

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTREAL

L'EXPLORATION DU TRAVAIL CLINIQUE À PLUSIEURS
DANS UN CENTRE D'INTERVENTION DE CRISE

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
KAREN HARUTYUNYAN

JANVIER 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je souhaite témoigner de ma profonde gratitude à l'égard de madame Irène Krymko-Bleton, professeure au département de psychologie et directrice de recherche pour la qualité de son encadrement, sa disponibilité et sa patience à certains moments clés de mon parcours.

Mes remerciements à mesdames Eugénelle Fortin et Sylvie de la Boissière, deux Directrices générales de l'Association IRIS, pour leur appui et leur précieux partenariat, ainsi qu'à mes collègues intervenants du centre d'intervention de crise, dont le travail quotidien constitue l'essence même de ce projet.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers les membres du jury, madame Marie Hazan et monsieur Joao Da Silva Guerreiro, pour leur lecture attentive. Mes reconnaissances également à madame Sophie Gilbert pour ses conseils importants au début de mon projet de recherche.

Plus personnellement, je remercie mon père, qui m'a appris à finir ce que je commence, à ma mère, qui m'a transmis le désir d'explorer les origines de l'esprit humain, à mon fils Kristian, qui saura quoi faire de ce qu'il aura reçu de ma part, et ma conjointe, Natalia, ma complice de tous les instants, pour son appui inestimable lors de la révision de mon texte.

« La folie est quelque chose de rare chez l'individu ; elle est la règle pour les groupes, les partis, les peuples, les époques »

Friedrich Nietzsche

« Voici encore une autre considération importante pour nous aider à comprendre l'individu dans un groupe: de plus, par le simple fait qu'il fasse partie d'un groupe organisé, un homme descend plusieurs échelons dans l'échelle de la civilisation.

Isolé, il peut être un individu cultivé; dans une foule, il est un barbare ... c'est-à-dire créature agissant par instinct. Il possède la spontanéité, la violence, la férocité, et aussi l'enthousiasme et l'héroïsme des êtres primitifs. Il s'attarde ensuite particulièrement sur la baisse capacité intellectuelle qu'un individu éprouve quand il devient fusionné dans un groupe. »

Sigmund Freud,
Psychologie des masses et analyse du moi

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I.....	6
1.1. Les centres de crise au Québec	6
1.1.1. Historique.....	6
1.1.2. Fonctionnement général des Centres d'intervention de crises	10
1.1.3. Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS	11
CHAPITRE II.....	22
PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	22
2.1. Objectifs de la recherche	24
CHAPITRE III.....	25
NOTIONS DE BASE ET RECENSION DES ÉCRITS	25
3.1. Notions de base pour quelques concepts opérationnels	25
3.1.1. Intervention de crise	26
3.1.2. Demande et écoute psychanalytique.....	26
3.1.3. Transfert et contre-transfert.....	28
3.1.4. Processus thérapeutique.....	29
3.1.5. Processus thérapeutique « à plusieurs »	30
3.1.6. Construction d'un cas.....	30
3.2. Recension des écrits.....	31
3.2.1. Approche psychanalytique et états de crise	31
3.2.2. Modalités d'organisation de travail à plusieurs	33
3.2.3. Dynamique groupale et processus thérapeutique.....	37
CHAPITRE IV	52
MÉTHODOLOGIE	52

4.1. Recrutement des sujets et échantillon	53
4.2. Méthode de collecte des données et type d'analyse	54
4.3. Justification du choix d'une analyse thématique.....	56
4.4. Stratégies utilisées pour assurer la validité interne et favoriser la rigueur	57
4.5. Construction du tableau thématique et préparation à l'analyse dynamique des thèmes58	
4.6. Éthique de la recherche	60
CHAPITRE V	61
PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	61
5.1. Travail à plusieurs.....	62
5.1.1. Psychopathologies complexes et transferts multiples.....	62
5.1.2. Cohésion et continuité du travail d'équipe	63
5.1.3. Autres paramètres du travail à plusieurs	64
5.1.4. Polyphonie de l'écoute et compréhension du matériel clinique	65
5.1.5. Travail à plusieurs comme un dispositif d'échange d'opinion clinique	66
5.1.6. Modalité de travail en duo	66
5.1.7. Limites du dispositif de travail à plusieurs	67
5.2. Transmission	68
5.2.1. Transmission verbale versus transmission écrite.....	69
5.2.2. Difficulté de transmission de l'évaluation et de l'entretien.....	70
5.2.3. Acceptation de l'incomplétude dans la transmission	71
5.3. Modalités du travail avec un patient	72
5.3.1. Cadre et variations des types de services cliniques	72
5.3.2. Travail avec les clients en individuel	74
5.3.3. Niveau de fonctionnement des patients.....	74
5.4. Intervenant au travail.....	75
5.4.1. Repérage des lignes directrices.....	77
5.4.2. Discours du client à ne pas confondre avec le client lui-même	78
5.4.3. Importance de la première rencontre.....	79
5.5. Processus thérapeutique	80
5.5.1. Diversification des thèmes abordés par les patients	81
5.5.2. Rapports de nature différente développé par le patient avec chaque intervenant	81

5.5.3. Transversalité thématique entre les séances et progression linéaire d'élaboration thématique	82
5.5.4. Importance de l'écoute de l'intervenant qui parle du client	82
5.5.5. Construction de cas et différents types de transfert	83
5.5.6. Fonction du client vis-à-vis de l'équipe d'intervenants	84
5.6. Dynamique groupale	84
5.6.1. Aspect relationnel de la dynamique groupale des intervenants	84
5.6.2. Travail à plusieurs imprégné par les transferts	85
5.6.3. Liberté d'exprimer sa propre opinion	85
5.6.4. Effacement ou rejet de l'écoute transférentielle chez les collègues	85
5.6.5. Travail en duo : serait plus représentatif pour certains collègues	86
5.6.6. Évitement comme mode de défense	86
5.6.7. Échange codifié entre anciens intervenants	87
5.6.8. Existence des transferts multifocaux ou dispersés	87
5.6.9. Rôle de la direction de l'Association IRIS	87
5.6.10. Place du chercheur-coordonnateur dans la recherche	88
CHAPITRE VI	89
DISCUSSION	89
6.1. Grands thèmes et leurs liens dans la compréhension de l'ensemble du fonctionnement	91
6.2. Fonctionnement du groupe : la matrice interne du groupe et ses fonctions	101
6.3. Modèle des unités et des matrices dynamiques	108
CONCLUSION	113
ANNEXE	115
BIBLIOGRAPHIE	116

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARH :	Agent de relations humaines
IPS :	Intervenant psychosocial
CIC :	Centre d'intervention de crise
CLSC :	Centre local de services communautaires
TCAP :	Travail clinique à plusieurs

RÉSUMÉ

Dans cet essai, une étude exploratoire a été effectuée sur le travail clinique à plusieurs dans un centre d'intervention de crise. Plus précisément, ce projet visait à comprendre comment une équipe d'intervenants cliniques travaille « à plusieurs » avec un même patient admis dans le Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS.

Pour bien situer le lieu et le contexte de notre recherche, nous avons présenté d'abord l'historique de la création des centres d'intervention de crise au Québec, suivi de la description de leur mandat et de leur fonctionnement. Ensuite, nous nous sommes attardés sur les particularités de l'organisation des services ainsi que sur l'approche clinique du Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS. La description de ce dernier nous a permis de formuler le champ d'intérêts de notre recherche pour ensuite procéder à un questionnement plus spécifique afin de situer plus précisément l'objet de notre étude.

Construite autour de deux axes complémentaires, la contextualité dynamique de l'intervention de crise et le processus thérapeutique effectué par une équipe des intervenants auprès d'un même patient, notre recherche explore et propose une réflexion sur les particularités de ce dispositif de travail thérapeutique « à plusieurs », orienté par la théorie psychanalytique.

Une analyse thématique a été utilisée pour analyser les entrevues. Dans un premier temps, tous les récits recueillis ont été analysés indépendamment. Dans un deuxième temps, nous avons procédé à un recoupement des thèmes, révélés par l'analyse du verbatim de chaque entrevue avec chaque intervenant. Lors de la réalisation de l'analyse thématique, les thèmes en lien avec le matériel textuel du verbatim soumis à l'analyse ont été dégagés. Pour ce qui est du mode d'inscription des thèmes, nous avons utilisé davantage l'inscription en marge et sur fiche. Par la suite, un système de classement fondé sur des catégories thématiques a été élaboré, ces catégories ayant été regroupées respectivement en plusieurs champs représentationnels distincts. Le travail d'analyse a consisté à faire émerger au sein de chaque catégorie thématique des lignes et des pôles de figuration, un ou plusieurs aspects de la représentation de cette relation thérapeutique spécifique. Finalement, nous avons procédé à la démarche de thématisation en continue.

Nous avons procédé à l'analyse thématique des entretiens selon le devis présenté et avons pu cerner les grands thèmes suivants : le travail à plusieurs; la transmission; les modalités de travail avec un patient; l'intervenant au travail; le processus thérapeutique et la dynamique groupale.

Mots clés : intervention de crise; travail clinique à plusieurs; dynamique groupale; processus psychothérapeutique.

INTRODUCTION

Ce projet vise à comprendre comment une équipe d'intervenants¹ cliniques travaille « à plusieurs » avec un même patient admis dans le Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS. Cette intervention sera analysée à partir des entrevues que nous avons effectuées avec eux et de ma propre expérience en tant que Coordonnateur clinique. L'approche adoptée par l'équipe est psychodynamique-psychanalytique.

Le questionnement qui a essentiellement déterminé le choix, voire le domaine de mon intérêt actuel, trouve ses origines au début de mon cheminement professionnel, c'est-à-dire au début des années 1990.

En tant qu'étudiant en psychologie clinique, j'ai joint les équipes de deux services distincts de psychothérapie psychanalytique œuvrant au sein d'une population profondément traumatisée par une catastrophe naturelle et se trouvant en situation de guerre d'indépendance et de survie, en Arménie.

Ma curiosité professionnelle se nourrissait d'un terrain exceptionnellement fertile marqué par une diversité d'orientations et d'appartenances à des écoles psychanalytiques. En voici quelques-unes, pour ne nommer que les principales : freudiennes orthodoxes, kleiniennes, lacaniennes d'avant 1998, école américaine marquée par l'enseignement de Brenner, école psychosomatique de Paris (P. Marty),

¹ Tout au long de ce document, le genre masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte. La forme comprend aussi bien les hommes que les femmes, sans discrimination.

ethnopsychiatrie française (T. Nathan et M.-R. Moro en personne), doltoïennes (W. Barral).

Mon travail a duré jusqu'à l'année 2000. Cette rare opportunité m'a permis de m'imprégner d'une atmosphère propice aux échanges où l'offre illimitée des savoirs rencontre le désir d'apprendre, d'interroger et de soigner la souffrance chez soi et chez l'autre.

Ce contexte de diversité complémentaire m'a permis d'apprendre, d'écouter et de respecter l'opinion différente; la position de l'autre, qui se trouve dans des coordonnées et des registres différents; d'apprendre des langues subjectives et des écoles différentes, incluant leurs dialectes psychanalytiques et leurs vocabulaires, qui, souvent, ne partagent pas les mêmes signifiants. Or, grâce à cette diversité, qui prenait source dans une théorisation commune, l'existence des grammaires parallèles n'a jamais cessé d'être une possibilité pour moi. Voilà comment je donnerais ma définition de l'écoute psychanalytique, de l'écoute épistémologique (pour ne pas dire de l'investigation psychanalytique).

Une toute autre expérience a également marqué mon parcours. Alors qu'un jour, pendant que j'assistais à une discussion de groupe clinique, une collègue d'une école différente, qui venait d'arriver de l'aéroport pour rester et enseigner pendant les trois semaines suivantes, en apprenant de quelle orientation était la meneuse de la discussion de groupe, se lève, reprend ses valises encore scellées et prend l'avion de retour comme un signe de protestation. Cette scène, que je nommerai une scène de ménage partisane, m'a marqué par sa nature violente: une scène où l'insupportable subjectivité de cette personne et l'incompatibilité conceptuelle non expliquée n'ont jamais trouvé leur clarification.

Cette scène a mobilisé la cathexis de mon intérêt clinique autour des phénomènes de petits groupes, et surtout des groupes qui partagent les mêmes buts thérapeutiques. Qu'est-ce qui les lie? Comment s'accordent-ils autour de leur tâche? Quelle serait la dynamique de leur fonctionnement? Quelle est la place que le client soigné occupe dans cette dynamique?

Mon expérience a été enrichie à travers ma carrière professionnelle, où l'institution et la dynamique de groupe thérapeutique constituaient toujours un composant important de mon investissement. L'introspection guidée et enrichie par des auto-observations, soit par trois démarches d'analyse personnelle et de supervision, m'a amené à m'y intéresser comme chercheur. Voilà pourquoi la modalité de travail thérapeutique au Centre d'intervention de crise est devenue l'objet de mon exploration dans laquelle moi-même je suis impliqué par ma fonction de coordonnateur clinique de l'Association IRIS. Cette recherche a été menée auprès des intervenants du Centre d'intervention de crise où je travaille comme coordonnateur clinique. La compréhension du travail « à plusieurs » avec ses atouts et ses inconvénients a été dégagée à partir de l'analyse thématique des entretiens. L'originalité de cette démarche réside dans notre souci de transmettre une compréhension des processus thérapeutiques de l'intervention de crise observée dans un dispositif particulier de l'application de l'approche psychanalytique en analysant les entretiens avec les intervenants qui suivent le même patient.

Pour un patient, l'entrée dans un service d'intervention de crise est généralement provoquée par un événement qui suppose la rupture brutale d'une homéostasie : il s'agit d'une rupture des amarres qui soutenaient une réalité précaire (psychose), d'un débordement de jouissance (manies), de pertes significatives (dépression), de passage à l'acte (tentative de suicide), etc. L'humain est un être déchiré de plusieurs façons : entre ses désirs et ceux des autres; entre sa dépendance vitale et sa recherche

d'indépendance; et par les inévitables limites que lui font traverser la vie. Selon nos observations, cette déchirure est généralement surmontée par diverses constructions : l'identité (sexuelle, générationnelle, professionnelle, etc.); le lien social; les repères ayant du sens ainsi que des modalités pulsionnelles (symptômes, sublimation). Cependant, cet édifice n'est pas sans failles. Certaines personnes, quand il y a crise, ont les moyens psychiques de traverser cette période de déséquilibre, tandis que pour d'autres, c'est plus difficile. C'est ici que l'intervention de crise prend son sens.

Construite autour de deux axes complémentaires – le repérage de l'organisation subjective de chaque sujet et le processus thérapeutique effectué par une équipe des intervenants auprès d'un même patient –, notre recherche est une réflexion sur les possibilités de l'application de la méthode psychanalytique dans un contexte classiquement inhabituel.

La notion d'« application » de la psychanalyse comporte en elle-même l'idée de la multiplicité : s'il n'y a qu'une définition de la psychanalyse, ses applications sont multiples et elles varient en fonction des contextes cliniques et des pratiques.

La pertinence scientifique de notre recherche se défend par son objectif original d'explorer le fonctionnement d'un dispositif thérapeutique d'intervention de crise pratiquement non étudiée et insuffisamment théorisé. Cette exploration nous permettra de développer une théorisation ancrée sur la clinique de l'intervention de crise d'approche psychanalytique et de proposer des avancements sur la compréhension du fonctionnement des petits groupes constitués des professionnels de relation d'aide.

Notre recherche apportera une clarification sur la nature et la place qu'occupe la pratique clinique à plusieurs (TCAP) dans le Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS.

Pour ce qui est de la pertinence sociale, notre recherche tente d'apporter non seulement des clarifications aux cliniciens sur leur pratique quotidienne, mais elle pourrait mener à une modification dans leur façon de concevoir le processus thérapeutique et l'organisation de la prise en charge du traitement.

CHAPITRE I

Pour bien situer le lieu et le contexte de notre recherche, nous commencerons par présenter d'abord l'historique de la création des centres d'intervention de crise au Québec, suivi de la description de leur mandat et de leur fonctionnement. Ensuite, nous nous attarderons plus précisément sur les particularités de l'organisation des services ainsi que l'approche clinique du Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS. La description de ce dernier nous permettra de formuler le champ de nos intérêts de recherche et procéder à un questionnement plus spécifique afin de situer plus précisément l'objet de notre recherche.

1.1. Les centres de crise au Québec

1.1.1. Historique

En mars 1986 à Montréal, le ministère de la Santé et des Services sociaux établit un plan de désengorgement des services d'urgence comprenant différentes mesures dont l'ouverture de centres de crise en santé mentale. Cette mesure fait suite aux enquêtes et avis d'experts ayant mis en évidence que les situations de crise sont nombreuses et qu'il n'existe pas de services de première ligne compétents et accessibles pour répondre à ces situations.

La résurgence des notions de crise et d'intervention de crise n'était pas un hasard mais une nécessité. Il était temps d'élaborer une approche évitant la « médicalisation » des difficultés existentielles qui ne pouvaient se résoudre dans le

milieu naturel en raison de la disparition progressive, dans nos sociétés, des supports sociaux naturels.

Nous nous sommes questionnés sur le pourquoi et le comment des centres de crise à Montréal : quels principes de base ont présidé à leur mise en place, quelle place sont-ils amenés à prendre dans l'organisation des soins de santé et par rapport aux autres services psycho-médicosociaux et comment un tel projet a-t-il pu se réaliser?

Nous avons identifié le Plan de Désengorgement des Services d'Urgence comme étant le facteur déclenchant ayant précipité la mise en place des centres de crise de Montréal.

Le 19 mars 1986, Madame Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, a présenté un plan d'ensemble de mesures applicables aux régions de Montréal Métropolitain et de Québec visant à corriger les problèmes liés à l'engorgement des urgences. Comme l'indique le Ministère, ces mesures proposaient une action non seulement au plan médical, mais également sur des facteurs directement reliés aux besoins des patients de l'urgence (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1985).

C'est donc dans ce contexte de mise en place de mesures visant au désengorgement des services d'urgence que les centres de crise en santé mentale voient le jour au Québec, faut-il préciser que ce besoin avait déjà été identifié précédemment, et ce, indépendamment des problèmes d'engorgement des services d'urgence des centres hospitaliers.

En effet, dans son analyse sur les ressources alternatives, le Comité de la Santé mentale du Québec (1985) considérait comme prioritaires trois zones d'action en

santé mentale : l'information en santé mentale; les services d'intervention pour les situations de crise et les programmes de maintien naturel. Dans son analyse, le Comité souligne que les services d'urgence et les structures hospitalières ne peuvent pas répondre adéquatement aux besoins des personnes en situation de crise, et ce, en raison de contingences de temps et de lieu, mais aussi en raison de l'inadéquation de la réponse qu'offrent ces structures aux détresses psychosociales.

À l'heure actuelle, l'accessibilité aux services d'urgence capables de répondre aux situations de crise est limitée à plus d'un point de vue. D'abord, les services d'urgence s'adressant aux difficultés psychosociales ne sont à peu près pas disponibles en dehors des heures régulières de travail.

Quant aux services d'urgence psychiatrique, leur situation varie beaucoup. Dans les grands centres urbains, ils sont souvent très achalandés, voire débordés. En plus de s'adresser aux besoins pour lesquels ils sont en place, ils doivent tenter de répondre à un ensemble de situations qui leur sont référées, faute de services plus adaptés à ce genre de besoins. Toutes leurs ressources doivent donc être mobilisées pour faire face sur place à la demande de services, éliminant toute disponibilité pour aller intervenir en milieu naturel, sur les lieux de la crise.

En dehors des grands centres urbains, les services d'urgence sont peu nombreux et souvent peu équipés en ressources. Cette faiblesse du système entraîne souvent une aggravation des situations de crise nécessitant une intervention plus lourde et le retrait de la personne de son milieu.

Cette incapacité de répondre rapidement et si nécessaire sur place aux situations de crise démobilise aussi les gens de l'entourage immédiat de la personne, faute de support adéquat. (Comité de la santé mentale du Québec, 1985)

Le dossier « Santé mentale » publié en octobre 1986 par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (appelée Commission Rochon, du nom de son président), fait écho à l'analyse du Comité de la santé mentale du Québec en mettant clairement en avant que des services de première ligne compétents et accessibles font cruellement défaut. Ce dossier indique que les services de première ligne en santé mentale sont assurés en grande partie par les omnipraticiens et les urgences des centres hospitaliers. L'omnipraticien, compte tenu de sa formation, n'a pratiquement que la médication à offrir au patient qui se présente à son bureau avec un problème de type psychiatrique. De plus, même s'il le voulait, l'omnipraticien n'a pas les ressources pour offrir un service de première ligne incluant l'évaluation de la demande et la mise en place de stratégies élaborées d'intervention. À lui seul, il ne peut offrir des services adaptés aux personnes présentant des troubles mentaux réels ou potentiels.

Les urgences des centres hospitaliers, pour leur part, sont appelées à donner des services de première ligne peu importe les besoins des patients qui s'y présentent. Dans ces conditions, il arrive que la réponse offerte par ces services ne corresponde pas toujours à la demande. Par exemple, dans certains cas, le bénéficiaire doit se résoudre à rentrer chez lui sans avoir obtenu de réponse à sa demande parce que sa problématique ne correspond pas à la définition de ce qui est une urgence psychiatrique. Dans d'autres cas, le bénéficiaire obtient une réponse psychiatrique alors que son problème est d'ordre psychosocial. De plus, dans plusieurs centres hospitaliers, le personnel affecté à l'urgence n'est pas formé pour intervenir dans une situation de crise. Ainsi, la capacité réelle de l'urgence d'offrir des services psychiatriques ponctuels se trouve limitée. En ce qui concerne des services externes des centres hospitaliers, l'accès à ces services psychiatriques ne semble pas adéquat non plus en raison d'un manque de ressources professionnelles, leur disponibilité et certaines contraintes au niveau des horaires. En effet, l'accès à certains professionnels

n'est possible que sur rendez-vous exclusivement et sur présentation d'une prescription médicale. Cela peut prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, donc les ressources en santé mentale ne sont pas toujours disponibles lorsqu'on en a besoin. (Dossier Santé mentale, 1986).

Considérant l'ensemble des éléments développés ci-dessus, il apparaît que la mise en place des centres de crise serait directement liée au problème d'engorgement des services d'urgence d'une part et de l'insuffisance des services externes d'autre part.

1.1.2. Fonctionnement général des Centres d'intervention de crises

Un centre de crise répond aux besoins des adultes en état de crise situationnelle, de détresse émotionnelle ou de crise d'adaptation. Les centres de crise (CIC) visent à offrir « ailleurs » et « autrement » des services d'aide et de soins aux personnes ayant des troubles mentaux, leur mandat étant ainsi de « répondre aux besoins des adultes en état de crise situationnelle, de détresse émotionnelle ou de crise d'adaptation; prévenir les hospitalisations inutiles; réduire la pression sur les urgences » (Cadre de référence : Centre d'intervention de crise, 1987). La formulation du mandat variera quelque peu au fil du temps, mais cette demande d'offrir une réponse aidant les personnes en crise demeure présente.

Les centres d'intervention de crise offrent une gamme de services. Notamment, ils répondent à la crise en offrant un lieu temporaire d'hébergement et des rencontres individuelles durant l'hébergement; un accès à une ligne téléphonique de crise 24 heures par jour; un lieu de rencontre au service externe ambulatoire ou encore dans le milieu de vie de la personne. La clientèle peut également bénéficier des rencontres de suivi individuelles après leur départ du centre. Enfin, les CIC offrent un service de référence.

1.1.3. Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS

Présentation

Dans la présente recherche, nous avons porté notre attention plus spécifiquement sur le Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS, inauguré en 1986 et qui dessert la sous-région Nord de Montréal. Celui-ci accueille des personnes référées essentiellement par les urgences des hôpitaux, mais aussi par les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou en personne, dans un moment de crise aiguë de la vie, souvent après une tentative de suicide. Le centre offre huit chambres individuelles pour un hébergement d'une durée maximale de dix jours. Le séjour y est gratuit.

Ressources

Le CIC de l'Association IRIS, de jour comme de soir, dispose sur place de deux agents de relations humaines et d'un intervenant psychosocial (voir l'annexe 1). La fréquence des rencontres de suivi individuel est généralement de deux par jour durant la semaine et une par jour la fin de semaine. La ligne téléphonique du CIC demeure ouverte en tout temps.

Clientèle

Les problématiques rencontrées au Centre d'intervention de crise de l'association IRIS sont très variées et concernent toutes sortes de situations qui plongent la personne dans une détresse psychologique. Il s'agit le plus souvent de cas de crise suicidaire en lien avec une problématique de santé mentale ou de détresse situationnelle. Pour la majorité de la clientèle, le tableau clinique fait ressortir des cas de névrose d'angoisse (troubles anxieux), des états de stress post-traumatique, des troubles de l'humeur (troubles dépressifs, troubles bipolaires), des troubles de

personnalité, des troubles psychotiques, des troubles dissociatifs, des troubles d'adaptation, plusieurs troubles comorbides, etc.

Parmi la clientèle admise au CIC, il y a des personnes qui ont déjà reçu un ou plusieurs diagnostics psychiatriques et celles qui ont été évaluées par un psychologue, mais qui n'ont pas reçu de diagnostic médical, d'autres n'ont pas été évaluées ni diagnostiquées.

Les patients reçus au CIC de l'Association IRIS peuvent présenter une pauvre capacité d'introspection, une limitation importante du vocabulaire, une déficience intellectuelle, une désorganisation (par exemple, manie, délire etc.), un risque élevé de passage à l'acte, une médication les paralysant et d'autres difficultés. Ces personnes peuvent-elles bénéficier des effets de la parole, le moyen d'intervention privilégié au Centre?

Dans le cas des personnes avec une déficience intellectuelle, qui sont en mesure d'assumer les tâches demandées aux résidents et qui sont assez autonomes pour résider au CIC, nous considérons qu'elles sont suffisamment inscrites dans la réalité (comme montage de représentations) pour bénéficier des effets de leur parole, aussi minimes soient-ils.

Dans les cas de désorganisation, la question suivante se pose : une personne désorganisée peut-elle supporter un milieu non surveillé et ouvert (les clients peuvent sortir et rentrer librement) comme l'est le CIC, peut-elle supporter la contrainte symbolique inhérente à un travail de la parole? Si la réponse à cette interrogation est négative, d'autres lieux et ressources sont sans doute plus appropriés comme, par exemple, les urgences ou les ressources de sevrage.

