

# Épuisement professionnel, maltraitance et perversion: problèmes thérapeutiques

Dag Söderström<sup>a</sup>, Michel Hack<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Psychiatre-psychothérapeute FMH, Vevey, Suisse

<sup>b</sup> Médecine générale FMH, Médecin du Travail FMH, Lausanne, Suisse

Funding / competing conflicts of interest: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## Summary

*Burnout, ill-treatment and perversion: therapeutic problems*

Burnout is frequently observed in the psychiatrist's office although it is a condition still not specifically defined in medical classifications. Psycho-dynamic treatment can bring the patient to understand his relationship to his professional environment through transference (in its psychoanalytic meaning). In conditions of burnout accompanied by ill-treatment, the psychiatrist must have more active action and establish a collaboration with the occupational physician because he has to analyse the professional context and interact with it. When burnout, ill treatment and perversion are to be found, perversion has to be pointed out to avoid the risk of traumatic experience. Therapeutic alliance and a collaboration with the environmental specialist must find an answer that pulls the patient out of passivity and sideration. As an example, a new form of conflict can take the place of the current conflict which is unbearable in an ill-treatment situation. Finally, the outcome of the event is linked to the coming out or not of the traumatic experience during the acute phase.

*Key words: burnout; ill-treatment; psychiatrist; occupational physician*

## Introduction

Dans la pratique clinique quotidienne, beaucoup de patients entrent en traitement médical et psychothérapeutique suite à un syndrome d'épuisement professionnel (burnout). Ce syndrome qui se situe à un carrefour entre les domaines psychologique et social peut avoir des conséquences biologiques et asséurologiques importantes. Malgré sa fréquence, sa place dans la classification médicale reste peu claire et par exemple le DSM-5 ne le définit pas sinon comme un cause de trouble dépressif. Cette problématique n'est pas nouvelle, et l'histoire du burnout montre une difficulté pour le système de santé d'accepter ce syndrome associant charge professionnelle, troubles psychiques et un rapport causal. A ce sujet, on peut rappeler que les premiers articles décrivant un instrument de mesure du burnout (Maslach Burnout Inventory [MBI]) dans les années 1980 ont été refusés par un journal scientifique car relevant de la «pop psychology»

Correspondance:

Dr Dag Söderström

Psychiatre-psychothérapeute FMH

Avenue de la Gare 16

CH-1800 Vevey

Suisse

dsoderstrom[at]bluewin.ch

(Schaufelin et Enzmann, 1998 [1]). Aujourd'hui, même si on s'accorde sur la définition clinique du syndrome faite d'abord par Freudenberg en 1974 [2] chez le personnel soignant, les thérapies et leur efficacité ne sont pas assez documentées et il persiste beaucoup d'incertitudes quant aux relations avec l'organisation du travail (Korczak D, Wastian M, Schneider M, 2012 [3]). Dans la thérapeutique, le psychiatre doit à notre avis s'associer aux médecins du travail dans ce domaine surtout lors de risque de développement de traumatismes psychiques, p.ex. dans les situations de maltraitance au travail (Wennubst, 1999 [4]).

Le but de cet article est de décrire des expériences cliniques rendant compte du travail quotidien du psychiatre-psychothérapeute devant le burnout. Il est aussi de montrer la différence entre un épuisement professionnel dit simple et un épuisement professionnel avec maltraitance à laquelle peut se surajouter une perversion. Nous postulons alors une nécessaire collaboration psychiatre-médecin du travail autour des cas par consultations en parallèle, consiliums, rédaction concertée de certificat de travail, visite par le médecin du travail du poste après la reprise, etc. (Guillemin, 2011 [5]).

