

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ANALYSE DES PRATIQUES DANS UN CENTRE D'INTERVENTION DE  
CRISE AYANT COMME CADRE DE RÉFÉRENCE  
L'APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE : ÉTUDE AU SEIN DE  
L'ORGANISME « LE SOLEIL LEVANT »

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAITRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR  
CAROLE DUPEYRAS

DÉCEMBRE 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire 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.07-2011). 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

Lors de mon année de propédeutique en travail social, j'ai effectué un stage au Centre d'Intervention de Crise (CIC) Le Transit. Cette expérience m'a insufflée l'intérêt que je porte depuis un peu plus de trois ans maintenant envers ce champ de pratique. Je tiens à remercier l'ensemble de mon équipe et les collègues que j'ai pu côtoyer durant ces années pour la transmission de savoirs dont j'ai bénéficié et la richesse des discussions cliniques que nous avons eues ensemble. Vous avez soulevé en moi ce goût pour la crise, et dans le même temps vous portez un regard lucide sur la réalité pas toujours évidente dans laquelle nous devons intervenir. Toutes ces réflexions m'ont donné le goût d'approfondir certaines questions en tant que chercheuse, posture qui me semble très complémentaire à celle d'intervenante. Je dédie aussi ce mémoire à toutes les personnes qui exercent dans le milieu de la relation d'aide, de la santé mentale et qui ont été pour moi des repères ou des modèles dans leur façon de concevoir l'intervention, et plus largement, la relation et l'expérience humaine, notamment dans des moments plus souffrants.

J'adresse également un immense remerciement à la direction du Soleil Levant, qui a bien voulu m'ouvrir les portes de son organisme et à l'ensemble des intervenants qui ont accepté de se « prêter au jeu » de cette recherche, que cela soit lors des entrevues ou durant les temps d'observation. J'ai eu beaucoup de plaisir à échanger avec vous et à comprendre la manière dont vous développez et vivez l'intervention de crise. Je me suis sentie enrichie, tant d'un point de vue intellectuel qu'émotionnellement, dans ce que j'écoutais de votre expérience professionnelle. Ce mémoire a définitivement été une belle opportunité pour réfléchir à ma propre pratique ! En ce sens, les mots me manquent pour remercier mon amie et ancienne collègue Christine B-R, qui m'a permis d'entrer en contact

avec mon terrain de recherche. Merci d'avoir cru en moi et en ce projet, de m'avoir aidé à accueillir mes intérêts multiples entre psychodynamique et travail social (entre autres!), pour toutes les heures passées à l'espace « Thésiez-vous » ou simplement à discuter de nos vies... Tu es une amie précieuse.

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien et l'accompagnement constant de ma directrice en travail social, Audrey Gonin, et ma co-directrice en psychologie, Sophie Gilbert. Merci pour vos réflexions toujours pertinentes, votre bienveillance, vos encouragements, votre niveau d'exigence (aussi!), qui m'ont permis de ne pas laisser tomber et de pousser plus loin mes questionnements et mon écriture.

L'émotion monte quand vient le temps de remercier ma famille... Ce fut un long chemin pour en arriver jusque-là, je sais que vous le savez! J'ai encore du mal à réaliser que je suis allée jusqu'au bout de ce parcours d'étude, qui a connu ses voltes-faces au fil des années, autant émotionnels que géographiques. Malgré mes hésitations, mon désir d'exploration, mon besoin d'affirmation, mes 1000 envies ... vous êtes restés là, et c'est tellement précieux. À mes parents, pour l'héritage humain et intellectuel que vous m'avez transmis, pour votre présence et votre amour. A ma sœur et mon frère, les mots me manquent... merci d'être les personnes que vous êtes, vous m'avez inspirée à vivre pleinement et avec engagement.

Finalement, je dédie ce mémoire à tous.te.s mes ami.e.s, à commencer par ceux et celles qui partagent mon quotidien à Montréal depuis bientôt deux ans, les oiseaux du Nid. Merci pour le cocon de joie, d'amour, de rêves, de potentiel artistique et d'idées révolutionnaires que nous construisons ensemble tous les jours : Anaïs, Cachou, Jon, Laura, Stéphane, Mathias et Isa. Un immense merci pour votre soutien et votre présence. J'espère continuer de grandir à vos côtés. Je pense aussi à tous les collectifs intentionnels et aux personnes lumineuses et inspirantes qui les habitent et qui rendent ce monde plus vivant, subversif et solidaire.

Une énorme pensée à plusieurs ami.e.s qui me sont si précieux.ses, entre autres Sam; Alexandra, petite pépite d'énergie qui m'inspire par son engagement d'intervenante de crise auprès des populations autochtones au Nunavik.

