

## Des réactions des intervenants dans un centre de jour en santé mentale et de l'évitement de l'institutionnalisation des défenses individuelles

### Reaction from Social Workers in a Day Centre for Mental Health Patients and the Avoidance of Institutionalization of Individual Defense Mechanisms

Alain Barbeau

Volume 17, numéro 2, automne 1992

Communautés culturelles et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502080ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502080ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

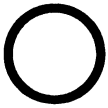
[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Barbeau, A. (1992). Des réactions des intervenants dans un centre de jour en santé mentale et de l'évitement de l'institutionnalisation des défenses individuelles. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 251–263. <https://doi.org/10.7202/502080ar>

Résumé de l'article

L'auteur tente de décrire les différentes lignes de forces qui se dégagent dans le rôle du superviseur (clinique) dans un organisme communautaire, en fonction du maintien des caractéristiques définitives de la notion d'« alternative », et en fonction d'une compréhension dynamique de la relation intervenants-usagers. Après avoir rappelé le fonctionnement d'un centre de jour, il décrit les « mécanismes de défense » individuels et collectifs que vont utiliser les intervenants contre les impacts sur leur personnalité des comportements déroutants des usagers. Il poursuit en montrant que l'échec de ces mécanismes de défense peut conduire à l'épuisement professionnel des intervenants, tandis que certaines formes collectives de défense peuvent conduire l'alternative à s'institutionnaliser de l'intérieur.



## **Des réactions des intervenants dans un centre de jour en santé mentale et de l'évitement de l'institutionnalisation des défenses individuelles**

---

Alain Barbeau\*

L'auteur tente de décrire les différentes lignes de forces qui se dégagent dans le rôle du superviseur (clinique) dans un organisme communautaire, en fonction du maintien des caractéristiques définitoires de la notion d'«alternative», et en fonction d'une compréhension dynamique de la relation intervenants-usagers. Après avoir rappelé le fonctionnement d'un centre de jour, il décrit les «mécanismes de défense» individuels et collectifs que vont utiliser les intervenants contre les impacts sur leur personnalité des comportements déroutants des usagers. Il poursuit en montrant que l'échec de ces mécanismes de défense peut conduire à l'épuisement professionnel des intervenants, tandis que certaines formes collectives de défense peuvent conduire l'alternative à s'institutionnaliser de l'intérieur.

**R**esponsable de la supervision clinique des intervenants dans un centre de jour depuis environ un an, je suis à ce titre régulièrement confronté aux difficultés de maintenir les objectifs du centre en raison des réactions des intervenants et des usagers à l'intérieur des services définis.

Pour bien saisir ces difficultés et les enjeux des réponses données par un superviseur, il faut avoir une idée assez précise du contexte dans lequel toute cette action se situe.

Une bonne partie de la clientèle est constituée de personnes qui font des séjours périodiques mais réguliers en centre psychiatrique sous l'effet de crises également périodiques, et une deuxième partie est constituée de personnes ayant éprouvé des difficultés d'ordre psychologique mais ne possédant pas un diagnostic psychiatrique. Le point commun entre ces personnes est qu'elles éprouvent des difficultés dans leur socialisation.

---

\* L'auteur est psychosociologue et psychothérapeute (A.T.C.F.Q.) en clinique privée; il travaille aussi comme consultant pour l'Association canadienne de santé mentale, section Saguenay, et pour des organismes communautaires.

### **Fonctionnement d'un centre de jour**

Le centre de jour, étant subventionné en partie seulement, ne peut engager un personnel régulier suffisant; son personnel est donc payé surtout à même des programmes «extra» (Sécurité du revenu), ou de PDE (Centres d'emploi du Canada). Ce qui entraîne des problèmes particuliers pour la qualité des services quant à l'établissement d'une confiance et d'un engagement de la part de la clientèle, dans une relation d'aide avec des figures instables. Problème assez commun aux organismes communautaires dont nous avons déjà parlé dans un précédent article (Barbeau, 1992).