## L'épuisement professionnel dit simple

Nos patients jonglent avec leurs horaires, ne dorment parfois que 2-4 heures par nuit, prennent des stimulants (caféine, nicotine). Ils s'épuisent et peuvent se retrouver devant un écran, perplexes, l'esprit vide, n'ayant rien fait de la journée. Paniqués, épuisés, ils n'ont parfois plus de forces pour se rendre physiquement au travail. L'épuisement professionnel est une affection fréquente dans un cabinet de psychiatre (1/4 à 1/3 des nouveaux cas). Elle se présente sous diverses formes, avec plus ou moins d'anxiété, de ruminations dépressives mais toujours avec une composante somatique importante: inhibition psychomotrice légère à sévère mimant un trouble neurologique (p.ex. sclérose en plaques), troubles de la concentration, vertiges, nausées, céphalées, toujours un sentiment d'épuisement et de fatigue, parfois une perte de poids massive (sup. à 10 kg), souvent une réaction d'évitement du travail, le sommeil est toujours touché.

Le moment de la première consultation est très important, parfois les patients consultent rapidement. Les symptômes ne sont alors pas trop graves et les patients gardent une marge de manœuvre par rapport à leur travail: ils peuvent influencer leur environnement et réorienter leur activité.

Lorsqu'on intervient assez tôt, on peut aborder le traitement de l'épuisement professionnel comme un trouble de l'adaptation et une atteinte au narcissisme. En effet, le patient est arrivé au bout de ses capacités d'adaptation, il n'a plus de ressources et dès lors échoue à tenir ses engagements professionnels. Ces échecs affectent le narcissisme, le patient éprouve alors un sentiment de faillite qui touche à son identité professionnelle telle qu'il la conçoit dans l'entreprise. Souvent ces patients ont surinvesti leur travail au détriment de leur vie privée et l'atteinte à leur identité professionnelle touche la personne dans sa globalité. Le traitement demande de l'écoute, de l'attention aux questions somatiques (sommeil, digestion, HTA, diabète, nicotine,...), une préoccupation globale pour le patient qui lui redonne une place. La place de patient devient un refuge.

Lors du travail d'investigation psychodynamique, on réalise souvent que le patient est le sujet de répétitions. Avec lui, on peut mettre en relation les acteurs de la vie professionnelle avec ceux de la vie personnelle et ainsi mettre en évidence des mécanismes qui ont contribué à son épuisement professionnel.

### Vignette clinique

*M. A arrive à la consultation psychiatrique par l'intermédiaire de son médecin traitant qui l'a littéralement sauvé d'idées suicidaires massives lors d'une situation d'épuisement. Il n'est que travail, matin au soir, depuis toujours, dit-il. Il dort très peu, sans rêves, fume beaucoup. Il a grandi dans un milieu modeste, avec un père très autoritaire qui battait ses enfants et leur inculquait un sens de la compétition extrême. Le patient devient un sportif d'élite, réussit ses examens et entre en conflit aigu avec son père. Son frère toxicomane se suicide alors qu'il a 20 ans. En rupture avec sa famille, le patient conquiert ses études puis des places de leader dans une grande entreprise multinationale. Il épouse une femme elle-même en conflit avec des parents négligents.*

*Arrivé en Suisse avec sa nouvelle famille (2 enfants), il monte les échelons et surtout devient un excellent organisateur de groupes de travail dans le monde entier. A la maison, il est parfois très irritable et il lui arrive de frapper impulsivement ses enfants. Il décompense à l'adolescence de ses enfants et après avoir été promu hiérarchiquement à un échelon supérieur, l'éloignant de son équipe de base.*

*Le traitement s'est organisé avec une psychothérapie une fois par semaine en parallèle avec les consultations du médecin-traitant. La thérapie et le maintien du cadre sont rendus difficiles par le stress du travail, les voyages et la fuite en avant. Les affects dépressifs cachés font leur apparition au moment où le patient peut avouer avoir battu ses enfants comme il l'avait été lui-même. Le travail en thérapie a consisté à l'aider à comprendre qu'il avait assimilé son travail à sa famille et qu'il était en compétition constante au travail comme dans son milieu familial d'origine. En fait, il s'est épuisé dans cette compétition qui a mené finalement à l'épuisement professionnel.*

La projection de la question privée dans l'entreprise, un transfert?

