

**Journée pédopsychiatrique régionale  
Pavillon Roland-Saucier  
Centre Hospitalier de la Sagamie**

***CONFÉRENCE  
CHAOS SANS K.O. : LE DÉFI DE LA RELATION DITE THÉRAPEUTIQUE***

**Présentée par :**

***Réal Lajoie, m.d.  
Psychiatre, psychanalyste  
Médecin-conseil en santé publique  
RRSSS-02***

**Octobre 2001**

C'est avec enthousiasme que j'ai, juste avant Noël l'an dernier, accepté l'invitation de m'adresser à vous aujourd'hui.

Depuis plus de 20 ans, les 800 intervenants avec qui j'ai eu plus de 3 500 sessions de groupe afin de les supporter dans leurs interventions – j'en reconnais plusieurs parmi vous – m'ont appris à comprendre différemment les problèmes des jeunes et des moins jeunes ainsi que les difficultés des intervenants. J'en ai témoigné à quelques reprises à l'extérieur de la région depuis quelques années et aujourd'hui est une excellente opportunité d'en témoigner chez nous.

Comme être humain, nous avons tous un besoin fondamental d'être aimé. La réponse à ce besoin est essentielle au développement moteur, intellectuel et psychosocial de l'enfant. Cela implique le développement de la relation de confiance. Cette relation de confiance est tributaire de la qualité, la stabilité et la continuité des relations que nous avons eues avec ceux qui se sont occupés de nous. Cette relation de confiance, même si elle est très marquée par ce qui se passe dans les premières années de la vie, elle continue d'évoluer toute notre vie.

Dit autrement, que l'on soit intervenant, jeune ou adulte en difficulté ou non, être humain en général, nous avons tous un même cheminement qui est à la fois universel (sans lequel il n'y a pas de survie possible) et à la fois unique (il n'y en a pas un de pareil), ce cheminement, c'est celui de nos histoires d'amour. Nos vies à tous sont faites d'une succession d'histoires d'amour. En fait, chacune de nos relations est une histoire d'amour et est marquée par notre capacité à juger à qui et jusqu'à quel point nous pouvons faire confiance.

Nous savons que prises dans ce sens, les histoires d'amour varient à l'infini. Certaines sont très longues, d'autres très courtes peuvent nous marquer pour la vie, ou sont sans conséquence. Certaines nous enrichissent, d'autres nous emprisonnent. Certaines histoires touchent les deux personnes impliquées de façon parfois très inégale : ex.: on connaît l'histoire de l'élève très marqué par un professeur qui ne se rappelle pas de l'avoir eu comme élève. Certaines histoires d'amour sont évidentes, d'autres passent inaperçues, certaines sont publiques, d'autres secrètes, etc.

Nous savons que les premières histoires d'amour sont particulièrement déterminantes. Plus l'enfant est jeune et vulnérable, plus ses besoins sont grands, plus la relation doit être nourrissante, stable et fiable.

Nous savons, même si souvent nous l'oublions, qu'aucune histoire d'amour n'est éternelle. Elle commence, se vit et inévitablement se termine. On ne peut donc pas parler d'histoire d'amour, de relation, sans parler de séparation temporaire (interruption) ou permanente (terminaison ou rupture). La terminaison volontaire ou non implique toujours un processus de deuil. Le processus de deuil, ne l'oublions pas, est un processus de vie. Ce terme est utilisé ici au sens large de réaction à une perte. Dans ce contexte, le deuil est un processus qui permet de lâcher prise, de désinvestir et terminer une relation, une histoire d'amour afin de faire de la place à celles à venir. La façon dont se termine une histoire d'amour, les circonstances qui en entourent la terminaison, ont un impact important sur la capacité de faire le deuil qu'implique la fin d'une relation et par le fait même, sur la capacité de conserver et d'utiliser dans les histoires d'amour qui suivent la nourriture affective reçue dans celle qui s'est terminée. Ainsi, une histoire d'amour est influencée par la façon dont s'est terminée l'histoire d'amour précédente et la façon dont elle va se terminer influencera les histoires d'amour à venir.

J'ai observé en clinique que la meilleure façon d'aider quelqu'un qui a de la misère à nouer de nouvelles relations satisfaisantes, c'est de l'aider à terminer les deuils inachevés de ses anciennes relations. Ce qui permet de récupérer graduellement la partie nourrissante de ou des anciennes relations. La réaction instinctive « ça fait mal, je ne m'y ferai plus prendre » pourra se transformer en « ça fait mal, mais cela a valu la peine, je vais m'impliquer à nouveau ».

Au début de cet exposé, j'ai utilisé le mot intervenant et je vais l'utiliser encore à plusieurs reprises. Pour éviter tout malentendu, voici ce que j'entends par ce terme : c'est un être humain relativement sain qui a eu jusqu'à maintenant une série d'histoires d'amour dont dépend sa propre capacité à faire confiance et à avoir des relations personnelles satisfaisantes. C'est quelqu'un qui, dans sa vie professionnelle pour gagner sa vie et/ou se rendre utile, intervient dans la vie de quelqu'un en besoin avec mandat d'aider. Le mandat peut venir d'une institution, d'un organisme communautaire ou même de quelqu'un en besoin, etc.; les intervenants peuvent avoir une formation très variée, appartenir ou non à une corporation, être bénévoles ou payés, être membres d'une famille d'accueil, etc. Les intervenants sont ordinairement fiables, consciencieux, dévoués, ils sont sensibles à la souffrance et Dieu sait qu'ils veulent la soulager. Les intervenants se débrouillent ordinairement bien avec ceux qui leur sont confiés. Ils y mettent tout leur cœur; ils sont disponibles et généreux.