Les activités du centre de jour se répartissent en quatre catégories:

- 1) activités de croissance: groupe de discussion avec des sujets choisis par les usagers, jeux de rôle, échange dirigé en petit groupe à partir de photographies choisies au hasard, etc.
- 2) activités de support: relations d'aide, accompagnement, assistance en situation de crise, etc.
- 3) activités artistiques (et techniques): dessin, théâtre, improvisation, couture, etc.
- 4) activités récréatives: quilles, billard, partie de sucre, soirée dansante, jeux de société, etc.

Les objectifs principaux du centre de jour, en plus de fournir un «lieu de rencontre accueillant» sont évidemment de favoriser la réinsertion sociale par différentes activités de socialisation et le recouvrement ou le développement du potentiel personnel de chacun. Il faut donc savoir que dans le cadre de ces objectifs, le centre de jour cherche au maximum à donner à des usagers la direction (budgétisation, choix, décision) et l'animation des activités. À cette fin, des comités divers composés d'usagers et assistés techniquement (mais non dirigés) par un intervenant sont mis en place et renouvelés au fur et à mesure des défections. Une assemblée générale est convoquée régulièrement (aux 3 mois environ) pour définir les orientations ou stimuler la participation, etc.

### **Le caractère «alternatif»**

C'est la responsabilisation de l'utilisateur et la prise en charge de la direction du centre par l'utilisateur qui, à mon avis, donne son caractère «alternatif» au centre de jour, incluant bien sûr les objectifs mentionnés, qui eux ne lui sont pas propres, tout en étant indispensables.

Toutefois le caractère «alternatif» ne repose pas seulement sur la démocratisation de la direction, mais aussi sur ce qui découle du fait d'utiliser des intervenants peu formés: une priorité accordée à la chaleur humaine, au dévouement personnel, à des attitudes maternelles et protectrices,

par opposition à des valeurs de savoir professionnel et scientifique, à des plans de traitement et à des techniques d'aide, d'animation et d'assistance assurées.

«Je me dois, en exposant la théorie de l'analyse directe, de souligner ce besoin inconscient de secourir, par opposition à toute intention délibérée d'appliquer la psychanalyse au traitement des psychoses. Ni la cure qui suivit, ni ses résultats heureux ne semblent se conformer aux exigences de la logique médicale. Ici le malade réagit à un sentiment dont la présence assure sa guérison. Qui aurait cru que le simple fait de se montrer humain envers un autre homme pouvait guérir celui-ci?» (Rosen, 1953, 1)

Le caractère «alternatif» repose également sur les buts «cliniques» visés par l'intervention, c'est-à-dire sur le caractère distinctif du «changement» poursuivi. Le «traitement» professionnel recherche habituellement la disparition d'un symptôme défini scientifiquement comme partie intégrante d'une maladie reconnaissable aux comportements typiques de la personne atteinte, alors que l'intervention alternative tente de permettre à l'individu de recouvrer le «plaisir» d'investir son énergie psychique dans des activités sociales. Les deux définitions peuvent, selon l'approche, vouloir dire la même chose, comme elles peuvent conduire à des sens totalement opposés. Ce qui est «alternatif», c'est de «placer la personne en situation de produire un plaisir» plutôt que d'espérer avoir un effet de plaisir suite à un changement de structure psychique (ex.: par interprétations) ou de structure biologique (ex.: par médication).

«Cette évolution n'est possible qu'à la condition de ne pas priver le malade de toute possibilité de satisfaction non délirante, et en particulier de lui laisser à chaque moment les moyens de retrouver un autre mode de «plaisir de fonctionnement» de son moi que la production de symptômes psychotiques.» (Diatkine, 1968, 36)

Cette définition de l'alternatif se limite donc dans ses espérances à une fonction, laquelle se réduit au «plaisir» produit, alors qu'une approche plus scientifique, comme la psychanalyse, par exemple, reliera le plaisir produit à l'espoir de ré-ouvrir l'accès au «désir» personnel plutôt que de laisser ce dernier encrypté dans un imaginaire inédit (non-dit), délictueux ou délirant. Toutefois, comme il s'agit d'un réduit, il ne s'agit pas de penser qu'amuser guérit. L'occasion donnée de produire un plaisir «autre» que le délire, n'est que «complémentaire» à un travail thérapeutique en profondeur, qui malheureusement fait scandaleusement défaut: combien d'usager de centre de jour peuvent avoir accès à une psychothérapie? Dans notre centre, sur environ 50 inscriptions, nous pouvons compter environ 2 à 3 usagers en psychothérapie. C'est ainsi que la complémentarité se termine en court-circuit (et en circuit brûlé).