L'approche psychanalytique nous permet de comprendre le possible transfert des images parentales sur des figures

actuelles comme les acteurs professionnels. Par exemple, un patient qui souffre d'un manque de protection de son chef en sera d'autant plus blessé que cela répète un manque de protection parentale dans l'enfance. Ou encore, comme dans la vignette ci-dessus, notre patient, que son père poussait excessivement dans les épreuves sportives à l'adolescence, cherche désormais à se surpasser pour gagner l'estime de ses supérieurs.

Chez les cadres, le travail surinvesti a souvent servi jusque là de réponse aux questions existentielles. Avec ces patients, le travail et l'épuisement professionnel sont une manière d'entrer en matière et commencer à aborder les problèmes psychiques. Par exemple, des patientes qui arrivent en syndrome d'épuisement veulent en fait aborder leur désir de maternité contrarié par les ambitions professionnelles. Beaucoup de femmes sont arrêtées par l'impossibilité de concilier les aspirations multiples: carrière, enfants et couple. Elles ont aussi l'habitude de vaincre toutes leurs difficultés par l'agir et entrent dans votre bureau en disant: «O.k., je fais le traitement, on peut se voir tous les jours?»

Lors d'un épuisement professionnel simple, un arrêt de travail mesuré, une renégociation avec l'employeur et une prise en charge psychothérapeutique suffisent en général à obtenir une évolution favorable. Lorsque cet ensemble de mesures n'est pas opérant, on peut se poser la question de l'existence d'une maltraitance professionnelle.

### Epuisement professionnel avec maltraitance

Quand les questions ne peuvent être résolues par le paradigme du transfert sur le monde professionnel, il arrive qu'on rencontre une situation de maltraitance professionnelle. La maltraitance est souvent reconnue à temps et évitée mais certains patients, du fait de leur surinvestissement professionnel ne perçoivent la maltraitance que trop tard.

Pour les thérapeutes, reconnaître sa présence est impératif car alors le type de traitement change, il n'est plus question d'attendre et la relation thérapeutique ne pourra faire son travail réparateur que si le thérapeute se montre actif. Il faut explorer avec le patient le *hic et nunc* du système professionnel et engager si possible une collaboration avec le médecin du travail de l'entreprise.

### Vignette clinique

*Mme T. a 60 ans et travaille dans une régie para-étatique. Le fonctionnement de ce type de régie se rapproche beaucoup plus de la fonction publique que d'une entreprise privée. De nouvelles formes manageriales agissant sur le groupe professionnel sont actuellement mises en œuvre et provoquent de nouvelles formes de stress, en jouant sur la loyauté envers l'entreprise. Dans cette régie, l'employé devait par exemple autoévaluer son propre degré d'identification à l'entreprise (sic)... Notre patiente était cadre moyen dans le service des ressources humaines. Elle y travaillait remarquablement bien et sans ménager sa peine tout en étant de fait surresponsabilisée, remplissant un rôle de direction sans en avoir la légitimité. Tout allait bien pour elle jusqu'il y a environ dix-huit mois, quand une nouvelle directrice des ressources humaines est nommée, qui l'a proprement maltraitée: dénigrement systématique de son activité,*

contrôles incessants, mise en échec permanente de ses initiatives, retrait progressif des responsabilités. Puis, Mme T. est convoquée par cette directrice et le sous-directeur de l'entreprise et toute responsabilité lui est retirée. Elle travaillera désormais uniquement sous mandat direct de la directrice, rapportera de façon permanente ce qu'elle fait, et devra quitter l'entreprise au plus tard douze à dix-huit mois plus tard. Effondrée, elle va voir son médecin, qui la met immédiatement en arrêt de travail, puis lui donne quelques comprimés d'anxiolytiques et l'adresse pour une prise en charge psychiatrique. Explorant son anamnèse, on découvre un milieu rural avec un père violent qui criait et semait la peur chez ses enfants. Notre patiente a surinvesti son travail, laissant en l'état sa relation conjugale et maternelle. Durant le traitement, on aborde les questions affectives avec mesure car tout est potentiellement blessant. Pour cette femme très sensible et remarquablement intelligente, toute allusion à des problèmes antérieurs ou affectifs peut devenir un désaveu de ses blessures professionnelles.