Cependant, les intervenants peuvent rencontrer de grandes difficultés d'intervention avec certains types de clients. Lorsque ceci se produit, il s'agit ou de personnes qui ont presque toutes eu une suite d'histoires d'amour pathétiques (que ce soit parce qu'elles ont été laissées à elles-mêmes très tôt dans la vie, négligées, abusées, transplantées à répétition), ou qu'elles se sont senties rejetées de façon brutale,

parce que leurs premières histoires d'amour se sont terminées de façon trop soudaine et incompréhensible. Pour ces personnes que je qualifierais de « grands blessés relationnels », ce qui se met en place au contact d'un intervenant est instinctif et relève des réactions psychologiques de base.

En effet, ces « grands blessés relationnels » vont soit d'emblée repousser l'intervenant, soit s'accrocher à lui « comme la personne en train de se noyer va s'agripper désespérément à une souche à la dérive ». Dans les deux cas, c'est le même phénomène : ils sont en manque d'un point de vue affectif depuis si longtemps ... Ceci fait naître chez eux beaucoup d'espoir ... mais ils ont de la mémoire : « chat échaudé craint l'eau froide ». Pour la personne blessée, plus le potentiel de rapprochement, de chaleur, de réconfort est grand, plus est grand aussi le potentiel de blessure, d'abandon, de trahison. Elle a alors une réaction instinctive : elle va vouloir se protéger du danger, elle va tenter de saboter la relation. Elle a été abandonnée, trahie à répétition, toute tentative de rapprochement porte en elle la menace de rupture. Elle y met obstacle; elle est en « crise de confiance », c'est ce que j'appelle le cul-de-sac (chaos) relationnel. La personne blessée y donne rendez-vous à l'intervenant qui l'y rejoint.

La personne blessée dans ses relations n'a plus confiance et entraîne tous ceux qui s'en approchent dans un chaos relationnel : c'est d'ailleurs pour cela qu'elle se retrouve en relation d'aide. C'est dans et par la relation qu'elle a établie avec lui que l'intervenant peut donc espérer lui redonner confiance. C'est au niveau de cette relation que réside le potentiel thérapeutique, le potentiel d'une expérience nouvelle qui va lui redonner l'espoir et plus l'intervenant est humain, chaleureux, plus la personne risque de lui faire douter de son pouvoir de l'aider, de sa capacité de continuer la relation. L'intervenant risque de se faire mettre K.O.

C'est là que la tâche de l'intervenant, qui est de redonner confiance à la personne en besoin dans les relations, devient difficile : il doit reconnaître que l'impasse découle de ce que l'autre a appris dans ses histoires d'amour antérieures; il doit reconnaître que cette personne lui donne des « coups de pied » parce qu'elle commence à l'aimer et que ça lui fait peur. Il doit aider cette personne à reconnaître qu'elle est en train de saboter une relation qui pourrait être bonne pour elle. L'intervenant doit rester inébranlable dans sa prétention qu'il est très important pour elle et que c'est pour ça que celle-ci a peur. Or, c'est à ce moment-là que le travail thérapeutique, que la relation d'aide doit continuer, en identifiant le problème de relation que cette personne est en train de lui faire vivre, à lui l'intervenant en y travaillant avec elle.

Le drame, c'est que cette relation porte tellement de souffrances et de difficultés : la personne est en rupture de confiance, elle ne veut plus rien savoir. Même si l'intervenant peut être généreux et disponible, il finit par avoir envie de la repousser lui aussi. Mais, c'est justement parce que la personne a été blessée qu'elle est parfois si difficile à approcher et à aider. Alors la tâche de l'intervenant, peu importe sa formation, atteint un niveau de difficulté très important. Ce dernier est ordinairement très sensible : c'est cette sensibilité dont il a besoin pour faire du bon travail, qui est aussi son talon d'Achille. Un individu normal et sain s'éloigne instinctivement de ceux qui le repoussent, le déprécient ou qui ne sont jamais satisfaits. Ce qui est difficile pour un intervenant, c'est d'aller à contre-courant : c'est d'entrer en relation et de continuer même s'il a envie de réagir au rejet par le rejet. Une fois, deux fois, ça va, mais à la longue, travailler avec des grands blessés comporte des risques de blessures, d'épuisement.