## Les risques

Voyons maintenant comment une structure aussi simple à définir est si compliquée à réaliser, en ce sens que les objectifs sont constamment remis en question, et que *le caractère «alternatif» est quotidiennement menacé par les réactions des usagers et celles des intervenants dans leurs interactions.*

Rappelons que la clientèle est composée en majorité de personnes à qui on a attribué les diagnostics suivants: schizophrénie (45,9 %) et troubles de l'humeur (27 %) (Wallot et Couture, 1991, annexe II,18), ce qui implique des niveaux d'anxiété ou émotionnels très élevés qui brouillent les communications inter-personnelles, réduisent la concentration, minent la confiance en soi... etc.

Un premier problème vient du fait que la participation n'est jamais acquise, ni stable, ni entière. Les activités les plus stimulantes pour des personnes ne souffrant pas de maladie mentale semblent parfois, ou bien laisser les usagers indifférents, ou bien les menacer personnellement d'une manière vitale, avec un même résultat: l'absence.

Les intervenants ont cherché différents moyens de contrer ce manque de motivation apparente: ainsi, à chaque matin, ils téléphonent à l'ensemble des usagers inscrits pour leur «rappeler» les activités principales de leur journée, et éventuellement tenter de les motiver à se forcer à venir.

Déjà un premier risque apparaît: dans quelle mesure la «motivation active» n'encourage-t-elle pas une dépendance à cette forme de stimulation. Les intervenants la raisonnent comme «inévitabile». C'est ou le «rappel» ou l'activité. Et ce n'est que le début de la journée.

Arrive ensuite une activité hebdomadaire avec son lot de problèmes répétitifs. L'usager Marc dit aux autres usagers qu'ils ne sont pas assez intelligents pour réussir au *scrabble* et il a tendance à dévaloriser tous les autres joueurs. Hélène, elle, harcèle l'intervenant Paul de ses avances amoureuses et fait une crise d'enfant terrible et de démolissage lorsqu'on l'éloigne de Paul. Pauline ne parle que de son obsession de l'enfer: tout échange verbal devient prétexte à demander comment elle pourrait éviter d'aller en enfer. Gilbert reste assis à écouter sa musique «heavy metal» dans son baladeur depuis qu'on a fait disparaître le stéréo dont il se servait pour noyer le centre «musicalement». Robert, qui avait accepté d'être l'animateur d'un jeu, n'est pas venu, l'intervenante Louise cherche un nouvel animateur bénévole, mais se fait répondre que «les usagers ne sont pas là pour travailler». Puis, Nicole se plaint que la vaisselle d'hier n'a pas été faite et qu'il n'y a plus de tasses propres pour se prendre un café, elle traite les intervenants de paresseux et de «personnel payé à rien faire», etc.

Voyons maintenant, dans les réactions possibles des intervenants, les enjeux d'une réponse:

### **L'usager qui ne change pas**

D'abord le coté «répétitif» des comportements. Les premières fois que les intervenants entendent Pauline parler de l'enfer, ils sont curieux et cherchent à comprendre, certains vont même avoir rapidement l'intuition qu'elle parle de «son» enfer «intérieur» (l'angoisse) en parlant avec des thèmes religieux. Mais c'est après quelques semaines à entendre le même disque, que risque de se rigidifier la réaction de l'intervenant. Et de se définir un mécanisme de défense qui se collectivisera à l'ensemble des intervenants, après un certain temps d'influence mutuelle.

Nous prenons, bien sûr, pour acquis que l'intervenant est au départ très motivé dans son travail, et que son désir «d'aider» est à son plus haut niveau. S'il est soumis itérativement au constat que ses interventions ne «changent» rien du tout dans le comportement agaçant de l'usager, il est immédiatement confronté à la pensée, désagréable, qu'il «est impuissant», que «ses actions sont inutiles» et — à un niveau plus structurel — que les «activités du centre ne sont que des loisirs». Comment concilier un tel constat d'«inefficacité symptomatique» et «un objectif quelconque de changement»? Assez souvent je me suis fait dire par des intervenants: «Ce sont des paresseux», «y'a rien qui les motive», «ils ne sont pas intéressés à s'en sortir», «la réinsertion sociale, c'est une blague car ils ne s'insèrent dans rien d'autre que nos activités spécialement conçues pour eux» (effet ghetto).