La patiente a été maltraitée, elle est maintenant paralysée comme une personne en situation de trauma. Alors, sous la protection d'une collaboration avec le médecin du travail de l'entreprise, la prise en charge thérapeutique peut se dérouler. La patiente se remobilise et redevient active en retrouvant un travail. Elle entame aussi des retrouvailles avec son fils et la nouvelle famille de ce dernier. Finalement, elle écrit une lettre à son chef dans laquelle elle s'appuie sur des certificats médicaux qui mettent en évidence un lien entre la situation professionnelle et l'état psychique. Ces attestations sont faites d'entente entre médecin du travail et psychiatre. Sortie de sa torpeur, elle engage une avocate pour faire valoir ses droits.

Lors de situation de maltraitance, les thérapeutes sont amenés à analyser tout le contexte professionnel avec le patient en prenant aussi en compte l'existence d'une forme de perversion. Pour comprendre le syndrome d'épuisement professionnel issu de l'association de la perversion et de la maltraitance, nous devons joindre la théorie de l'intrapsychique avec une théorie interpersonnelle qui décrit la relation à l'environnement.

### Place de la perversion dans la maltraitance

Concernant la perversion, nous nous référons au travail de Maurice Hurni et Giovanna Stoll, 2002 [6], qui décrivent «Les saccages psychiques au quotidien» en partant de l'œuvre de PC Racamier. Rappelons que Racamier (1992 [7]) a d'abord décrit les familles de schizophrènes et les résistances au changement. Il a poursuivi ses études sur les structures de personnalité qui refusent les processus normaux du deuil, et montré qu'elles mettent en jeu un autre qui doit faire le deuil à leur place. Par ce chemin, Racamier en arrive à la perversion narcissique, dont il décrit la jouissance à vivre sur le dos d'autrui. La perversion ne fonctionne qu'avec le concours involontaire mais actif et nécessaire de l'entourage. Le but du pervers narcissique est de s'approprier les qualités de l'autre, en particulier sa vitalité, s'en nourrissant et se débarrassant de sa propre énergie négative, mais surtout en évitant tout processus de deuil. Le deuil sera expulsé sur un portefaix, dit Racamier. Dans le contexte professionnel, le mécanisme se fera en déplaçant l'échec sur un collaborateur: «Mon échec, c'est votre échec.»

Dans la vignette clinique, on voit la nouvelle directrice rabaisser notre patiente, nier ses qualités et la valeur de son

activité passée dans l'entreprise. Le déni visant l'autre est pour Racamier une des marques du fonctionnement pervers. On dénie à l'autre des qualités comme la signification, les origines, l'autonomie, les désirs propres, le transformant en objet dépotoir. Notre patiente est aussi confrontée au clivage: la nouvelle directrice la maltraite alors même que le directeur général la félicitait pour son activité.

L'expulsion du deuil, le déni et le clivage s'associent pour faire porter à l'autre l'ensemble du processus. De ce fait, on peut dire que le déroulement pervers suit une dynamique de prédation, mettre l'autre en état de confusion, sous stress, dans la peur, pour finalement l'isoler et s'en débarrasser.

On peut alors définir la perversion dans le contexte professionnel comme une maltraitance à laquelle se surajoute le déni de son effet néfaste sur l'autre.

### Traumatisme complexe et culpabilité

Ce harcèlement fait de maltraitance et de perversion peut induire un traumatisme complexe (Herman, 1992 [8]). L'effraction déborde ses capacités de se représenter la situation mais le patient a besoin d'y remettre du sens car la maltraitance sans motif est inacceptable et conduit à un questionnement qui s'organise autour de la culpabilité:

«Pourquoi? Qu'ai-je fait pour mériter un tel châtiment?»

Le patient se passionne pour celui ou ceux qui le tourmentent, y pense sans cesse et espère trouver des causes identifiables à ses problèmes. S'il ne trouve pas la cause de la maltraitance chez l'abuseur, alors elle se situe donc chez la victime, qui pense «c'est ma faute». La culpabilité fait alors balancer les patients dans une alternance anxieuse entre l'autre et soi. Ils sont attirés par le vécu traumatique répété en boucle, paralysés et ne peuvent en sortir.

