres, nous rappelle notre gestionnaire, bien qu'elle nous affirme aussi comprendre combien ces données représentent très mal notre travail.

Pourquoi suis-je ici déjà? Ah oui, c'est vrai: Mme S. Une demande. Un sujet. Une rencontre. De l'espace. De la continuité. Du sens?

Le groupe, l'institution ou la Loi, idéalement, devrait agir comme un *métacadre*, comme un « socle pour les deuils, les nostalgies [...] mais aussi les espoirs de dénouement » (Karray *et al.*, 2017, p. 89). Cette structure devrait offrir la possibilité aux thérapeutes de nourrir leur créativité et ainsi édifier et maintenir un cadre symboligène au sein de leur pratique. En contexte extrême, comme c'est parfois le cas en psychiatrie, le *métacadre* institutionnel permet, par sa fonction de *métacontenance*, de préserver ou réinstaurer les fonctions thérapeutiques des aidant-e-s lorsqu'elles sont mises à mal (El Husseini, 2017); il protège et cultive le caractère symboligène et subjectivant des relations de soin. Or, présentement, nous observons que l'institution faillit à cette tâche et adopte une posture que l'on pourrait qualifier de perverse-narcissique face à ses membres et aux patient-e-s à sa charge. Cette posture véhicule le message qu'il est souhaitable et possible de saisir et de se saisir de l'entièreté du sens de l'expérience de chacun-e. Elle nie du même coup son caractère fondamentalement incomplet ou insaisissable. Ainsi, ce rapport solipsiste et étanche à l'expérience humaine permet à la fois de mettre en lumière et de faire l'économie de l'impuissance ressentie face à la souffrance (Diet, 2016; Rizq, 2012).

On nous porte à croire que nous parviendrons à éradiquer l'inconfort ou la détresse humaine si l'on arrive à trouver *la* formule managériale ou *le* programme de soin parfaits. Conséquemment, le décuplement des réunions, des formations, des protocoles institutionnels en vient à justifier l'édification d'une réalité alternative où ne sont investis que les résultats et les stratégies de gestion pouvant mener à la mise en place d'une telle structure « parfaite ». Ce modèle cause l'évacuation de la question des lacunes du système en entretenant l'idée illusoire d'un fonctionnement sans failles (Diet, 2016; Rizq, 2012). C'est également la question du *sens* que ce modèle tend à évacuer par sa logique comptable et quantitative. C'est pourtant précisément cette question qui nous habitait avec insistance lorsqu'en sortant de réunions ou en quittant le lieu du travail nous déplorions avec frustration et confusion que cela « n'avait pas de sens ». Combien de fois

avons-nous répété ces mots, empreints à la fois de découragement et de sidération face à un modèle de gestion qui nous apparaissait comme étant absurde et décalé de la réalité de celles et ceux qui tentent de soigner l'âme humaine.

Force est de constater que c'est ce même système qui est la cause de l'épuisement, de la perte d'empathie et du départ de nombreux professionnel-le-s (Rizq, 2012), peut-être trop occupé-e-s à survivre à la destructivité institutionnelle plutôt qu'à celle de leurs patient-e-s. Par l'énonciation répétée de messages paradoxaux, comme celui d'annuler nos rendez-vous cliniques afin de se pencher sur la question de l'accessibilité à la psychothérapie, l'Institution semble s'efforcer à rendre ses membres « fous » (Searles, 1977) et exige d'eux qu'ils se soumettent à sa néo-réalité. On assujettit les soignant-e-s à une logique perverse et narcissique par l'emploi d'un mécanisme de *perspective réversible* (Bion, 1963); le patronat reconnaît l'existence d'un sens partagé de la réalité, tout en exigeant des thérapeutes qu'ils se soumettent à un autre sens, idiosyncratique et ajusté à leur agenda plus ou moins secret. Tout se passe comme si on nous disait: « Nous ne sommes pas aveugles à ce qui est intègre; nous semblons juste avoir de bonnes raisons pour vivre selon un ensemble de valeurs parallèles » (Scheler, 2003, cité dans Bonner, 2007, p. 157). L'exemple des « statistiques » exigées quoiqu'explicitement reconnues comme invalides par les gestionnaires en est un des plus frappants. On parle aussi de l'implantation d'un programme d'accès à la psychothérapie en vantant ses qualités alors que de nombreuses recherches scientifiques sur son prédécesseur, l'*Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), montrent qu'il n'est efficace ni sur le plan clinique, ni sur le plan économique (Marks, 2018; Scott, 2018; Steen, 2020; Tasca *et al.*, 2018). Autre exemple de ce processus pervers: les gestionnaires mettent sur pied des comités pour réfléchir à l'amélioration de l'accès aux soins de psychothérapie en demandant explicitement à ses membres par quoi il est possible de le remplacer.