En ce qui concerne les risques élevés de passage à l'acte, l'expérience accumulée au CIC a démontré de manière remarquable que l'importante place donnée à la parole diminue grandement la tension pouvant habiter une personne, ce qui diminue ainsi la nécessité d'y répondre par un agir. Toutefois, la parole n'étant pas toute-puissante au point de pacifier la tension, l'intervenant doit être attentif à sa limite. Précisons qu'il s'agit ici de la limite de la parole du sujet, et non de celle de l'intervenant à supporter la tension du sujet. Dans ces cas, un milieu plus encadrant (hospitalisation, par exemple) peut être recommandé.

Parcours type du patient au sein du CIC

Il existe quatre portes d'entrée pour un hébergement : 1) par le biais d'une référence provenant d'un intervenant de l'extérieur (centre hospitalier, CLSC, intervenants d'une ressource, professionnels en privé, un tiers); 2) à la suite d'une évaluation au service externe ambulatoire du CIC; 3) par la personne elle-même et 4) à la suite d'une évaluation au service psychosocial dans le milieu. Dans les quatre cas, les mêmes conditions d'admission prévalent : qu'il y ait crise; que la personne soit âgée de 18 ans ou plus et qu'elle puisse soutenir un pacte verbal de non-passage à l'acte (lorsque cela s'applique).

La prise en charge clinique couramment pratiquée au CIC comprend une phase d'évaluation, une analyse des données recueillies et leur interprétation, les séries des hypothétisations cliniques ainsi que des modalités d'intervention et la fin de la prise en charge et bilan.

La première étape consiste en un entretien préliminaire à l'admission, réalisé par un intervenant du centre, appelé agent de relations humaines (ARH) ou un intervenant psychosocial (IPS). Lors de cette première rencontre, le professionnel du centre s'entretient avec le bénéficiaire sur le contexte de la crise qu'il traverse pour ensuite

en consigner l'information dans l'*Évaluation initiale rigoureuse* comprise dans le dossier. Lors de cette première rencontre ou celle qui suit, l'intervenant relève la situation et les antécédents sociaux et familiaux du bénéficiaire qu'il consigne dans l'*Histoire familiale et sociale*.

Ainsi, l'évaluation de la situation du patient débute par une exploration de la souffrance psychique, voire de la situation perçue insurmontable et de son histoire familiale et sociale. L'évaluation s'appuie sur des balises bien définies. Elle permet de recueillir des données cliniques sur la détresse du client, des facteurs déclenchant, favorisants ou aggravants, ses mécanismes de défense, la disponibilité ou non de réseaux et leurs rôles significatifs dans sa vie et ses antécédents personnels et familiaux. Ces données permettent de définir des indices de faisabilité de l'intervention et de formuler les modalités de la prise en charge.

Suivant l'*Évaluation initiale rigoureuse* et l'*Histoire familiale et sociale*, l'ARH fixe des objectifs orientant les interventions durant le séjour. Les objectifs qui visent le dénouement de la situation de crise se doivent d'être concrets et réalistes. Ils seront consignés dans les *Objectifs et moyens d'intervention*. D'autres objectifs peuvent être ajoutés ultérieurement.

L'ARH ayant débuté l'évaluation assigne les autres intervenants du centre qui seront au dossier pour les dix jours du séjour. Il nomme ensuite les trois ARH principaux, c'est-à-dire les intervenants qui participeront davantage au dossier du bénéficiaire. Ces derniers possèdent donc une priorité sur les décisions importantes (telles que la prolongation ou la cessation du séjour).

À l'étape de l'intervention, le but est avant tout de favoriser le dénouement de la situation de crise que vit la personne qui demande de l'aide. Les intervenants offrent

les conditions facilitant ce dénouement en favorisant la prise de parole chez la personne en crise. Les rencontres durent en général 45 minutes, mais cette durée peut varier puisque dans certains cas la flexibilité est de mise. Par exemple, il n'est pas souhaitable de prolonger une rencontre qui deviendrait une source d'angoisse intense ou encore, il peut aussi être préférable de prolonger une rencontre qui favoriserait une diminution de l'urgence.

Lorsque le séjour prend fin, une ultime rencontre est effectuée afin de faire le bilan du séjour. À l'issue de cette rencontre, l'intervenant remplit l'*Évaluation au terme de l'entente : client*. L'intervenant quant à lui, dresse généralement le bilan du séjour selon sa propre perspective dans l'*Évaluation au terme de l'entente : intervenant*. Cette dernière évaluation permet de faire le bilan du séjour du client en tenant compte des difficultés formulées à son admission, du point de vue du client et du point de vue de l'intervenant. De plus, cette évaluation permet de communiquer au professionnel ayant référé le client les informations nécessaires pour le suivi post-crise et ce, dans le respect des règles de l'éthique et de la déontologie relatives au respect de la confidentialité. Enfin, l'évaluation de l'intervenant sert à formuler, s'il y a lieu, des considérations cliniques en tenant compte de l'évaluation individuelle du client, de son histoire familiale, des pronostics ou pistes de vigilance pour les services ultérieurs.

Le séjour au CIC est d'une durée de dix jours au maximum, à l'exception d'une prolongation. Cependant, cette durée ne constitue pas en soi un objectif. Un ARH peut interroger avec son client la possibilité de mettre un terme à son séjour avant le dixième jour s'il le juge pertinent, par exemple, lorsqu'il y a lieu un désinvestissement de ce dernier. Dans certaines situations bien précises (état aigu de dépression, attente d'une place en ressource d'aide ou d'autres situations

particulières), il est possible de prolonger le séjour du résident. Une telle décision revient principalement à l'ARH assigné au dossier.

Il peut arriver qu'un résidant ne soit plus capable de soutenir son pacte de non-passage à l'acte lors d'une crise suicidaire et/ou que le cadre du CIC s'avère insuffisant à favoriser un dénouement de la crise. Dans ce cas, une référence à l'urgence de l'hôpital s'avère nécessaire. L'intervenant doit ici bien évaluer le risque de passage à l'acte. Si celui-ci est élevé, il fait alors appel aux ambulanciers (911).

Il peut aussi arriver qu'un résidant ne respecte pas une règle de vie. L'intervenant doit évaluer si cela fait obstacle au traitement de la crise ou si cela perturbe la vie de groupe des autres résidents. Il peut alors être amené à décider de mettre fin à son séjour. Bien que non obligatoire, la consultation des collègues est encouragée.

Un résident peut aussi décider de mettre fin à son séjour avant dix jours. Dans ce cas, l'intervenant l'invite à parler de sa décision afin d'en comprendre les raisons. Si l'intervenant ne juge pas pertinent que le résident mette fin à son séjour, il lui en fait part sans pour autant insister. Si ce dernier maintient sa décision, le séjour prend fin et l'intervenant fait une rencontre bilan.

Intervention et travail clinique

La durée des rencontres de suivi individuel avec la clientèle est établie à 45 minutes, quoi qu'elle puisse varier, l'intervenant jugeant de la prolongation des entretiens si nécessaire.

En général, les résidents du centre sont rencontrés deux fois dans une journée, la présence aux deux rencontres par jour n'étant pas une condition absolue demeure très souhaitable, toutefois, une rencontre par jour peut aussi être acceptée, par exemple,

lorsqu'un client travaille (s'il ne peut pas être en arrêt de travail mais nécessite un hébergement); ou lorsqu'il va à l'hôpital de jour. Il convient cependant d'évaluer la compatibilité de ces deux traitements.

Hormis les suivis cliniques, certains services de soutien sont offerts durant la nuit. L'intervenant de nuit s'assure des règlements internes comme, par exemple, l'heure du coucher, et demeure disponible auprès des résidents (notamment pour de brèves bien qu'exceptionnelles rencontres). Lorsqu'une demande d'intervention hors du Centre est requise la nuit, elle se fait en équipe de deux (dont un intervenant psychosocial). Ceux-ci effectuent l'évaluation et orientent le client en fonction des besoins.

Les notes quotidiennes constituent un outil très important afin d'assurer la continuité de l'intervention d'un dossier. À la suite de chaque rencontre, l'intervenant écrit lisiblement une note permettant aux autres intervenants du dossier d'obtenir une idée assez précise de l'orientation du séjour du résident (ou des rencontres externes). Les notes rendent compte des thèmes abordés durant la rencontre tout en relatant les interventions effectuées (s'il y a lieu). Elles permettent non seulement la transmission des consignes et décisions aux autres intervenants du dossier, mais aussi de formuler les impressions et les questions cliniques qu'a suscitées la rencontre. Le contenu de ce que les patients rapportent en situation de crise est confidentiel et demeure au sein de l'équipe des intervenants.

Un intervenant du centre rencontre en groupe l'ensemble des clients hébergés chaque matin. C'est lors de ces réunions que les résidents se voient attribuer leur ARH ou intervenant psychosocial de la journée ainsi que les heures des rencontres et les tâches quotidiennes.

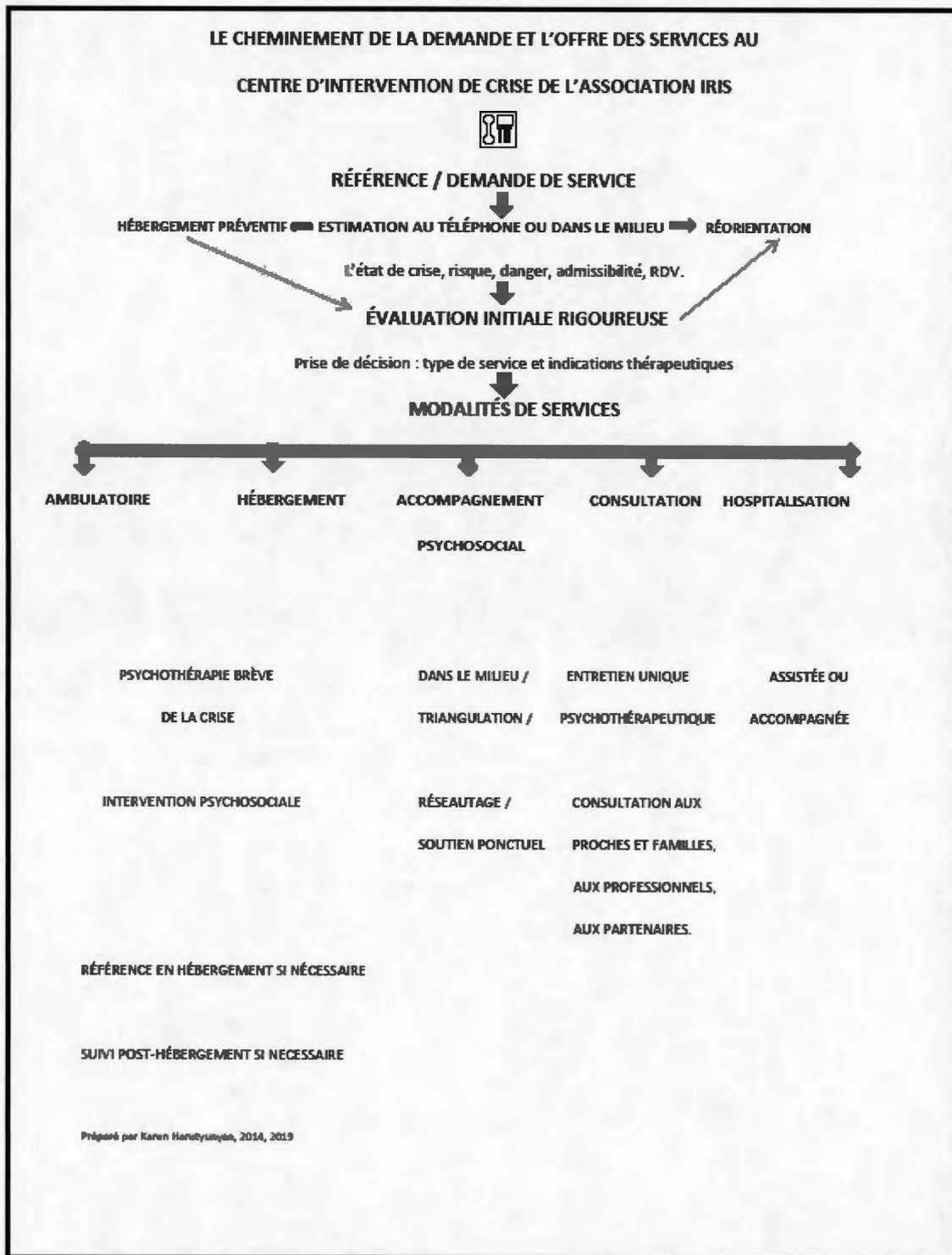
À 15h et 23h30, les intervenants assistent aux changements de quart de 45 minutes transmettent à ceux qui les suivent des informations sur les rencontres qu'ils ont eues. Ce temps est aussi une occasion de discuter avec les collègues des difficultés qui peuvent avoir été rencontrées avec certains résidents.

Une réunion clinique hebdomadaire d'équipe du Centre d'intervention de crise rassemble les intervenants en lien avec les mêmes patients et ce, en absence de ces derniers. Le but d'une telle réunion est la discussion et l'échange entre intervenants les concernant.

Le patient, hormis d'être un demandeur d'un service et d'en être usager, demeure avant tout un sujet avec un corps propre, une histoire propre et un mode particulier de rapports à son milieu social. Pendant la réunion d'équipe, chaque intervenant apporte quelques fragments d'expériences obtenues avec ce patient et les partage avec les autres membres de l'équipe, un des buts premiers de la réunion étant d'assembler ces différents fragments d'expériences. En ce sens, la réunion devient une opération de reconstruction. La méthode psychanalytique s'avère fort utile à ce moment et, se résume à peu près ainsi : d'abord et surtout, se trouve le principe fondamental de la liberté d'expression du patient, ce dernier pouvant exprimer tout ce qui lui passe par la tête, obligeant ainsi la présence d'une écoute. L'intervenant, quant à lui, laissera de côté tout son savoir pour être à l'écoute du patient. Ce faisant, les éléments significatifs qui aideront ce dernier à reconstruire des fragments isolés de son histoire émergeront afin qu'il puisse en prendre conscience.

Le cadre de référence du Centre suppose que cette méthode puisse être reproduite dans une logique d'équipe. En ce qui a trait au principe fondamental, chaque membre de l'équipe demeure à l'écoute du patient lui permettant l'expression libre de sa pensée. Le même principe est appliqué lors des réunions cliniques entre les membres

de l'équipe concernant le patient : les intervenants devront mettre de côté leurs savoirs afin de faire émerger des éléments significatifs permettant de reconstruire les fragments isolés d'expérience de chacun, et ce, dans le but de réaliser une véritable écoute.



Derniers développements au Centre d'intervention de crise (2008 – 2018)

Dans le contexte de l'entrée en vigueur de la Loi 21 sur la psychothérapie au Québec (*Gazette officielle du Québec* le 5 octobre 2011), la direction générale de l'Association IRIS a décidé d'adresser une demande d'analyse et de recommandations à l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). L'objectif de cette démarche était d'établir si la pratique clinique du Centre d'intervention de crise IRIS peut être considérée comme thérapeutique et soumise à l'encadrement en termes de la loi 21. L'Association IRIS souhaitait ainsi préserver l'orientation clinique psychanalytique qui fonde sa singularité et à partir de laquelle une expertise pour sa clientèle en crise se développait.

Dans sa réponse officielle et basée sur l'analyse des dossiers fournis (dont l'anonymat fut respecté), l'OPQ a reconnu la pratique clinique d'intervention de crise effectuée au CIC IRIS comme psychothérapeutique et depuis 2012, chaque ARH embauché au CIC doit être détenteur d'un permis ou admissible au permis de psychothérapeute.

Notons un autre changement important suite à nos préoccupations liées aux problèmes de communication, d'écriture et de lisibilité des notes : un système complètement informatisé (Intégratik) a été implanté en mi-juin 2017 dans tous les services de l'Association IRIS, et au CIC en premier. L'implantation de ce système a permis de rendre les notes claires et lisibles. L'informatisation du travail d'écriture permet une meilleure gestion de temps et une cohérence d'équipe.

En tant que coordinateur clinique, nous avons été directement impliqués dans toutes les phases de l'informatisation allant de sa conception et de son développement, à son implantation et la mise en place d'une équipe des « super user » pour ensuite former l'équipe des intervenants à son utilisation quotidienne et assurer leur supervision.

CHAPITRE II

PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Suite à la présentation du contexte-milieu-fonctionnement dans lequel se déroule la présente recherche, nous procéderons à la formulation de la problématique.

À l'Association IRIS dont le Centre d'intervention de crise demeure l'un des services, l'écoute singulière de la souffrance de l'individu, propre à la méthode psychanalytique, se voit effectuée « à plusieurs ». Plus précisément, le processus de l'intervention thérapeutique auprès d'un même patient est réalisé par plusieurs intervenants (généralement trois ou quatre). Parallèlement, chaque intervenant établit des liens avec plusieurs patients en même temps et dans un même lieu.

Cette particularité du travail « à plusieurs » a marqué notre intérêt de chercheur et elle est devenue l'objet principal de nos questionnements comme psychothérapeute psychanalytique et comme coordonnateur clinique de l'Association IRIS. Il convient ici d'aborder la notion de l'application de la psychanalyse. En effet, la psychanalyse étant unique dans sa définition, ses applications sont multiples, variant selon les contextes cliniques et les pratiques.

C'est précisément dans cette optique que nous nous intéressons à la pratique clinique du Centre lorsque chaque intervenant est confronté à la diversité complexe des

registres et d'interprétations qu'elle puisse comporter. Cette diversité touche à plusieurs aspects : la nature de la demande, la formulation psychodynamique de l'hypothèse clinique du cas, les transferts et leur analyse ou leur maniement, le processus interprétatif ainsi que la conclusion du traitement.

En effet, chaque intervenant peut proposer une réponse ou une formulation qui convient et ses propos peuvent avoir des répercussions sur l'ensemble de la pratique clinique au sein de l'équipe. Une telle pratique met donc l'accent sur une inter-responsabilité reflétant une unité de base, même si ses composantes relèvent des compétences diverses. La praxis qui en découle se distingue donc de la pratique de l'entretien de suivi individuel, dans la mesure où ce ne sont pas l'écoute, ni la responsabilité d'un seul professionnel impliqué, mais celles de trois ou quatre intervenants.

Dans le contexte de travail du Centre d'intervention de crise IRIS, la référence aux lignes directrices s'avère nécessaire, tant pour la continuité de l'intervention auprès des personnes en crise que pour le maintien de la vivacité de l'équipe des intervenants. Comme nous l'avons déjà souligné, cette équipe n'est pas multidisciplinaire, car il ne s'agit pas de plusieurs discours et pratiques autour d'un même objet. Elle est au contraire constituée d'intervenants ayant une conception théorique de la crise et de son intervention relativement semblable, bien que non-homogène. En effet, les différences et les positions uniques des cliniciens devraient être mises en relation afin d'acquérir un aspect plus global. La perspective particulière peut convenir aux questions cliniques plus générales.

Ainsi, construite autour de deux axes complémentaires, la contextualité dynamique de l'intervention de crise et le processus thérapeutique effectué par une équipe des intervenants auprès d'un même patient, notre recherche propose d'explorer et

réfléchir sur les particularités de ce dispositif de travail thérapeutique « à plusieurs », dans le cadre composé des concepts issues de théories psychanalytiques.

2.1. Objectifs de la recherche

L'objectif général est d'explorer les spécificités du processus de travail clinique à plusieurs. Ensuite nous formulerons les recommandations.

CHAPITRE III

NOTIONS DE BASE ET RECENSION DES ÉCRITS

Afin de cerner les aspects du processus d'intervention de crise effectuée par une équipe et un processus d'intervention « à plusieurs », notre revue des écrits sur le sujet sera axée sur la psychanalyse comme théorie de référence et comme méthode d'investigation des processus psychiques individuels et groupaux. Nous étudierons la place de la psychanalyse comme approche théorique du Centre d'intervention de crise et c'est dans cette perspective que nous nous attarderons sur la définition de la crise, de l'intervention de crise, de la demande et de l'écoute psychanalytique, du processus thérapeutique orienté par la théorie psychanalytique et finalement, nous aborderons la pratique à plusieurs en tant qu'objet d'intérêt particulièrement central de notre démarche exploratoire. Notre recension de la littérature ne prétend pas à l'exhaustivité, elle tente plutôt de repérer les écrits pertinents sur le travail thérapeutique effectué à plusieurs et d'étudier le fonctionnement des groupes centrés sur la tâche thérapeutique.

3.1. Notions de base pour quelques concepts opérationnels

Pour mieux définir ces concepts théoriques, nous allons leur donner un contenu opératoire, c'est-à-dire qu'à chacun de ces concepts théoriques, nous allons faire correspondre un ou plusieurs concepts opératoires.

3.1.1. Intervention de crise

L'exploration de l'intervention de crise se situe au point de rencontre de deux courants majeurs dans l'histoire contemporaine de la santé mentale, il s'agit d'un côté, des stratégies mises en place dans la communauté, en particulier par les équipes soignantes du secteur psychiatrique et d'un autre côté, des applications de diverses thérapies aux pathologies graves par les centres d'intervention de crise.

Les stratégies d'intervention dans la communauté prennent des formes tellement diverses qu'il faut souvent une description assez précise du dispositif utilisé pour bien comprendre à quels patients ces structures s'adressent et quels sont les traitements qui y sont administrés (Declercq et al. 1998).

Le Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS essaie d'offrir une approche psychothérapeutique d'intervention de crise d'orientation psychanalytique. Ce qui détermine surtout l'application de l'approche psychanalytique dans ce contexte, c'est l'écoute analytique et les interventions qui prennent en considération les processus psychiques.

Bien évidemment, l'accompagnement psychosocial fait partie indissociablement de l'intervention offerte par les intervenants psychosociaux.

3.1.2. Demande et écoute psychanalytique

La demande, au sens psychanalytique du terme, est toujours double : étant une parole, elle n'arrive jamais à désigner exactement l'objet voulu qui, à son tour, renvoie à l'inadéquation fondamentale entre chose et langage. En effet, la demande est un énoncé qui suppose une interprétation. Selon Nasio (2006), la demande est une

coupure signifiante ce qui équivaut à dire qu'elle rate son objet, c'est-à-dire, qu'elle transforme l'objet réel qu'elle vise en une abstraction mentale, une image hallucinée et c'est cette image précisément que nous appelons objet du désir. Donc, lorsqu'un sujet parle et formule une demande, il s'agit toujours d'une demande d'autre chose. Aulagnier (1965) précise que toute parole a comme envers indissociable l'écoute de l'autre que cet autre soit projeté sur l'interlocuteur réel ou qu'il soit phantasmé dans son absence. Donc toute demande implique de l'écoute dans sa structure. Le désir qui s'y loge est articulé à la chaîne signifiante et il n'est pas possible de l'articuler comme tel. Le désir est à entendre au-delà et en deçà de la demande. Voici comment se définit la place à partir de laquelle est supposée s'articuler la disponibilité et l'écoute des cliniciens du Centre d'intervention de crise IRIS.

Dans plus de 50 % des cas traités au Centre, c'est un professionnel de la santé ou des services sociaux qui présente la première demande du patient, avant même qu'on puisse parler à ce dernier en personne. Dans ces cas précis d'une chaîne représentationnelle, en général, une divergence importante est constatée entre la formulation du référant et celui du patient. Le dédoublement de la demande reste toujours à déchiffrer. Cela permet au patient, en tant que sujet de son discours narratif, d'être mieux positionné pour produire une parole qui porte sur sa propre demande. Dans ces situations ce type de client considéré souvent comme ayant une organisation psychique « trouble limite » ou « dépendant affectif », aura plus de chances de s'introduire dans un processus thérapeutique de désidentification et de la désaliénation, et de s'entendre à travers ses propres énoncés.

Incontestablement, la place privilégiée d'écoute d'une demande reste l'entretien d'évaluation à l'admission qui, dans certains cas, prend la forme d'un entretien préliminaire au sens psychanalytique du terme. Ceci étant dit, l'effort est fait pour ne pas confondre la demande d'une personne qui est référée au Centre pour des raisons

préventives d'un passage-à-l'acte potentiel et celle qui a fait un choix volontaire de consulter un psychothérapeute.

3.1.3. Transfert et contre-transfert

Le transfert peut être défini comme « un processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique » (Laplanche et Pontalis, 1967). Le contre-transfert quant à lui représente « un ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche et Pontalis, 1967).

Le transfert est une forme spécifique de distorsion perceptuelle interpersonnelle (Racker, 1968) dans lequel une personne déplace ou transfère des conflits infantiles internes sur les situations et objets actuels d'une manière qui est hors de propos et inappropriés (Blechner, 1992; Fenichel, 1946). Selon Freud (cité dans Mitchell & Black, 1995), dans la relation thérapeutique les pensées et les sentiments conflictuels qui constituent le noyau de difficultés du patient sont généralement transférées sur l'analyste, qui devient un objet de désir intense, d'amour et / ou de haine. Kohout (cité dans Mitchell & Black, 1995) qui a étudié le *transfert narcissique*, en a identifié trois types, chacun reflétant un type différent d'expérience de l'objet personnel nécessaire dans l'enfance. *Le premier - transfert en miroir* - est un puissant attachement à l'analyste, qui nécessite de sa part de réfléchir et sauvegarder les expériences, l'enthousiasme et les perceptions de soi-même. *Le second type est le transfert idéalisant*, dans lequel le patient considère l'analyste aussi parfait que merveilleux et se sent lui-même de plus en plus fort et important en raison de son lien avec cet autre important. *Le troisième type est le transfert alter-ego*, dans lequel le patient aspire à ressentir une ressemblance essentielle à l'analyste, en termes de ressemblance de

fonctions significatives. Dans un groupe, différentes formes de transfert peuvent se produire simultanément entre les membres, et entre les membres et le chef, créant une toile d'araignée virtuelle en attente de résolution par le travail d'analyse groupale.

Une pratique d'intervention de crise orientée par la psychanalyse doit prendre en compte la dimension transférentielle. De la prise en compte de cette expérience spécifique de l'orientation psychanalytique émergent les principaux concepts psychanalytiques. Ces concepts aident à penser une clinique de la crise, permettent d'interroger les inévitables difficultés que rencontre une pratique d'intervention de crise, et finalement soutiennent une éthique digne des coordonnées subjectives inhérentes à la condition humaine.

