

Ces intervenants qui aiment trop!

Atelier à l'usage des intervenants qui ont des patients dits difficiles¹

Marie Guertin

Volume 13, numéro 1, juin 1988

La réinsertion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030440ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030440ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Guertin, M. (1988). Ces intervenants qui aiment trop! : atelier à l'usage des intervenants qui ont des patients dits difficiles¹. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 198–201. <https://doi.org/10.7202/030440ar>

Ces intervenants qui aiment trop!

Atelier à l'usage des intervenants qui ont des patients dits difficiles.¹

Cet atelier se veut un ramassis de clichés et de lieux communs trop souvent oubliés, s'appliquant à tous ceux et celles qui œuvrent dans le vaste secteur de la santé mentale. Il vise à nous rappeler que charité bien ordonnée commence par soi-même, qu'on le veuille ou non. En effet, si nous n'apprenons pas très tôt à évaluer de façon réaliste nos capacités et nos limites, tout en sachant que nous sommes sans cesse guettés par la grandiosité et/ou la dépression, nous risquons alors d'être la proie de ce syndrome ravageur dit de « l'intervenant-qui-aime-trop ».

Par ailleurs, si le titre de cet atelier n'avait pas été malencontreusement amputé de la moitié de son propos (dans le programme diffusé aux participants) et par conséquent de la moitié de son sens, vous auriez eu le loisir de commencer à réfléchir sur le sujet qui m'avait été imposé dès le départ, à savoir les patients difficiles, ceux qui nous mettent en échec à répétition, ceux pour lesquels il semble n'y avoir jamais de solution qui tienne, etc. etc. etc. Vous voyez d'ici le contrat; j'étais condamnée à ne vous entretenir que de mes échecs (et Dieu sait qu'après plus de quinze ans de pratique en psychiatrie de secteur,

ils sont nombreux). Et pourtant je ne suis pas déprimée, enfin pas toujours, et je me surprends plus souvent qu'autrement à éprouver pour mon travail une réelle passion (moyennant 7 à 8 semaines de vacances par année). Ce qui m'a amenée à m'interroger sur mon masochisme, mais cela n'intéresse que moi.

Si nous revenons à l'objet de cet atelier, je me sentais donc coincée dans un sujet qui n'avait rien de très joyeux et qui surtout ne me permettait pas de tenir bien longtemps; en effet quoi dire de plus après avoir admis notre impuissance totale devant certains patients, impuissance d'ailleurs d'autant plus totale lorsqu'elle est partagée par tous les intervenants qu'ils soient de l'Institution, de l'Ailleurs ou de l'Autrement. Je ne prétendrai pas bien sûr qu'il n'y a rien à découvrir, rien à chercher même dans les cas les plus désespérés... Et pourtant dans l'état actuel des choses (connaissances, interventions, ressources) il y a des moments où j'affirme qu'il n'y a rien à faire. Personnellement, d'ailleurs, je pense qu'il y aura toujours des limites qui se poseront à l'être humain, ne serait-ce que pour le garder vivant, ne serait-ce que pour que la vie et la souffrance gardent un sens. Je m'égare un peu et je tente de repren-

dre le fil ou plutôt d'en trouver un qui me permette de travailler avec vous de façon constructive et utile.

Une première question s'impose alors à moi : Qui nomme un patient « difficile » ? Réponse : un ou des intervenants. Il est plutôt rare qu'un patient se présente d'emblée sous cette dénomination, à moins d'avoir déjà épuisé les ressources et la patience de plusieurs intervenants et encore, il s'en trouvera plusieurs pour prétendre que c'est à l'extérieur qu'est la responsabilité, et surtout pas à l'intérieur d'eux. En passant, ce genre de réaction (absence de culpabilité, d'autocritique, d'insight), devrait nous en dire un bout sur le genre de difficultés que pourra nous poser éventuellement cette personne.