Au contact de ces personnes, la sensibilité des intervenants est durement mise à l'épreuve. Faute d'être supportés, souvent les intervenants, en raison de leur sensibilité, risquent de se brûler, ou parfois de devoir s'anesthésier pour survivre. En fait, pour repousser plus loin les limites rencontrées dans les impasses relationnelles, l'intervenant doit être tenace et rester en relation avec la personne blessée; mais y rester signifie s'exposer à se sentir lui-même impuissant, désorienté, sans espoir, révolté : elle lui communique ses émotions et l'intervenant finit par croire que ce sont les siennes : il n'y voit plus clair. L'intervenant comme la personne blessée se sent dans un cul-de-sac (chaos). Les enjeux sont majeurs : d'une part, la personne blessée est sûre qu'elle va se faire rejeter à nouveau, que la ronde des ruptures va continuer. D'autre part, pour l'intervenant, l'opportunité de pouvoir lui prouver le contraire est mise en grand péril. Dans ce contexte, ce que l'on demande aux intervenants est presque inhumain. Pour moi, ça équivaut presque à demander à quelqu'un de travailler dans de l'acide sans gants.

Laissez-moi à ce point-ci vous résumer ce que j'ai appris de particulier dans mon travail avec les intervenants : peu importe la profession (de psychiatre à aide-ménagère bénévole), quand il y a rencontre entre un intervenant, un aidant et une personne en besoin, un immense malentendu s'installe : d'un côté, l'intervenant a pour mandat, dépendant de sa profession, de donner des services médicaux, psychologiques, sociaux, infirmiers, des services de rééducation, d'enseignement, de réadaptation, d'orthopédagogie, d'ergothérapie, etc. De l'autre côté, la personne en besoin, en crise veut que sa souffrance soit soulagée, ses besoins d'amour comblés et, rapidement, de façon d'autant plus impérieuse qu'elle a été soumise à plus d'abandon, elle va se demander « puis-je faire confiance », certaines ne se posent même pas la question, car elles sont sûres que non.

Le malentendu vient du fait que chaque intervenant a beau avoir une intervention spécifique, une formation spécifique et un mandat institutionnel spécifique, la personne en besoin demande à tous la même chose, c'est-à-dire « soulage ma souffrance » et aussitôt vérifie dans la relation qui s'établit avec l'intervenant qu'elle a raison de se méfier de lui. Le reste, c'est à dire la profession de l'intervenant, son mandat, les phases d'évaluation ou de prise en charge, l'établissement concerné, la personne blessée s'en balance ! La tâche primordiale à laquelle les intervenants à leur insu sont confrontés est de tenter de « gagner leur confiance ».

Ainsi, l'expérience clinique très particulière que j'ai acquise en travaillant avec autant d'intervenants différents, en même temps et sur tant d'années, m'a appris une chose que je formulerais comme ceci : pour les enfants, adolescents ou adultes que je qualifierais de « blessés relationnels », les intervenants ont tous à prouver d'abord s'ils sont dignes de confiance, et, cela ils ne peuvent le faire qu'à travers la relation qui se crée entre eux et les personnes en besoin : peu importe la durée (ponctuelle, courte ou longue); peu importe l'objectif de l'intervenant (évaluation, protection, suivi, remplacement, etc.); peu importe le lieu (bureau, domicile, hôpital, école, etc.). Chaque rencontre, chaque relation peut avoir un pouvoir thérapeutique; mais plus c'est court, plus c'est difficile.

Nous n'avons pas besoin d'y réfléchir très longtemps pour réaliser que la tâche des intervenants prend une tournure beaucoup plus complexe et devient beaucoup plus critique et dangereuse et beaucoup plus importante pour leurs clients qu'on ne le soupçonne. Les interruptions, transferts, vacances, bris de continuité divers souvent d'ailleurs inévitables, provoquent donc des crises dans la relation thérapeutique qui

deviennent des opportunités d'un apprentissage nouveau que seul l'intervenant en cause peut aider l'autre à faire, car, c'est avec lui que ça se passe.

L'intervenant doit alors démêler ce que l'autre lui fait sentir, décoder ce qu'il y a derrière ses comportements, mieux comprendre pourquoi l'autre ne fait plus confiance. Cela oblige à prendre intérieurement de la distance, à mettre les limites nécessaires, à ne pas se laisser paralyser par l'impuissance que lui communique la personne en besoin. L'intervenant, pour passer à travers cette phase très périlleuse, mais nécessaire de la relation d'aide doit maintenir la barque de sa relation avec celle-ci à flot, lui prouver dans les faits qu'elle peut apprendre à faire plus confiance dans ses histoires d'amour malgré les déceptions qu'inévitablement l'intervenant provoque. L'intervenant doit neutraliser l'impasse relationnelle c'est-à-dire réussir à continuer quand rien ne va plus, garder confiance quand il se sent mis en échec, comprendre que son impuissance est celle de l'autre, non la sienne.

Un des éléments central du travail de l'intervenant est d'aider la personne blessée à identifier les multiples pertes passées et actuelles auxquelles elle est confrontée et à amorcer avec elle le travail de deuil qui s'impose. Cela implique aussi le deuil des espoirs irréalistes qu'elle met dans l'intervenant, dont elle est toujours rapidement déçue: il n'est pas toujours là quand elle a besoin, il s'absente, prend des vacances, va à des congrès, etc.