En consultation, nous voyons des personnes agressées qui arrivent le plus souvent pour des états anxio-dépressifs et nous constatons d'abord avec eux qu'il s'agit bien d'une agression et que leur réaction dépressive est en fait consécutive à l'agression. Dire qu'il s'agit d'une agression et non d'un conflit de travail banal modifie la perception de l'événement. Le premier acte thérapeutique est de lever le déni qui entoure l'événement et le déni de l'acte destructeur.

### La perversion dans le champ social

Cette forme de perversion est reconnue socialement dans le concept du harcèlement moral, terme politique actuellement pris en compte en France (Hirigoyen, 1998 [9]). Hurni et Stoll [6] montrent que le système pervers ne connaît pas de règle mais seulement des *règles-non règles* qui sont à la fois présentes et déniées. Ces systèmes sont paradoxaux, parfois carrément de type *double contrainte*. Par exemple, lors de conflits professionnels, l'instance de médiation prévue peut être en accointance telle avec le reste du contexte professionnel qu'elle n'est plus fonctionnelle. En effet, la logique même d'un système pervers le pousse à s'assurer d'abord de son maintien en place et donc à investir les lieux de possible contestation ouverte et de conflit. Une forme de totalitarisme moderne peut aussi se rencontrer dans des entreprises qui, par l'utilisation de consultants, de réorganisation perpétuelle et de changements constants créent une confusion

qui permet un régime de pouvoir illimité. De plus, il existe des formes de gestion qui mettent en avant l'évaluation de la personne de l'employé à travers des grilles d'objectifs centrés sur le savoir-être plutôt que sur l'activité produite. Dès lors, les relations hiérarchiques dans l'entreprise tendent vers une «normalisation» de la personne et, s'éloignant de l'activité professionnelle, attaquent l'économie psychique du sujet.

Mettre en avant les critères de gestion, l'évaluation personnelle et le concept de qualité totale peut amener à une atteinte à la santé mentale pouvant aller jusqu'au suicide sur le lieu du travail (Dejours et Bègue, 2009 [10]).

Pour résister à ces phénomènes, il faut essayer de comprendre et analyser le fonctionnement de la perversion dans le système professionnel. Décrits entre autres par Eric Hamraoui et Sidi Mohammed Barkat [11], il existe des systèmes professionnels qui tendent à faire d'un employé son propre «esclavagiste», l'amenant à se dédoubler pour que se retrouvent en lui toutes les conflictualités du travail. Le travailleur est à la fois l'employeur et l'employé de lui-même, il se contrôle, s'évalue et son propre idéal lui demande d'en faire toujours plus. L'employé devenu «autonome» luttera contre lui-même parfois jusqu'à la mort, évitant à sa hiérarchie de devoir gérer les conflits et les limites de l'activité au travail.

### Attitude thérapeutique

Revenons au cas particulier et à la consultation, quels sont les enseignements à tirer pour le traitement?

Le rôle des thérapeutes est de mobiliser le patient pour le sortir du piège pervers qui le paralyse. Il s'agit de mobiliser l'agressivité du patient de manière à le sortir de sa passivité.

Mais, si la perversion est effectivement une maltraitance qui se nie elle-même, le conflit se présente d'abord comme une impasse car il ne rencontre que le déni. Nous proposons alors de passer par une autre scène qui permet de traverser un conflit *possible*.

### Un conflit pour sortir de la perversion

Dans la maltraitance «simple», le conflit n'est pas nié, ce sont les termes du conflit qui sont en cause. Tel patient maltraité par son supérieur peut trouver en s'adressant à l'instance hiérarchique encore supérieure une forme de validation qui reconnaît la situation de maltraitance.