3.1.4. Processus thérapeutique

Lorsque nous considérons le processus thérapeutique offert au Centre d'intervention de crise IRIS, un nombre de questions se pose par rapport à la possibilité d'utilisation de l'approche psychanalytique. Il s'agit de certains aspects et paramètres du cadre et du fonctionnement du Centre dont la durée de l'intervention, qui ne dépasse pas souvent deux semaines, la demande qui n'est pas adressée pour un traitement psychanalytique, la gratuité des services, la façon dont l'analyse de transfert n'est souvent pas utilisée, les acting-in ou acting-out repérés et traités dans le contexte du travail clinique en équipe, etc. Certes, la disponibilité de l'écoute analytiquement orientée de chaque intervenant, en tant qu'une composante centrale, y demeure sans pour autant être suffisante pour décrire le processus thérapeutique dans toute sa complexité.

3.1.5. Processus thérapeutique « à plusieurs »

La référence à théorie commun est une condition nécessaire à une pratique consistante, mais elle n'est pas suffisante pour qu'il soit incarné, mis à l'épreuve dans l'expérience quotidienne par l'intervenant qui s'y réfère et aussi qu'il soit mis en question par lui. S'il est préférable qu'une pratique à plusieurs s'oriente vers un discours commun, encore faut-il que ce discours soit pertinent quant à ses repères cliniques.

Notre recherche tient compte de ces phénomènes fondamentaux et s'élabore en tentant d'élucider les parties cachées, ignorées et refoulées par la dynamique inconsciente, qu'elles soient individuelles ou groupales et ce, dans le contexte d'une prise en charge thérapeutique à plusieurs.

3.1.6. Construction d'un cas

Le travail sur la construction de cas est toujours accompagné par une tentation de rapporter avec précision tous les éléments qui en ont marqué le déroulement. Pour autant, cette transcription rend-elle compte des bouleversements que le travail de l'analyse introduit dans l'organisation fantasmatique et identificatoire qui constitue l'histoire psychique du patient? Entrer dans le récit serait alors beaucoup plus pertinent que de suivre le déroulement de l'histoire en imaginant les enchaînements du fil narratif attendu. En effet, le fait d'explorer les relations narratives en passant d'un mot à l'autre doit coïncider avec l'être-là du récit auquel nous serions alors conviés. Le sens en effet n'est pas au bout du récit, il le traverse.

3.2. Recension des écrits

3.2.1. Approche psychanalytique et états de crise

Crise

Ce qu'on appelle *une crise* n'est pas seulement un état de danger à résorber mais c'est aussi un moment propice à la revitalisation ou à l'apparition de nouveaux questionnements, une exigence de changement au risque d'une véritable tragédie dans la vie d'une personne. « *Crisis* (du grec *krinomai*), c'était jadis le moment du jugement, des décisions à prendre, un croisement qui imposait une option plus ou moins urgente sur la route à suivre, Œdipe au carrefour de Thèbes, face au Sphinx » (Guillaumin, 1979). La découverte freudienne assigne à chaque formation psychique *un processus critique* que ce soit le symptôme, le rêve ou le transfert.

La crise peut être définie comme un moment relativement aigu de rupture dans l'équilibre intrapsychique et/ou interpersonnel. Les expressions de la crise, tant au niveau de l'économie psychique que sur les plans dynamique et topique, sont différentes en fonction de l'organisation psychique de la personne (névrotique, psychotique, perversion, limite, astructurel) telle que décrite par Freud (2010), Bergeret et al. (2012) et Lacan (1966).

Les défenses, la symptomatologie ainsi que le degré de la régression et de désorganisation font objet d'appréciation clinique. La capacité de l'intervenant à effectuer un diagnostic différentiel ne serait pas toujours évidente, étant donné que l'intensité de la souffrance et l'urgence de la prise en charge deviennent fréquemment prioritaires dans le contexte de la prévention et d'un désamorçage de passage à l'acte autodestructif ou désorganisant chez la personne en crise.

S'il y a une notion, qui relie intimement la pratique thérapeutique à la notion de la crise, c'est probablement la notion de « agir » ou de « passage à l'acte ». En effet, l'existence même d'un centre d'intervention de crise se réfère principalement à la nécessité de prévenir tout acte autodestructeur que ce soit le suicide, l'automutilation, le débordement pulsionnel du corps ou bien les manifestations complexes issues des relations interpersonnelles dysfonctionnelles.

Selon M. Bouvet (1954), d'un point de vue psycho-dynamique, *le passage à l'acte* qui peut avoir lieu dans des états de crise n'est pas un phénomène univoque et simple. Le passage à l'acte réalisé annonce le collapsus du Moi, soumis à la pulsion qui le traverse. Le sujet se trouve alors fermé à la réalité dont il est incapable d'appréhender la valeur. Dans cet acte impulsif la réalité n'est pas départie de la fantaisie du sujet. C'est ainsi que le mélancolique se suicide, certes, parce qu'il se haït au lieu de haïr autrui, mais aussi parce qu'il manque de repérer le lien entre la valeur de réalité actuelle de son acte, de la mort et de sa propre personne. Dans son texte « Deuil et mélancolie », Freud (1917) propose l'hypothèse que dans la mélancolie, le Moi est absorbé et phagocyté par le Surmoi.

En même temps que s'effondrent la capacité de l'appréhension de la réalité et sa distinction d'avec le fantasme, s'effondre le lien actuel du sujet à autrui. L'acte psychotique impulsif étant un acte solitaire, l'expérience montre que le passage à l'acte apparaît au moment où la relation se rompt, s'amenuise ou devient problématique. Ici, comme il en est pour un névrotique, le psychotique agit parce qu'il manque de comprendre, l'action remplace l'expression verbale et elle en est l'expression adressée au thérapeute d'une façon la plus pressante. Bouvet (1954) avance que dans le cadre d'un transfert d'une extrême intensité, la menace de passage à l'acte peut aussi devenir une possibilité.

La compréhension psycho-dynamique du passage à l'acte psychotique se schématise autour de deux pôles. L'un de ces pôles est celui d'impuissance et de solitude. Dans un état d'absence, de rupture de transfert ou de perte de contact avec la réalité, le passage à l'acte risque effectivement de se réaliser. L'autre pôle est celui de la défense. Ici, dans un état de conflit vécu par le patient dans le transfert établi, le passage à l'acte constitue essentiellement une menace et une réaction adressée à une réalité méconnue. La compréhension du fonctionnement de ces deux pôles permet de situer la valeur dynamique de chaque passage à l'acte, et sur cette appréciation s'oriente l'attitude nuancée qui doit être celle du psychothérapeute orientée par la théorie psychanalytique.

3.2.2. Modalités d'organisation de travail à plusieurs

La littérature psychanalytique met en évidence que la pratique à plusieurs est incontestablement dominante surtout dans son application institutionnelle (Aichhorn, 2000; Bettelheim, 1970; Di Ciaccia, 1989; Oury, 2001; Racamier, 1993; Tosquelles, 2014;). Toutefois, lorsqu'on pose la question du rapport de la psychanalyse et de l'institution, il en ressort trois axes distincts : l'un concerne la présence des psychanalystes dans les institutions, les psychanalystes travaillant ensemble dans les institutions et la place que la psychanalyse y occupe. Ces trois contextes impliquent des stratégies différentes à utiliser dans les institutions.

Les institutions qui ont chacune leur histoire et leur particularité, répondent toutes à une nécessité clinique et sociale, c'est-à-dire qu'il est nécessaire pour certains sujets, hors lien social, de se trouver accueillis, pour un certain temps tout au moins, en institution, c'est-à-dire dans le cadre d'une pratique à plusieurs. Lorsqu'on parle de la pratique à plusieurs, il ne s'agit pas, en usant de ce terme, de le porter à la normativité, mais plutôt d'en préserver le caractère d'invention qui ne s'objecte pas à

d'autres pratiques et qui demande tact et réinvention à chaque fois qu'elle est rendue effective (Di Ciaccia 1989; Stevens, 2002; Zenoni, 2009).

Deux institutions d'orientation lacanienne pour enfants psychotiques et autistes, Le Coutil et L'Antenne 110, fondées en Belgique, ont développé un concept singulier qui définit la position des intervenants de ces institutions. Cette position parie sur les découvertes et les inventions de chacun, tant les enfants que les intervenants et accueille le savoir qui émerge dans le temps de la création.

Élevée au rang de méthode depuis Di Ciaccia (« la pratique à plusieurs » utilise le facteur du « multiple » et ce, dans le but de favoriser chez les différents intervenants une destitution subjective, une rature moïque nécessaire au travail avec le sujet psychotique. En produisant cette rature et en destituant celui qui serait mis à la place d'un sujet supposé savoir, cette pratique pluralise le transfert tout en tempérant les effets de persécution et d'érotomanie relatifs à l'érection du « sujet supposé savoir » (Lacan, 1966) chez le sujet psychotique. C'est par ces limites que « la pratique à plusieurs », en tant que méthode, trouve sa pertinence. Cette pratique n'a rien à voir avec ce que l'on rencontre à l'occasion dans une équipe pluridisciplinaire composée de spécialistes invités à faire usage du savoir constitué, appris à l'université pour agir sur le symptôme. Dans chaque institution, selon son style, tout le fonctionnement est pensé dans une logique de partenariat avec le sujet, pour tempérer la jouissance, pour que se tisse une forme de lien social.

C'est l'obligation du travail avec les sujets psychotiques qui a poussé les psychanalystes à inventer le travail institutionnel où plusieurs intervenants sont impliqués ensemble.

Cependant, nous pouvons constater que la pratique clinique dans un Centre d'intervention de crise « à plusieurs » n'est documentée nulle part dans la littérature psychanalytique. L'objet de notre recherche (la pratique à plusieurs dans un centre d'intervention de crise) tient compte de l'approche psychanalytique et de la particularité du dispositif des soins très spéciaux propres à ce lieu.

Voici quelques points importants qui nous permettent de souligner les difficultés d'application de la notion de pratique à plusieurs pour notre recherche telle qu'utilisée dans les sources précédemment mentionnées :

Dans les institutions d'orientation lacanienne pour les enfants psychotiques, la pratique « à plusieurs » est une réponse créative à utiliser comme une modalité de la relation thérapeutique. Dans un Centre d'intervention de crise, cette qualité de la pratique est à découvrir. Au moins, pour l'instant, aucune source documentée sur le fonctionnement du Centre ne contient des consignes méthodologiques directes par rapport à l'application de cette approche. Le cadre de référence tient compte de l'existence et de l'importance de ce phénomène, mais ne le développe pas plus loin.

La pratique à plusieurs s'inscrit dans la théorisation des psychoses et ne peut pas en être séparée. À son tour, cette théorisation oriente la clinique à plusieurs en y inscrivant chaque clinicien individuellement en tant que garant de son opérationnalisation. Dans un Centre d'intervention de crise, à l'opposée, il n'y a aucune théorisation plus ou moins explicite sur la place et la fonction du travail à plusieurs comme une composante opérationnelle et clinique.

Dans un article intitulé *La pratique « à plusieurs »: matrice de résilience pour les thérapeutes et les patients*, Courtois et Mertens de Wilmars (2005) abordent l'importance des réponses thérapeutiques souples et créatives devant les nouvelles

symptomatologies, leur complexité et leur mouvance qu'un thérapeute ne saurait pas donner lorsqu'il agit en solo. Les auteurs suggèrent que l'équipe devient l'incontournable instrument de cette créativité puisque les modalités de travail à plusieurs duos, trios, avec recours à l'équipe ouvrent, sous certaines conditions, de nouvelles possibilités. Il s'agit, entre autres, des particularités de travail en équipe auprès différents types de patients. Notamment, lorsque les patients ont un faible degré de différenciation de soi, la co-thérapie permet de multiples interactions, et en offrant une relation avec un tiers, elle garantit une certaine distance, une certaine sécurité. C'est aussi le cas pour les patients qui considèrent le thérapeute comme un persécuteur potentiel. Dans le cas de la prise en charge de certains adolescents, la nécessité de travailler conjointement avec le système parental se fait d'emblée sentir. Ces entretiens croisés impliquent de la part des thérapeutes impliqués un lien dans une juste distance, une juste différenciation. Lorsque l'histoire intergénérationnelle est envahissante, comme, par exemple, lorsque l'histoire de la personne est trop intriquée à son système d'origine et d'appartenance, il y aurait une nécessité d'avoir des informations sur l'origine du couple parental, sur l'aggravation des conflits, sur les raisons du divorce, etc. Mais au-delà et en deçà de ces éléments dits objectifs, c'est certainement la représentation qu'un thérapeute a d'une situation, les émotions qui y sont liées qui guident le choix d'un tel dispositif (Courtois et al, 2005). C'est dans l'interface entre la réalité interne et externe, l'intimité et la socialisation avec d'autres (binôme, trio, équipe) que se situent les possibilités émergentes. Les auteurs soulignent que l'équipe est un milieu en soi, organisé par des mythes, des rites, une ambiance propre et par un projet particulier et ils considèrent le travail à plusieurs particulièrement adapté dans les situations décrites ci-haut.

Nous estimons que l'utilisation de la métaphore de la poupée par ces auteurs (les poupées russes imbriquées l'une dans l'autre) est essentielle dans la mesure où celle-ci est au centre et s'avère le noyau de la pratique à plusieurs avec ses configurations

multiples, d'autant plus que la poupée est comprise dans toutes les autres. Ces dispositifs imbriqués et articulés les uns dans les autres s'apparentent à une matrice dans le sens organique du terme. Nous pouvons dire que la recherche que nous poursuivons vise à explorer ce tissage, ce tricotage et ce maillage de fils que nous allons chercher à élucider. Elle se différencie des sources citées par son questionnement sur plusieurs points. Notamment, notre intérêt ne porte pas uniquement à l'utilité du dispositif à plusieurs comme d'une forme de défense nécessaire pour affronter les nouvelles pathologies, mais aussi à mieux comprendre le processus qui est façonné par ce dispositif.

3.2.3. Dynamique groupale et processus thérapeutique

Diverses théories sur le groupe et processus groupaux

Le concept de contrat narcissique

Le concept de contrat narcissique a été développé par Castoriadis-Aulagner en 1975.

Le corps social, que l'auteur désigne comme l'ensemble, et l'individu qui y accède ou qui en fait partie, sont liés par un contrat rédigé en termes de narcissisme.

Ce que l'on peut penser être son interprétation de l'identification primaire chez Freud, mais avec un accent particulier sur l'importance donnée très précocement dans la vie de l'infans (terme de Sándor Ferenczi, désigne l'enfant qui n'a pas encore acquis le langage) à sa relation à l'ensemble, via le porte-parole, mais également par la présence de la « scène extra-familiale », conceptualisée dans le « contrat narcissique » (Castoriadis-Aulagner, 1975, p. 169)

« Le passage par une institution commune (désirs, règles, actions) permet de faire ce que l'on appelle une « bascule topique », c'est à dire ou ce qui est dans le désir inconscient (et conscient) de chacun est retrouvé dans les idéaux et le narcissisme du

groupe. Le plaisir individuel peut alors être atteint au prix des exigences et des règles imposées par le milieu. ». (Missenard, 1979).

Cette notion est d'autant plus importante que l'inscription de chaque clinicien dans le Centre d'intervention de crise depuis son embauche est accompagnée par un processus d'intégration progressif au sein du groupe de travail clinique et institutionnel. Durant le processus de l'intégration et de l'immersion dans le corps collectif, le désir individuel des plusieurs recrues rencontre, fait face aux idéaux et au narcissisme du groupe, aux éléments constituant la culture institutionnelle implicite. Le destin de l'évolution et de l'épanouissement de l'intervenant dépendra fortement de sa capacité de tenir sa propre position subjective dans le cadre institutionnel et groupal.

W. Bion et l'école britannique : les représentations du groupe

Tomasella (2000) partage l'opinion de Bion (1961), que l'appartenance d'un individu à un groupe déforme la perception de son expression personnelle. Cette expression passe, sans qu'il le sache, à travers le filtre de ce qui est dicible au sein du groupe et recevable par ses membres. Ainsi l'expression individuelle devient-elle un aspect du groupe, dans un souci de protéger son économie interne (très largement inconsciente pour ses membres). Le paradoxe réside dans la croyance tenace que chaque sujet, lorsqu'il parle, le fait en son nom propre, alors qu'en tant qu'appartenant au groupe, c'est aussi et surtout au nom du groupe qu'il s'exprime. (Bion, 1961). Selon Bion (1961) chaque groupe serait ainsi régi dans son fonctionnement par la « mentalité » qui lui est propre. Cette « mentalité du groupe » correspond à l'ensemble de représentations peu ou pas conscientes qui s'imposent à ses participants, comme autant de règles à respecter pour en être un membre légitime. Plus profondément, elle est l'agrégat des constructions et des défenses de chacun des participants face aux angoisses qui naissent de toute tentative d'évolution, vécue comme un danger.

D'après Bion (1961), l'organisation inconsciente du groupe autour d'un système de représentations qu'il appelle « mentalité » trouverait son origine dans la constitution d'un binôme, plutôt fusionnel, de même sexe ou de sexe différent, posant « l'hypothèse de base » à partir de laquelle s'organise le fonctionnement grégaire.

Bion propose trois hypothèses de base génériques:

- « la dépendance » : l'objectif premier est la réalisation, l'affirmation et la pérennisation de l'appartenance au groupe ;
- « l'attaque-fuite » : l'organisation se construit sur la base de l'exclusion de tout élément étranger au groupe ;
- « le couplage » : le rassemblement se fait autour d'un couple (lui-même constitué sur la base d'une attirance sexuelle réciproque) considéré comme l'incarnation d'un modèle parental ou familial idéal.

« La mentalité » du groupe (1961), ressenti comme volonté unanime, est la première source de souffrance individuelle, du fait qu'il entre en conflit avec les désirs personnels de chacun. Dans un groupe suffisamment constitué, délibérément ou non, les participants cherchent à mettre mal à l'aise toute personne qui propose une nouveauté. Ce phénomène que nous retrouvons dans le processus du changement dans les organisations, ou lorsqu'on propose une modification dans le fonctionnement établie. L'arrivée d'un nouveau membre, qui posera des questions sur la raison d'être des règles existantes, peut provoquer une défense au niveau groupal. Devant le danger perçu et fantasmé face aux désirs de transformation, le groupe est mû par « la haine de tout apprentissage par l'expérience » (Bion, 1967).

Il masque alors ce sentiment difficile à exprimer et à élaborer par « le savoir d'instinct, sans évolution et sans apprentissage ». (Bion, 1961, 1967).

Tomasella (2000) met en avant l'apport original de Bion qui situe la juste comparaison entre la relation de l'individu au groupe et celle du nourrisson à sa mère. En effet, la vie au sein d'un groupe provoque, par le biais de processus inconscients de régression (Balint, 1959), des mécanismes archaïques de défense comme l'identification projective, le clivage ou l'idéalisation (concepts clés de l'école kleinienne, développée à partir des écrits de Mélanie Klein). Ainsi en va-t-il de l'adulte qui devient partie prenante de la vie affective d'un groupe déjà constitué : le nouvel arrivant doit faire face à « une perte momentanée de perspicacité, avec une impuissance face à des sentiments violents incompréhensibles » (Bion, 1961). L'inconfort qui résulte de son arrivée au sein du système engendre de part et d'autre des phénomènes persécutifs, soulagés ponctuellement, et de façon toute provisoire, par le recours à la plaisanterie, à la dépréciation, ou en sens inverse à la survalorisation. Face aux conflits internes nés de la proposition d'évoluer émise par l'un des membres, une des façons courantes de réagir de la part du système (groupe) est de favoriser un schisme donnant naissance à deux sous-systèmes: l'un majoritaire et conservateur, défenseur du statu quo, l'autre très minoritaire (du moins au départ) et promoteur de l'innovation.

Le passage du savoir préformé à "l'apprentissage par l'expérience" s'opère par l'acceptation de la dépression (cf. la « position dépressive » de Mélanie Klein, 1946). Un groupe qui n'autorise pas la déprime, ou même la dépression de ses membres, est un système qui risque tôt ou tard de se fossiliser. Seule l'acceptation des moments dépressifs de l'ensemble ou de chacun des participants permet d'explorer les limites des représentations (« hypothèse de base » du groupe notamment), et au niveau individuel, cela permet de se resituer en rapport à son désir ainsi qu'aux frustrations qu'implique la présence des autres avec leurs propres désirs (Tomasella, 2000). Les moments dépressifs rendent également possible le repli sur soi. Cela permet à la personne un contact avec sa réalité intérieure, unique baromètre des actions qu'elle est

à même de poser. C'est aussi le baromètre des initiatives qu'elle est capable de prendre en fonction des qualités qui sont les siennes, et non plus pour répondre à la demande réelle ou supposée du groupe (« idéal du moi » et « surmoi » du groupe).

L'illusion groupale d'Anzieu

Anzieu (1984), quant à lui, parle de l'illusion groupale où se fonde la réalisation des désirs d'un inconscient collectif. L'auteur nous introduit également à l'origine du mot « groupe » tout comme on le retrouvera aussi avec la métaphore du corps social. Le mot « groupe, terme technique italien des beaux-arts, fait son apparition en français, en anglais en allemand vers la fin du XVIIe siècle; c'est seulement au milieu du XVIIIe qu'il commence à désigner une réunion de personnes ». Il n'est donc au départ qu'une représentation de personnages dans un tableau, le groupe désignant l'ensemble des personnages.

Le groupe est dès son origine la métaphore du corps social assemblé, constitué, formé, dont chaque individu est membre, formant ainsi une métaphore d'un corps vivant. Pour Anzieu (1984), l'illusion groupale relèverait de cette forme d'appartenance à un corps social qui, telle une matrice corporelle unissant les membres en une totalité organisée et maternante, serait un lieu de mécanismes fusionnels et protecteurs. Selon l'auteur, l'angoisse de morcellement qui s'observe souvent dans le contexte groupal, surgira de ce lieu, en tant que perte ou exclusion d'un membre du groupe : équivalent au niveau groupal du complexe de castration.

L'inconscient institutionnel évoque la dimension profondément corporelle de l'assimilation de ses membres et de ses différentes classes institutionnelles comme partie de l'institution. L'institution (imaginaire) n'est donc pas sans rapport avec l'incorporation de ses membres au sein de la matrice institutionnelle, distribuant les formes et les places, les rôles et les statuts, dans une mise en scène instituée régissant

le corps social. Cette dimension se joue au plus profond des interactions et constitue une des dimensions topiques de la communication (Van Cuyck, 2005).

Les recherches de R. Kaës

Kaës (1976) suppose l'existence d'une affinité conflictuelle entre groupe et psychanalyse, qui se manifeste tout au long de l'histoire de la psychanalyse. Sa thèse est que « le groupe a constitué la matrice féconde et traumatique de l'invention de la psychanalyse, de son institution et de sa transmission... Tout se passe comme si la mutation que Freud (2014) lui-même décrit entre le régime psychique et culturel de la Horde et celui du Groupe civilisé et créateur de pensée devait être constamment remise au travail » (Kaës, in Anzieu, 1976, p.13). Le groupe serait la scène où le Moi déploie ses projections, ses dramatisations, ses fantasmes, ses récriminations, etc. Kaës (1976) maintient la probabilité que l'agissement de la réalité psychique dans les groupes ne suive pas exactement les mêmes voies et ne produise pas les mêmes formations que dans l'espace intrapsychique.

Les membres projettent leur propre structure interne sur le groupe. Chaque groupe est différent puisque les projections sont différentes. Il faut qu'il y ait des relations d'objet pour qu'il y ait groupe interne, c'est-à-dire groupe structuré à partir du réseau d'identifications. À l'origine, il n'y a pas encore de groupe interne ; de plus, le groupe dépend de la qualité de sa construction.

Kaës (1976) a donc introduit le concept *d'appareil psychique groupal* pour définir les projections mises en jeu, mais contrairement à Freud (2014) qui parle d'appareil psychique individuel, constitué de projections d'individus, Kaës (2009) définit un autre niveau créé par ces projections et cette situation de groupe clinique. Il s'agit de *production groupale globale psychique au niveau trans-individuel*. C'est d'ailleurs à

ce niveau que se crée l'appareil psychique groupal (par exemple le fait que le groupe parle en tant que « le groupe », « on » : il s'agit du niveau de pensée du groupe).

L'appareil psychique groupal est une structure qui permet un niveau de fonctionnement à l'intérieur du groupe plus élaboré que l'intra et l'inter individuel. C'est une structure indépendante des individus. En effet, le fait même d'être en groupe produit des effets particuliers qui sont au-delà des individus entre eux.

La fonction de cet appareil psychique groupal est de rendre compte de la façon dont les liaisons s'effectuent entre les psychés du groupe. Le groupe n'est plus une simple agrégation d'individus alors que s'y ajoute une entité psychique, c'est-à-dire une structure psychique commune créée par les différents sujets. L'individu doit pouvoir analyser ses problèmes au sein du groupe et trouver sa place en tant que sujet individuel à l'intérieur du groupe.

Travail analytique du groupe clinique d'après C. Néri

Néri (2014), pour sa part, mettra l'accent sur les phénomènes du champ spécifiques au groupe, plutôt que sur l'interprétation du transfert. Au cours de séance, l'analyste doit garder quatre éléments à l'esprit en déplaçant son attention de l'un à l'autre afin de les relier entre eux d'une manière adéquate: les individus, les relations interpersonnelles, les interactions entre les individus et le groupe, et les phénomènes interpersonnels. Une écoute plurielle est nécessaire ici. Les phénomènes transpersonnels, se référant à la dissolution des limites du moi dans le groupe, se distinguent par l'atmosphère, le médium, les effets de la mentalité primitive et des pré-supposés de base. Néri (2014) souligne l'importance pour tous les participants, des influences du groupe sur la perception des événements. Il propose que l'analyste puisse saisir ces phénomènes transpersonnels par sa capacité à s'émouvoir et à s'étonner plutôt qu'à s'en tenir à une approche rationnelle. Pour ce qui est de la

genèse du groupe, l'auteur met en avant l'hypothèse que l'état groupal émergent et le stade de la mise en commun fraternelle représentent deux aspects intenses.

L'attente messianique (Bion), l'illusion groupale (Anzieu) et les vécus de dépersonnalisation deviennent marqueurs du premier moment du groupe. Le second moment est signifié par le fonctionnement actif du groupe en tant que sujet collectif, suivi de l'espace commun du groupe lié au sentiment d'appartenance, et caractérisé par la perception de chacun des membres d'un groupe distinct, différencié de l'extérieur et du non-groupe (Néri, 2014).