Gagner et garder la confiance de ceux qui sont les plus vulnérables aux ruptures, c'est-à-dire les plus blessés, exige un maximum de continuité relationnelle et quand il y a discontinuité, il est important de reconnaître la façon dont la personne blessée se protège; il est important de reconnaître que sa colère est justifiée; ceci est particulièrement important car, nous avons tendance à minimiser les réactions des

« blessés relationnels » aux ruptures que nous leur imposons, à la diversité d'intervenants qu'ils ont à rencontrer, etc. : leurs émotions sont réelles et reliées à nous mais sont grandement amplifiées par les mémoires émotionnelles intolérables provenant de leurs anciennes histoires d'amour. Souvent pour eux, dans le présent, il y a confusion : ils vivent les petites déceptions comme si c'était des bris de confiance dramatiques.

Ils ne sont pas malades : ils ont amèrement appris qu'ils ne pouvaient pas compter sur les autres, ils sont en rupture de confiance, ils ont de grands besoins affectifs mais, pour se protéger du rejet certain anticipé, ils repoussent, de façon très efficace, ceux qui veulent les aider et ils les repoussent aussi vigoureusement qu'ils ont envie de se laisser prendre soin. Il nous faut donc ajuster nos services à leurs besoins spécifiques. Nous le faisons pour les blessés physiques en chaise roulante qui ne peuvent franchir des marches. Nous ne leur présentons pas d'autres marches, nous aménageons des rampes.

L'expérience démontre que les « blessés relationnels » peuvent apprendre à faire confiance à nouveau : c'est toujours long et pénible, l'amour ne suffit pas. Ça prend un environnement relationnel adapté. La « rampe relationnelle » dont ils ont besoin est constituée de leur relation avec l'intervenant, être humain comme eux, à qui ils choisissent de faire passer le « test de confiance ». Ceci implique une vision différente, du travail des intervenants qui s'impliquent avec eux et des outils dont ils ont besoin pour éviter que le chaos relationnel qu'ils rencontrent ne se transforme en K.O.; ceci implique aussi une vision différente du travail de partenariat interprofessionnel, interréseau que dictent leurs besoins, pour ne mentionner que ces éléments.

Je viens de vous faire une synthèse de l'essentiel que j'ai appris dans mon travail professionnel depuis plus de 30 ans. Bien sûr, beaucoup de points mériteraient d'être élaborés ou clarifiés, beaucoup de vides mériteraient d'être comblés, beaucoup de nuances mériteraient d'être apportées. Il y a de quoi nourrir de longues périodes de réflexion et de discussion, j'en suis sûr.

Avant de passer à la période des questions, j'aimerais aborder brièvement quelques aspects théoriques et quelques expériences scientifiques qui soutiennent ce dont je viens de vous parler.

Les connaissances sur le fonctionnement de l'être humain se sont beaucoup développées au cours de la dernière décennie surtout avec les développements récents de la neurophysiologie et de la génétique. Ces connaissances nous amènent à comprendre un peu mieux les interactions neuro-bio-psycho-sociales impliquées dans la genèse des comportements et des relations interpersonnelles.

Au deuxième congrès de l'Association mondiale de santé mentale des Nourrissons, à Montréal en juillet 2000, la conférence plénière a été faite par Peter Fonagy, directeur de la recherche au Centre Anna Freud à Londres et à la Fondation Menninger aux États-Unis. J'ai été très stimulé par le contenu de cette conférence, car il y fait une remarquable intégration des recherches récentes, des diverses théories sur le développement normal et la psychopathologie dont la théorie de l'attachement. Pour moi, cela donnait finalement des bases scientifiques à des intuitions cliniques et à ce qui était jusqu'à maintenant de l'ordre de la théorie.

Un mot d'abord sur la Théorie de l'attachement que nous sommes amenés à comprendre de façon différente et « moins naïve » (Fonagy).

Comment l'être humain passe-t-il d'un petit bébé très immature, plein de besoins et sans idée de sa propre existence ni de celle des autres à une personne ayant acquis les capacités mentales nécessaires pour avoir une image de soi qu'elle est suffisamment capable de distinguer de l'image qu'elle se fait des autres pour avoir des relations interpersonnelles satisfaisantes ?

La théorie de l'attachement (Bowlby 1969) dont vous entendrez parler davantage dans un atelier, rend bien compte du déroulement de la nécessaire interrelation entre le bébé et sa mère (ou substitut) et de l'importance de la qualité, de la stabilité et de la continuité de cette interrelation pour le développement de l'enfant.

L'expérience de sécurité est le but du système de l'attachement. Si cette période de grande dépendance et de proximité se passe bien, on parlera de l'attachement sécurisé. L'absence d'attachement sécurisé amène plus tard des difficultés importantes de socialisation caractérisées par de l'anxiété, du retrait, de la dépendance, de l'ambivalence, de l'agressivité ou carrément de la désorganisation.

Un des problèmes avec la théorie classique de l'attachement c'était que tout finalement dépendait des parents. C'était très réducteur de la complexité du développement humain.