C'est donc nous qui, la plupart du temps, identifions un patient comme difficile, en fonction d'un ensemble de critères tenant aussi bien à notre formation, à notre expérience, à nos connaissances qu'à un ensemble de facteurs qui nous sont personnels et dont nous sommes parfois conscients et parfois pas, mais avec lesquels nous avons sans cesse à travailler et que nous pouvons convenir d'appeler le contre-transfert ; ce terme est emprunté à la psychanalyse mais son sens s'est élargi pour décrire l'ensemble des contre-attitudes que peuvent susciter en nous un patient, un client, un bénéficiaire ou quelque situation relationnelle dans le cadre de notre travail.

C'est de cette position et de ses avatars que je vous propose de discuter aujourd'hui, de ce qui, en nous, réagit à une personne ou à une situation comme étant difficile. Je suis bien consciente que j'escamote pour les fins de la discussion certaines dimensions de la réalité avec lesquelles nous composons quotidiennement, mais si j'ai choisi de m'attarder davantage au syndrome de « l'intervenant-qui-aime-trop », c'est précisément parce que trop souvent dans l'urgence du quotidien c'est la position contre-transférentielle qui est escamotée bien que tout aussi présente et importante dans la menée de notre travail que les facteurs de réalité extérieure. Une autre raison qui rend ce choix intéressant, c'est qu'il nous permet de discuter de dimensions sur lesquelles nous pouvons avoir une certaine emprise, contrairement aux dimensions extérieures sur lesquelles nous n'avons qu'un droit de regard très relatif, et qui ont beaucoup à voir avec le politique, qui m'apparaît généralement frustrant et décevant.

J'ai énuméré une série de sous-thèmes et de sous-questions qui me semblent poser de l'intérêt pour l'ensemble des intervenants quelque soit leur lieu

de pratique. J'aimerais que l'on puisse les illustrer ensemble par des exemples cliniques.

Pour commencer par le commencement : qu'est-ce qu'une difficulté ? Question banale ? Question idiote ? Pas du tout ! Le patient difficile est-il celui qui ne parle pas ou celui qui parle sans arrêt ? Celui qui ne fout rien ou celui qui « agit » constamment ? Celui qui dit comme nous ou celui qui nous conteste ? Celui qui se met parfois en colère ou celui qui se laisse exploiter sans rien dire ? Celui qui nous envahit ou celui qui nous fuit ? Et on pourrait continuer comme ça un bon moment, vous vous en rendez compte.

Pour chacun de nous, la ou les réponses sont différentes et c'est tant mieux ! C'est donc dire que nous réagissons différemment aux comportements, attitudes, bref à la personnalité de nos interlocuteurs, en fonction non seulement de ce qu'ils sont, mais aussi de ce que *nous* sommes ; de ce qu'ils viennent chercher en nous de fragile, de vulnérable, de sensible, et de « pas réglé » ; mais ils peuvent aussi nous rencontrer dans nos intérêts, nos valeurs et nos idéaux. Voilà posée la grande question du pareil et du différent, question qui interviendra à tout moment dans nos rapports de travail et dans tous les rapports humains, de toute façon.

On a donc intérêt, comme vous le soupçonnez déjà, à se poser un minimum de questions sur soi-même.

La reconnaissance des attentes

Qu'attendons-nous de nos clients ? Question cruciale, que nous masquons souvent sous une autre question : qu'est-ce que les clients attendent de moi ? Bien sûr, ils en ont des attentes à notre sujet, mais il nous sera beaucoup plus facile de les reconnaître correctement une fois que nous aurons pris conscience des nôtres.