La logique collective chez J. Lacan

Pour Lacan, le collectif est fondé sur la réciprocité de la différence et la logique collective, en tant que telle, peut être exprimée selon les principes suivants: (1) Un homme sait ce qui n'est pas un homme; (2) Les hommes se reconnaissent entre eux comme des hommes et (3) Un homme se déclare homme de peur d'être convaincu par l'homme qu'il n'est pas un homme (Lacan, 2006 [1945]). Lacan formalise ainsi la relation entre l'individuel et le collectif. Dans cette formalisation, l'individu est un sujet et, en tant que tel, fait partie d'un processus logique. Cependant, en anticipant sur sa vérité, il peut s'affirmer contre ce collectif et échapper à la relation réciproque dans laquelle il a été capturé.

En 1938, la vision de Lacan sur la relation entre le sujet et l'autre est conçue strictement sur le principe de l'identification. Dans son article sur les complexes familiaux (Lacan, 2001 [1938]), le processus de socialisation est décrit comme une série d'identifications consécutives. Mais à partir de 1953, Lacan conceptualise l'Autre comme un système symbolique régi par les lois du langage. Cette nouvelle conceptualisation est inspirée de l'anthropologie structurale de Lévi-Strauss (1963 [1949]). Entre 1938 et 1953, Lacan avait tenté de formuler l'individu en tant que

fonction, en situant le sujet dans une logique du collectif. Lacan a conceptualisé un sujet qui peut s'affirmer, tout en restant partie intégrante d'un système logique. Le sujet, fonction logique dans le symbolique, parle et s'affirme.

L'apport d'E. Pichon-Rivière (École d'Argentine)

Il est intéressant d'envisager l'application de la notion de « porte-voix » introduite par Pichon-Rivière (1965, 2004) dans le cadre de notre analyse qualitative du discours des intervenants sur leur travail clinique. Le porte-voix groupal exprime un fantasme de l'ensemble, et dans ce sens, introduit du processus primaire lié aux fantasmes individuels incorporés par le groupe. L'auteur souligne l'existence simultanée ou successive de plusieurs porte-paroles qui transmettent la stratégie inconsciente du groupe.

Une autre contribution indéniable de Pichon-Rivière consiste en la « théorie du lien » issue de la conception de la relation d'objet de Mélanie Klein. L'auteur remet en question la conception kleinienne des instincts, limitée à la question du fantasme et ignorant le rôle de l'autre dans la construction du psychisme. Jaitin considère que Pichon-Rivière a été le premier parmi les psychanalystes à parler du lien. Ce dernier remettra en question l'aspect instinctif, limité à l'intrapsychique, ignorant la place de l'autre dans la construction du psychisme chez Klein. Il définit le lien ainsi (Pichon-Rivière, 1975) :

« L'investigation psychanalytique de ce monde interne m'a conduit à élargir le concept de relation d'objet en formulant la notion de lien. Je définis celui-ci comme une structure complexe qui comprend un sujet, un objet et leur interrelation mutuelle avec des processus de communication et d'apprentissage. Ces relations intersubjectives s'établissent sur la base des « besoins », fondement et motivation du lien. Ces besoins ont une nuance et une intensité particulières dans lesquelles

intervient le fantasme inconscient. Tout lien implique l'existence d'un émetteur et d'un récepteur, d'un code et d'un décodage des messages ».

Pichon-Rivière et S.H. Foulkes

Il est intéressant de noter que la comparaison entre le théâtre et le groupe, d'une part, et la structure psychique, d'autre part, révèle une similitude importante entre la pensée de Pichon-Rivière et celle de Foulkes. Ce dernier exprime cette idée dans les termes suivants:

« Le groupe est comme un modèle de l'appareil mental dans lequel sa dynamique est personnifiée et dramatisée. Un processus analogue à celui-ci peut être vu dans le théâtre où les personnages non seulement se représentent eux-mêmes, mais représentent aussi le public dans leurs réactions individuelles et communautaires... Après avoir analysé le texte de « Œdipe Tyrannus » de Sophocle, entre Œdipe et le chœur, où le premier représente le ça et devient bouc émissaire, tandis que le second joue le surmoi, nous trouvons des configurations similaires dans nos propres groupes, bien que plus souvent le chef soit dans le rôle du surmoi. Les membres du groupe peuvent aussi jouer le rôle du surmoi, du moi et de l'identité par rapport à l'autre... Ces observations cliniques montrent comment la personnalisation, le déplacement et la localisation ont lieu dans nos groupes. » (Foulkes, 1957).

Dans le travail de Pichon-Rivière, ces processus de groupe sont décrits comme un processus de dépôt, par lequel un lien inconscient interpersonnel est configuré et qui correspond à la théorie des trois D: l'interaction entre le dépositaire, le déposant et ce qui est déposé. Cela est lié à l'attribution de rôle et à l'hypothèse de rôle. Dans la vie de tous les jours, nous assignons toujours des rôles aux autres et assumons les rôles qu'ils nous assignent. Ceci est la base du lien, qui est une structure de relation interpersonnelle qui comprend un sujet, un objet, la relation du sujet à l'objet, et la

relation de l'objet au sujet, où les deux parties remplissent une fonction dans le contexte de relations sociales. Le chef d'un groupe opératif doit identifier les rôles assignés et assumés dans le groupe, et les interpréter aux membres, de sorte qu'ils deviennent explicites, et donc soumis à une analyse critique, transformant ainsi le lien irrationnel originel en un lien rationnel (Pichon-Rivière, 1979).

Pichon-Rivière et Bleger

Lorsque les membres du groupe rencontrent le chef d'orchestre dans un certain cadre (Bleger, 1967), qui comprend le lieu, l'heure, la tâche et les règles, cela met le processus de groupe en marche. Les individus commencent à assigner des rôles, créant ainsi des liens individuels et un lien de groupe. Cela définit la base de la communication. Si tous les participants assument les rôles qui leur ont été assignés, cela se traduit par une compréhension; Si certains d'entre eux ne parviennent pas à percevoir, comprendre ou assumer leurs rôles, le résultat est un malentendu. Il est de la responsabilité du chef d'orchestre d'interpréter cette situation, afin que le blocage de la communication puisse être surmonté et que l'ensemble reprenne forme d'une spirale dialectique de communication et d'apprentissage qui ouvre la voie à une plus grande opérativité (Pichon-Rivière et al. 1960).

Ce processus de développement en spirale est un processus de communication qui correspond aux processus similaires d'apprentissage et de guérison. Ceux-ci sont paralysés par l'anxiété, qui prend la forme de deux peurs fondamentales - la peur d'être attaqué et la peur de perdre l'objet - et déclenche une série de manœuvres défensives, qui constituent une résistance au changement. Le résultat est que les rôles deviennent stéréotypés, les relations deviennent rigides et mutilées par la méfiance, et la communication est bloquée par un malentendu. Dans une telle situation, il n'y a pas d'apprentissage de l'expérience. Chez l'individu, cette rigidité correspond aux tableaux cliniques traditionnels des névroses et des psychoses.

Dans les groupes opératifs, il y a une conjonction d'enseignement et d'apprentissage, qui sont conçus comme les deux côtés d'un même processus. Bleger (1961) rapporte que certains de ses groupes ont inventé le néologisme *teachlearning* pour le décrire. Dans ce type de travail de groupe, l'enseignement et l'apprentissage sont identiques à la recherche, à la découverte, à la réflexion et à la théorisation, l'expérience d'apprentissage doit être partagée par les membres du groupe et le coordinateur. Si ce dernier finit son travail sans avoir rien appris, tout le processus a échoué, car il n'y a pas eu de modification des rôles stéréotypés d'« enseignant » et d'« étudiant », de « thérapeute » et de « patient ».

La participation des individus au groupe évolue de la simple affiliation, qui est une identification plutôt superficielle, à un engagement beaucoup plus grand, caractérisé par la présence de trois phénomènes: l'appartenance, la pertinence et la coopération.

L'appartenance (en espagnol, *pertenencia*) signifie que les individus se perçoivent maintenant, et sont perçus par les autres membres, comme appartenant au groupe, au lieu de simplement « être là ». La pertinence signifie que les membres individuels ont déjà intériorisé la tâche de groupe, de sorte que leurs actes deviennent pertinents pour l'objectif du groupe. Tout cela conduit à la coopération, qui résulte de l'internalisation mutuelle des membres, et de la construction d'un groupe CROS (Conceptual Referential Operative Schema). Une fois que tous les membres du groupe sont liés par leur représentation mutuelle et partagent un cadre commun pour leur pensée, leur communication, leur prise de décision et leur action, une nouvelle homogénéité s'ensuit. Cela n'implique pas que les membres individuels sont égalisés, mais, au contraire, que toutes leurs différences individuelles de personnalité, d'expérience, de connaissances et de formation antérieures, et de points de vue, sont toutes intégrées dans un CROS commun, afin de tâche de groupe.

Cette homogénéité dans la tâche n'exige pas que les membres du groupe deviennent des amis, ou qu'ils partagent des intérêts ou des valeurs externes. Selon Jaitin (2006) Pichon-Rivière aimait illustrer cela avec des exemples tirés du football. Il se référait fréquemment à ce qu'on appelle populairement en Argentine « Machine » de River Plate. River Plate est une équipe de football célèbre de Buenos Aires, et la « Machine » est le surnom donné à un certain groupe de joueurs qui étaient membres de l'équipe depuis plusieurs années, et qui ont eu une superbe performance qu'ils sont devenus une légende, et étaient connus comme «la machine à but». Pichon-Rivière croyait que cet accomplissement exceptionnel était le résultat du fait que les joueurs avaient intériorisé le style de jeu de leurs compagnons, afin qu'ils n'aient pas à regarder autour pour voir où se trouvait un autre joueur, ils « savaient » où il était.

Les points d'entrecroisement de l'approche psychanalytique de la crise et de la dimension « groupale » font émerger de véritables enjeux ici à l'étude. La question est rarement posée, mais le sujet mérite d'être analysé, car l'équipe clinique est une unité groupale dans un espace et dans un temps particulier.

Tout d'abord, précisons quelques règles qui différencient le « *groupe de tâche clinique* » de tout autre type de groupe : 1) L'existence régulière du groupe dans une unité d'espace et de temps selon des tâches cliniques fixées à l'avance ; 2) La confidentialité des échanges effectués au sein du groupe : chaque participant est tenu à la discrétion afin d'instaurer un espace de parole de confiance entre les participants de même qu'assurer la confidentialité des patients; 3) Le respect réciproque entre tous les participants du groupe, sur le plan moral, politique, philosophique et religieux : chaque participant doit s'abstenir de prosélytisme en faveur de toute doctrine philosophique, politique, religieuse particulière ; 4) La non-obligation de dire versus l'obligation de transmettre: chacun est libre de s'exprimer ou non dans le groupe, ce qui n'interdit pas aux collègues d'aider à communiquer, à

s'exprimer. La transmission mutuelle des données cliniques sur des patients demeure un moyen important du fonctionnement efficace du groupe de tâches cliniques.

Un groupe de tâches cliniques peut fonctionner de multiples manières, notamment en fonction du matériel d'analyse proposé : analyse des données cliniques, résolution d'un problème commun à tous les participants ou encore l'ici et le maintenant. Son objectif peut être très variable : réunions cliniques, résolution d'un problème, réalisation de la tâche commune, soutien psychologique, recherche sur soi-même, besoin d'échanges avec les partenaires dans leur réseau professionnel, etc.

De ce profil vont découler presque naturellement une ambiance et un fonctionnement particuliers qui expliquent l'intérêt et l'utilité du groupe de tâches cliniques dans une institution. La spécificité du groupe de tâches cliniques réside dans la mise en œuvre dans une unité restreinte d'espace et de temps de ce qu'on appelle les phénomènes de groupe, au niveau intra-personnel et interpersonnel. Les phénomènes de groupe interviennent en parallèle des échanges directs, motivés par la participation au thème du groupe, par exemple, les non-dits : ce qui voulait être dit, mais qui n'a pas été dit; les sentiments de sympathie ou d'antipathie; la désignation de boucs émissaires; les différents processus défensifs comme les projections, le refoulement, le déni; l'accaparement de la parole par un ou plusieurs participants.

Le groupe invite chaque participant à se saisir de l'opportunité de vivre, selon un processus contracté dans l'espace et dans le temps, des expériences et des résistances. Les règles énoncées ci-dessus visent à préserver la liberté de chacun par rapport à la contrainte du groupe qui peut être vécue avec beaucoup d'appréhension.

Le fonctionnement groupal aide à repérer les dysfonctionnements de communication propres à chacun: chaque participant est touché à un niveau ou à un autre par ce qui

est dit, ressenti, vécu dans le groupe, en fonction de son histoire personnelle, de ses attentes par rapport au groupe, de ses défenses psychiques.

Si la règle première de tout groupe est de préserver dans le temps son unité de fonctionnement (c'est l'instinct de conservation ou la pulsion de vie chez Freud), un groupe clinique peut devenir « improductif » s'il cherche à nier ou éviter tout conflit. Le Centre d'intervention de crise de l'Association Iris, en tant que lieu de soins de la souffrance psychique de l'individu, est une institution. L'inclusion de cette dimension institutionnelle au sein même de l'organisation et de son appareillage relationnel, culturel et discursif, contribuera à une compréhension plus enrichie du processus thérapeutique groupal dans une perspective de topique communicationnelle et de dynamique inter-transférentielle.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Notre étude exploratoire vise à élucider le fonctionnement complexe d'intervention à plusieurs. Étant inséparable de la pratique clinique, cette démarche vise à obtenir, auprès des intervenants et à partir de leurs perceptions et expériences, des informations permettant de cerner et de comprendre la nature et le fonctionnement du travail à plusieurs. En ce sens, il se déroule comme une recherche-action, c'est-à-dire d'une recherche qui est à la fois avancement des connaissances (théoriques ou pratiques) et action dans le milieu (Paillé, 1994b). L'objectif de la recherche étant d'explorer la nature du travail effectué à plusieurs intervenants auprès d'un même client, l'approche qualitative s'avère la plus appropriée pour cette recherche. Il convient de préciser que nous n'avons pas avancé d'hypothèses de départ, bien que certaines pistes posées par notre expérience de travail ainsi que de la revue de littérature aient sous-tendu notre écoute.

Selon Paillé (1996), une recherche qualitative répond aux cinq caractéristiques suivantes : 1) la recherche est conçue en grand partie dans une optique compréhensive; 2) elle aborde l'objet d'étude de manière ouverte et large; 3) elle inclut une collecte de données effectuée à l'aide de méthodes qualitatives; 4) elle se base sur une analyse de données qualitative; 5) elle débouche sur un récit ou une

théorie, et non sur une démonstration. La méthode retenue consiste en une série des entretiens individuels effectués auprès des intervenants.

4.1. Recrutement des sujets et échantillon

La stratégie de l'échantillonnage pour une recherche exploratoire met l'accent sur la pertinence de l'échantillon par rapport à l'objet d'étude et sur la faculté des participants de diversifier les informations recueillies et d'aider à circonscrire une réalité méconnue, Paillé (1996). Notre stratégie de recherche ne vise donc pas la représentativité statistique, mais s'appuie plutôt sur la spécificité des positions des participants constituant l'échantillon.

Afin de constituer le groupe de participants, nous avons d'abord approché la direction de l'Association IRIS dans le but d'obtenir son accord et son appui. Notre projet a été présenté au Conseil d'administration et à la suite de la reconnaissance de son utilité pour l'Association, la direction a approuvé la réalisation de notre recherche.

À l'étape suivante, nous avons présenté notre projet à l'équipe des intervenants lors d'une réunion mensuelle. C'est ainsi que les participants à la recherche ont pu être recrutés au sein du Centre d'intervention de crise. Les critères d'inclusion pour ces participants étaient les suivants : ils devaient occuper une fonction d'agent des relations humaines ou bien d'intervenant psychosocial à temps complet ou à temps partiel. Cette condition de base assurait l'homogénéité du groupe des participants. Ces derniers avaient la liberté de nous contacter s'ils désiraient participer à la recherche.

L'échantillon est composé de dix intervenants qui se sont portés volontaires parmi les quinze sollicités. De ces cinq intervenants non impliqués : deux étaient en congé de maladie de longue durée, deux autres travaillaient sur le liste d'appel et occupé ailleurs, et une personne était en grief syndical. La majorité des sujets avait plus de

cinq ans d'expérience clinique. Tous les sujets répondaient aux critères d'inclusion énoncés ci-haut. Au total, neuf entretiens auprès des intervenants ont été conduits et soumis à l'analyse.

4.2. Méthode de collecte des données et type d'analyse

Tel qu'indiqué précédemment, la collecte de données a été effectuée au moyen d'entrevues semi-dirigées de type associatif pour chacun des sujets (intervenants). Une grille d'analyse, basée sur les questions de recherche issues des interrogations du chercheur a été utilisée de façon à stimuler l'échange. En couvrant les questions essentielles, cet outil nous assurait une certaine homogénéité du matériel recueilli (voir le guide dans l'annexe). Par ailleurs, ce type d'entretien semi-directif laisse une liberté aux sujets participants quant au choix et à l'explication des thèmes. Nous avons mis en place des dispositifs assurant la liberté de parole et le respect de l'expérience tels que l'attitude du chercheur, son écoute et son ouverture selon la règle fondamentale de l'écoute psychanalytique. L'entrevue abordait les thèmes ciblés par recherche tout en laissant l'espace nécessaire pour l'apparition de nouveaux thèmes.

En tant que chercheur, nous avons essayé autant que possible de renoncer à trouver ce que nous aurions secrètement souhaité trouver afin d'augmenter la validité interne de notre recherche. L'attention a été portée aux différences de valeurs entre le sujet et le chercheur afin de ne pas influencer les intervenants. Il faut mentionner que nous étions conscients du fait que les intervenants parlaient à leur coordonnateur. Il y avait également des inconvénients liés au fait que les entrevues avaient lieu pendant le temps de travail, parce que l'intervenant devait être prêt à intervenir à tout moment pour répondre à un appel.

En ce qui concerne le type d'analyse de la présente recherche, celle-ci est basée sur l'analyse thématique (Paillé, 2008) qui consiste à procéder systématiquement au repérage, regroupement et l'examen discursif des thèmes abordés dans le corpus de verbatim des entretiens effectués auprès des intervenants.

Ce type d'analyse qui a été choisie en ce qu'elle répondait le mieux au caractère exploratoire de cette recherche. En effet, l'analyse thématique permet de construire le sens d'un discours dans son évolution (au fur et à mesure qu'il évolue) à partir des thèmes et des concepts surgissant au cours du processus du discours des sujets (Paillé et Mucchielli, 2003). Graduellement, l'analyse permet de documenter certains facteurs jouant un rôle dans la compréhension de certains phénomènes associés au travail à plusieurs. En ce sens, l'analyse thématique constitue un outil de recherche qualitative qui offre, en fin de parcours, des pistes tant sur le plan clinique que sur le plan de la recherche.

Dans un premier temps, tous les récits recueillis ont été analysés indépendamment. Dans un deuxième temps, nous avons procédé à un recoupement des thèmes, révélés par l'analyse du verbatim de chaque entrevue avec chaque intervenant. Lors de la réalisation de l'analyse thématique, les thèmes en lien avec le matériel textuel du verbatim soumis à l'analyse ont été dégagés. Pour ce qui est du mode d'inscription des thèmes, nous avons utilisé davantage l'inscription en marge et sur fiche.

Par la suite, un système de classement fondé sur des catégories thématiques a été élaboré, ces catégories ayant été regroupées respectivement en plusieurs champs représentationnels distincts. Le travail d'analyse a consisté à faire émerger au sein de chaque catégorie thématique des lignes et des pôles de figuration, un ou plusieurs aspects de la représentation de cette relation thérapeutique spécifique.

Finalement, nous avons procédé à la démarche de thématisation en continu. Il s'agit d'une démarche simultanée d'attribution ininterrompue de thèmes et de construction d'un arbre thématique (Paillé, 2008). Ainsi, les thèmes sont identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture du texte, puis regroupés et fusionnés au besoin, pertinemment hiérarchisés sous forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents, etc. Selon Paillé (2008), l'avantage d'une telle démarche est l'aspect continu de la thématisation, puisque cet arbre est construit progressivement, tout au long de la recherche et n'est véritablement parachevé qu'à la toute fin de l'analyse du corpus.

Le tableau ci-dessous montre la répartition selon laquelle ont été structurés les résultats de nos relevés de thèmes :

Rubriques	Sous-rubriques	Thèmes	Extraits de verbatim
-----------	----------------	--------	----------------------

Les données brutes sont préservées par des enregistrements divers (audio et verbatim) et sont disponibles lors de vérifications de l'exactitude des énonciations et de leur analyse.

4.3. Justification du choix d'une analyse thématique

L'analyse thématique nous a paru convenir aux exigences de notre recherche de type exploratoire puisqu'elle a pour avantage de présenter clairement, par un tableau thématique, une synthèse des propos des sujets interviewés. Nous avons traité conjointement les thèmes issus de nos questions et les thèmes introduits par les sujets.

Bien que cette analyse ne soit pas interprétative, elle devrait tendre, lors de l'analyse dynamique des thèmes, à un niveau plus important d'abstraction. En tout premier lieu, les thèmes doivent présenter le plus précisément possible la teneur des propos analysés, ils posséderont donc un faible niveau d'inférence. La problématique et la question de recherche auront déjà, en partie, circonscrites certaines pistes. Le tableau thématique permet donc de constituer une représentation synthétique de l'essentiel du propos à l'intérieur du corpus.

Chacun des thèmes est choisi et réparti selon sa récurrence aussi bien que par sa pertinence dans la recherche. Cela est important puisque la validation d'un thème s'évalue par la qualité de ses liens avec les objectifs de la recherche. Le tableau thématique nous conduit ensuite vers l'analyse dynamique des thèmes et des extraits correspondants qui sont interrogés et examinés à la lumière de la théorie psychanalytique.

4.4. Stratégies utilisées pour assurer la validité interne et favoriser la rigueur

La validité interne de l'analyse a été assurée par un tiers en la personne de la directrice de la recherche. Le tiers a permis de comparer les observations et les interprétations et ainsi de valider les données recueillies et leur organisation par thèmes. Ce type de validation qui permet à une autre personne de venir confirmer ou non l'analyse faite par le chercheur se nomme la validation du chercheur (Mucchielli, 2002).

Une autre façon d'assurer la validité a été de faire un retour auprès des intervenants sur des points qui demandaient à être élucidés. Lors de ce retour, le sens que les intervenants donnaient aux événements a pu être révélé d'avantage (Mucchielli, 2002).

Parmi les variables qui devraient être prises en considération en recherche qualitative, soulignons le rôle particulièrement important de la subjectivité du chercheur. En effet, les mouvements contre-transférentiels de ce dernier, surtout à l'étape de l'analyse où il doit comprendre, interpréter les données recueillies et les transformer, pourraient produire des déformations qui seraient difficiles, voire impossibles à éliminer (Devereux, 1980). De ce fait, ces aspects contre-transférentiels ont été intégrés dans l'analyse puisqu'ils ont aussi un effet sur le déroulement de l'entretien et pourraient affecter la crédibilité des résultats obtenus.

Enfin, l'engagement du chercheur dans le processus de recherche occupe une place considérable. En effet, faisant lui-même partie des phénomènes qu'il étudie, il doit reconnaître et tenir compte de sa subjectivité, du rôle de l'intentionnalité et des valeurs dans sa façon d'appréhender la recherche. Notre expérience comme coordonnateur clinique de l'Association IRIS est un facteur favorisant la compréhension des questions soulevées par les intervenants et leurs préoccupations. En ce sens, la participation du chercheur au travail quotidien du Centre dans sa fonction de coordonnateur clinique lui permet de porter une attention particulière à la signification que les sujets attribuent non seulement à leur expérience individuelle, mais aussi au fonctionnement en groupe dans un contexte institutionnel (Mucchielli, 2002).

4.5. Construction du tableau thématique et préparation à l'analyse dynamique des thèmes

Les deux types d'analyse, le tableau thématique et l'analyse dynamique sont construits en parallèle. Bien que chaque partie, avec sa fonction distincte, soit élaborée séparément, par étapes, les données sont souvent manipulées en passant de l'une à l'autre selon la logique propre à la théorisation ancrée (Mucchielli, 2002). C'est pourquoi il est nécessaire de présenter, sur le plan méthodologique, ces deux types

d'analyse sous une même section de chapitre. Si le tableau thématique vise, dans un premier temps, à schématiser l'essentiel du propos, la seconde partie, soit l'analyse dynamique, vise davantage une démarche de mise en relation et de « caractérisation du sens » (Mucchielli, 2002). Ces deux procédés servent donc à élaborer deux niveaux d'analyse et ce, de façon continue.

L'analyse thématique procède à une réduction des données qui s'achemine vers une synthèse du corpus sous la forme d'un schéma qui se reflète dans un tableau thématique. Parallèlement, les notes, réflexions et questions sont enregistrées afin de nous préparer à l'analyse dynamique permettant de mieux cerner le sens des expériences des sujets.

Le tableau thématique et l'analyse dynamique ont été construits en six étapes. Au tout début du travail d'analyse, les thèmes sont élaborés afin d'organiser l'essentiel du propos en le classifiant de façon méthodique. Parallèlement à ce travail systématique et descriptif, un travail plus interprétatif est entrepris, basé sur les notes prises et en fonction des unités de sens qui se dégagent de chacun des thèmes. L'élaboration des thèmes se faisait à partir des marges des pages des verbatim du côté gauche, alors que le dégagement de notes, la formulation des énoncés et des questions plus interprétatives se faisait du côté droit des marges. Ainsi, le travail ne se construit pas linéairement mais plutôt par un chevauchement de la thématisation descriptive et d'une analyse plus conceptualisante (Paillé, 1994). L'organisation du tableau thématique s'est construite d'abord en fonction des thèmes très proches du matériel brut, suivie d'une formulation plus inférentielle.

4.6. Éthique de la recherche

La présente recherche s'est conformée aux principes éthiques de façon à respecter les sujets humains qui ont consenti à se prêter à ce projet. Le devis de recherche a reçu l'approbation du Comité Déontologique de la Direction du Département de Psychologie de l'UQAM en 2009.