D'un autre côté, la première série de recherches en génétique comportementale nous a amenés à l'autre extrême « Tout dépend des gènes ». Ce n'est plus le comportement des parents qui façonne celui des enfants, c'est le contraire. Ces recherches suggéraient alors de réinterpréter la corrélation qu'on faisait entre les caractéristiques des relations parentales précoces et les comportements de l'enfant de façon à ce que ce soit les caractéristiques génétiques de l'enfant qui déterminent

la réponse des parents plutôt que ce soit le parentage qui influence l'enfant, cela aussi était trop simple pour être vrai.

Mais, plus les recherches avancent, mieux nous comprenons comment et pourquoi les premières relations de l'enfant sont si importantes. L'interrelation entre la génétique, la biologie, l'environnement relationnel, la psychologie est mise en évidence de façon spécifique; ce n'est pas la théorie de l'attachement qui explique tout, ce ne sont pas nos gènes non plus, mais l'interaction des deux. qui nous donne une compréhension nouvelle de la théorie de l'attachement.

Une étude classique finlandaise (Tienari et Ass., 1994), sur des familles adoptives par rapport à la schizophrénie, suggère que les enfants avec un parent biologique schizophrène étaient plus susceptibles de développer des problèmes psychiatriques si et seulement s'ils étaient adoptés dans des familles dysfonctionnelles.

Bohman (1996) rapporte exactement la même chose, mais pour la criminalité qui apparaît être associée à un risque génétique seulement si ceux dont les parents étaient criminels étaient adoptés dans des familles dysfonctionnelles. C'est encourageant, les expériences d'attachement précoces peuvent faire que certaines des caractéristiques personnelles dont nous avons hérité vont se manifester ou pas. Un enfant peut avoir un parent schizophrène mais statistiquement avoir autant de chance qu'un autre de faire une vie normale si on en prend bien soin et qu'il développe un attachement sécure.

D'autres expériences cette fois chez des singes (Suomi), qu'on peut transposer chez les humains, nous laissent entrevoir qu'en plus un maternage très adéquat peut transformer une fragilité génétique en avantage.

Des singes, dont certains ont une carence génétique qui touche une neurohormone (sérotonine) sont soumis à la même carence maternelle (élevés sans leur mère, entre eux). Ceux avec carence génétique sont plus affectés que les autres. Les singes avec la même carence génétique mais qui sont élevés par leur mère ont un développement normal.

Dans d'autres expériences, Suomi a choisi des singes qui en raison de leur bagage génétique ont un tempérament très instable : ils les a soumis à différents types de maternage de façon expérimentale : les bébés singes assignés à des mères particulièrement maternantes et calmes se sont développés plus précocement, et étaient de façon surprenante sécurisés; ils étaient particulièrement habiles à s'allier aux autres membres du groupe; de plus, ils se sont élevés et maintenus à de hautes positions dans l'échelle de la hiérarchie de domination. Ainsi, des traits génétiques qui risquaient de leur nuire se sont avérés des avantages si soumis à un excellent maternage. De plus, fait intéressant, plus tard, la capacité maternelle des femelles au tempérament instable élevées par des mères très maternantes a reflété plus le style de leur mère adoptive que celui de leur propre tempérament. Ainsi, les bénéfices d'un bon maternage peut, de façon évidente être transmis à la génération future même à travers un mode de transmission de nature non génétique. Le maternage de ces individus génétiquement vulnérables ne réduit pas le risque associé à ce génotype mais, un maternage particulièrement adéquat permet à ces individus de développer des capacités de résilience.

Mais pourquoi l'attachement précoce sécurisé a-t-il des répercussions si importantes et si durables ? En raison de la sécurité ? Surprise ! Les conclusions de certaines recherches récentes indiqueraient que ce n'est pas la sécurité qui en soi est importante. La fonction principale de l'attachement serait de créer un climat

favorable qui faciliterait chez l'enfant la mise en place des mécanismes psychologiques nécessaires à la mentalisation : mentaliser, c'est d'être capable de se faire à l'intérieur de soi l'idée de soi-même et une idée des autres comme étant différents de soi. Fonagy appelle cette capacité le « mécanisme d'interprétation interpersonnelle », je cite : « Cette capacité d'interprétation interpersonnelle joue un rôle clé dans l'évolution de l'expérience sociale; son niveau de fonctionnement va se refléter dans la capacité à fonctionner dans les relations intimes sans avoir besoin de stratégies pour amplifier la distinction entre les représentations de soi et de l'autre ».

Fonagy et coll. dans plusieurs de leurs travaux récents expliquent bien les multiples mécanismes mentaux qui permettent au bébé de se faire une idée de soi et des autres. Le dicton populaire définissant l'image de soi comme étant « ce que l'on voit dans les yeux des autres quand ils nous regardent » est très approprié. Les mécanismes psychologiques impliqués sont bien sûr complexes. En gros, le nourrisson acquiert éventuellement une vision de lui-même qui est le reflet des réactions de sa mère à ses besoins : vous avez déjà vu un nouveau-né qui a faim : il se tortille, il pleure et s'il n'est pas nourri, il crie; c'est la fin du monde, c'est le chaos. Sa mère est calme, elle le prend doucement, le nourrit, le caresse, etc. Avec le temps, les répétitions, le bébé finit par se faire à l'idée que ses « fins du monde » ne sont pas si graves que ça ... Il peut reprendre le contrôle sur ses émotions; il est aimé; il se perçoit comme aimable. Avec ce que l'on comprend maintenant, il faudrait peut-être changer le fameux « je pense, donc je suis » de Descartes pour « ma mère pense que je suis, donc je suis ».