### **Différents niveaux de défense**

L'on voit déjà se profiler à l'horizon deux défenses très répandues: celle du rejet agressif et du ressentiment envers la personne qui ne «profite» pas de nos «bonnes actions», et celle du rejet dépressif et du désintérêt croissant de l'intervenant («Ha! moi, je préfère partir travailler avec les déficients intellectuels, c'est moins décourageant»). En somme, je me défends par ou bien «je t'éloigne», ou bien «je m'éloigne».

«Une autre défense secondaire fréquente est un retrait narcissique du thérapeute ou son détachement du patient, si bien qu'il n'y a plus d'empathie possible et que la poursuite du traitement [...] est menacée.» (Kernberg, 1979, 92)

Ces réactions primaires peuvent se raffiner à l'intérieur de mesures plus sophistiquées: par exemple, les multiples formes de critères de sélection: «À chaque fois qu'il participe à mon activité, il se met à délirer, et il empêche les autres de participer normalement, puis-je lui demander de ne pas participer à l'activité, je crains que les autres n'abandonnent?»

La défense peut aussi se retrouver dans la redéfinition de la philosophie des services: «Dans notre centre, on ne les force pas à participer, on les

laisse faire, on attend qu'ils en demandent», ou dans l'autre direction: «On pourrait mettre sur pied un système de crédit au mérite: chaque participation permet d'accumuler des points échangeables en gratuité d'activité...»

La défense peut aussi se cacher dans des spécialisations de rôles et de tâches. Ainsi nous avons dans un autre organisme assisté à une répartition de tâches entre quatre intervenants de sorte que deux n'étaient plus en contact avec la clientèle. Cette prise de distance «administrative» n'est pas toujours au désavantage de la clientèle, car l'on retrouve parfois comme intervenant ou directeur des personnes contenant à peine une grande agressivité, «polie» mais ressentie par les usagers, et ayant le même effet que si elle était exprimée.

Quand la distance administrative n'est pas disponible à des intervenants, il se peut que nous assistions alors à une distanciation technique: substituer subtilement à l'investissement psychique du sujet visé, l'investissement de l'action sur le sujet, c'est-à-dire remplacer la «relation» par la tâche (des infirmières en donnent un exemple classique en changeant le lit d'une personne tout en parlant entre elles de leurs dernières vacances, sans adresser à la personne alitée d'autres mots que des mots d'utilité technique, comme «soulevez vos fesses un instant, s.v.p.»). Un animateur d'organisme communautaire peut aussi utiliser cette forme de défense: par exemple en s'inquiétant davantage du succès d'une pièce de théâtre auprès du public que des angoisses du participant, ou en cherchant à motiver surtout à des performances les usagers participant aux quilles.

La collectivisation (à tous les intervenants) de telles distances conduit à l'institutionnalisation de la pratique, même dans un organisme communautaire.

Comme on peut le constater par ces exemples, les défenses contre la *désillusion* d'objectifs qui semblent inatteignables peuvent se manifester à plusieurs niveaux et dans des formes parfois très subtiles et mêmes séduisantes, lorsqu'elles utilisent le vocabulaire d'idéologies administratives à la mode. Par exemple l'idée d'un plan de service individualisé (P.S.I.) pourrait facilement supporter une tendance à s'intéresser davantage au plan et à ses nombreuses exigences relationnistes qu'à la personne visée; ou encore on peut facilement fermer les yeux sur la réduction des services autres que communautaires, ou sur les limites de l'efficacité de ces derniers, pourvu que de «les occuper» en dehors de l'hôpital puisse coûter moins cher que de les occuper dans l'hôpital, et encore beaucoup moins cher que de les soigner (surtout si l'on dispose d'une belle théorie biologique disant qu'ils ne sont pas soignables par toute approche verbale).