Les sujets, sollicités sur une base volontaire, ont été informés qu'ils étaient libres d'accepter ou de refuser de participer à la recherche ou encore de s'en retirer en tout temps. Afin d'être en mesure de faire un choix libre et éclairé quant à la participation au projet, ils ont été renseignés sur son but, ses objectifs et son déroulement ainsi que sur d'autres informations nécessaires dont le respect de l'anonymat et l'enregistrement des entrevues. Il leur a ensuite été accordé un temps de réflexion avant qu'ils donnent leur consentement (voir formulaire de consentement en appendice). L'engagement des participants se faisait en deux rencontres d'une à deux heures chacune. Seul le chercheur connaît les noms des sujets participants qui ont été codés afin de respecter leur anonymat à l'extérieur du Centre. Les sujets travaillant ensemble connaissent néanmoins leurs opinions respectives et pendant la recherche certains sujets ont été discutés dans les réunions cliniques.

CHAPITRE V

PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté les aspects méthodologiques de la présente recherche, une étude exploratoire de type qualitatif. Cette section de l'essai a comme objectif de présenter les résultats de l'analyse des données, permettant surtout de répondre à la première question spécifique de notre recherche. Nous abordons ainsi successivement les thèmes faisant l'objet de notre recherche.

Nous avons procédé à l'analyse thématique des entretiens selon le devis présenté et avons pu cerner les grands thèmes suivants :

- le travail à plusieurs;
- la transmission;
- les modalités de travail avec un patient;
- l'intervenant au travail;
- le processus thérapeutique;
- la dynamique groupale.

Ces thèmes qui sont présentés dans les tableaux qui suivent sont regroupés en différentes catégories, que nous allons maintenant présenter. Chacun de ces thèmes

contient des sous-thèmes qui permettent de découvrir la pratique clinique dans son ensemble, ainsi que les aspects qui constituent les axes essentiels de celle-ci.

5.1. Travail à plusieurs

Le travail à plusieurs a été un des thèmes le plus facilement repéré à partir du contenu analysé. En même temps, les intervenants n'ont pas la même définition de cette notion et sa place n'a pas été précisée clairement. Pour certains, le travail à plusieurs se relie à une théorisation nécessaire à formuler, alors que pour d'autres, c'est une organisation de travail, qui peut faciliter ou alors devenir un obstacle pour le travail clinique. Cette différence et divergence des opinions fait ressortir les multiples aspects du travail à plusieurs : d'une part, c'est un concept à comprendre et à théoriser, d'autre part c'est une modalité de l'organisation du travail en équipe dans un contexte d'intensité et d'urgence.

5.1.1. Psychopathologies complexes et transferts multiples

Les intervenants acceptent de façon unanime que l'intensité des états psychologiques critiques chez certains clients nécessite une présence et une disponibilité thérapeutique, ce que permet l'organisation du travail à plusieurs. Nous allons pourtant constater, que les cas psychopathologiques complexes exigent une modalité d'intervention encore plus adaptée à l'organisation psychique du sujet. Ces situations nécessitent une cohérence du travail en tenant compte des opinions cliniques des intervenants qui rencontrent le même client.

Certains intervenants soulignent que dans des cas lourds, le travail d'équipe permet d'augmenter des chances de rejoindre le patient et de mieux l'aider et ce, grâce aux transferts multiples. En effet, dans des situations de transferts négatifs ou d'autres

difficultés présentes avec un intervenant, l'implication d'un autre intervenant qui travaille autrement peut s'avérer utile. Le travail en équipe soulage ainsi le sentiment d'impuissance de l'intervenant.

« Quand on est aux prises avec des cas pathologiques très lourds, je trouve très utile d'être à plusieurs dans le dossier parce que chacun travaille avec son fonctionnement respectif et les gens utilisent beaucoup ce dispositif et c'est très commode ». (Intervenant n°. 1)

5.1.2. Cohésion et continuité du travail d'équipe

La cohérence du travail d'équipe permet de délimiter rapidement deux ou trois axes (thèmes) prioritaires d'intervention en fonction de la compréhension des éléments qui ont déclenché la crise actuelle. Par ailleurs, nous avons pu constater que la capacité clinique de bien cerner les quelques axes d'intervention dépendent directement du niveau du professionnalisme et de la capacité de l'intervenant de théoriser sa pratique. Or, la pratique clinique serait à la source même de sa théorisation : voici la meilleure façon d'assurer la cohérence du travail à plusieurs.

« L'approche psychanalytique permet qu'on se comprenne dans le vocabulaire. Mais le vocabulaire commun n'assure pas la cohésion dans les lignes directrices. Cette dernière serait égale à un but commun versus la détresse et l'association libre. Le travail de l'intervention de crise essaye à formuler les 2-3 buts thérapeutiques et essayer que la prochaine fois ça se passe sur un autre niveau des mécanismes de défense ». (Opinion partagée par deux intervenants : n°. 1 et 7)

Un intervenant suggère que l'utilisation de la même approche comme cadre de référence n'assure pas en soi la cohésion ni la continuité du travail d'équipe qui sont néanmoins garants du bon fonctionnement de l'établissement. Il compare de façon

ambiguë le passé de l'institution où malgré la différence des orientations il y avait la cohésion et la continuité du travail d'équipe, au présent où il y a une référence théorique commune, mais la cohésion manque.

« Dans les dix premières années où j'étais là, on était une équipe disciplinaire, il pouvait y avoir des différends, malgré tout la cohésion était là, il y avait un outil de travail, on devait faire la cueillette d'information, tracer l'histoire familiale. Dans notre équipe, il y avait un collègue d'approche systémique, lui ce n'était pas son truc du tout l'histoire familiale. Je trouve que malgré tout, on avait une facilité à communiquer grâce à la cohérence et à la cohésion dans les lignes directrices ».
(Intervenant n°. 1)

Ce que nous pouvons retenir également, c'est qu'au-delà du savoir théorique et de l'organisation du travail balisé par un cadre de référence de la pratique clinique et les résistances issues de la complexité interrelationnelle, il y aura toujours des aspects difficiles à inscrire dans le cadre préétabli, mais se manifestent à travers la dynamique interpersonnelle et groupale. Ces aspects seront discutés ultérieurement.

5.1.3. Autres paramètres du travail à plusieurs

Quelques nouveaux intervenants sont d'avis que l'intégration dans l'équipe passe par des étapes et qu'il faut faire preuve de compétence pour être respecté professionnellement et d'occuper une place au sein de l'équipe. En effet, plusieurs différences entre les professionnels viennent influencer le contexte de l'intégration de nouveaux intervenants tels le niveau de connaissance du cas; le niveau de savoir théorico-clinique ainsi que le sentiment d'être à l'aise ou non d'aborder certains thèmes ou aspects cliniques (contre-transfert ou lecture clinique). Nos observations montrent que l'évitement est la défense plus fréquemment utilisée pour éviter les échanges difficiles. Nous pouvons ajouter aussi que l'intégration de l'intervenant

dépend de sa confiance en lui : son ouverture et acceptation de ne pas savoir facilite grandement son intégration.

« Une fois qu'on a sa place dans l'équipe, c'est comme si les défenses tombaient comme s'il y avait un transfert positif (entre collègues dans la situation d'échange d'information) et l'échanges se fait plus facilement ». (Intervenant n°. 9)

5.1.4. Polyphonie de l'écoute et compréhension du matériel clinique

Tous les intervenants s'accordent pour affirmer que la contribution de chacun enrichit la lecture et la compréhension graduelle du processus thérapeutique que l'équipe met en place auprès d'un patient.

« Le travail à plusieurs donne des échanges riches concernant les patients... C'est un travail d'équipe extrêmement intéressant parce qu'on peut aider les gens du fait même qu'on n'a pas la même compréhension, ni le même entendement, ni les mêmes façons de travailler. C'est-à-dire qu'on a l'impression que même si ça ne marche pas avec un intervenant, c'est justement parce que ça marche trop avec quelqu'un d'autre ». (Intervenant n°. 6)

L'utilité du modèle de travail à plusieurs consiste en ce qui pourrait être considéré comme un filet de sécurité, ainsi qu'une modalité d'intervention qui assure la référence au fonctionnement de l'institution. Nos propos peuvent être illustrés par l'analogie avec une composition musicale où chaque cas devient une partition que l'orchestre clinique doit performer, soit à l'unisson, à la polyphonie, à la symphonie, ou encore à la cacophonie, selon ce qui se lit par chaque musicien. Cependant, une condition s'impose, à savoir que le musicien doit prévoir jouer chaque fois une nouvelle partition encore inconnue. Il s'agit de la condition sine qua non de l'éthique du clinicien. Dans le cas contraire, lorsqu'il traitera le cas comme étant similaire à la partition déjà joué, il y aura une aberration.

« C'est un travail qui est extrêmement intéressant parce qu'on n'a pas la même façon d'agir, les mêmes façons de travailler. ». (Intervenant n°. 6)

5.1.5. Travail à plusieurs comme un dispositif d'échange d'opinion clinique

Les intervenants valorisent la richesse des échanges cliniques dans ce dispositif de la multiplicité des regards et d'opinions. Nous avons pu constater que les professionnels cherchent les regroupements pour échanger leur expérience et la compréhension avec les autres. Cela rassure. En outre, le dispositif du travail à plusieurs permet aux intervenants de ne pas se sentir isolés dans leur pratique et de poursuivre leurs apprentissages en fonction de leurs besoins de formation continue.

« Ce que je trouve intéressant c'est surtout au niveau les discussions cliniques entre nous, à mon avis, la force majeure est dans le partage des impressions cliniques, d'analyse et dans la recherche d'une orientation à chaque fois qu'il y a des choses nouvelles, ça ouvre la perspective ».
(Intervenant n°. 3)

5.1.6. Modalité de travail en duo

Certains intervenants démontrent une nette préférence pour le travail en duo plus que pour le travail à plusieurs. Ils expliquent que cela leur permet de mieux suivre le processus thérapeutique. Ainsi, certains d'entre eux mettent en avant l'importance de travail qu'ils font avec leur vis-à-vis du quart de travail précédant ou suivant. Cela leur permet d'assurer une certaine continuité de la lecture du travail et d'en circonscrire leur propre lecture du cas. Ce ne signifie pas pour autant qu'ils ne prennent pas en considération les opinions de leurs autres collègues.

« Pour moi, le plus important est le contact direct c'est avec mon collègue du soir auquel je transmets ce qui se passe, c'est plutôt avec lui les discussions. Ça nous permet de travailler dans la même lignée, d'aller

plus loin dans les élaborations des problématiques. Après, il y a une équipe de fin de semaine... ». (Intervenant n°. 4)

Nous remarquons que ce souci de maintenir la continuité de l'intervention par un groupe limité d'intervenants directement impliqués dans les rencontres avec un même patient présente des avantages, notamment, au niveau de la compréhension de cas, son analyse continue et la conduite de l'intervention thérapeutique qui se fait avec un investissement important. Nous observons par ailleurs que l'intensité de cet investissement peut néanmoins occasionner certaines difficultés telles des réactions thérapeutiques négatives, une régression massive de certains patients ou des évitements. Mais les avantages de ce dispositif semblent plus nombreux comparativement aux obstacles précédemment mentionnés.

5.1.7. Limites du dispositif de travail à plusieurs

Les intervenants évoquent les difficultés qui peut potentiellement affecter le travail à plusieurs auprès d'un même patient. Il s'agit, entre autres, du niveau de l'organisation psychopathologique du patient qui peut rendre difficile son orientation dans les liens et le maintien de son sens de continuité du soi. Dans les états psychotiques, il s'agit du risque de la fusion-diffusion dans les et de mise en place des mécanismes de clivage, de la fragmentation ou de la persécution.

Il faut souligner d'abord que le dispositif de travail à plusieurs en soit n'en est pas la cause, mais peut devenir le contexte dans lequel ces résistances peuvent se mobiliser. Dans de tels cas, l'équipe essaie dans la mesure du possible d'adapter le dispositif aux besoins cliniques de ces patients en réduisant, par exemple, le nombre des intervenants dans le dossier du patient, en diminuant ou en augmentant la fréquence des rencontres etc.

« Le travail à plusieurs peut être difficile pour certains types de clients... pour un psychotique, par exemple, le fait de changer beaucoup d'intervenants risque de changer des lignes de travail. Avec le psychotiques, on essaie de garder un travail unique, une seule piste, même si les visages changent. On essaie de ne pas trop bouger les choses. Ça soude plus que ça fragmente un psychotique... Il y a un effet déstabilisateur pour le client avec plusieurs intervenants: chaque fois que le client veut se préparer avec un intervenant, il est déstabilisé par un autre style. Et à certains moments, il arrive à s'ouvrir malgré lui, et pour lui c'est bénéfique ». (Intervenant n°. 9)

Cette complexité de l'organisation du travail clinique sous-tend néanmoins des raisons pour lesquelles les intervenants insistent sur l'importance de ce dispositif qui permet d'offrir un espace et du temps nécessaires pour une élaboration des états critiques. Précisons l'importance de l'accordage entre le temps chronologique et le temps logique du patient. Le temps logique renvoie aux processus intrapsychiques de ce dernier alors que le temps chronologique représente la durée du séjour en hébergement de crise.

Ces considérations viennent confirmer un **postulat important** : d'établir la **différenciation** entre le travail à plusieurs comme un **dispositif d'élaboration** de la clinique en équipe où la théorie sur le fonctionnement groupal est centrale, et celle d'une **méthode d'intervention** qui nécessite une intervention à plusieurs déterminée par la modalité de l'organisation d'un établissement.

5.2. Transmission

Le thème de la transmission traverse presque toutes les entrevues comme un fil implicite et la notion de la transmission et celle du lien sont reliées. À travers ces entrevues, nous avons répertorié quelques sous-thèmes les plus essentiels :

5.2.1. Transmission verbale versus transmission écrite.

La difficulté de la transmission de l'évaluation et de l'entretien: problèmes de la remémoration, de la reconstruction et de l'expérience ressentie dans l'entretien thérapeutique.

L'acceptation de l'incomplétude dans la transmission : la question de la co-construction de cas.

Transmission verbale versus transmission écrite

D'abord, il convient de préciser que la transmission verbale est autant importante que la transmission écrite, quoi que ces deux modes ne se font pas de la même façon et ne servent pas à la même chose : la transmission verbale apparaît libératrice alors que la transmission écrite a une fonction organisatrice et structurante pour la poursuite du travail d'où l'importance des notes concises et bien écrites pour comprendre ce que les uns transmettent aux autres. En outre, l'écriture assure le rôle de la continuité entre les équipes de la semaine et celle de la fin de semaine. En effet, la transmission de l'information verbale réduit la transmission écrite à un non-lieu de transmission, surtout avec l'équipe de la fin de semaine qu'elle ne rencontre pas.

Les entrevues effectuées au CIC révèlent une particularité non évidente : certains intervenants s'appuient surtout sur la transmission verbale en situation de travail et ignorent quasi complètement la transmission écrite. Nous constatons que cela été grandement présent avant que les dossiers électroniques soient introduits.

L'introduction du système informatisé de la transmission écrite est le résultat direct de notre recherche action. Le problème de l'illisibilité des écritures s'ajutait à l'habitude de certains intervenants de s'appuyer sur leur propre version, ainsi que sur le matériel échangé verbalement durant les échanges.

« Il m'est difficile de lire les notes des autres parce qu'il n'y a pas de dialogue ».
(Intervenant n°. 4)

Tout en reconnaissant la valeur de la parole vivante mise en avant-scène par certains intervenants, nous pouvons affirmer qu'on ne peut pas prétendre que le travail thérapeutique se limite par un quart de travail donné ou celui qui suit. Nous considérons donc que la sous-estimation de l'apport de la transmission écrite constitue une forme de résistance à la transmission, résistance qui s'opère par l'isolation séquentielle du processus thérapeutique.

« C'est toujours en après-coup que j'apprends ce qui s'est passé vraiment ».
(Intervenant n°. 4)

5.2.2. Difficulté de transmission de l'évaluation et de l'entretien

Les entrevues effectuées évoquent les difficultés présentes au niveau de la transmission de l'information concernant l'évaluation et les entretiens avec les clients et font référence a) aux problèmes de remémoration du contenu des entretiens, b) à la reconstruction de cas, et c) à la place et à la possibilité d'exprimer l'expérience émotionnelle vécue durant les entretiens avec le client et lors de la transmission verbale en équipe.

« Le premier intérêt à travailler à plusieurs c'est de pouvoir parler d'un cas dans lequel on est impliqué, c'est-à-dire que l'on a vu en personne, on a eu des entrevues avec cette personne-là, et on a vraiment un autre avis. Ce n'est pas de l'écoute, ce n'est pas quelqu'un qui vient présenter un cas et les autres peuvent donner un avis ou des impressions, là ils sont vraiment directement impliqués ». (Intervenant n°. 5)

Dans le contexte des interventions en fins de semaine où la transmission verbale de l'information se trouve réduite, la communication dans la transmission des dossiers et des échanges se limitait au moment des entrevues à la lecture des dossiers souvent difficiles à lire. Voici donc une contradiction bien inscrite dans le fonctionnement qui ne facilitait pas le travail auprès d'un même patient. De ce fait, c'est le patient qui devient porteur du processus faisant un travail autonome et introspectif. Par ailleurs, n'oublions pas qu'il s'agit d'une clientèle non-initiée au travail analytique en situation de crise qui diminue leur autonomie fonctionnelle. Dans ce contexte, le coordonnateur clinique et l'intervenant psychosocial, dont les horaires se chevauchent de jeudi à dimanche, demeurent les personnes de référence. Toutefois, l'organisation des horaires et la répartition des quarts de travail au fil des ans se sont graduellement adaptées aux horaires des employés par souci de l'administration d'accommoder ses attentes et d'assurer une ambiance moins tendue au sein de l'équipe. Cependant, nous constatons que ce non-chevauchement des équipes, celles de la semaine et de la fin de semaine, affecte la transmission des informations d'une équipe à l'autre ayant ainsi un impact négatif sur le fonctionnement efficace de l'équipe.

5.2.3. Acceptation de l'incomplétude dans la transmission

Soulignons l'importance d'accepter l'incomplétude dans la transmission évoquée par un intervenant. Selon ce dernier, cette incomplétude contribue à la co-construction de cas. Cette façon de concevoir la transmission permet de saisir la part de chacun dans la continuité du travail à plusieurs en reconnaissant l'existence des « angles morts » pour chacun des intervenants, ainsi que le travail de tissage des discours imprégnés de transferts, et ce, afin de construire un discours sur le cas. Ce récit ne serait plus l'addition simple des récits individuels, mais il serait un autre, celui de l'équipe.

« Il y a toujours quelque chose qui échappe à quelqu'un, mais que l'autre va saisir; cela est très constructif. C'est intéressant par rapport à la

construction de cas : on rencontre quelqu'un, on a un client, mais à table on construit le cas. Ça permet de faire les lignes directrices par rapport à la spécificité de la personne, le cas de la personne. » (Intervenant n°. 7)

5.3. Modalités du travail avec un patient

À partir des entretiens effectués auprès des intervenants, nous avons repéré des énoncés qui relèvent des modalités du travail avec des patients. La modalité du travail thérapeutique, étant en lien non négligeable avec le contexte de l'intervention, implique un nombre de paramètres tels que l'urgence subjective vécue par le patient, le type d'accès aux services (souvent par une référence, mais aussi autoréférence), la durée préétablie du séjour, les règles de l'établissement ainsi que la fréquence des entretiens cliniques et du soutien psychosocial.

5.3.1. Cadre et variations des types de services cliniques

L'analyse du fonctionnement du Centre et les entretiens avec les intervenants indiquent que la variation des types de services offerts et les modalités du travail s'organisent en fonction des besoins identifiés chez les patients et peuvent être différents d'une personne à l'autre. Mais ces variations concernent beaucoup plus les aménagements au niveau individuel des patients que le cadre de fonctionnement général du Centre. Ainsi, le cadre institutionnel est maintenu relativement intact et permet, grâce à la permanence des repères, d'identifier les variables subjectives caractérisant chaque patient.

À chaque réunion d'équipe, les intervenants font le choix quant au patient dont ils veulent parler, et ce, en fonction de leurs difficultés présentes au moment de chaque entretien ou suivi qu'ils conduisent. Nous désignons cette pratique en tant que la

clinique du discours (définie par le lien social) pour la distinguer d'une clinique du cas pratiquée en psychiatrie.

Certains intervenants soulignent l'importance que la pluralité des intervenants et leur façon différente d'écouter et d'être en lien représente pour les patients.

« Ah, ça ne me dérange pas que ça change d'intervenants, ce serait tellement fusionnel que les gens n'arriveraient plus à partir, je le dis toujours si on les voyait seul pendant dix jours, c'est-à-dire le lien serait tellement intense qu'ils auraient toutes les peines du monde après à repartir et poursuivre leur chemin et après se lier avec d'autres thérapeutes, alors qu'ici ils apprennent à faire une alliance thérapeutique, à faire un bout de boulot. Si après ils décident d'aller consulter par eux-mêmes, ok ! Le client dira : « Moi, j'aimerais mieux un homme ou une femme, j'aimerais mieux quelqu'un qui me parle, j'aimerais mieux quelqu'un qui me laisse réfléchir dans mon coin ». Bref, ça leur donne tout cet éventail là et ça évite cette fusion qui serait extrêmement difficile à séparer. Déjà souvent il y a des gens qui tiennent plus à certains intervenants, mais comme il y en a plusieurs, c'est une grande utilité d'être à plusieurs ». (Intervenant n°. 1)

Cette citation illustre les aménagements qui se mettent en place dans le travail avec les patients : certains se sentent plus confortables de parler à un intervenant d'un sexe particulier, ou encore à un intervenant qui serait plutôt communicatif que silencieux dans son savoir-être. Les manifestations transférentielles sont palpables dans les demandes explicites ou implicites de ces variations.

« Il y a des gens qui arrivent à pouvoir plus élaborer avec un des intervenants qu'avec d'autres ». (Intervenant n°. 3)

Nous nous interrogeons sur la préoccupation que démontrent certains intervenants concernant un possible lien fusionnel attribué aux patients. Il importe, selon nous,

d'entendre et de repérer les deux aspects possibles de cette projection. D'une part, ce repérage permettrait probablement de tempérer ou d'éviter un surinvestissement affectif de certains patients qui démontrent un niveau d'organisation psychique où le rapport à la permanence d'objet serait sérieusement atteint, comme dans les problématiques de type anaclitique, les cas de clivage, d'érotomanie, de persécution ou des structures paranoïdes. D'autre part, cela pourrait être considéré comme une défense contre l'envahissement ou bien de la difficulté de travailler sur les éléments de transfert négatif.

5.3.2. Travail avec les clients en individuel

« Je vais toujours poursuivre mon travail de façon solitaire ». (Intervenant n°. 6)

Voici une phrase qui représente la position de certains autres intervenants qui préfèrent plutôt souligner l'importance du rapport thérapeutique avec le même intervenant en individuel et qui s'attendent que les autres suivent leur hypothèse clinique.

« En général c'est très rarement que je peux utiliser pour une interprétation une phrase qu'il a parlé avec un autre collègue ou moi-même, parce qu'avec chaque intervenant ça parle différemment, donc c'est un transfert plutôt différent ». *« Quand le travail a été débuté avec un autre (il y a plus de 2-3 jours), ouf! Ce n'est pas évident! »* (Intervenant n°. 4)

Ces intervenants justifient leur point de vue par la difficulté vécue par les patients qui ont dû changer d'intervenant sans que cela soit nécessaire cliniquement.

5.3.3. Niveau de fonctionnement des patients

Une petite minorité des intervenants ont évoqué l'importance de la différenciation des patients selon leur niveau de fonctionnement. Cette catégorisation distingue les

patients qui ont « *un fonctionnement avancé* » c'est-à-dire qui sont capables de faire face ou de palier aux différences entre leurs interlocuteurs-thérapeutes, et ceux chez qui ces différences accentuent la fragmentation, par exemple. Les patients avec un fonctionnement avancée sont capables de verbaliser leur souffrance et de faire un travail d'élaboration de leur conflits psychiques. Ils sont capables de symboliser et de mettre en place des processus de transformation plus facilement. En contrepartie, les patients du groupe plus désorganisé au niveau du fonctionnement psychique n'arrivent pas à se servir de la symbolisation et démontrent un degré élevé de régression, de confusion cognitive, ainsi que des défenses psychotiques importantes pouvant les amener à l'hospitalisation.

5.4. Intervenant au travail

Dans leur travail, les intervenants s'appuient sur le document de référence qui s'intitule « Cadre de référence du Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS ». Ce document dont la présentation détaillée et les explications sont assurées par le coordinateur clinique, est mis à la disposition de chaque intervenant et sert non seulement de cadre de référence théorique mais aussi de cadre de référence de l'organisation du travail clinique que chaque intervenant est tenu de maîtriser. C'est à partir des repères donnés par ce document que les intervenants s'intègrent dans leur pratique clinique quotidienne au Centre. D'autre part, l'intégration et la contribution de chaque intervenant au travail clinique est unique et dépend non seulement de sa personnalité qui lui est propre mais se trouve aussi étroitement liée à son cheminement professionnel et personnel qui détermine sa vision de l'intervention. En outre, mentionnons l'évolution quotidienne de la pratique clinique en fonction des réalités du milieu et celles du contexte socio-politique auxquelles les intervenants sont appelés à s'adapter en fonction avec leurs capacités individuelles. Tous ces aspects relevés ci-haut devraient être pris en considération quant à leur impact sur le travail clinique.

« ... pour moi, le premier contact avec une personne... je prends en compte qu'il y a un collègue qui est passé derrière moi, avant moi, mais c'est en même temps mon premier contact avec cette personne-là, comme si j'étais en thérapie individuelle avec elle ». (Intervenant n°. 4)

La citation témoigne de l'effort que l'intervenant fait entendre pour introduire une distinction entre lui et ses collègues, une différenciation nécessaire pour créer un espace pour penser. Cet effort est indispensable pour être à l'écoute de ses propres processus internes et de penser l'intervention en évitant de s'identifier au groupe. Toutefois, ce besoin de la différenciation s'opère différemment pour chacun des intervenants.

Pour certains, cette **de-fusion** est un processus conscient pour d'abord se faire sa propre idée de sa rencontre avec le patient, pour ensuite mettre son écoute au service des autres intervenants de l'équipe et d'analyser les éléments dans leur ensemble.

« Donc, de s'approprier le savoir qui a été laissé par un collègue et le faire mien. Une façon la plus simple à mon avis de le faire mien c'est quand ça revient à un moment donné dans la bouche du patient. - Vous me l'avez dit, je ne l'ai pas lu, vous me l'avez dit! » (Intervenant n°. 6)

Les intervenants préfèrent que lors de la rencontre, ce soit le patient qui introduit les thèmes qui feront l'objet de l'exploration. Pourtant, la notion de ``sans mémoire ni désir`` introduite par Bion (1979) n'est pas avancé par ces intervenants.