Grossièrement, je dirais que tous, tant que nous sommes, nous choisissons la relation d'aide pour réparer et maintenir certains éléments de notre propre vie intérieure et de notre histoire. Ce qui nous apparente à notre clientèle, avec cependant des avantages certains sur cette dernière, ne serait-ce que notre statut social et notre salaire. Si nous en restions là cependant, ce serait catastrophique car nous arriverions difficilement à départager ce qui, dans la relation, est de nous de ce qui appartient à l'autre. D'autant plus qu'il faut se rendre compte, comme

nous l'enseigne Harold Searles, que les patients cherchent eux aussi à nous soigner et à nous guérir, de la même façon que nous pouvons être l'objet de leur haine et de leur rage lorsque nous leur faisons revivre leurs premiers et souvent répétitifs échecs relationnels.

Il m'apparaît impossible de discuter vraiment de la difficulté que pose un cas, sans poser au préalable l'existence de l'interférence de tout le réseau de nos motivations plus ou moins conscientes dans l'exercice quotidien de notre travail. Ce qui ne nous empêche pas pour autant d'être aussi animés par des motivations conscientes nobles et valables ... pour soi, bien entendu. Cette brève considération me permet de passer au point suivant, précisément celui des valeurs.

Nous sommes souvent portés à confondre nos valeurs avec celles de nos patients. Comme nous voulons leur bien, nous voulons pour eux ce qui nous apparaît être le meilleur. Naturel et louable! Mais là encore il nous faut reviser constamment si ce que nous proposons coïncide avec ce qui est souhaité par le patient. Délicate question que celle des valeurs; sans vouloir faire l'apologie de la pauvreté et de la misère, je ne voudrais surtout pas prétendre non plus qu'il faille uniformiser le genre humain selon le modèle de vie moyen des intervenants en santé mentale. Quand on travaille à la désinstitutionnalisation on est, plus souvent qu'à notre tour, confronté à un discours uniformisant qui vient tantôt des instances politico-administratives, mais qui vient aussi de l'intérieur. Nous serions souvent tentés de croire que nos valeurs sont les meilleures et les seules ... pour tout le monde. L'amour est sans limites ...

Ceci dit, il existe dans nos pratiques à tous, des cas qui viennent sans cesse défier nos limites, nos capacités d'analyse et nos connaissances. Ce sont souvent les mêmes, d'une institution à l'autre, d'une ressource à l'autre, comme si certains de nos clients prenaient un malin plaisir à refuser notre « amour ». Ces patients ou clients portent à notre estime de nous-mêmes de rudes coups; si rudes en fait, que notre premier réflexe consiste souvent à rechercher un coupable afin d'éviter le sentiment d'impuissance sinon d'incompétence que nous pourrions alors éprouver. Si nous avons échoué c'est que nous sommes mauvais. Impensable! Ou alors c'est que le patient l'est. Voyons donc, tout le monde sait que les patients ne sont que de pauvres victimes. Donc c'est ailleurs, où les gens font autrement, mais comment? Et c'est

ainsi que se tissent et se perpétuent les grandes incompréhensions et les grands malentendus. Nous sommes toujours l'ailleurs et l'autrement de quelqu'un.

Il faut pouvoir vivre avec ses *limites* une fois qu'on les a identifiées, et il faut pouvoir vivre avec celles de nos patients. Il faut pouvoir s'en fiche; j'entends par là la capacité d'une certaine mise à distance; et pourtant il faut sans cesse poursuivre la recherche et tenter de faire reculer ces limites tant dans le champ de la connaissance que dans le champ de l'intervention clinique. Ce qui implique, encore une fois, de faire *la part de l'extérieur et de l'intérieur*. Pouvoir reconnaître ce qui appartient à nos limites intérieures et personnelles de ce qui appartient à la réalité extérieure. Surtout ne jamais perdre de vue que dans une relation qui implique deux personnes, il existe deux individus séparés qui n'entretiennent pas forcément la même vision du monde, et que les raisons multiples et souterraines que les patients peuvent avoir de se dérober à notre amour sont parfois pour eux, quoiqu'on en pense, essentielles à leur survie telle qu'ils la conçoivent.