En arrière-fond de ces exigences de soumission aux désirs institutionnels ou médicaux plane une menace, celle de la *destruction* ou de la *mort* du service de psychologie. Bonner (2007) souligne que la dynamique relationnelle perverse-narcissique est soutenue non seulement par une recherche de jouissance, mais surtout par un rapport d'emprise ancrée dans la terreur d'être abandonné au désaide ou à l'agonie primitive. Les soignant-e-s tentent tant bien que mal de s'adapter aux exigences d'une institution qui non seulement échoue à leur fournir un socle symboligène, mais qui, en plus, fait

état de « Surantimoi » (Racamier, 2021). On assiste au règne pernicieux de la pulsion de mort, à la déliaison et à la destruction de la pensée et de la créativité, et donc à l'attaque de l'essence même de la psychothérapie. L'objectif n'est plus de faire fleurir la subjectivité grâce à l'offre de vecteurs de symbolisation. L'édit de ce système, faible en libido et fort en destructivité, est plutôt le suivant : « Renonce à penser et renonce à savoir, sinon je meurs et tu en périras » (Racamier, 2021, p. 56). Il ne fournit que très peu de protection ; il instaure plutôt une tyrannie basée sur un idéal du Moi souverain qui exige que les membres de l'institution se soumettent à des injonctions visant inconsciemment à nourrir le narcissisme et le fantasme d'omnipotence de ceux et celles en position de pouvoir.

Par le désir toujours inassouvi du gouvernement et des cadres d'optimiser les soins par l'implantation de programme comme le PQPTM, on empêche la reconnaissance du caractère fondamentalement incomplet et incertain de ce type de travail. Cela contribue à la mise en place d'un rapport totalitaire des gestionnaires ou des médecins aux soignant-e-s ; les idéologies des premiers sont valorisées aux dépens de toute remise en question ou réflexion de la part des seconds (Diet, 2016 ; Rizq, 2012). On nous étiquette automatiquement « résistants au changement » si on ose réfléchir ou questionner les demandes patronales. Cette tendance à transformer le travail relationnel en besogne technique et protocolaire, supposément soutenue par une instance invisible et inaccessible (par exemple, les données probantes, la « Science », le ministère), participe à une culture marchande du soin. C'est cette culture qui vient porter le coup de grâce au sens profond du travail des soignant-e-s, en nourrissant la dénégation de l'incomplétude, de la souffrance, de la vulnérabilité et de la dépendance des sujets au profit d'un fantasme d'omnipotence, d'invulnérabilité et de sécurité totale (Diet, 2016 ; Rizq, 2012). Ces fantasmes semblent d'ailleurs entretenus par la culture médicale, qui nourrit l'idée d'une forme d'omniscience et d'omnipotence. Le danger consiste en ce que ceux et celles qui participent à cette culture s'y identifient défensivement et fassent, du même coup, l'économie de l'élaboration de leur propre impuissance face à la condition humaine. Il n'est pas rare que l'expression d'une altérité chez les patient-e-s ou les thérapeutes se heurtent à des défenses narcissiques coûteuses pour leur projet commun de subjectivation. La question se pose alors : comment se construire, se voir, se sentir, lorsque l'on se retrouve face à un miroir qui ne peut réfléchir que ce qui lui permet de confirmer sa toute-puissance ?

Conclusion

Je sors de la réunion administrative et m'assois un moment à mon bureau. La tension était palpable; mes collègues sont fatigué·e·s et débordé·e·s. Le nouveau programme d'accès à la psychothérapie nous apparaît comme une atteinte supplémentaire à notre espace de pensée. Plus largement, dans les médias, le thème de l'accessibilité aux soins en « santé mentale » est on ne peut plus présent. Sur fond de pandémie fusent les lettres ouvertes : revendications de patient·e·s, de psychologues, d'intervenant·e·s, et autres articles faisant état des lacunes du système. Je me dis qu'il est important de continuer à œuvrer au sein de cette institution afin de défendre des lieux de parole et d'écoute. Je pense également aux lectures auxquelles j'ai recours, et j'y trouve un socle à partir duquel réfléchir mon expérience et tenter de comprendre les souffrances institutionnelles qui semblent m'habiter. Mon regard se tourne ensuite vers l'intérieur, vers cet endroit en moi où mon désir d'écouter a pris racine. Qu'en est-il de cet espace que je peine à retrouver au sein du lieu où je tente d'exercer mon travail? De quoi ai-je besoin pour écouter, et pour espérer entendre la vie inconsciente? « Espace », « espoir », sont des mots qui reviennent et qui résonnent. Je m'imagine quitter ce milieu de travail pour pouvoir créer une pratique plus autonome, plus libre. Cela se présente à moi sous forme de question : partir ou rester?