« Je ne reviens pas aux rencontres précédentes si le patient ne parle pas de ça. Si c'est un patient avec qui je travaille tout le temps, c'est la même chose : je ne reviens jamais à quelque chose moi-même, je laisse le patient de parler ». (Intervenant n°. 6)

D'autres intervenants privilégient leur propre écoute sans prendre en considération les opinions divergentes. Cela nous amène à questionner la nature inconsciente où une

telle théorisation quasi dogmatique peut être utilisée comme une défense contre la fusion, par exemple.

Un intervenant a évoqué son sentiment d'être « prisonnier d'un carcan » à la suite des rencontres faites par d'autres collègues avant lui.

« Il se trouve que j'interviens moi aussi à un moment donné, je ne fais pas, je ne nie pas ce corpus qui est avant moi, mais en même temps quand j'interviens c'est aussi ma première à moi, je ne peux être non plus dans ce carcan du premier corpus, sinon je n'aurais jamais la latitude d'intervenir avec cette personne-là et en même temps, on n'est pas pareils ».
(Intervenant n°. 6)

Il existe également des intervenants qui, dans leur effort de trouver le compromis entre le discours institutionnel, les positions des autres et les siennes, tendent à éliminer les différences existantes entre les intervenants. En effet, cette solution de compromis permettrait aux cliniciens d'assurer le suivi et la continuité du processus au risque d'éliminer la particularité ou le trait qui les distingue des autres cliniciens. Dans ces cas-là, la continuité est prise comme un arrière-fond de la lecture du processus thérapeutique. La continuité apporte un effet apaisant, en éliminant la conflictualité ou la tension causée par ce conflit de non-correspondance à l'idéal, que l'intervenant cherche à retrouver à travers ces compromis.

5.4.1. Repérage des lignes directrices

La fonction d'intervenant suppose d'avoir de la capacité à formuler un jugement clinique qui tient compte de l'état de la personne certes, mais également du mandat de l'établissement et des modalités d'intervention. Cela permet aux intervenants d'avoir une liberté suffisante pour déterminer les lignes d'intervention à privilégier. Mais

compte tenu du nombre des intervenants qui seront invités à travailler avec un même patient, nous pouvons observer des variations dans les lignes directrices.

« On va toujours dans les lignes directrices celles qui se répètent, par exemple quatre, je trouve qu'il y en a deux qui se répètent et ce sera ces deux que je travaille ». (Intervenant n°. 1)

Quelques intervenants préfèrent adopter une position de l'auditeur, celui qui ne fait pas d'interventions significatives privilégiant le rôle de contributeur pour que l'information circule, ce qui permettrait à l'équipe d'éclairer sa lecture clinique. Se mettre dans la position d'observateur aurait pour avantage de recueillir les informations sur le client dans le but d'obtenir une image plutôt complète, synthétique. Cette position représente une valeur certaine pour le travail clinique à plusieurs, par contre il est attendu que le clinicien intervienne au moment propice basé sur son propre jugement.

« Je laisse ouvert des choses, j'apporte des éléments à mon avis qui peuvent servir à mes collègues qui travailleront après moi à avoir comme élément et pour inclure ça pour intégrer ça dans ses propres visions et selon des visions théoriques et pratiques vraiment différentes ». (Intervenant n°. 7)

5.4.2. Discours du client à ne pas confondre avec le client lui-même

Nous retenons la remarque d'un intervenant sur le fait que le discours du client ne représente jamais le client à part entière.

« On va lire les impressions de quelqu'un. C'est un rapport à lui qui se fait, il faut en tenir compte. Ça implique la personne de l'intervenant qui a entendu le patient parlant. Il faut faire cette différenciation ». (Intervenant n°. 7)

Ainsi, l'intervenant considère que le récit du thérapeute sur le patient ne devrait pas être pris comme étant équivalent à la personne du patient, mais plutôt comme un rapport que le thérapeute fait à partir de ses impressions et de ses perceptions.

Cette approche qui suppose le maintien d'une incomplétude dans la compréhension, permet à l'intervenant de ne pas créer une image préconçue ou bien figée du patient. Dans ce cas, le clinicien demeure prudent et garde des réserves contre la certitude.

« Quelque chose qui n'appartient pas seulement au client, mais aussi à quelqu'un de l'équipe. Je prends cette information comme une référence, une construction. La rencontre est une étude de l'histoire. Il y a toujours le risque de polluer le cas ». (Intervenant n°. 7)

5.4.3. Importance de la première rencontre

La première rencontre avec le patient occupe une place importante que les intervenants soulignent. Peu importe le moment d'arrivée du patient au Centre, l'intervenant donne une valeur très distincte à sa première rencontre avec le patient. Cette rencontre inaugurale constitue l'axe autour duquel la version hypothétique s'incarne.

« Je trouve que c'est différent que quand la personne le dit elle-même. Donc pour moi la première rencontre c'est aussi une rencontre extrêmement importante parce que c'est aussi un premier contact avec cette personne ». (Intervenant n°. 4)

L'importance d'une présence assidue du thérapeute est également mentionnée :

Il n'y a pas de relations de confiance ou de relations thérapeutiques possibles quand il n'y a pas une assiduité en termes de présence. (Intervenant n°. 2)

La nécessité de rencontrer plusieurs intervenants complique l'établissement de l'alliance thérapeutique puisqu'il y a plusieurs transferts qui se développent, la coupure la plus importante ayant lieu la fin de semaine où c'est une équipe différente qui continue le travail. Par ailleurs, il est difficile à déterminer si c'est difficile pour le patient ou bien pour l'intervenant.

« Il y a une différence que je remarque : quand c'est moi qui fais la première rencontre, le côté transférentiel rend le séjour de cette personne différent pour moi de celle des autres, évaluées par quelqu'un d'autre. C'est-à-dire, si c'est moi qui ai été la première, chacun des collègues fera sa première rencontre. Et à partir de cette séance, un travail se construit ».
(Intervenant n°. 4)

L'intervenante souligne néanmoins, que cela dépend moins de la coupure de la fin de la semaine que de la constitution de l'équipe.

« Ce n'est pas tant la question de fin de semaine ou de la semaine, mais plutôt avec qui on travaille. Ce n'est pas évident de travailler à plusieurs, mais avec certaines c'est plus facile ». (Intervenant n°. 4)

5.5. Processus thérapeutique

Dans la partie descriptive du Centre, nous avons présenté les grandes lignes du fonctionnement et de l'organisation du travail de l'équipe d'intervenants. Ici, nous aborderons le processus thérapeutique en lien avec le contenu du travail décelé à travers les récits d'intervenants. Toutefois, les aspects relevés du processus thérapeutique ne présentent pas le tableau exhaustif de ce processus puisqu'ils se basent sur le matériel disponible (entrevues effectuées).

5.5.1. Diversification des thèmes abordés par les patients

Lors des rencontres avec les intervenants, certains patients abordent les mêmes thèmes, alors que d'autres évoquent différents sujets avec différents cliniciens. Dans ces derniers cas, une rencontre ne suit pas toujours les sujets discutés lors des rencontres précédentes et le patient introduit des contenus différents selon l'intervenant qui le rencontre. Cette diversification des thèmes pourrait témoigner du fonctionnement psychique du patient et révéler ses résistances au travail thérapeutique. D'autre part, la discontinuité amenée par la diversification des sujets pourrait avoir un impact sur le travail thérapeutique. Il s'agit, par exemple, des manifestations de l'insécurité ou des éléments de fragmentation chez les structures psychiques plus fragiles. En revanche, les patients psychiquement plus matures pourraient avoir plus de facilité en diversifiant les sujets d'une rencontre à l'autre et avec différents intervenants et bénéficier de ces élaborations.

Précisons certains autres éléments propres au processus du travail thérapeutique : possibilité des rapports transférentiels potentiellement différents; l'existence du processus parallèle avec chacun des thérapeutes; l'orientation du processus par le patient; le lien entre la pratique à plusieurs et la manière dont le patient investit le processus relationnel avec chacun des thérapeutes.

5.5.2. Rapports de nature différente développé par le patient avec chaque intervenant

On observe la différence des rapports relationnels dans la vie quotidienne sans être réservée à une relation thérapeutique. Cependant, dans le dispositif thérapeutique, la rencontre avec chacun des intervenants contient un élément ou une facette qui mobilise les processus transférentiels.

5.5.3. Transversalité thématique entre les séances et progression linéaire d'élaboration thématique

Comme nous l'avons décrit précédemment, l'exploration du processus thérapeutique met en évidence l'une des particularités de la pratique à plusieurs : avec chacun des intervenants le patient explore une piste ou une problématique, qui ne sont pas nécessairement reprises lors des rencontres avec d'autres intervenants. Mais grâce aux discussions de cas et des réflexions hebdomadaires faites entre intervenants, une élaboration parallèle se produit et permet de « penser le cas », d'effectuer un tissage des récits imprégnés par la charge transférentielle portée souvent par des intervenants. La rêverie associative en équipe permet la dissolution des effets contre-transférentiels dont les intervenants ont besoin pour les perlaborer.

5.5.4. Importance de l'écoute de l'intervenant qui parle du client

Dans la relation thérapeutique, la part du thérapeute devrait également être prise en considération. Il n'est pas rare que les intervenants, sans même qu'ils en soient conscients, parlent de leur patient d'une manière qui fait émerger leurs propres résistances, leurs projections et leurs impressions insuffisamment étayées. Ces éléments créent des obstacles parfois durs à repérer et difficiles à manier en raison de l'intensité du processus, la courte durée de la relation thérapeutique, la pluralité des intervenants ainsi que des caractéristiques spécifiques à chacun des cas.

L'écoute de l'intervenant qui parle de son patient nécessite une attention de double nature : 1) attention portée aux éléments dans le cadre de la gestion du dossier (rendez-vous prévus, communication avec le psychiatre, aspects liés à la dangerosité ou aux tendances suicidaires, accompagnement psychosocial prévu, etc.) et 2) attention flottante pour s'interroger sur le processus relationnel courant et repérage des éléments à explorer davantage avec un collègue.

5.5.5. Construction de cas et différents types de transfert

Chaque intervenant rencontre son patient, mais la construction de cas se fait à plusieurs, autour de la table. La pratique à plusieurs telle qu'observée est constituée de quelques composants dont le changement de quart et la réunion clinique hebdomadaire qui réunissent plus d'un intervenant qui travaillent avec un même patient. Cette modalité d'échange crée un espace de réflexion et d'échange qui contribue à la formulation des hypothèses de travail, à l'échange des opinions sur le fonctionnement du patient et le processus thérapeutique. Chacun des intervenants contribue à cette compréhension à partir de ses propres constructions. Ce « tricotage » des récits résulte en une construction que nous appelons la « co-construction de cas – récit ».

Il convient de souligner l'existence des transferts multifocaux ou dispersés observés à travers les descriptions des récits des intervenants. La recherche que nous avons effectuée a contribué à faire évoluer le travail sur les transferts. Nous avons répertorié les types de transferts suivants : a) transfert du patient sur l'institution (transfert sur l'institution, transfert sur le lieu); b) transfert du patient sur l'intervenant; c) transfert du patient sur le groupe d'intervenants; d) transfert de l'intervenant à intervenant (transfert entre les intervenants qui travaillent avec le même patient); e) transfert des intervenants sur l'équipe (transfert sur le groupe); f) transfert de chaque intervenant vis-à-vis de l'autre dans le groupe; g) transfert de l'intervenant sur le coordonnateur clinique; h) transfert de l'équipe d'intervenants sur de coordonnateur clinique et i) tous les transferts précédents dans leurs opposées (transfert de l'institution sur le patient; transfert de l'intervenant sur le patient etc.). L'analyse du rôle et de l'influence de ces transferts sur le processus thérapeutique permet de comprendre chaque situation analytique et la dynamique organisationnelle dans l'ensemble.

La situation d'échange devient porteuse des diverses modalités dont le rapport se construit entre les intervenants et ces rapports seront très souvent teintés des variations transférentielles.

5.5.6. Fonction du client vis-à-vis de l'équipe d'intervenants

Nos observations montrent que la prise en charge d'un patient introduit spontanément une particularité: la présence du patient assure une cohérence et continuité des interventions où celui-ci est perçu comme garant de la continuité du travail permettant de contourner les critiques potentielles dans l'équipe. Notre recherche a permis de constater que ce rôle que joue le patient fait de lui, dans une certaine mesure, « une fonction analysante de l'équipe ».

5.6. Dynamique groupale

5.6.1. Aspect relationnel de la dynamique groupale des intervenants

Lors des échanges autour des cas cliniques et des transmissions de dossiers, il existe une ambiance relationnelle qui fait voir toutes les couleurs et facettes des relations interpersonnelles entre les intervenants. C'est dans ces moments qu'on peut observer comment le patient, le récit sur lui ou son suivi est utilisé pour faire passer des messages à peine camouflés pour des fins différentes : par exemple, attaquer un collègue indirectement, l'accuser dans son non-professionnalisme ou encore mettre en scène les actes professionnels considérés peu pertinents jugés incompetents. Nous constatons qu'une partie importante de ces comportements témoigne d'une lacune dans la capacité d'analyser des aspects transférentiels mobilisés, ainsi que des attitudes de rivalité fraternelle qui s'observe dans des situations groupales. Ces manifestations peuvent certainement avoir un impact non-constructif sur le travail thérapeutique dont elles peuvent affecter la qualité.

5.6.2. Travail à plusieurs imprégné par les transferts

Nous avons déjà soulevé l'existence des processus transférentiels intrinsèques qui affectent le processus thérapeutique. L'analyse de ces aspects sous l'angle des processus groupaux fait apparaître des résistances non-élaborées, non-comprises, faisant objet de projections. Le terme « transfert » signifie ici la « difficulté relationnelle en situation de groupe ou au niveau interpersonnel ».

5.6.3. Liberté d'exprimer sa propre opinion

Pour certains intervenants ce n'est pas une chose facile d'exprimer leur opinion en situation de groupe et les raisons en sont plusieurs : manque de confiance en leur capacité de traduire l'expérience clinique en formulations théoriques, traits spécifiques de personnalité, mobilisation des défenses telles l'évitement de confrontation et peur de conflits, projection et autres.

Cette réalité de la vie quotidienne du groupe a un impact réel sur son fonctionnement et crée à son tour une forme de résistance qui devient difficile à surmonter sur le plan relationnel. Dans ces situations, les solutions se retrouvent à travers des différentes formations défensives comme par exemple, assigner une troisième personne à blâmer, s'allier contre l'administration, faire un « pairage intragroupe », traduire les problématiques cliniques en administratives ou syndicales.

5.6.4. Effacement ou rejet de l'écoute transférentielle chez les collègues

Il arrive que les intervenants démontrent une rigidité et une position fermée à la compréhension des choix faits par un collègue. Une telle rigidité trouve souvent ses sources dans l'idéalisation puriste de la pratique qui peut aller jusqu'à la

revendication despotique des postulats, souvent déliés de la situation clinique particulière. Il s'agirait d'un type de résistance particulière à noter.

5.6.5. Travail en duo : serait plus représentatif pour certains collègues

La pratique à plusieurs implique plus de trois personnes qui suivent un patient durant son séjour. Le mandat qui unit les intervenants suppose une cohérence inter-collégiale afin de permettre qu'un travail puisse s'accomplir. Toutefois, nous observons des attitudes et des comportements de « couplage » ou d'alliance entre deux personnes en défaveur des autres impliqués dans la tâche ou dans la pratique quotidienne. Il nous apparaît important qu'une telle attitude, si répétitive, nécessite un repérage et une modification afin d'éviter des clivages intra-groupales ou interpersonnelles.

5.6.6. Évitement comme mode de défense

L'évitement est la défense la plus fréquemment utilisée pour éviter les échanges difficiles. Dans plusieurs cas, nous avons pu constater que dans des situations difficiles, l'évitement permet aux intervenants de ne pas être confrontés aux éprouvés désagréables. Les évitements semblent camoufler, sans pour autant trop de succès, les difficultés relationnelles que les intervenants peuvent avoir dans le contexte de travail. Ce mode de défense permettrait d'assurer une cohérence imaginaire que certains cherchent à maintenir, tandis que pour d'autres il s'agirait d'une défense leur permettant de ne pas revivre les conflits intrapsychiques liés à leur propre dynamique.

C'est dans ces cas-là que les intervenants s'adressent au coordonnateur clinique, en ajoutant quasi régulièrement la phrase : « je n'aimerais pas que l'autre sache que vous ai parlé ». La tâche du coordonnateur est de bien distinguer les messages contenus

dans chacune de ces situations et de différencier les trois couches nécessaires à traiter : 1) aspect institutionnel; 2) aspect interpersonnel et 3) aspect intrapsychique.

5.6.7. Échange codifié entre anciens intervenants

Nos observations révèlent les échanges codifiés entre les anciens intervenants. Ces observations sont basées sur les expériences vécues de certains intervenants qui se sentent exclus des échanges cliniques perçus comme hermétiques et exclusifs aux « initiés ». On peut voir ici que d'une part, certains des « anciens » intervenants créent un champ de communication qui ne serait accessible qu'à condition que les nouveaux recrues « parlent » leur langage conceptuel et utilise leur terminologie habituelle. Cela peut éventuellement devenir une forme « d'élitisme », une attitude défensive détaché de la réalité des processus cliniques de la vie quotidienne du Centre et qui peut, à son tour, se manifester parfois par une attitude offensive. Ces situations peuvent devenir objet d'un encadrement.

5.6.8. Existence des transferts multifocaux ou dispersés

Les transferts multifocaux ou dispersés auxquels les intervenants sont régulièrement confrontés dans la situation de travail groupal avec leurs patients exigent des efforts constants pour les comprendre et les manier d'une telle manière que ces résistances au travail (le transfert est une résistance) ne se cristallisent pas sous différentes formes de difficultés relationnelles. Dans le cas contraire, les complications parfois extrêmement intenses seront inévitables et coûteront cher.

5.6.9. Rôle de la direction de l'Association IRIS

Nous soulignons ici l'importance de l'implication des tous les joueurs, si nous cherchons à introduire quelconque changement significatif et permanent au sein

d'une institution. L'appui et la participation active de la Directrice générale est difficile à sous-estimer dans ce processus de transformation. Une des fonctions inestimables que joue la direction, c'est de maintenir un lien avec les partenaires extérieurs, comme, par exemple, les hôpitaux, le CIUSS ou d'autres CIC, de sorte que les transformations internes soient communiquées et traduites d'une manière permettant d'éviter les malentendus dans nos collaborations inter-établissements.

5.6.10. Place du chercheur-coordonnateur dans la recherche

La démarche méthodologique soulève des réflexions concernant le positionnement que le chercheur (dans notre cas, le coordonnateur clinique de l'institution) a vis-à-vis de son objet de recherche, de ses champs d'exploration et de la possibilité de participer consciemment aux processus de transformation des pratiques, sans que ce positionnement empêche l'objectivité et la possibilité qu'une nouvelle élaboration émerge.

Pour une meilleure compréhension de la position de chercheur dans sa fonction de coordonnateur clinique du Centre d'intervention de crise, il faut savoir qu'il a été invité à occuper cette fonction après une crise très importante au sein de cette institution. La direction avait décidé d'introduire une personne non impliquée personnellement dans les tensions existant au sein de l'équipe à ce moment-là et c'est ainsi que s'était effectué l'embauche d'un coordonnateur clinique pour l'ensemble des services de l'Association IRIS, incluant le Centre d'intervention de crise pour toute personne en situation de crise, les services de réadaptation et de réinsertion sociale pour adultes éprouvant de graves problèmes de santé mentale et souffrant des troubles sévères et persistants, ayant besoin de supervision pour acquérir ou maintenir une vie autonome en logement (deux foyers de groupe, deux centres de jour, les appartements supervisés et HLM).

Il importe de préciser que le coordonnateur clinique était invité à assurer le bon fonctionnement du cadre clinique institutionnel et orienter la clinique d'orientation psychanalytique tout en étant cadre de direction non syndiqué contrairement aux deux coordonnateurs qui le

précédaient. Cette double fonction nous a permis d'avoir un regard extérieur pour évaluer notre tâche durant le travail quotidien et de maintenir une distance raisonnable afin d'accomplir notre fonction de coordonnateur clinique.

Nous considérons que le mandat et la description des tâches spécifiques à notre fonction de coordonnateur ont un effet indéniable sur la position professionnelle que nous avons adoptée. Dès notre arrivée, il nous a fallu quelques interventions d'encadrement sur le plan éthique relationnelle afin d'exiger une attitude de respect mutuel au sein de l'équipe, habituée autrefois de s'attaquer mutuellement. S'introduire dans un groupe, c'est de s'introduire avec sa propre organisation psychique, ses propres identifications faisant partie de notre identité professionnelle en évolution et avec les interprétations que nous avons faites de notre l'expérience acquise. Ayant exercé dans différents contextes familiers et étrangers (groupes sportifs, orchestre, usine, armée, hôpitaux psychiatriques, équipes de sauvetage lors des catastrophes naturelles et humaines, institutions médico-psycho-socio-éducatives, prisons, services psychothérapeutiques) avant d'entrer en fonction actuelle, notre expérience relationnelle groupale était enrichie sur plusieurs aspects. Cette expérience nous a introduit à l'importance de travailler communément et d'une manière mature et professionnelle sur la tâche quoi que notre façon de fonctionner et d'être en relation puisse toujours être l'objet des diverses réactions. Or, l'analyse situationnelle basée sur les théories du fonctionnement groupal nous permet de manier les résistances émergeantes dans notre fonction de coordinateur clinique et de survivre aux crises et aux attaques hostiles. Dans le contexte de notre recherche, le travail quotidien était un repère important pour questionner et explorer les avenues possibles et d'accepter les échecs. D'une certaine manière, c'est une recherche action parallèle dans une institution vivante.

Grâce à la dialectique entre l'action et la recherche, l'analyse nous a permis de porter l'attention sur les problèmes et leurs causes ainsi que sur le processus stimulé par l'intervention et ses effets induits. L'interaction quotidienne et constante entre nous, dans notre statut de chercheur/coordonnateur clinique et celle des intervenants et la

direction, a permis d'explorer et d'appréhender les phénomènes de façon inter-liée, de mieux les situer dans le fonctionnement du Centre.

Les réunions cliniques hebdomadaires et mensuelles nous ont servi d'une part, d'un levier pour les utiliser comme un médium de transmission des résultats de la recherche et d'autre part, d'un champ de transformation de la pratique institutionnelle. Ce lien permanent et vivant entre la direction, la coordination et l'équipe assure l'avancée de la réflexion théorique sur la pratique et facilitera la mise en place des changements dans la pratique de l'intervention.

CHAPITRE VI

DISCUSSION

L'objectif de notre recherche était d'explorer le fonctionnement d'un dispositif thérapeutique d'intervention de crise pratiquement non étudié et insuffisamment théorisé. Cette exploration nous a permis d'apporter une clarification sur la nature et la place qu'occupe la pratique clinique de travail à plusieurs (TAP) dans le Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS, d'avancer une théorisation ancrée sur la clinique de l'intervention de crise d'approche psychanalytique et de proposer une compréhension du fonctionnement des petits groupes constitués des professionnels.

Les résultats présentés dans le chapitre précédent ont permis d'explorer la nature et le processus du fonctionnement du travail à plusieurs dans le Centre d'intervention de crise IRIS. De fait, plusieurs éléments importants sur la pratique clinique à plusieurs ont émergé lors des entretiens qui ont permis une meilleure compréhension du fonctionnement du Centre et de ce dispositif d'intervention spécifique au CIC IRIS.

Globalement, six grands thèmes se dégagent des propos des intervenants interviewés à partir de l'analyse thématique des entretiens : (1) le travail à plusieurs; (2) la transmission; (3) les modalités de travail avec un patient; (4) l'intervenant au travail; (5) le processus thérapeutique et (6) la dynamique groupale. Ces grands thèmes ont

servi de base à l'élaboration de notre compréhension des particularités du travail clinique à plusieurs.

Ce chapitre propose donc une synthèse des résultats obtenus et des éléments théoriques recensés dans les écrits. Cette discussion vise à mettre en lumière les éléments d'explication et de réflexion qui ont émergé de la présente recherche en regard de la nouvelle compréhension proposée. Par la suite, les implications de la recherche et ses retombées seront présentées. Finalement, les forces, les limites et les recommandations qui sont propres à cette étude seront discutées.

La participation des intervenants à la recherche constituait une occasion de construire leur propre point de vue sur leur façon de concevoir l'organisation et le déploiement de la pratique à plusieurs et leurs places dans ce dispositif. Notre expérience clinique et nos connaissances approfondies de la réalité clinique, administrative et organisationnelle de l'Association IRIS dans notre fonction de coordonnateur clinique et de chercheur, ont grandement contribué non seulement à la réflexion sur-le-champ de la pratique, mais aussi à introduire des changements au fur et à mesure de l'avancement de cette pratique et de cette recherche. Cette méthode nous a amené à adopter la position du « praticien réflexif » par laquelle un clinicien peut être conduit à recadrer ou à élargir son savoir d'action (Schön, 1983; 1987) et d'en partager avec l'équipe de sorte que ces compréhensions deviennent des agents de la transformation de la pratique clinique et de l'organisation du fonctionnement au sein de l'institution. La recherche a permis ainsi d'inclure les participants concernés de telle façon qu'ils contribuent aux changements et aux solutions à trouver au lieu de jouer le rôle des contenants d'information d'une manière passive.

Les inconvénients de la méthode que nous avons observés, surtout durant la deuxième partie de la recherche, concernent la disparité dans l'ouverture que les

membres d'équipe démontraient par rapport aux changements dans la pratique quotidienne et dans la mentalité ancrée dans ce que l'on appelle culture institutionnelle.

6.1. Grands thèmes et leurs liens dans la compréhension de l'ensemble du fonctionnement

La lecture de l'ensemble des résultats de notre recherche fait ressortir les fonctions plus particulières du *travail à plusieurs*.