Le rôle de la supervision «clinique» (regard extérieur sur l'intervention définie comme «relation à l'usager») apparaît donc ici comme une

tentative de démasquer les différentes collectivisations et idéologisations d'une défense personnelle contre la désillusion, inévitable, dans l'atteinte d'un objectif théorique d'intervention, en vue de maintenir comme primordiale pour l'intervention, la relation elle-même entre deux personnes avec le moins de médiateurs possible.

Il faut insister là-dessus, le nœud de la question n'est pas de définir la «défense la plus appropriée» mais d'éviter qu'une défense, personnalisée au départ, ne devienne collective, c'est-à-dire adoptée par tout le groupe des intervenants, et qu'elle ne se retrouve «rationalisée» dans une procédure administrative, ou une logique dite «philosophique» ou «psychologique» d'intervention, ou dans une politique de services. Il s'agit, en somme, d'éviter l'institutionnalisation de pratiques issues des défenses personnelles des intervenants.

### L'épuisement

Il nous faut aussi constater que les défenses personnelles ne sont pas toujours efficaces pour protéger contre la désillusion répétitive, et contre les autres processus d'épuisement.

Depuis un an, nous avons pu ainsi observer que tous les membres de l'équipe d'intervenants ont été touchés par une forme ou l'autre d'épuisement des mesures personnelles de défenses psychologiques.

Nous avons décrit précédemment la *désillusion* par des objectifs inatteignables. Mais l'épuisement peut être causé par d'autres modes de réactions. Nous allons en décrire quelques-uns.

Considérons d'abord le *harcèlement*.

Je n'ai pas une expérience assez variée pour savoir si le harcèlement est dû à un type de tolérance particulier à notre équipe, mais nous remarquons, depuis un an, que le harcèlement sexuel des intervenants et des intervenantes est répétitif à un point tel qu'il a fallu dernièrement prendre des mesures coercitives pour éviter des accidents (réactions agressives incontrôlées). Les intervenants sont l'objet de gestes irrespectueux et de demandes verbales et d'agressivité indirecte de dépit, peu importe leur sexe, tant de la part des usagers hétérosexuels qu'homosexuels.

Mais le harcèlement sexuel, même s'il est fort à la mode de le dénoncer, est reçu d'une manière particulière dans le contexte d'un centre où l'usager est perçu comme atteint de maladie mentale, en plus de la pauvreté de ses moyens relationnels. Cette manière particulière peut se comparer à notre *ambivalence* face aux enfants du tiers-monde qui quêtent de l'argent dans la rue «au riche touriste blanc». La capacité (imaginaire) de séduire de



l'intervenant constituant ici la «richesse» dont se sent privée jusqu'à la mort la personne s'identifiant à la maladie mentale.

Toutefois le harcèlement ne se limite pas à des gestes à caractère sexuel. Il faut définir par harcèlement, *toute forme répétitive de passage à l'acte*, qui tout en se substituant à une demande verbale claire dans son sens, constitue une agression de l'intervenant ou de l'intervention dans sa forme. Par exemple, l'usager Gilbert, à chaque fois qu'il vient, installe sa cassette de musique «heavy metal» dans le stéréo, et augmente le volume au point que toute discussion de groupe devient impossible, tout comme de répondre au téléphone, ou de continuer une relation d'aide dans les bureaux pourtant fermés. Lorsqu'un intervenant va baisser le volume (il n'a pas le choix), Gilbert se fâche, traite l'intervenant de sauvage, et quitte les lieux sans avoir participé à aucune autre activité et sans s'être expliqué. L'intervenant n'a ni la formation ni la possibilité technique (absence de demande de psychothérapie) d'amener ce passage à l'acte vers une élaboration verbale, et Gilbert n'a pas de psychothérapeute. Les intervenants ont donc enduré pendant six mois ce manège hebdomadaire, sinon quotidien, jusqu'à ce que je leur suggère d'entreposer le stéréo. On ne peut pas dire qu'ils n'ont pas été patients, ne s'étant jamais fâchés de manière excessive, et tentant même de faire parler Gilbert sur le sens de sa musique, dont l'utilisation délirante était plus que manifeste, mais le passage à l'acte devenait de plus en plus épuisant.