Lors de situation avec maltraitance et perversion, le conflit lui-même est nié ou en tout cas les termes du conflit. Le conflit réel est caché et un autre est mis en exergue de manière à mettre de la confusion dans le problème à traiter. Le cas le plus évident consiste à trouver un collaborateur fusible ou bouc émissaire sur lequel on va faire porter ses propres erreurs, le conflit se concentre alors sur la personne qui va porter la part tragique.

Quand les conflits sont impossibles à traiter et noyés par le fonctionnement pervers, le trouble psychique peut s'aggraver et «entrer» dans la personne. Cette dernière finit par penser qu'il est vrai qu'elle est incompétente, puisqu'elle l'est à résoudre son problème. En fait, le patient porte alors

toutes les parties conflictuelles en lui et internalise les problèmes, les conflits et les impasses, de la même manière que dans les situations d'abus entre adultes et enfants (Ferenczi, 1932 [12]).

### Le conflit professionnel déplacé du champ professionnel vers le champ médical

Lors du traitement, le conflit qui ne peut se jouer dans le champ professionnel du fait des systèmes pervers peut se transposer dans le champ médical, par exemple lors de la rédaction du certificat médical. L'arrêt de travail suspend le processus conflictuel et permet une première élaboration psychique. Mais l'arrêt de travail qui au début représente une protection ne doit pas devenir un lieu de l'évitement de conflit. Il est le point de départ d'un nouveau processus qui peut se dérouler dans le champ médical puis revenir au champ professionnel.

### Vignette clinique

*«J'ai la nausée surtout quand j'y pense, au travail» me dit un patient.*

*Puis, je lui demande de retourner sur le lieu du travail pour mettre son employeur devant ses agissements et le pousser à le licencier pour qu'il puisse bénéficier de l'assurance chômage sans être pénalisé. Son médecin traitant me téléphone alors pour dire que je persécute le patient.*

*Nous nous confrontons alors avec le patient dans le cabinet médical, élaborant les scénarios de rencontre face à face avec l'employeur. Le patient souhaite attendre puis se rend compte qu'attendre encore finit pas le disqualifier lui-même aux yeux de sa femme. Il me dit parfois souffrir de nos entretiens et finalement nous arrivons au moment où est établi le certificat suivant «M. B est en incapacité totale de travail jusqu'au 10 octobre. Dès le 11 octobre sa capacité de travail est de 30%. Pour raison médicale, il ne peut reprendre son activité professionnelle dans l'entreprise X.»*

*Dans la suite des événements, l'assurance perte de gain ne lui paie plus que 70% de son salaire. Le patient présente de nouveaux symptômes aigus et le médecin traitant me laisse à nouveau un message culpabilisant. Lors de l'entretien suivant, le patient me dit que s'il part sans conflit, la maltraitance ne laissera aucune trace, il se laisserait «égorger en silence». Finalement, il entre en conflit avec l'assurance qui ne lui paie plus que 70% et engage un avocat. Il gagne son conflit et récupère les 100% de sa perte de gain.*

La scène médicale contient donc la possibilité d'élaboration du conflit et de réinscription dans le champ professionnel. De fait, il faut souvent faire un certificat qui précise que les troubles sont imputables au milieu professionnel pour ne pas être pris dans le système pervers. Aujourd'hui, ce patient a des entretiens d'embauche, il est en conflit par son avocat avec l'assurance et a accepté de revoir à la baisse ses prétentions de qualification dans son activité.

### Réponse au traitement: du passif à l'actif

Cette élaboration dans le champ thérapeutique passe par une étape cruciale de l'ensemble des réactions du patient devant la situation qu'il subit. Au début, il semble n'y avoir



aucune réponse possible: on envisage la mort, la démission, la fuite. Durant le travail psychothérapeutique, nous cherchons ensemble une réponse possible à l'agression pour dégager le patient de la marque paralysante de la maltraitance. Il s'agit d'un travail en commun avec le patient, chaque réponse est différente, plus ou moins violente, plus ou moins publique, juridique. La réponse est en fait un changement de position du patient par rapport à la maltraitance. Concrètement, il peut s'agir de trouver un autre travail, porter plainte pour harcèlement, écrire l'histoire, etc. La réponse active vise à sortir de la passivation du trauma et cherche à expulser l'abuseur du psychisme du patient. En répondant, notre patiente Mme T met son «patron» littéralement dehors, en dehors d'elle-même. Pour trouver cette réponse, le contexte médico-professionnel est déterminant. Avec une collaboration entre psychiatre et médecin du travail, on peut appuyer cette réponse en certifiant par exemple que le patient peut reprendre le travail mais seulement dans certaines conditions et pas dans d'autres, etc. Le médecin du travail peut aussi par exemple s'engager à revoir le patient dans son milieu de travail après la reprise d'activité.