D'abord, *c'est une méthode*. Selon la définition de Larousse, la méthode est une manière de mener, selon une démarche raisonnée, une action, un travail, une activité, technique. Dans sa fonction de méthode, le travail à plusieurs joue un rôle essentiel dans l'institution en devenant un opérateur thérapeutique. La construction d'un discours est portée par les intervenants constituant une équipe. Dans le cadre de cette méthode, le projet thérapeutique s'intéresse à la structure subjective et à la souffrance psychique chez le sujet. Au-delà du mandat social de l'institution (intervention de crise, prévention de suicide et autres actes destructeurs), le travail à plusieurs, dans sa fonction de méthode, permet de situer la position de l'équipe des intervenants cas par cas, de chercher à partir de quelle place chaque intervenant va s'adresser au sujet du patient afin que ce dernier soit amené à construire (et co-construire) une solution particulière.

Dans sa fonction de *dispositif*, le travail à plusieurs ne fait pas recours à un dispositif psychanalytique classique, mais à une pratique construite sur les composantes essentielles structurales que la théorie psychanalytique permet de dégager. Ce dispositif ne vient pas d'un choix d'institution ou d'équipe comme tel, mais d'une insistance que la clinique des urgences impose, car c'est l'intensité de l'urgence psychique des patients qui nécessite la mise en place de ce dispositif tel que pratiqué

au Centre. Nous constatons donc une tension intrinsèque contenue dans le dispositif du travail à plusieurs: il s'agit de la coexistence de la prise en considération de l'intensité qualitative et quantitative de la souffrance de la personne d'une part, et des conséquences de l'application de ce dispositif qui font toujours objet d'un ajustement et d'un accordage du processus thérapeutique, d'autre part.

Voilà pourquoi nous écoutons les intervenants souligner les avantages cliniquement précieux de ce dispositif pour des personnes qui démontrent un niveau de fonctionnement psychopathologique nécessitant une prise en charge qui assure un accompagnement et une présence (la présence d'objet étant faillible chez le sujet). La multiplicité de rapports transférentiels et la complexité de la transmission se trouvent, par ailleurs, parmi les obstacles les plus importants.

Nous pouvons conclure également que le TAP peut être considéré comme une *invention d'organisation du travail* clinique qui permet de répondre à la situation d'urgence psychique et sociale chez les clients du Centre d'intervention de crise. Cette invention n'a jamais été théorisée, ni même formalisée. Notre travail de recherche a permis de le faire.

Également, ce dispositif s'affermissant, permet d'explorer les différentes facettes du processus psychothérapeutique. Le travail à plusieurs fait souvent émerger une réflexion qui permet aux intervenants de prendre en compte leur position subjective en lien avec le patient. En effet, nous constatons que les échanges entre les intervenants leur permettent de mettre en perspective leurs questionnements quotidiennement, avec chaque nouveau cas.

De plus, nous considérons que le mouvement de l'imaginaire au symbolique devient encouragé par la nature de ce travail de groupe. En encourageant en équipe le

discours associatif dans le travail à plusieurs, ce dispositif apparaît propice car permet aux cliniciens : a) de reconnaître les aspects de leur propre subjectivité qui ne s'accordent pas avec leur ego; b) d'apprendre sur les aspects de la dissemblance à autrui qui ne s'accordent pas avec l'image initiale du patient; et c) de transformer leur compréhension de problème sur lequel ils travaillent.

L'élaboration autour de la souffrance subjective de la personne est stimulée par les réponses et les interventions des membres du groupe. En posant des questions et en articulant des idées, des associations, des images et des émotions évoquées au cours de la discussion, les membres du groupe encouragent activement le présentateur à explorer différentes positions du sujet. En verbalisant la situation et en interagissant avec le groupe, une gamme plus hétérogène de positions subjectives devient possible à saisir.

Comparable à ce qui se passe dans un contexte psychothérapeutique, le travail à plusieurs permet d'accroître chez les intervenants la capacité d'étaler un éventail de discours sur un même thème, d'avoir des vues plus complexes et d'accepter les perspectives des autres. Nous avons constaté que le travail à plusieurs n'a pas nécessairement pour objectif de trouver une image « vraie » d'une situation, parce qu'une telle image n'existe pas, ni de rechercher des « solutions » concrètes, mais il vise plutôt l'ouverture d'un nombre de perspectives à partir desquelles la situation peut être vue. Cela pourrait débloquer des situations complexes et difficiles à comprendre. Cette observation est grandement appuyée par plusieurs intervenants.

En analysant les aspects se rapportant aux limitations du travail à plusieurs, nous découvrons sa *fonction défensive*. Dans l'article de Freud sur les psychonévroses de défense, depuis sa première parution en 1894, un **mécanisme de défense** est défini comme un processus de défense élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de

la réalité extérieure, permettant de lutter contre l'angoisse. Sept niveaux déterminent sa nature : (1) le niveau adaptatif élevé qui assure une adaptation optimale aux facteurs de stress; (2) le niveau des inhibitions mentales ou de la formation de compromis; (3) le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps ou des autres; (4) le niveau du désaveu; (5) le niveau de distorsion majeure de l'image de soi et des autres; (6) le niveau de l'agir; et (7) le niveau de la dysregulation défensive (Freud, 1894 dans Chabrol et Callahan, 2004).

Freud (1915) met en évidence les facteurs suivants qui sont susceptibles de déclencher un mécanisme de défense : a) le Surmoi peut s'opposer à ce qu'une pulsion puisse devenir consciente et obtenir satisfaction, les mécanismes de défense luttent alors contre la pulsion; b) la pulsion est considérée comme dangereuse; c) la crainte que l'intensité des pulsions ne devienne excessive. Toutefois, nos observations montrent que *les défenses ne s'observent que par la résistance au travail clinique*. Les aspects que nous avons pu répertorier dans le chapitre sur l'analyse des résultats tels que les divergences des opinions cliniques, le contre-transfert culturel, l'évitement du travail en équipe, montrent comment ces résistances se déploient à travers l'utilisation du dispositif du travail à plusieurs. Certainement, le niveau de la défense indique la façon dont l'angoisse sous-jasante serait maîtrisée.

Cela dit, nous émettons l'hypothèse que *l'analyse des résistances* identifiées pendant le travail à plusieurs est une façon d'avancer le processus thérapeutique de manière analogique à l'analyse des résistances du patient permettant d'avancer la thérapie individuelle. Les différents types de transfert que nous avons relevés dans le chapitre de l'analyse des résultats constituent également les différents types de résistance qui se manifestent dans le travail à plusieurs. Le questionnement constant de l'équipe sur les difficultés et les agissements éprouvés dans la situation du travail, permettrait d'acquérir une compréhension du processus du fonctionnement groupal et

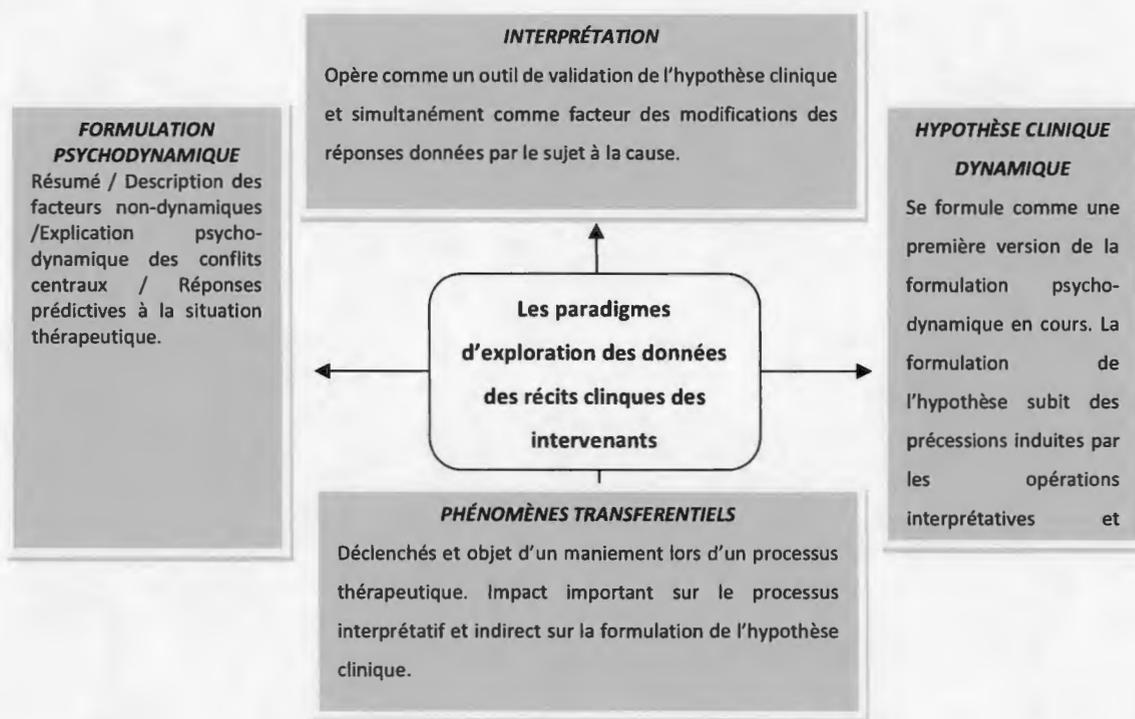
thérapeutique. Nous considérons que l'élaboration constante de ces résistances qui s'expriment par le grognement, la haine, des rumeurs, la banalisation, l'idéalisation etc., permettrait d'utiliser les processus psychiques groupaux au profit du travail thérapeutique efficace.

Regarderons maintenant comment s'articulent certains volets du travail à plusieurs. Il s'agit, plus particulièrement, *des thèmes évoqués dans les entrevues sur le processus thérapeutique, le transfert et la dynamique groupale, qui se recourent* souvent. Cela s'explique par les liens implicitement présents dans le travail à plusieurs. Nos observations nous amènent à porter notre attention sur les premiers moments du processus thérapeutique en deux temps, où le deuxième temps correspond à une reprise en *après-coup* de ce qui s'était passé dans la première rencontre, dégageant les mouvements psychiques survenus entre-temps. Pendant le changement de quart de travail quotidien (semblable à une discussion de cas), la présence groupale des intervenants exerce une fonction importante pour le patient. Ce sont les traces de ce qui se joue dans la première rencontre, principalement avec le consultant, mais aussi vis-à-vis du groupe, qui se réactivent à la deuxième consultation. Il est difficile dans la situation de travail à plusieurs d'évaluer le fonctionnement psychique d'un patient et de proposer un cadre thérapeutique sans l'apport d'au moins d'une seconde rencontre.

Ce qui apparaît fructueux, c'est que presque tous les membres du groupe vont non seulement poser des questions, mais revenir sur des moments ou des interventions qui les ont frappés, sur certains aspects de la relation, sur l'impact narcissique ou objectal qui ont échappé à l'intervenant, pris dans la relation duelle. Les mouvements psychiques du patient se repèrent souvent dans la situation du travail à plusieurs à travers des observations « avalées » sous des formes très différentes : projective, introjective, de maîtrise, ingérée, banalisée. Cela enrichit ce temps de l'évaluation du

fonctionnement psychique du patient et de l'indication qui va lui être proposée. Même s'il est vrai que la dynamique de groupe non verbale peut également jouer un rôle dans le travail du groupe, dans la présente étude, nous nous sommes concentrés principalement sur le langage, c'est-à-dire sur le discours et les interactions verbales du groupe. Ceci étant dit, il ne faudrait pas oublier que les agirs et les acting-out observés dans la situation transférentielle, ont une valeur de l'équivalent de la remémoration et par ce fait, exprimés d'une façon non-verbale, demeurent toujours dans le champ du langage qui se prête à une interprétation.

Pour faciliter la compréhension des considérations développées, nous proposons *la schématisation du processus thérapeutique paradigmatique* dégagée de l'analyse des résultats concernant le déroulement du processus thérapeutique (voir le schéma qui suit). Ces paradigmes d'exploration du matériel clinique introduiront des liens souvent implicites entre la première formulation psychodynamique de cas, l'hypothèse clinique psychodynamique du fonctionnement actuel chez le patient, la prise en considération des phénomènes transférentiels durant les séances, et le processus interprétatif. Ce dernier prendra plusieurs facettes tout dépendamment de l'étape actuelle des conflits, de l'organisation psychique du patient, et de l'évolution du processus d'élaboration.



L'exploration du fonctionnement d'équipe démontre *l'importance que le changement de quart et la réunion hebdomadaire* ont dans le processus thérapeutique auprès d'un patient. Dans cette optique, même si ce dernier est physiquement absent, une certaine « présence » du patient se fait sentir en ce qu'il participe à la discussion en tant que son sujet. Ultérieurement, lorsque l'intervenant se retrouvera seul devant le patient, le discours groupal ayant été fait sur le patient sera présent dans ses pensées, introduisant en quelque sorte une présence de l'équipe clinique.

Voilà ce que l'institution d'une équipe crée : une dialectique de présence et d'absence à travers un discours. Lorsque l'équipe se réunit, un discours rend présent l'absence d'un patient et quand un intervenant se trouvera devant le patient, l'équipe sera

présente, car une partie de ses actes sera orientée par l'intervenant en fonction du discours fait au sein de l'équipe. Plutôt que de miser sur l'unicité ou l'interdisciplinarité, le travail à plusieurs met ainsi l'accent sur une inter-responsabilité des intervenants reflétant une unité de base, même si ses composantes se distribuent entre diverses « compétences ». La praxis qui en découle se distingue donc de la pratique de l'entretien de suivi individuel, dans la mesure où ce ne sont ni l'inventivité ni la responsabilité d'un seul professionnel qui sont convoquées, mais celles de trois ou quatre intervenants ainsi celles du coordonnateur clinique.

La praxis qui en découle se distingue donc de la pratique de l'entretien de suivi individuel, dans la mesure où l'inventivité et la responsabilité convoquées ne sont pas conférées à un seul professionnel, mais à trois ou quatre intervenants ainsi qu'au coordonnateur clinique.

Le cadre institutionnel et le fonctionnement du travail à plusieurs avec le même sujet produit des effets substantiels tels la rotation des intervenants, les transferts multiples (dispersés, latéraux, fragmentés, etc.), la complexité de l'interprétation dans le transfert et de l'analyse de contre-transfert. Dans ce contexte, il serait approprié de parler du *maniement du transfert* comme d'une modalité qui permet de *co-construire* une lecture du fonctionnement psychique du patient, et de s'orienter à partir des pistes mises en commun grâce au travail que l'équipe fera quotidiennement sur soi-même, réunie autour de la table. *Une production groupale apparaît*. Pour chaque intervenant, l'autoanalyse et la compréhension de son propre transfert (et du contre-transfert) contribuera graduellement à la lecture du cas. Cette lecture sera souvent un résultat d'une co-construction qui, à son tour, impliquera des interprétations. Ces interprétations ne seront néanmoins pas similaires aux interprétations dans un transfert observable dans la situation analytique de l'un-à-un. D'une part, elles seront plutôt des hypothèses psycho-dynamiques ancrées dans l'expérience individuelle de

chacun des intervenants impliqués, tirées de leurs rapports de transfert et de contretransfert dans les séances effectuées individuellement avec le même patient. D'autre part, la transmission et l'échange des récits pluriels entre intervenants met en place les fils conducteurs et les hypothèses que l'équipe produira. Souvent plus qu'une. Souvent divergentes. C'est un terrain fertile pour une confusion des langues et des productions transférentielles. Ces lectures contiennent implicitement et d'une manière latente ou camouflée les rejets transférentiels non analysés chez les patients dont l'équipe discute. Dans ces cas-là, les productions de l'inconscient chez le patient en suivi se dissimulent et se manifestent au sein de l'équipe sous différentes formes : projections, clivage, fragmentations, persécution, banalisation, indifférence, acting out ou acting in, évitement etc. De ce fait, les tâches pour l'équipe est double: 1) d'être en mesure de déchiffrer, d'identifier, d'apprécier l'existence de ces productions de l'inconscient non-analysées chez le patient et d'identifier ainsi l'existence et l'effet de ces éléments beta (Bion) dans la pensée groupale (Kaës, Foulkes) et ensuite 2) d'analyser le contenu des éléments transférentiels et contre-transférentiels afin que le contenant psychique groupal soit mis au service du patient. Cette capacité de l'équipe à créer un espace mental et psychique permettra, dans un premier temps, de nommer et de symboliser l'impensé ou le refoulé chez le patient et ensuite, d'adopter une orientation du travail à plusieurs qui suivra les mêmes fils conducteurs.

À partir de notre position comme coordonnateur clinique, nous observons comment les mouvements identificatoires et les identifications projectives entrent en jeu dans le travail de défenses intervenants contre les angoisses massives (de morcellement, de fragmentation, d'annihilation) des clients avec une psychopathologie lourde, elles-mêmes projetées, en renvoyant vers nous, le coordonnateur, des fantasmes de casse ou d'omnipotence, suscités par l'envie, indissociables de toute identification projective. Dans certaines situations problématiques cet aspect projectif peut se

manifester par une perception d'une crise institutionnelle, par une ambiance d'une situation perçue comme catastrophique.

En tenant compte de quelques expériences vécues comme un échec de la possibilité de réguler la projection dans notre fonction de coordonnateur, nous pouvons avancer qu'il faudrait se montrer accessible à l'identification projective, ce qui permettrait de rétablir le mode de communication institutionnelle. Cette stratégie du maniement permettrait aux intervenants d'introjecter une capacité contenante, et par conséquent d'apaiser les projections et des angoisses chez les clients. Mais si le maniement n'est pas réussi pour des raisons différentes (non-disponibilité physique ou mentale du coordonnateur), et lorsque les *éléments beta* renvoyés par les clients deviennent impossibles d'être contenus par les intervenants (intertransfert malaisant ou insurmontable), les *éléments bizarres* (Bion) font leur apparition et un état critique intragroupal et institutionnel peut advenir. Dans ce type de situation, le *fonctionnement alpha* chez les intervenants devient irretrouvable, et ils peuvent renvoyer les *éléments de terreur sans nom* (attaque, culpabilisation, projection des angoisses mortifères) aux clients et aux collègues choisis comme bouc émissaire. Dans ce contexte, la lecture de la dynamique groupale que nous avons opérée dans notre fonction de coordinateur a été dirigée de manière à gérer le transfert institutionnel et d'amener les processus vers une élaboration ou interprétation groupale, en assurant ainsi le rétablissement de la *fonction alpha*. Dans les cas où cette démarche d'élaboration groupale n'est pas réussie, nous observons un moment de crise qui peut être passager ou profond.

Les angoisses psychotiques externalisées et projetées sur des membres ou instances, le clivage, le bouc émissaire, la réaction de deuil maniaque comme lutte contre l'angoisse dépressive, la projection paranoïde, s'observent dans les institutions dont la tâche primaire comporte un danger ou une souffrance psychique partagée par ses

membres. Donc, tous les phénomènes liés à l'identification projective sont plus intenses dans une institution pour personnes en crise, car leurs angoisses, projetées en permanence, ne cessent d'attaquer les psychés des intervenants.

Cela nous amène à conclure que dans le dispositif à plusieurs dont c'est souvent le cas dans une institution, c'est le maniement du transfert qui agit comme l'opérateur principal du processus thérapeutique à plusieurs permettant une meilleure orientation clinique auprès d'un patient.

6.2. Fonctionnement du groupe : la matrice interne du groupe et ses fonctions

Le groupe est plus que la somme totale des personnes se trouvant à la même place simultanément. Une caractéristique clé d'un groupe est l'interconnexion entre les membres et leur connexion commune avec le leader et la tâche. Au niveau inconscient, un groupe commence son existence quand les membres partagent adéquatement la connexion avec la représentation mentale du « groupe ». Ce qui se passe dans le groupe est lié à la construction de Foulkes de « matrice de groupe » (1948). Foulkes (1948) décrit la matrice comme un terrain d'entente commun qui détermine le sens et la signification de tous les événements et sur lequel se manifestent toutes les communications, verbales et non verbales. Selon l'auteur, le principe de base de l'analyse de groupe peut être décrit comme discussion ou conversation libre-flottante, c'est le contre part de l'association libre qui n'est aucunement indépendante de la situation totale. En psychanalyse individuelle, le récit prend la forme de l'association libre, alors que dans l'analyse des petits groupes, cela prend la forme de l'association par le groupe et dans le groupe moyen, cela devint un dialogue. Le développement du dialogue est central car il peut être vu comme une extension et une expansion de la discussion libre-flottante de l'association groupale.

Selon Foulkes et Anthony (1990), les processus groupaux s'articulent dans une matrice qui possède les composantes qui les caractérisent. Il s'agit, notamment, des *trois composantes principales : structurelle, interactionnelle et inconsciente*.

La composante structurelle fait référence à l'existence physique du groupe, elle renvoie principalement aux limites et assure la fonction du contenant. En plus de son *existence physique*, le groupe comporte deux éléments supplémentaires : *l'interaction*, qui soutient la liaison et détermine en partie la nature de la contenance et la qualité de l'intervention, et *l'inconscient*, qui existe dans les pensées des participants demeurant inaccessible à la conscience, et ayant une portée d'influence importante sur l'expérience subjective d'être dans le groupe. Les éléments *inconscients* incluent l'imagination subjective, les impressions et les fantaisies de chaque membre de l'équipe, et le sentiment général ou l'ambiance du groupe, comme d'un ensemble, d'un tout. Chacune de ces *trois composantes (structurelle, interactive et inconsciente)* est liée indissociablement aux deux autres. En effet, construire un contenant adéquat pour le groupe suppose premièrement l'existence des éléments structuraux, nécessaires pour la construction des limites et les éléments inconscients, qui influencent les sentiments de confort ou l'anxiété chez les membres du groupe.

Au plan inconscient, le contenant aide les membres du groupe à gérer l'angoisse issue du fait d'être dans le groupe, tandis qu'au plan plus rationnel, le contenant apprivoise des structures qui les rendent capables de se situer dans le groupe d'une façon sécuritaire. Le contenant du groupe présente une preuve tangible à ses membres sur ce qui se trouve à l'intérieur du groupe et qu'est ce qui se trouve à l'extérieur. Sans cette clarté, le groupe ne serait pas en mesure d'accomplir sa tâche. Ce contenant est tissé collectivement par les membres du groupe et ses leaders et se construit par l'établissement de la compréhension partagée que le groupe suit *un but, un sens, bordé et sécurisé*.

Suivre un but signifie que la tâche primaire du groupe et son objectif principal sont partagés et compris. Consentant à la tâche primaire, les membres du groupe délèguent leur autorité aux leaders afin qu'ils assistent le groupe dans l'accomplissement de cette tâche.

Le terme bordé signifie que des limites adéquates sont établies en sorte que les balises d'être membre sont claires. C'est-à-dire sont présentes dans les réunions, lors de l'accomplissement de tâches uniquement les personnes appartenant au groupe, et qu'il y a une claire compréhension partagée des espaces physiques et de la temporalité des événements pour le groupe qui s'attend à pouvoir poursuivre ses tâches sans être intrus ou bien interrompu. De plus, les membres du groupe s'entendent sur la distribution des rôles et des tâches dans le groupe.

La sécurité renvoie à un contenant suffisamment bon et à une liaison efficace dans le groupe. Les éléments qui contribuent à la construction de la sécurité se rapportent à la confidentialité ou l'attente à ce que la participation dans le groupe ne créera un endommagement émotionnel ou relationnel à l'extérieur du groupe. Le sentiment de sécurité dépend de la qualité d'interaction dans le groupe incluant les signes non-verbaux de respect, de confiance et d'absence d'intrusion (Hinshelwood, 1994). Le développement des normes, des attentes et de la « culture » groupale est un thème très large et bien articulé chez les chercheurs (Agazarian, 1997; Ashby & De Graaf, 1999).

Les groupes ont une compréhension implicite que les leaders désignés prendront la prime responsabilité pour établir et maintenir tous ces éléments nécessaires pour leur contenance. Cependant, durant *le processus de maturation dans le groupe*, la construction et le maintien d'un environnement soutenant (Winnicott, 1960) sont partagés par tous les membres du groupe.

Nous avançons l'hypothèse que l'équipe de travail suit un processus dynamique de liaison qui trouve ses sources dans la *matrice interne du groupe* (Foulkes et Anthony, 1990). En effet, les résultats de notre recherche démontrent que les membres du groupe ne discutent pas habituellement d'un besoin de créer ce contenant, mais lorsque celui-ci manque, ils parlent d'un impact négatif induit par son absence. Par exemple, le manque de clarté concernant la tâche première d'un groupe peut amener ses membres à se plaindre d'une confusion et le groupe peut se sentir inutile ou désorienté : « Qu'est-ce qu'on fait ici, pourquoi s'inquiéter? ». Le manque de clarté sur le but que le groupe poursuit peut provoquer une réaction négative chez la clientèle également.

Alors que la contenance soutient la « forme » de base d'un groupe, sa structure interne a besoin de se développer également. Les participants ont besoin d'une démonstration, d'une preuve qu'ils seront en sécurité lors de l'interaction dans le groupe sans qu'ils aient de la peur d'être attaqués, ridiculisés, ignorés ou abandonnés. Pour dire autrement, ils ont besoin d'une certaine assurance que la qualité de liaison dans le groupe sera adéquate.

La pierre angulaire pour le groupe constitue l'existence de la *tâche principale* nécessitant de l'interdépendance entre ses participants. La clarté de la tâche est aussi l'une des balises mentionnées précédemment. Un des rôles de la direction et de la coordination serait donc d'assister les intervenants afin qu'ils se connectent émotionnellement et subjectivement à la tâche qui devrait être réalisée par ce groupe. Chaque participant du groupe se rend compte simultanément de deux réalités. D'une part, il est un individu avec sa vie, sa volonté et son autonomie. D'autre part, il y a un collectif singulier uni pour réussir un but collectif, réuni dans un espace commun et ayant une certaine forme d'indépendance qui implique tous les membres du groupe. Pour assister à la formation de la réalité psychique afin que le groupe puisse exister,

la coordination a besoin de se lier à ce « groupe-dans-la-pensée » collectif. Lier les individus avec le groupe-comme-un-tout est l'un des facteurs les plus importants de la cohésion (Néri, 1998). C'est un tissu qui lie chaque membre du groupe à l'autre. Et même si la force de chaque fil ne ressemble pas à l'autre par sa force du lien, le résultat final est que chaque participant est solidement maintenu dans ce tissu comme un membre du groupe. Ces fils métaphoriques sont les relations de chaque membre avec ses collègues dans le contexte groupale.

La croissance en nombre a un effet crucial sur la dynamique de groupe. Lorsque le groupe de six devient un groupe de vingt (lors des réunions mensuelles, par exemple), nous commençons à avoir un niveau différent de l'activité groupale, ce qui représente une autre dimension de l'expérience humaine. Cela dépasse les confins du groupe de la composition familiale et le contexte culturel devient un aspect central.