Une autre raison importante d'épuisement est l'*absence de compensations*. Le bas niveau salarial, ou tout simplement l'absence de salaire pour la plupart des intervenants, ainsi que le peu de reconnaissance visible dans le comportement des usagers, souvent remplacée chez eux par une agressivité très forte et très impulsive, rend l'intervenant quasi dépendant de la satisfaction des autres intervenants ou des autorités pour obtenir, comme seule récompense possible de ses efforts, une quelconque marque d'appréciation. Ce qui peut avoir pour effet de réduire la créativité, mais surtout d'affaiblir considérablement les sentiments d'utilité et de satisfaction personnelle.

L'intervenant doit donc puiser dans ses ressources personnelles de façon constante pour compenser l'agression ou les doléances dont il est l'objet, ou ce sentiment d'inutilité. Ce qui risque de porter atteinte assez rapidement au narcissisme de base de l'intervenant, et de menacer son propre équilibre.

Dans les réunions de supervision, cet effet se remarque rapidement à «la susceptibilité» accrue de l'intervenant, qui n'est plus capable de prendre de suggestion sur son intervention autrement que comme une critique.

Une quatrième source d'épuisement, mais de loin la plus importante, est le *contre-transfert*, au sens psychanalytique du terme.

Je prends la peine de distinguer cette source des précédentes, même si elles pourraient y être incluses, pour distinguer les sources d'épuisement «externes» des sources «internes» à l'intervenant. Car, bien sûr, même dans les précédentes, c'est toujours le contre-transfert qui explique en dernière analyse pourquoi tel harcèlement, par exemple, conduit à l'épuisement, alors que tel autre n'y conduit pas.

Il serait prétentieux de croire que nous pouvons trouver des intervenants avec ou sans formation spécialisée qui n'auraient pas une quelconque faiblesse intérieure, inconsciente, susceptible d'être accrue ou irritée par la fréquentation de personnes atteintes de maladie mentale.

«Les psychotiques ne sont pas des êtres différents de nous. Il est probable que la plupart des individus dits «normaux» ont des séquelles d'autisme pathologique, aux racines de leur être.» (Tustin, 1972, 90)

«À mon avis, chacun de nous peut éventuellement devenir schizophrène, si saine qu'ait été sa période de développement. Le concept d'une santé mentale capable de résister à toutes les influences traumatiques du milieu est inexistant.» (Rosen, 1953, 152)

Le *contre-transfert* pourrait se définir par le réveil chez l'intervenant d'attitudes, d'émotions, de fantasmes inconscients surtout, similaires ou complémentaires à ceux que proposent les usagers du centre de jour; l'usager interpelle chez l'intervenant le manque semblable à celui qu'il ressent, ou semblable au manque de ses parents auquel son trouble est justement, anachroniquement, une réponse. Un centre de jour où il y a une relative permanence des intervenants et des usagers qui le fréquentent, devient rapidement semblable à un milieu familial.

Le maintien de relations de type familial peut caractériser l'alternative, mais son efficacité ne tient pas tellement au fait qu'on en fasse une idéologie, mais qu'on réussisse inconsciemment à utiliser les forces identificatoires qui en font partie:

«À mon avis, le fait que le malade cesse d'être un étranger et devienne comme un membre de votre famille stimule certains intérêts du moi liés à l'identification. Je pense que le sens de cela est que votre famille est comme vous: que vous êtes comme votre famille; et que plus vous considérez le malade comme de la famille, plus il devient vous-même. Une des motivations qui vous poussent à aider le malade est en rapport avec ce qui vous pousse à vous aider vous-même. (Rosen, 1953, 10)

Mais les réactions de contre-transfert vont accélérer les manifestations névrotiques des intervenants, et l'épuisement ou la dépression névrotique risque de se manifester dans les deux années qui suivent l'implication dans le centre de jour, plutôt que d'attendre un événement déclencheur comme

une séparation conjugale, la mort d'un enfant, la ménopause ou la perte du rôle parental, etc.