Je choisis de partir. Pour survivre, mais aussi pour qu'il y ait survivance de quelque chose, c'est-à-dire qu'il reste des traces de mon passage, ne serait-ce qu'en moi. Survivance de quoi? Seuls le temps et un travail de mise en sens me le diront. Mais d'abord, partir. Ce n'est pas une posture très militante, certes, mais je fais face au constat que l'énergie à déployer pour défendre mon espace de pensée est investie au détriment d'une capacité d'écoute et d'accueil, et à celui de mon propre équilibre. Comme une porte qui s'ouvre, me vient également le besoin de penser cette expérience, ce besoin de partir, ce départ actualisé, enfin. La créativité renaît en moi. L'écriture fait son chemin.

À travers la rédaction de ce texte, nous partageons et relient nos trajectoires et nos vécus, à deux voix, à quatre mains. Si l'expérience d'une culture ou d'un milieu est toujours singulière, je constate que la mienne résonne avec celle d'autres personnes qui deviennent également des interlocuteur·trice·s. C'est ainsi que nous ajoutons notre humble contribution à toutes ces tentatives de penser la difficulté actuelle des pysys à poursuivre leur pratique au sein des institutions de santé au Québec, ou

encore de souhaiter s'y engager, en espérant que ce texte puisse ouvrir à la réflexion, et relancer le dialogue.

Céline Boissonneault
celine.boissonneault@gmail.com

David Smolak
david.smolak.1@gmail.com

Notes

1. Si l'on prend en compte les avantages sociaux du public, incluant la retraite et les dépenses et heures non rémunérées du privé.
2. En italique dans le texte, ce récit fictif a été rédigé à la première personne du singulier. Il est toutefois inspiré des expériences respectives de l'autrice et de l'auteur de ce texte, lesquelles ont été mises ensemble et adaptées au format et au style souhaités pour le présent article. Par ailleurs, les éléments cliniques rapportés dans le texte, bien qu'inspirés de faits réels, ont été modifiés afin de rendre le propos anonyme.
3. Actuellement, il s'agit du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM), «Des autosoins à la psychothérapie», du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il s'agit d'un programme de soins par étapes basé sur une logique prescriptive de traitements brefs orientés sur la symptomatologie. Les interventions proposées peuvent aller de la remise de documentations sur un trouble à la psychothérapie (essentiellement cognitivo-comportementale), selon la gravité des symptômes évalués au moyen de questionnaires.
4. Par exemple, trouble de la personnalité limite et schizophrénie.

Références

- Anzieu, D. (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 9, 195-208.
- Bion, W. R. (1962). Une théorie de l'activité de pensée. Dans *Réflexion faite*. Presses universitaires de France, 1983.
- Bion, W. R. (1963). *Éléments de la psychanalyse*. Presses universitaires de France, 1979.
- Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66, 745-757.
- Bonner, S. (2007). Un marchandage de serviteur: la perversion comme survie. *L'année psychanalytique internationale*, 1, 155-172.
- Brunet, L. et Casoni, D. (2000). A necessary illusion: projective identification and the containing function. Klein on projective identification. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 9, 137-163.
- CPRPQ (2020). *Difficultés d'attraction et de rétention des psychologues dans le réseau public québécois* [mémoire] https://www.coalitionpsy.org/_files/ugd/479504_0e961cf8f8094300bf5cc87973420b46.pdf
- CPRPQ (2023). *Psychologues du réseau public: enjeux et solutions pour une meilleure accessibilité* [mémoire] https://www.coalitionpsy.org/_files/ugd/479504_85740ff0ab084f17a4d2764099c5a47e.pdf
- Diet, A. (2016). Un organisateur anthropologique méconnu à l'origine du mal-être: la procédure. Dans Didier Drieu (dir.), *Violence et institutions* (p. 109-134). Dunod.