J'aimerais décrire une petite expérience décrite par Perner (1991) qui aide à visualiser mieux le concept de mentalisation. Ceci est important, parce que ça illustre les conséquences des difficultés de mentalisation de nos clients.

Vous êtes avec deux petits garçons. Un de 3 ans et un de 5 ans dans une salle d'observation. Vous regardez ensemble de l'autre côté du miroir, un adolescent qui s'apprête à manger un morceau de chocolat. À ce moment-là, l'expérimentateur entre dans la salle où se trouve l'adolescent et lui dit : « cache ton chocolat, va à la cantine te chercher une boisson gazeuse, reviens et tu mangeras alors ton chocolat ». L'adolescent regarde : sur la table, il y a une boîte avec couvercle fermé; il se tourne et voit sur la tablette d'en haut de l'étagère, un panier. Il décide de mettre son morceau de chocolat dans le panier, c'est plus sécuritaire, et sort chercher son breuvage. Aussitôt que l'adolescent est sorti, l'expérimentateur prend le chocolat dans le panier et va le mettre dans la boîte sur la table. Vous demandez alors à vos deux jeunes de 3 et 5 ans de prédire où l'adolescent va aller chercher son chocolat à son retour. Celui de 3 ans, après réflexion, va dire : « dans la boîte sur la table ». Celui de 5 ans, comme vous l'avez deviné : « dans le panier ». Celui de 3 ans base sa prédiction sur sa propre représentation de la réalité. Il sait lui où est le chocolat, il a vu l'expérimentateur déplacer le chocolat. Il assume que l'adolescent a la même image dans sa tête. Celui de 5 ans mentalise à un degré supérieur : il est capable d'attribuer à l'adolescent une croyance autre que la sienne propre. Il est capable maintenant, contrairement à celui de 3 ans, de se représenter ce qui se passe dans la tête de l'adolescent même si c'est différent de ce qui se passe dans la sienne, l'adolescent n'ayant pas vu l'expérimentateur déplacer le chocolat. J'ajouterais un autre exemple, chez un adulte qui illustre les conséquences d'un problème de mentalisation : quelqu'un passe devant un paranoïde et ne le regarde pas. Le paranoïde qui croit que tous sont contre lui va se

dire : « il m'en veut ». Il ne lui vient pas à l'esprit que la personne peut avoir d'autres raisons de ne pas le regarder : comme être préoccupée, myope, distraite, etc. Il juge ce qui se passe dans la tête de l'autre en fonction de ce qui se passe dans la sienne.

En passant, des études dans lesquelles des sujets devinent l'état mental des autres démontrent à l'imagerie par résonance magnétique que l'activité associée à la mentalisation se situe au niveau du cortex préfrontal médian. Des études faites chez des enfants adoptés de Roumanie qui ont été privés d'expériences interpersonnelles démontrent un retard de développement de cette structure cérébrale qui générerait le mécanisme d'évaluation interpersonnelle. D'ailleurs, dans la classification d'attachement, ces enfants demeurent à l'âge de 3 ans dans la catégorie « désorganisé » et leur comportement social demeure anormal à l'âge de 8 ans.

D'autres études démontrent que chez les jeunes enfants, l'abus et la négligence, les ruptures importantes de relations significatives peuvent inhiber la capacité de mentalisation; le suivi de ces enfants démontre que plus tard ils continuent d'avoir des limites significatives en ce domaine. Pour ceux que ça intéresse, l'Institut Canadien des recherches avancées a publié en avril 1999 « Études sur la petite enfance ». On y résume toute une série de recherches neurophysiologiques et autres sur entre autres les conséquences de diverses carences sur le développement cérébral des bébés.

Mais, me direz-vous, c'est effrayant ! Si un enfant n'a pas de relation sécurisée avec sa mère, c'est fini ? Non, ce n'est pas aussi simple; les mesures de la relation d'attachement démontrent que la relation d'attachement est spécifique à la personne

elle-même : un enfant peut avoir un attachement très perturbé avec sa mère. Cependant, rien ne l'empêche si quelqu'un d'autre entre en relation avec lui et en prend bien soin, de développer en même temps une relation d'attachement sécuritaire avec cette autre personne dans son environnement. Cette autre personne peut être une grand-mère, une gardienne, le père, etc. C'est encourageant malgré un maternage inadéquat, un « ange gardien » peut se manifester et faire la différence; c'est un facteur de protection, de résilience.

Beaucoup d'autres études appuient ce dont je vous ai parlé jusqu'à maintenant et renforcent encore plus mes convictions, déjà fortes, de l'importance de ce que j'ai appris et que vous m'avez confirmé à répétition dans mon travail de support clinique. Permettez-moi de partager avec vous brièvement ces convictions.