Exemple clinique: le ou la borderline ou la personnalité narcissique; une caractéristique: trop grand ou trop petit, c'est-à-dire un idéal énorme, grandiose bien souvent et, en contrepartie, un sentiment d'impuissance et/ou d'échec au plus petit obstacle. On comprendra combien ces personnes sont sensibles aux plus petites difficultés et peuvent tout envoyer en l'air à la première frustration alors que nous les percevons, à juste titre souvent, comme pleines de ressources. Savoir donc encourager beaucoup, demander peu dans un premier temps, et s'y tenir, structurer et être patient. Les difficultés posées par les schizophrènes seront différentes: le problème de la fusion, et de l'indifférenciation se posera davantage. Quel que soit le langage que l'on utilise, il y a toujours avantage à comprendre à qui l'on s'adresse.

Ça devient clair, depuis le temps qu'on en parle, il y a toujours avantage à comprendre même si on ne peut agir dans l'immédiat. Et, de toute façon, il y a avantage à savoir pourquoi on agit avant de le faire. Malgré ce que l'on peut en dire ça n'est jamais perdu, même en termes d'efficacité la plus stricte. Quand on sait qu'une intervention peut nous engager pendant des années, il devient vite évident que les quelques heures de réflexion que nous prendrons au préalable sont susceptibles de nous économiser une quantité considérable d'énergie et de temps

perdu, parfois.

Les dangers de l'activisme se posent pour nous et pour les patients. Il faut savoir que c'est parfois en ne faisant rien que nous offrons au patient la meilleure chance que quelque chose se passe. Si l'agir vient évacuer l'angoisse pour le patient, il faut se dire qu'il en est parfois de même pour l'intervenant.

Ces « intervenants-qui-aiment-trop » : les symptômes :

— tendance à investir le travail d'une façon démesurée.

— tendance à se considérer responsable de tout ce qui arrive à notre client particulièrement de son bonheur et de sa guérison (rien de moins).

— tendance à prendre au pied de la lettre toutes ses demandes et à prendre sur soi de les combler.

— tendance à répéter les mêmes patterns jusqu'à épuisement, communément appelé burn-out.

Le burn-out se définit principalement comme suit : écoeurement total et généralisé concernant le travail particulièrement. Sentiment de nullité accompagné et/ou combattu par un sentiment d'agressivité voire de haine à l'endroit de la clientèle. Impression d'impuissance totale et dévalorisation systématique de nos interventions. Etc. etc. etc. Lorsqu'il n'est pas traité à temps, le burn-out entraîne souvent l'abandon du travail accompagné d'un sentiment d'échec tenace. Et le pire, c'est qu'il y a de fortes chances pour que ce pattern se reproduise dans un autre travail s'il n'a pas été analysé et solutionné. Ou encore il peut arriver que la sphère travail soit désinvestie

à un point tel qu'elle ne peut plus être source de satisfaction aucune. Drame !

Trop aimer : une maladie qui peut se guérir.

Le traitement : lorsque nous travaillons en relation d'aide quelle qu'elle soit, il ne faut pas perdre de vue que nous sommes notre principal et souvent notre seul outil. Il est donc logique de se préoccuper de la qualité de cet outil, de le connaître le mieux possible, d'en évaluer les capacités et d'en mesurer les limites. L'entretien est aussi important : réfléchir, discuter, partager, augmenter les connaissances.

Nous sommes dans un secteur où il est impossible de faire l'économie de la compréhension. Que ce soit pour offrir une psychothérapie ou pour mettre sur pied une ressource d'hébergement, il est essentiel de savoir ce que nous désirons faire, pour qui, et comment.

Note

1. Compte rendu d'un atelier présenté lors du XI^e Colloque en santé mentale « Ailleurs et autrement ... mais comment? », les 7 et 8 avril 1988 à Laval.

Références

Searles, H., 1977, *Le contre-transfert*, Gallimard, Paris.

Marie Guertin
Psychologue clinicienne
Centre de santé mentale,
Hôpital Saint-Luc