- Drieu, D. et Pinel, J.-P. (2016). *Violence et institutions*. Dunod.
- El Husseini, M. (2017). Réactions contre-transférentielles en terrain de guerre. Extrait d'une recherche sur l'exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma. *Enfances et PSY*, 74, 43-50.
- Fédération interuniversitaire des doctorant-e-s en psychologie (2020). *Rapport-synthèse : évaluation du programme de bourses pour les intervenants en psychologie au Québec*.
- Filion, B. et Brunet, L. (2021). Le toxicomane et son objet: la recherche d'une fonction manquante. *Revue canadienne de psychanalyse*, 29 (1), 28-49.
- Kaës, R. (2019). *L'institution et les institutions : études psychanalytiques*. Dunod.
- Karray, M., Cénat, J. M., Derivois, D., Anaut, M. et Jacome, M.-C. (2017). Soigner aux frontières: regard psychodynamique sur le quotidien traumatique des soignants/réfugiés. *Revue québécoise de psychologie*, 38 (3), 79-98.
- Marks, D. F. (2018). IAPT under the microscope. *Journal of Health Psychology*, 23(9), 1131-1135.
- Milner, M. (1952-1954). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Dans B. Chouvier (dir.), *Matières à symbolisation. Art, création et psychanalyse* (p. 49-51). Delachaux et Niestlé, 1998.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2020). *Programme québécois pour les troubles mentaux: des auto-soins à la psychothérapie*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/a-propos/>
- Morency, C.-A. et Roy-Lemire, M. E. (2018). *Portrait de la main-d'œuvre psychosociale*. [https://www.fsss.qc.ca/download/cat4/pmo_services_sociaux_novembre_2009\[1\]_2.doc.pdf](https://www.fsss.qc.ca/download/cat4/pmo_services_sociaux_novembre_2009[1]_2.doc.pdf)
- Ontario Public Service Employees Union (OPSEU) (2019-2022). *Collective Agreement*.
- Pinel, J. (2008). Emprise et pouvoir de la transparence dans les institutions spécialisées. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 51, 33-48.
- Quinodoz, D. (2000). La psychanalyse est vivante. *Revue française de psychanalyse*, 64 (5), 1489-1495.
- Racamier, P. (2021). L'incestuel et ses détours. Dans *L'inceste et l'incestuel* (p. 41-58). Dunod.
- Rizq, R. (2012). The perversion of care: Psychological therapies in a time of IAPT. *Psychodynamic Practice*, 18(1), 7-24.
- Roussillon, R. (2007). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Presses universitaires de France.
- Roussillon, R. (2012). Traumatisme primaire, clivage et liaisons primaires non symboliques. Dans *Agonie, clivage et symbolisation* (p. 9-34). Presses universitaires de France.
- Roussillon, R. (2014). *Manuel de pratique clinique*. Elsevier Masson.
- Scott, M. J. (2018). Transforming Improving Access to Psychological Therapies. *Journal of Health Psychology*, 23(9), 1163-1172.
- Searles, H. (1977). L'effort pour rendre l'autre fou. Un élément dans l'étiologie et la psychothérapie de la schizophrénie. Dans *L'effort pour rendre l'autre fou* (p. 155-184). Gallimard.
- Smolak, D. et Brunet, L. (2019). La clinique de l'extrême dans le cadre de l'intervention humanitaire: le paradoxe du contenant non contenu. *Filigrane*, 28 (2), 189-203.
- Smolak, D. et Brunet, L. (2020). Réflexion psychanalytique sur l'expérience de soin en contexte humanitaire. *Revue québécoise de psychologie*, 41 (2), 45-66.

- Steen, S. (2020). A cost-benefit analysis of the Improving Access to Psychological Therapies programme using its key defining outcomes. *Journal of Health Psychology, 25*(13-15), 2487-2498.
- Tasca, G. A., Town, J. M., Abbass, A. et Clarke, J. (2018). Will publicly funded psychotherapy in Canada be evidence based? A review of what makes psychotherapy work and a proposal. *Psychologie canadienne, 59* (4), 293-300.
- Vander Borgh, C. (2013). Et si les institutions acceptaient de soigner leurs maux? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 1* (50), 119-133.
- Vidal, G. (2004). Négation de l'autre et violence institutionnelle. *Champ psychosomatique, 1* (33), 105-116.