Le rôle du superviseur s'en trouve affecté, en ce sens qu'il devra à l'occasion se mettre à l'écoute de l'intervenant beaucoup plus qu'à l'observation de l'intervention:

«Je leur permets de me parler de leurs problèmes personnels lorsque ceux-ci sont en rapport avec le matériel sur lequel nous travaillons avec le malade.»  
(Rosen, 1953, 15)

Les intérêts de l'intervenant et de l'utilisateur se trouvent à coïncider lorsque l'intervenant décide d'analyser ses propres problèmes, ce qui non seulement constitue la formation à privilégier comme le suggère Rosen (Rosen, 1953, 133) mais est devenu une forme typique de supervision et de formation (Balint, 1957; 1961).

Afin que tout ceci ne soit pas une vue simplement théorique, voyons quelles formes l'épuisement des intervenants a prises au cours de la dernière année: sur une dizaine d'intervenants ayant participé plus de trois mois aux activités, un seul n'a pas encore manifesté de réactions indiquant un besoin d'aide personnelle.

Une intervenante est devenue hypersensible, et se «plaint» régulièrement de ne plus supporter les troubles dans sa famille personnelle, elle a dû prendre plusieurs congés de maladie, parlant d'épuisement professionnel. Les conversions psychosomatiques sont nombreuses (maux de tête, etc.) chez plus d'un intervenant. Deux autres eurent des tendances marquées vers une évolution caractérielle, au point que nous avons dû en congédier une pour non respect du code d'éthique, tandis que l'autre fut avertie sévèrement d'avoir à retenir ses passages à l'acte. Une autre devint presque psychotique transformant tout à coup ses angoisses en intervention de style gourou. Quant aux autres, le trait majeur de leur réaction fut une perte importante de motivation.

Toutefois, il ne faut pas se limiter à une vision «individuelle» des réactions, car plusieurs des réactions peuvent se globaliser dans une tourmente collective de paranoïa de toute l'équipe. J'en décris quelques-unes:

a) Pendant une semaine complète toute l'équipe était en émoi: malgré les démentis apportés par la direction et moi-même, les intervenants continuaient de croire qu'une étudiante-stagiaire avait été injustement «congé-diée». Seule la confirmation par l'étudiante elle-même de son absence pour congé-maladie, réussit à calmer les intervenants. La rumeur véhiculait le désir préconscient des membres de l'équipe de prendre congé et la peur d'en être blâmé.

b) Au cours d'une semaine bien ordinaire, les intervenants développèrent l'impression collective que les usagers dans leur ensemble étaient dans une phase «dépressive». Puis ils transformèrent leur impression en conviction profonde que des usagers brisaient leur réputation en dehors du centre. Invités à préciser, les intervenants parlèrent alors de mauvaise influence auprès des autres usagers; ce n'est qu'à force de confrontation avec leurs propres souvenirs des réactions exactes des usagers, qu'ils finirent par admettre que la méfiance et l'agressivité prêtées aux usagers étaient les leurs.

c) Nous avons déjà observé (dans un autre organisme communautaire) le phénomène suivant: une équipe «se monte» contre le superviseur avec différentes accusations dont la teneur imaginaire est difficile à démontrer, la conviction des tenants étant aussi ferme que celle du psychotique (sans que les intervenants soient individuellement atteints de psychose). Ils font expulser le superviseur, avec la complicité idéologisée du directeur (prétendant que le superviseur était trop spécialisé pour un organisme communautaire). Mais ce faisant, ils ont reproduit aveuglément l'expulsion répétitive depuis plusieurs mois de résidents par le groupe de résidents lui-même.

## Conclusion

Une supervision adéquate dans un organisme communautaire ne peut pas, selon nous, se limiter à enseigner des techniques de relations d'aide (ou, par exemple, des indices de dangerosité suicidaire) ni se limiter à parler des usagers et à expliquer leur comportement en fonction des canons de la psychologie.

Elle doit permettre une «verbalisation» des réactions émotives des intervenants, comme c'est la pratique dans certaines institutions (Pilon, 1989, 196), mais elle doit avant tout s'assurer que les politiques et les pratiques quotidiennes, collectives et individuelles, ne conduisent pas à se protéger de manière enkystée (institutionnalisation selon Lapassade, 1971; Loureau, 1969, 1970) contre l'utilisateur d'une part, et ne conduisent pas l'intervenant à un déséquilibre personnel d'autre part, tout en maintenant l'intérêt de l'intervenant pour la «recherche du sens» du comportement symptomatique.