Les problèmes de mentalisation sont au centre des difficultés que rencontrent dans la vie les « blessés relationnels »; nous rencontrons avec eux les mêmes difficultés quand nous essayons de les aider. Cela signifie qu'ils se comportent de façon cohérente avec leur perception d'eux-mêmes et des autres (dont nous faisons partie). Pour qu'ils adoptent des comportements différents et plus appropriés à la réalité présente, une partie centrale de notre tâche va être de modifier leur perception d'eux-mêmes et des autres. Nous n'avons pas de trucs, ni de solutions miracles : nous n'avons fondamentalement que la relation que nous établissons avec eux. Souvent, cependant, nos habiletés naturelles même si elles sont bien adéquates et développées, peuvent ne pas être suffisantes : on doit alors passer en mode relation d'aide ou thérapeutique.

Le concept de relation d'aide est souvent mal compris. La relation d'aide est nécessaire seulement quand nos habiletés naturelles ne suffisent plus à la tâche. Ça

implique donc le développement d'habiletés dont nous ne nous servons habituellement pas dans la relation naturelle. On n'utilise pas la relation d'aide avec nos amis à moins de vouloir les perdre. La relation d'aide, c'est du travail : ça ne vient pas naturellement, ça ne s'apprend pas tout seul.

Ceux qui n'ont pas de problèmes n'en ont pas besoin : ils obtiennent naturellement ce qu'ils ont besoin dans leur environnement. Ce n'est pas le cas des « blessés relationnels » que vous rencontrez : ce qu'ils provoquent chez les autres, conséquence de leur problème de mentalisation, conduit souvent à l'impasse dans leur relation en général et aussi en particulier dans la relation avec les intervenants. Les blessés relationnels ne peuvent pas tous, pour des raisons évidentes, avoir un psychothérapeute d'autant plus que souvent ils sont très réfractaires au cadre formel que ça implique habituellement. D'un autre côté, il n'est pas question de faire de tous les intervenants des psychothérapeutes.

Les intervenants ont en général une bonne formation pour les tâches spécifiques qu'ils ont à accomplir. Pour travailler avec des personnes présentant des difficultés relationnelles tenaces, leur formation de base est minimale. Dans leur formation professionnelle peu ou pas d'attention est portée à ces aspects si importants de leur travail et cela, pour une bonne raison : ça ne s'apprend pas dans les livres ou à l'université : ça s'apprend en cours d'emploi, quand les difficultés apparaissent et en étant accompagné pour le faire : c'est là que le support aux intervenants intervient : c'est la façon d'apprendre à utiliser en plus de son expertise spécifique des éléments de relation d'aide qui peuvent faire toute la différence pour la personne en besoin et pour l'intervenant. Les deux changent leur vision d'eux-mêmes et de l'autre. Il y a espoir : tout n'est pas parfait, loin de là, mais de l'aide peut être reçue, et il est possible d'en donner.

Je ne peux que témoigner de ce que j'ai vu : le support qui est disponible aux intervenants est insuffisant et arrive souvent seulement en période de crise, trop tard.

Ils ont besoin selon moi d'un support systématique, continu et proportionnel à la grande pression que les besoins du « blessé relationnel » exercent sur eux et proportionnel à la difficulté de « gagner leur confiance ». D'après mon expérience, ce support peut difficilement être intégré à la structure hiérarchique actuelle. Leur patron, même s'il en a la compétence, est en situation précaire : son rôle est de partager le travail, de se préoccuper de productivité, d'évaluer, de transmettre à l'intervenant la pression qui lui vient de la société, etc. L'intervenant, lui est entre deux feux : les besoins de la personne blessée et les demandes de son patron; ce dernier est en conflit d'intérêt et n'a pas la neutralité requise pour fournir le support requis.

Depuis 15 ans, je passe 20 heures par semaine à donner ce genre de support; je le fais en petits groupes, sur une base volontaire, sans lien d'autorité, sur une base hebdomadaire au rythme d'environ 30 sessions par groupe, par année sur quelques années. C'est une façon de le faire. Le support clinique doit cependant être organisé, être disponible, être systématique et être reconnu comme légitime, être valorisé plutôt qu'être vu comme un signe de dépendance des intervenants. Il faut réhabiliter à l'intérieur des organisations la fonction de support clinique aux intervenants afin d'alléger leur tâche, d'augmenter leur pouvoir d'intervention et de rendre leur travail plus satisfaisant et plus efficace.

Je connais peu ou pas de professionnels formés spécifiquement pour remplir cette fonction de support aux intervenants. Ça prend un bon bagage clinique et ça

s'apprend sur le tas, en mettant les mains à la pâte. C'est non seulement possible, mais c'est aussi agréable et satisfaisant.

Il y a de l'espoir, dans notre réseau, il y a toute une gamme de professionnels qui pourraient être mobilisés pour remplir cette fonction de support aux intervenants. Mais ils sont pris dans un cercle vicieux : moins les intervenants dans la communauté ont de support clinique, plus ils ont tendance à demander des consultations, des évaluations, des prises en charge. Plus les intervenants spécialisés alors sont submergés par le travail, moins ils ont le temps de donner du support clinique.