Au moment où cette réponse est trouvée, on voit l'état psychique du patient se modifier considérablement. L'initiative revient, la thymie évolue, tout le véhicule psychique embourbé sort de l'ornière. Pendant ce temps, surtout si on a eu affaire avec une situation perverse, il s'agit d'organiser et de faire durer le soutien au patient.

### Soutien au patient

Soutenir le patient passe d'abord par une validation de la situation consistant en une mise en mots des événements. Nommer l'agression est une bataille en soi car la banalisation disqualifie la souffrance psychique. Le terme de harcèlement moral (reconnu comme un délit p.ex. en Suède depuis 1993) contient l'idée d'agression et de violence de même que la maltraitance institutionnelle. Cette qualification sémiologique permet de penser déjà la survie comme une réussite alors qu'au début du processus, le patient peut se perdre à vouloir faire reconnaître son bon droit. Il peut être utile par exemple de nommer la perversion comme «le piège dans lequel vous êtes pris».

Mais il arrive aussi qu'on rencontre des personnalités perverses installées dans les organisations. Alors, il faut être prudent car il ne s'agit pas d'un conflit habituel où l'un aurait raison et l'autre tort, mais d'une bataille à mort visant à l'élimination de l'autre. On ne gagne jamais face à un pervers, dit Hirigoyen [9]. La seule manière de s'en sortir est si possible de s'en débarrasser, dit Racamier [7].

Le soutien devient alors une affaire de professionnels et un travail d'équipe: psychiatre, médecin du travail, avocat, association professionnelle. Résister à l'agression consiste d'abord à sortir du non-sens, de l'incompréhensible. Il se passe quelque chose, c'est une maltraitance qui attaque et endommage celui qui en est la victime. La victime a besoin de parler en sécurité, souvent beaucoup avec les amis, la famille et tous ceux qui ont pu donner de la valeur à la personne. Le passage le plus difficile est probablement celui de la sortie de la paralysie du fonctionnement psychique dû à l'état de sidération ou plutôt de ralentissement et de rejet

du lieu vécu comme traumatogène, les patients disent «je ne peux plus leur parler, je n'irai plus là-bas, c'est impossible, ...».

A ce moment, le contact direct entre psychiatre et médecin du travail est déterminant car il ouvre les possibilités nouvelles qui sortent du «tout ou rien». Les consultations en parallèle psychiatre-médecin du travail amènent à penser à de nouvelles solutions inimaginables à partir du vécu traumatique.

Pendant ce temps de la résistance (au sens de la psychologie sociale) se nouent aussi des amitiés solides qui passent à l'épreuve du feu et transforment les liens des acteurs en liens solides et durables. Si tout tient et ne s'écroule pas, on voit peu à peu diminuer la force du trauma qui avait fait vivre au sujet la perception d'une destruction de sa personne.

Soutenir demande aussi d'investir la survie psychique de l'imaginaire comme une victoire dans le conflit. Le rêve devient une victoire sur le trauma lequel tend à niveler l'imaginaire et les ressources psychiques. La survie psychique passe par le fait de résister par son monde imaginaire, ses compétences professionnelles, sa capacité d'amour de sa famille, ses amis. Mais on constate malgré tout chez les patients une altération de l'état psychosomatique global avec parfois des lésions par tension musculaire en lien direct avec le système neurovégétatif (tendinite, bruxisme). Cette altération peut aussi produire une forme de clivage du psyche-soma et le patient peut alors se vivre comme à côté de lui-même, «hors de sa peau». Dès lors, il faut soutenir un pôle d'intégration psycho-corporelle. Tous les traitements et activités allant dans ce sens sont utiles pour que le patient réinvestisse son corps: massage, relaxation, bains, course à pied, yoga, chant, relations sexuelles,...