Nous rappelons en terminant ce passage essentiel de M. Balint (substituez le terme «intervenant» au terme «médecin»):

*«Nous avons découvert que si des sentiments ou des émotions quels qu'ils soient se trouvent suscités chez le médecin pendant le traitement du malade, ils doivent être également évalués comme un symptôme important de la maladie du patient; mais en aucun cas ils ne doivent s'exprimer par l'action.»*

Réaliser cette évaluation et résister en même temps à la tentation d'agir selon ses sentiments est une tâche assez difficile, dont la maîtrise exige un apprentissage considérable. Naturellement, faire cette évaluation est beaucoup plus facile pour une tierce personne non impliquée qui écoute le rapport spontané du médecin que pour le médecin concerné lui-même. Une des fonctions les plus importantes des séminaires de cas [...] est de créer une atmosphère suffisamment sécurisante pour permettre au médecin de faire un rapport spontané qui révèle son implication émotionnelle, et où l'auditoire soit assez sympathisant pour critiquer son rapport, mais de façon amicale et constructive.» (Balint, M. et E., 1961, 85)

## NOTE

1. Service d'intégration sociale Nouvel Essor du Saguenay inc., Chicoutimi.

## RÉFÉRENCES

- BALINT, M., BALINT, E., 1961, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*, PBP n° 162, Payot, Paris.
- BALINT, M., 1957, *Le médecin, son malade et la maladie*, PBP n° 86, Payot, Paris.
- BARBEAU, A., 1992, Réflexions cliniques sur l'aménagement d'une résidence alternative pour schizophrènes, *Santé Mentale au Québec*, 17, n° 1, 279-96.
- DIATKINE, R., 1968, L'apport de la théorie psychanalytique à la compréhension des maladies mentales et, éventuellement, à l'organisation d'institutions destinées à les traiter, in Racamier, P.C., ed., *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris, 15-42.
- KERNBERG, O., 1979, *Les troubles limites de la personnalité*, Privat, Paris.
- LAPASSADE, G., 1971. *L'analyste et l'analyseur*, Hommes et organisations, Gauthier/Villars.
- LOUREAU, R., 1969, L'intuitant contre l'institué, *Sociologie et révolution*, Anthropos.
- LOUREAU, R., 1970, L'analyse institutionnelle, *Arguments* 44.
- PILON, J., 1989, Le management du patient violent: description de l'organisation d'un milieu de vie et de son schème d'intervention clinique, *Santé Mentale au Québec*, XIV, n° 2, 191-205.
- RACAMIER, P.C. et al., 1970, *Le psychanalyste sans divan*, Bibliothèque scientifique, Payot, Paris.
- ROSEN, John N., 1953, *L'analyse directe*, P.U.F., Coll. Bibliot. de psychanalyse et de psychologie clinique.
- TUSTIN, Frances, 1972, *Autisme et psychose de l'enfant*, Seuil, Paris.
- WALLOT, H., COUTURE, J., 1991, *Profil de la clientèle des ressources alternatives en santé mentale de la région du Saguenay*, DSC, Hôpital de Chicoutimi.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H., 1977, *Sur l'interaction*, Seuil, Paris.
- WINNICOTT, D.W., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, PBP n° 253, Payot, Paris.

**ABSTRACT**

**Reaction from Social Workers in a Day Centre for Mental Health Patients and the Avoidance of Institutionalization of Individual Defense Mechanisms**

The author attempts to describe the different strengths that emerge from the role of the supervisor (clinic) in a community organization in relation to two aspects: the maintaining of the defining characteristics of the notion of “alternative” and the dynamic understanding of the social worker-user relationship. After a review of how a day centre operates, the author describes the individual and collective “defense mechanisms” that are used by social workers to alleviate the impact of the user’s baffling behaviour on their personality. The author follows by showing that failure to use these defense mechanisms can lead to burnout for the social worker, while certain forms of collective defense mechanisms can prompt this alternative care system to institutionalize itself from within.