Au cours de ce travail de recherche et du travail de coordination qui se poursuivait au sein de notre institution, nous avons été amenés à formuler le paradoxe suivant : il nous a paru de plus en plus clair que la haine émergeant de la situation frustrante du moyen groupe est distincte de la libido et constitue la base pour l'énergie endopsychique, la haine apporte aussi une motivation pour un dialogue à travers lequel elle devient transformée en une relation d'alliance. Dans le CIC, c'est la réunion mensuelle qui représente le moyen groupe, les réunions hebdomadaires et les changements de quart quotidiens étant des formations de petits groupes. Le problème pour un moyen groupe rudimentaire c'est l'impensé et l'insensé; non pas comment sentir, mais plutôt comment penser.

Si la situation du petit groupe évoque principalement les expériences interpersonnelles connues au sein de la famille, le contexte du groupe moyen contient une gamme différente de significations pour l'individu. Ces significations sont non

seulement de nature intrapsychique et interpersonnelle, mais aussi contextuelle, y compris l'impact sur l'individu des traumatismes contextuels et des forces impersonnelles de masse. Les expériences individuelles remémorées dans le groupe peuvent inclure diverses expériences traumatiques et leurs séquelles, telles la guerre, persécution, oppression, pertes et licenciements, déménagement et dépaysement, ainsi que l'impact du changement de culture et des menaces à l'identité culturelle.

En général, les groupes sont souvent perçus comme intimidants, contraignants et frustrants. En dehors du cadre plus familial, il peut être difficile pour l'individu de trouver une voix. Le groupe étant frustrant par sa taille, génère de la haine. Tant que le dialogue reste rudimentaire et relativement peu structuré, le groupe continue à opérer à travers des formations défensives et des hypothèses présupposées de base (Bion, 1961). Les manifestations incluent une facilité à cliver, projeter, introjecter, déplacer, nier, mythifier (mythologiser), régresser, déformer, se montrer moralement et éthiquement "ignorant", être orienté vers le plaisir, dépendant et intemporel, avec un certain manque de rationalité et illogisme. Si, au contraire, la haine peut être organisée par le dialogue, elle libère l'énergie intrapsychique et se transforme progressivement en une communauté impersonnelle, opposée à la panique. En contrepartie, il existe dans le groupe une opportunité importante pour le dialogue. Il y a donc cette divergence propre au groupe: d'une part, il est primitif et inconscient et d'autre part, il est potentiellement fertile où le dialogue puisse explorer et confronter la sous-culture inconsciente. Il s'ensuit que le dialogue proprement dit n'est ni une réaction ni une mesure contre-phobique mais constitue un processus de transformation, car il transforme l'insensé en compréhension, en y donnant un sens.

Foulkes et Anthony (1957) présument que dans des petits groupes où l'individu est l'objet d'un traitement, le groupe est la principale agence thérapeutique car il vise le bien de ses membres, alors que dans des groupes plus larges, ceci est inversé: le

groupe devient l'objet du traitement et l'individu est l'agent de traitement. Dans un petit groupe, c'est le leader, « le chef d'orchestre » (Foulkes, 1948) qui serait le principal réceptacle des projections des figures d'autorité parentale, et l'ego individuel peut devenir plus libre et plus fort en s'identifiant au reste du groupe. Dans un groupe plus grand, cependant, le groupe lui-même constitue la toile sur laquelle le surmoi est projeté, et le chef d'orchestre, mieux connu sous le nom de responsable, soutient le rôle des individus au niveau de la nature des pressions sociales et culturelles.

Alors que H. Ezriel (1950) suppose que la situation de groupe n'est ni plus ni moins qu'une situation de transfert dans un contexte de groupe, Foulkes (1948), pour sa part, affirme qu'ils existent dans le groupe des aspects non transférables importants, notamment un réseau de relations. Dans l'ensemble, nous voyons cet aspect particulier amplifié pour tenir compte d'une gamme plus large de changements ayant des qualités distinctes comme les microcultures : par exemple, il pourrait y avoir la culture œdipienne familiale, une cour de justice, un forum, une horde primitive. C'est au responsable de reconnaître la qualité de ces "microcultures", car elles constituent souvent des obstacles au dialogue.

Foulkes (1990) a lui-même élargi cette compréhension au-delà de la situation plutôt limitée d'un groupe thérapeutique en élaborant la notion de matrice à deux niveaux différents : la « matrice dynamique » étant le niveau à observer en construction dans un groupe analytique, et la « matrice de base » indiquant le niveau et stockage de la communication partagée et des significations traversant chaque groupe réel. Ailleurs, il inclut des images corporelles, la langue, la classe sociale et l'éducation comme composantes de la matrice de fondation et explique : « *Ce que nous considérons traditionnellement comme notre soi le plus intime, l'intrapsychique contre le monde extérieur, est donc non seulement partageable, mais est en fait déjà partagé* » (Foulkes, 1975).

Pour conclure notre discussion sur la nature et sur le fonctionnement du travail à plusieurs, nous allons présenter un condensé de théorisation du fonctionnement du Centre d'intervention de crise éclairé par la présente recherche.

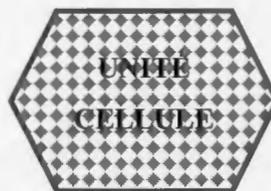
6.3. Modèle des unités et des matrices dynamiques

Nous partons du fait que chaque personne qui s'adresse au CIC de l'Association IRIS s'inscrit dans une cellule – **Unité** de l'ensemble que nous proposons nommer *Matrice de soins*, constituée de plusieurs autres cellules. Nous empruntons le nom « matrice » par analogie avec la construction que les abeilles qui fabriquent dans les ruches, en nous inspirant du concept introduit par Foulkes (1964). Nous concevons l'organisation du travail à plusieurs comme un organisme dynamique, qui permet la mobilisation des moyens nécessaires pour que l'**unité dynamique clinique** soit mise en opération et réalise les tâches prévues.

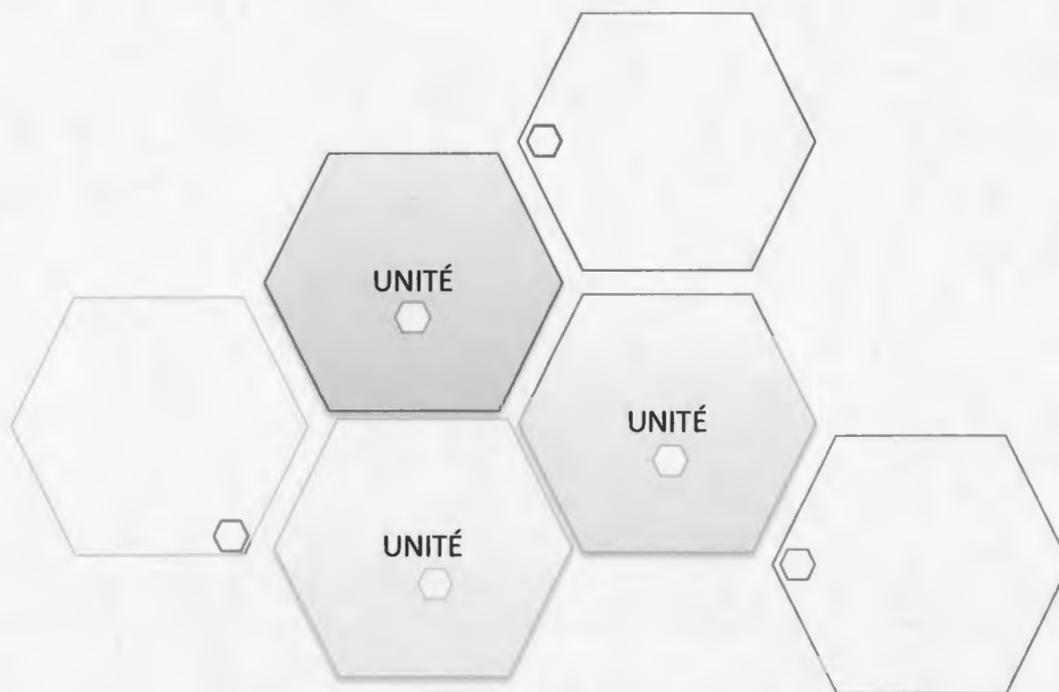
L'unité dynamique clinique est un *petit groupe* d'intervenants directement impliqués dans l'intervention de crise (qui constitue la Tâche du groupe) tout au long du travail auprès d'une même personne. Le coordonnateur clinique ainsi que l'équipe élargie d'intervenants ne font pas partie de l'**Unité**, mais de la **Matrice**.

L'unité-cellule a certaines *caractéristiques uniques*: a) chacun de membres de l'unité doit être directement impliqué auprès du client dont ils partagent le dossier et la plupart d'entre eux doivent effectuer des rencontres individuelles auprès ce dernier; b) par conséquent, chacun d'entre eux s'inscrit dans un lien de transfert (et de contre-transfert) unique et irreproductible avec un client donné; c) le client développe un transfert unique avec chacun de ces intervenants de l'unité; d) il y a toujours un intervenant qui débute le travail (en faisant l'estimation et l'évaluation) et souvent un autre, qui le conclut (lors de la production du bilan et la fermeture du dossier), l'un

qui a travaillé la semaine et un autre qui a travaillé la fin de semaine. Mentionnons que cela peut paraître que le c) est semblable à b) et, par conséquent, superflu. Pourtant, dans le contexte de travail à plusieurs, il est nécessaire de faire cette répartition, étant donné que dans le processus du travail en équipe et l'organisation des liens au sein des petits ou moyens groupes, le transfert sur les patients et l'inter-transfert entre collègues devient un objet particulier d'étude.



Les **unités dynamiques cliniques** sont des petits groupes centrés sur des tâches qui sont d'une part, relativement stables à courte durée (la durée de l'entente avec le client) et d'autre part, interchangeables, lorsqu'un intervenant s'absente ou se retrouve dans une autre **Unité**, lorsqu'il travaille avec un autre client.



Nous proposons que la pratique clinique à plusieurs dans le CIC IRIS s'organise comme une **Matrice** dynamique qui constitue un ensemble des **Unités-Cellules** en sorte que le nombre constitutif des unités n'a pas d'effet qualitatif sur la matrice. À condition que chaque unité maintienne son fonctionnement basé sur les principes du processus thérapeutique psychanalytique (hypothèse de l'inconscient; absence des contradictions dans l'inconscient; primauté du transfert, cadre et son interprétation; etc.), la Matrice maintiendra à son tour la fonction organisatrice de l'ensemble. C'est la Matrice qui permet d'inscrire la pratique institutionnelle dans le lien social, de la même manière que le langage et la culture offrent à chaque sujet une **grammaire** pour s'inscrire dans une place unique, avec un vocabulaire et un dictionnaire propre à chacun. Voilà pourquoi nous proposons que cet ensemble soit nommé **Matrice – Élaboratoire**©, où l'élaboration et le travail (*laborare* en latin) se rejoignent dans un espace-temps structuré. La pratique à plusieurs dans le CIC IRIS sera ainsi structurée comme une Matrice dynamique dont les liens permettent d'élaborer, faire travailler,

faire ressortir les potentialités d'une manière que l'affect et la pulsion soient graduellement tissés à la représentation et à la symbolisation.

L'Unité dynamique clinique, en tant que petit groupe, se prête à une compréhension et se déchiffre à partir des opérateurs qui lui sont caractéristiques, nous nous référons, notamment, aux hypothèses de base de Bion (1961), au contrat narcissique de Castoriadis-Aulagnier (1975) versus le Pacte narcissique de Kaës (2009/1). *La matrice dynamique*, à son tour, s'inscrit dans un champ où la psychologie des moyens groupes est déterminante pour comprendre son fonctionnement dont l'illusion groupale d'Anzieu (1971), le porte-voix de Pichon-Rivière (1985) et le matrix de Foulkes (1948).

On peut se poser la question : en quoi cette conceptualisation serait-elle une source d'un nouveau savoir grâce auquel notre compréhension de la pratique clinique gagnerait une nouvelle modalité pour s'expliquer ?

La recension de la littérature accessible nous permet de constater des lacunes et de l'insuffisance du savoir clinique et de la théorisation dans la compréhension du fonctionnement du travail à plusieurs dans le dispositif tel que représente le Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS. Un tel travail n'a pas encore été réalisé. Il nous manquait une conceptualisation suffisamment cohérente pour créer des liaisons inter-déterminées entre les composantes essentielles constituant un ensemble. Cette théorisation devrait nous permettre de déchiffrer la pratique « à plusieurs » propre au fonctionnement du CIC de l'Association IRIS.

Nous espérons donc que le paradigme et les notions que nous avançons ici permettront de bien situer les enjeux liés à la complexité de la lecture du processus de travail à plusieurs, ainsi que d'inter-liaison les composantes constitutives théoriques.

Cela conduira à explorer, dans des recherches futures, la manière dont les objets de la pensée, incluant les objets partiels, peuvent être reliés aux systèmes et aux structures.

CONCLUSION

Le point de départ de la présente étude était le questionnement sur la nature du travail à plusieurs dans le processus thérapeutique du Centre d'intervention de crise et le constat que ce dispositif n'a pas été théorisé ni clairement présenté dans la méthodologie du fonctionnement du Centre.

En explorant le fonctionnement du Centre et du processus du travail, en analysant les entretiens avec les intervenants, nous avons illustré la manière dont le travail à plusieurs s'articule et fonctionne dans leur pratique. De plus, nous avons obtenu de l'éclairage sur les aspects plus spécifiques dont le processus thérapeutique est réalisé.

Ce travail de recherche a exigé un long temps de maturation. La théorisation d'une pratique qui est en train de se faire, dont on constate des effets bénéfiques, mais aussi des difficultés et qui n'a jamais été conceptualisée, ne va pas de soi. Les entrevues avec les intervenants du Centre ont constitué le point de départ des observations, de réflexions et des analyses, voire, de l'expérimentation.

Nous avons proposé également une lecture possible de la pratique clinique à plusieurs dans le CIC IRIS s'organisant comme une Matrice dynamique qui constitue un ensemble des Unités-Cellules en sorte que le nombre constitutif des unités aura un effet qualitativement moins significatif sur la matrice.

Cette étude a élucidé les aspects cliniquement valables et problématiques du travail à plusieurs, en permettant de circonscrire ses limitations dans le contexte thérapeutique.

Au terme de ce projet, nous avons obtenu une meilleure compréhension et clarification sur la nature et la place qu'occupe la pratique clinique à plusieurs (TCAP) dans le Centre d'intervention de crise de l'Association IRIS.

ANNEXE A

Appellations d'emploi – exigences minimales

Appellations d'emploi	Responsabilités	Exigences minimales	Autres compétences
<p>AGENT DE RELATIONS HUMAINES EN SANTÉ MENTALE (ARH)</p> <p><i>Sous l'autorité de la directrice générale et du coordonnateur clinique du centre d'intervention de crise</i></p>	<p>Réception et évaluation de la demande de services (avec ou sans hébergement)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation initiale rigoureuse, élaboration du plan d'intervention, entretiens psychothérapeutiques • Accompagnement clinique de la personne en situation de crise 	<ul style="list-style-type: none"> • Détenteur ou admissible à l'obtention du permis de psychothérapeute selon les conditions édictées par la loi 21 • Expérience en psychothérapie psychanalytique ou psychodynamique • Habileté en intervention de crise et en évaluation de la dangerosité et du risque suicidaire • Habileté à gérer un dossier clinique et à travailler en équipe multidisciplinaire • Français : excellente habileté de communication orale et écrite 	<ul style="list-style-type: none"> • Esprit d'analyse et de synthèse • Autonomie • Sens de l'organisation • Connaissances informatiques : Outlook, Word • Bilinguisme français-anglais, un atout • Connaissance de la loi P-38, un atout
<p>INTERVENANT PSYCHOSOCIAL EN SITUATION DE CRISE (IPS)</p> <p><i>Sous l'autorité de la directrice générale et du coordonnateur clinique du centre d'intervention de crise</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réception et évaluation de la demande de services (avec ou sans hébergement); • Intervention de crise sur le terrain • Accompagnement psychosocial 	<ul style="list-style-type: none"> • Technique en travail social ou éducation spécialisée • Expérience pertinente en intervention de milieu • Habileté à répondre à une clientèle en situation de crise • Habileté à travailler en équipe multidisciplinaire • Français : excellente habileté de communication orale et écrite 	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt à travailler avec l'approche psychanalytique • Esprit d'analyse et de synthèse • Autonomie • Sens de l'organisation • Connaissances informatiques : Outlook, Word • Bilinguisme français-anglais, un atout • Connaissance de la loi P-38, un atout
<p>AGENT DE RELATIONS HUMAINES EN SANTÉ MENTALE DE NUIT (ARH-NUIT)</p> <p><i>Sous l'autorité de la directrice générale et du coordonnateur clinique du centre d'intervention de crise</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réception des appels, accueil et surveillance de nuit • Assure la quiétude et la sécurité de la clientèle hébergée au centre et intervient au besoin • Assure la liaison avec les intervenant(e)s de garde pour les interventions de nuit sur le terrain. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baccalauréat dans le domaine de la santé mentale • Expérience pertinente en santé mentale • Habileté à répondre à une clientèle en situation de crise • Habileté d'estimation du potentiel de dangerosité et du risque suicidaire • La personne travaille seule et doit faire preuve d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de l'approche psychanalytique et intérêt à travailler dans ce cadre de référence • Esprit d'analyse et de synthèse • Autonomie • Sens de l'organisation • Connaissances informatiques : Outlook, Word • Bilinguisme français-anglais, un atout

Appellations d'emploi	Responsabilités	Exigences minimales	Autres compétences
		<ul style="list-style-type: none">• Français : excellente habileté de communication orale et écrite	<ul style="list-style-type: none">• Connaissance de la loi P-38, un atout

BIBLIOGRAPHIE

- Agazarian, Y. et Grannt, S. (2011). *Autobiography of a Theory : Developing a Theory of Living Human Systems and its System-Centered Practice*. International Library of Group Analysis, London. Jessica Kingsley Publishers : 1^{re} édition.
- Aichhorn, A. (2000). *Jeunes en souffrance : Psychanalyse et Éducation spécialisée*. Champ social.
- Anzieu, D. (1971). L'illusion groupale. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 4, 73-93.
- Anzieu, D. (1984). *The Group and the Unconscious*. London : Routledge.
- Ashby, J. et De Graaf, D. (1998). Re-Examining Group Development. Dans *Adventure Therapy Groups. Journal of Experiential Education*, 21(3), 162-167.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.
- Aulagner-Spairani, P. (1965). La spécificité d'une demande ou la première séance. Dans *Interprétation*. Revue trimestrielle, p. 3-22. Service de Recherche et d'Enseignement, Hôpital des Laurentides, L'Annonciation, P. Q. Canada.
- Baïo, V. (1994). « Une pratique à plusieurs généralisée ». *Préliminaire*, 11, p. 143-151.
- Bergeret, J. et al. (2012). *Psychologie pathologique*. Masson.
- Bettelheim, B. (1970). *L'Amour ne suffit pas*. Paris : Fleurus.
- Bion, W. (1961). *Experiences in groups*. London : Tavistock.
- Bion, W. (1967). *Second thoughts*. London : Heinemann.
- Bion, W. (1990). *L'attention et l'interprétation*. Paris : Payot.
- Blechner, M. (1992). *Working in the Countertransference*. Psychoanalytic Dialogues. Taylor et Francis.

- Bleger, J. (1961, 1971). Grupos operativos en la enseñanza. Dans *Temas de psicología*. Buenos Aires : Nueva Vision.
- Bleger, J. (1967). Psychoanalysis of the psychoanalytic frame. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 48, 511-519.
- Bouvet, M. (1956). « La clinique psychanalytique. La relation d'objet ». Dans *La psychanalyse d'aujourd'hui*. T. 1, Paris : PUF.
- Chabrol, H. et Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod.
- Courtois, A. et Mertens De Wilmars, S. (2004/3). La pratique « à plusieurs » : matrice de résilience pour les thérapeutes et les patients. Dans *Médecine et Hygiène. Thérapie familiale*. 25, p. 303-322.
- De Clercq, M. (1997). *Urgences psychiatriques et intervention de crise*. Paris-Bruxelles : De Boeck-Larcier s.a.
- Di Ciaccia, A. (1989). « La pratique a plusieurs ». *Préliminaire*, 1.
- Di Ciaccia, A. (1994). « De la fondation par Un à la pratique à plusieurs ». *Préliminaire*, 9-10, p. 17-22.
- Di Ciaccia, A. (1996). « Une pratique à l'envers ». *Préliminaire*, 13, p. 7-21.
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion, p. 82-125.
- Ezriel, H. (1950). *A Psycho-analytic approach to Group treatment*. The British Psychological Society.
- Foulkes, E. (1990). *Selected Papers*. 223-233. London : Karnac Books.
- Foulkes, S. H. (1948). *Introduction to Group Psychotherapy*. London.
- Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London : George Allen et Unwin.
- Foulkes, S. H. et Anthony, E. J. (1965). *Group Psychotherapy*. 2^e Éd. London.
- Foulkes, S. H. (1973). The Group as a Matrix of the Individual's Mental Life. Dans Foulkes, S. H. (1975). *A Short Outline of the Therapeutic Processes in Group-analytic Psychotherapy*. *Group Analysis* 8, 1975, p.59-63.

- Freud, S. (1977). Pour introduire le narcissisme. Dans *La vie sexuelle*. Paris : P.U.F. (1914).
- Freud, S. (1989). « Traitement psychique. Traitement d'âme ». Dans *Résultats, idées, problèmes I*. Paris : P.U.F. (1980).
- Freud, S. (1989). « Sur l'étiologie de l'hystérie ». Dans *Œuvres Complètes Psychanalyse III*. Paris : P.U.F. (1896), p. 180.
- Freud, S. (2010). *Névrose, psychose, perversion*. PUF.
- Freud, S. (2011). *Deuil et mélancolie*. Payot.
- Freud, S. (2012). *Métapsychologie : 1915*. Flammarion.
- Freud, S. (2014). *Psychologie des masses et analyse du Moi*. Points.
- Guillaumin, J. (2004). Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises. Dans Kaës, R. et al. *Crise, rupture et dépassement*. Analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale. Paris : Dunod (1979).
- Hinshelwood, R. D. (2004). *Suffering Insanity. Psychoanalytic essays on psychosis*. New York : Brunner-Routledge.
- Jaitin, R. (2006). Récupéré de <https://www.cairn.info//revue-dialogue-2006-2-page-73.htm>
- Jaitin, R. (2018). *La thérapie familiale contemporaine : Les apports d'Enrique Pichon-Rivière*. Chronique sociale.
- Kaës, R. (1976). *Appareil psychique groupal*. Paris : Dunod.
- Kaës, R. et al. (2004). *Crise, rupture et dépassement*. Analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale. Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2009). La réalité psychique du lien. Dans *Le divan familial, 1*.
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 13,38-56.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *Int. J. Psycho-Anal.*, 27,99-110.

- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1966). « Le temps logique et l’assertion de certitude anticipée ». Dans *Écrits*, Paris : Seuil, p. 197.
- Lacan, J. (1978, 1981, 1973, 1975). *Séminaires II, III, XI, XXIII*. Paris : Seuil.
- Lacan, J. (2001 [1938]). Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'analyse d'une fonction en psychologie. Dans *Autres Écrits*, éd. J. A. Miller (Paris : Seuil), 23-84.
- Lacan, J. (2001 [1945–1946]). Le nombre treize et la forme logique de la suspicion. Dans *Autres Écrits*, éd. J. Lacan et J. A. Miller (Paris : Seuil), 85-99.
- Lacan, J. (2006 [1945]). Logical time and the assertion of anticipated certainty. Dans *Écrits*, Trad. par B. Fink (New York, NY : W. W. Norton & Company), 161–175.
- Laplanche, J. et Pontalis J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, p. 492.
- Lévi-Strauss, C. (1963 [1949]). The effectiveness of symbols. Dans *Structural Anthropology* (New York, NY : Basic Books), 186-205.
- Missenard, A. (1979). Dans Kaës, R. et al. (2004). *Crise, rupture et dépassement*. Analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale. Paris : Dunod.
- Mitchell, S. et Black, M. (1995). *Freud and Beyond : A History of Modern Psychoanalytic Thought*. New York : Basic Books.
- Nasio, J.-D. (2006). *Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan*. Payot.
- Naveau, L. Plusieurs pratiques à plusieurs. Dans *Préliminaire*, 9-10, p. 203-206.
- Neri, C. (1998). *Group*. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Néri, C. (2004). *Le groupe. Manuel de psychanalyse de groupe*. Érès.
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Lecques : éd. du Champ social.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2^e éd., Armand Colin.

- Racamier, J.-C. (1993). *Le Psychanalyste sans divan*. Payot.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. Madison, CT : International Universities Press.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *Theory of the Link*. New Vision, Buenos Aires.
- Pichon-Rivière, E. (2004). *Processus groupal*. Érès.
- Schön, D. (1984). *The Reflective practitioner : How professionals think in action*. Basic Books.
- Stevens, A. (2002). « La psychanalyse appliquée ». Dans *Mental*, 10, p. 77-84.
- Tomasella, S. (2000). Récupérée de <https://www.psychoresources.com/bibli/psychagroupe.html>
- Tosquelles, F. (2014). *L'enseignement de la folie-Entretiens*. Dunod.
- Van Cuyck, A. (2005). L'instance institutionnelle comme fondement anthropologique, sociale et communicationnelle de la culture organisationnelle. Dans *Colloque international en sciences de l'information et de la communication. Culture des organisations et dispositifs sociotechniques d'information et de communication (DISTIC), Nice 8-9 décembre 2005, France*, p.38-46.
- Winnicott, D.W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. Dans *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, p. 585-595.
- Zafiropulos, M. (2010 [2003]). *Lacan and Lévi-Strauss: the Return to Freud (1951-1957)*. Transl. par J. Holland. London : Karnac Books.
- Zenoni, A. (2003). « Clinique psychanalytique en institution ». Dans *Le Feuillet de Courtil*.
- Zenoni, A. (2009). « Traitement de l'Autre ». Dans *L'Autre pratique clinique*, p. 1980-1993.
- Association IRIS. (1987). *Cadre de référence (1987-2010) : Centre d'intervention de crise*. Montréal, Québec.
- Loi 21 sur la psychothérapie au Québec. (Gazette officielle du Québec, 5 oct. 2011)*.
- Dictionnaire Larousse poche. (2018). Paris. Larousse.