Le problème c'est que l'opportunité d'une relation « correctrice » se situe principalement au niveau de la relation de l'intervenant et de l'enfant. Parfois, l'enfant n'aurait pas besoin d'être vu en consultation : c'est plutôt alors l'intervenant qui aurait besoin du support clinique d'un « consultant » pour sortir sa relation thérapeutique de l'impasse, pour continuer à aider l'enfant. Nous sommes confrontés autant à un problème de manque de ressources et d'expertise qu'au besoin de modifier de part et d'autre, nos modes de fonctionnement.

Je voudrais ici faire ressortir le besoin de faire la différence entre perfectionnement et support clinique. Le perfectionnement, souvent ponctuel, ouvre l'esprit, élargit les perspectives, fait sortir de la routine, permet de rencontrer d'autres intervenants, etc., mais ça n'aide pas à décoder ce qui se passe quand il y a impasse, chaos relationnel. Le support clinique aux intervenants lui se fait à la petite semaine, car son objectif est de faire en sorte que la « relation correctrice » ne soit pas mise K.O. Le perfectionnement ne peut pas remplacer le support clinique.

Le support clinique, d'un autre côté, ne règle pas tout. Le « blessé relationnel », vous le savez, si nous regardons leur parcours, ont souvent affaire à plusieurs intervenants en succession et/ou en même temps, passe souvent d'un système à l'autre, etc. Ceci est inévitable et souvent nécessaire. Vous vous rendez compte que cela pose tout un problème cependant pour la « relation correctrice » dont ils ont tant besoin. À notre insu, nous pouvons renforcer leur perception qu'ils ne peuvent se fier à personne : nous faisons alors partie du problème plutôt que de la solution. Permettez-moi de comparer le travail de relation d'aide de l'intervenant à une course. Le « blessé relationnel » y met des obstacles, l'intervenant les surmonte, la relation continue et progressivement le pouvoir réparateur de cette relation prend place. C'est ce que j'appellerais le modèle de course à obstacle : le support clinique y prend alors tout son sens.

Si vous observez l'organisation de nos services cependant, force est de constater que souvent c'est le modèle de la course à relais qui est privilégié : une première évaluation est faite par l'un, le suivi par l'autre, il y a mutation de poste, un autre prend la relève, etc., l'équipe de base n'y arrive plus, nous passons le dossier et la personne avec à l'équipe spécialisée, la personne en besoin est confiée à des intervenants en interne, puis les intervenants en externe prennent la relève, l'enfant va passer d'un foyer à l'autre, etc. Dans ce modèle de course à relais, nous nous passons la personne en besoin de l'un à l'autre. Un dossier, ça se passe – une relation, non. Le problème s'accroît davantage si nous regardons le fonctionnement des différents réseaux : le scolaire, la justice, le psychosocial, la protection de la jeunesse, le médical, la pédopsychiatrie, la réadaptation, etc. Chaque réseau a ses propres façons de faire, ses règles et a tendance à opérer indépendamment l'un de l'autre. Nous sommes bien organisés, structurés, chacun à

sa tâche et ça roule, pour le système peut-être; ceux qui sont les plus vulnérables ne s'en tirent pas toujours si bien.

Je n'élaborerai pas davantage. Pour moi, il est très clair qu'il y a un écart important entre ce que nous savons individuellement et ce que nous faisons collectivement. Nous avons comme société un problème d'ordre éthique que nous devons aborder si nous voulons prendre mieux soin des plus vulnérables.

J'ai l'impression que des fois nous nous comportons comme des ingénieurs qui construiraient des ponts sans tenir compte des lois de la gravité. Dans notre cas, malheureusement, ce ne sont pas des ponts qui s'écroulent...

Il y a cependant de l'espoir. Ce que nous faisons et comment nous le faisons dépend collectivement de nous. Nous pouvons récupérer notre pouvoir. Nous pouvons changer nos façons de faire, ce sont les nôtres.

Nous sommes une petite région, un petit groupe. Serait-ce rêver en couleur de penser que nous pourrions nous donner un moyen, un lieu, un espace où des gens des divers milieux qui se préoccupent du bien-être des plus blessés et qui ont de l'influence sur les décisions qui se prennent, pourraient échanger entre eux au sujet des contraintes auxquelles ils sont soumis, chacun de leur côté, de sorte que chacun pourrait avoir une plus grande compréhension des difficultés des autres et pourrait regarder quelles modifications apporter dans les décisions relevant d'eux afin d'améliorer les chances de réussite de nos interventions auprès des plus vulnérables.

En terminant, je voudrais vous demander de retenir deux choses : la première, c'est que les intervenants ont une tâche exigeante, difficile, dangereuse et jamais complétée : le support exigé pour remplir cette tâche est insuffisant. Ils sont eux aussi victimes de négligence jusqu'à un certain point. Nous devons le reconnaître et y remédier.

La deuxième chose, c'est que les intervenants font un travail admirable. Je suis émerveillé par le cœur qu'ils mettent à l'ouvrage. Je leur dis : "Bravo" ! Quand vous quittez un de vos clients, si vous pouvez vous faire la réflexion suivante : "au moins, il pourra dire que j'ai essayé tant que j'ai pu", c'est, "mission accomplie". N'oubliez pas que dans notre travail clinique, nous ne sommes pas obligés de réussir mais d'essayer.

Je vous remercie de votre attention.