### Conclusion: traitements et devenir des patients

Il y a une forme de gradation entre les situations décrites ci-dessus: épuisement professionnel simple, avec maltraitance, avec maltraitance et perversion.

Dans la situation d'épuisement simple, une offre de protection par l'arrêt maladie et une réorientation des priorités peuvent suffire. Cela donne l'occasion souvent d'une psychothérapie centrée sur les transferts opérés sur le monde professionnel et ouvre un champ nouveau pour le patient, qui lui permet souvent de prendre des décisions en faveur de ses intérêts propres et non plus en faveur de son entreprise vécue comme une famille.

Lors de maltraitance, nous devons avoir une attitude plus active car nous sommes en face d'un trauma complexe en formation qui demande clarification et prise de position du thérapeute. Le patient doit alors trouver une réponse qui le sorte de la passivité et de la sidération. Cela fonctionne mieux si, dans le contexte médico-professionnel, on trouve le soutien et l'appui du médecin du travail pour que l'employeur s'adapte à son collaborateur et non l'inverse.

Quant à la troisième situation avec perversion, il est possible d'échapper à la «bombe antipersonnelle» que laisse le système pervers, c'est-à-dire l'autodestruction, en se fixant d'abord un objectif de survie psychique. Résister, c'est sur-

vivre psychiquement, avoir du plaisir, penser, écrire, rêver, tels sont les buts et non le retour sans cesse sur la relation perverse et l'auto-accusation «rampante» d'avoir raté le coche.

En conclusion, on peut se demander quel est le devenir des personnes suite à ces maltraitances professionnelles?

Notre patiente Mme T nous remet une carte qui remercie du «soutien et de l'accompagnement qui m'ont permis d'éviter un enlisement dans une situation ressentie comme douloureuse et inacceptable et dépasser mes sentiments négatifs envers ma hiérarchie». Mais il reste toujours le désir d'être finalement compris ou entendu, elle garde un projet de lettre à son employeur qu'elle n'a pas envoyée.

Après quelques années, la partie devenue conflictuelle peut prendre une place narrative pour la personne: voilà ce qui est arrivé dans mon histoire, et les cicatrices qui en restent.

Par contre, la partie non élaborée a un destin de vécu traumatique et a tendance à rester gravée et à revenir dans les rêves ou lors de dates anniversaire. Elle reste confuse car vécue dans la confusion. En fait, la scène doit être déplacée

plusieurs fois pour devenir intelligible et digérable par l'élaboration psychique, et finalement s'inscrire dans l'histoire personnelle.

#### Références

- 1 Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis (Issues in Occupational Health)*. Boca Raton: CRC Press; 1998.
- 2 Freudenberger H. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30:159-65.
- 3 Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2012;8:Doc05.
- 4 Wennubst G. *Mobbing: le harcèlement psychologique analysé sur le lieu du travail*. Lausanne: Réalités sociales; 1999.
- 5 Guillemin M. *Les dimensions insoupçonnées de la santé au travail*. Paris: L'Harmattan; 2011.
- 6 Humi M, Stoll G. *Saccages psychiques au quotidien*. Paris: L'Harmattan; 2002.
- 7 Racamier PC. *Le génie des origines*. Paris: Payot et Rivages; 1992. p. 280-309.
- 8 Herman J. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*. 1992;5:377-91.
- 9 Hirigoyen MF. *Le harcèlement moral*. Paris: pocket; 1998.
- 10 Dejours C, Bègue F. *Suicide et travail: que faire?* Paris: PUF; 2009. p. 13-55.
- 11 Hamraoui E. Servitude volontaire ou désobjectivation? In: *Travail et santé*. Toulouse: Éditions Érès; 2010. p. 101-14.
- 12 Ferenczi S. *La confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1932. p. 43-4.