Laurie, Delphine, Gabriel, Martin et Mathilde, ami.e.s de l'université avec qui j'ai partagé parfois des moments de désespoir, parfois de fou rire tout au long de ce parcours de maîtrise. Merci pour votre soutien.

En France : Lucie; et Rémi, mon ami de toujours.

Et finalement, Anaïs, mon amie d'amour, petit bout de femme incroyable qui m'a grandement soutenu dans ce processus d'écriture et avec qui je redécouvre ce qu'aimer romantiquement veut dire.

## AVANT PROPOS

*Et je voudrais alors m'attacher à interroger ce qui se passe lorsque, sous l'effet de certains évènements, cette expérience de la rupture vient, pour le sujet, mettre en cause douloureusement la continuité du soi, l'organisation de ses identifications et de ses idéaux, l'usage de ses mécanismes de défense, la cohérence de son mode personnel de sentir, d'agir et de penser, la fiabilité de ses liens d'appartenance à des groupes, l'efficacité du code commun à tous ceux qui, avec lui, participent d'une même socialité et d'une même culture. (Kaës, 1979, p.21)*

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	ii
AVANT PROPOS.....	v
TABLE DES MATIERES .....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	x
RÉSUMÉ .....	xi
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I - PROBLÉMATIQUE.....	4
1. Un bref historique du développement de l'intervention de crise et des modèles dominants y étant associés .....	4
1.1. Développement de l'intervention de crise .....	6
1.2 Regards pluriels sur le phénomène de crise.....	6
1.2.1. Une perspective psychosociale .....	6
1.2.2. Une perspective systémique.....	8
1.2.3 Une perspective biopsychiatrique .....	9
1.2.4 Une perspective psychodynamique.....	11
2. Entre désinstitutionalisation et modèle biomédical : le contexte du développement des CIC et l'émergence des différentes perspectives d'intervention de crise .....	15
2.1 Un bref historique de la mise en place des CIC.....	15
2.2 L'inscription de l'action des CIC dans l'approche fondée sur le rétablissement et les plans d'action en santé mentale (PASM) .....	19
2.3. Actualité de l'intervention de crise au Québec et ailleurs dans le monde .....	22
3. Les différents modèles d'intervention de crise.....	29
3.1. Les modèles classiques d'intervention de crise (Caplan, 1964 ; Aguilera, 1995).....	29

3.2. Le vécu de la crise « entre trajectoire et territoire » : le modèle de Larose et Fondaire (2011).....	31
3.3 L'intervention de crise psychodynamique (De Coulon, 1999 ; Zucker, 2001).....	33
4. Pertinence sociale et scientifique de notre recherche.....	36
5. Questions de recherche et objectifs de recherche.....	37
CHAPITRE II - CADRE THEORIQUE.....	31
1. Le rapport du théorique à la pratique en intervention sociale (Couturier et Huot, 2003 ; Huot et Couturier, 2003) .....	32
2. La clinique de l'activité (Clot, 2007 ; 2008) .....	35
CHAPITRE III - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	40
1. Stratégie générale empruntée .....	40
2. Description de l'échantillon, critères de sélection et recrutement.....	42
3. Méthodes et instruments de collecte de données.....	43
3.1. La première technique : l'entretien individuel semi-dirigé .....	43
3.2. La deuxième technique : l'observation participante .....	45
4. Modalités d'analyse choisies.....	49
5. Limites de la méthodologie choisie.....	50
6. Considérations éthiques.....	51
CHAPITRE IV- RÉSULTATS .....	51
1. Profil sociodémographique des participants et présentation de l'organisme 52	
1.1. Profil sociodémographique des participants .....	52
1.2. Présentation de l'organisme.....	53
2. Compréhensions de la crise .....	56
2.1. Les manifestations de la crise : entre pertes et altération du fonctionnement habituel .....	57
2.2 Compréhension des origines de la crise.....	58
3. Les pratiques des intervenants au SL .....	61
3.1. Accompagner et assurer la sécurité .....	61

3.1.1 L'accompagnement et ses multiples facettes .....	61
3.1.2. Le cadre : de l'extérieur à l'intérieur.....	64
4. Le travail d'équipe au SL : un étayage essentiel à la pratique .....	67
4.1. La fonction de soutien et le partage de connaissances.....	67
4.2. La fonction relais : situations d'interventions difficiles et observations en continu .....	69
5. Les spécificités de l'approche du SL.....	71
5.1. Une approche basée sur les qualités affectives et relationnelles de l'intervenant.....	71
5.2. La connaissance du cadre et des limites de l'IC : des balises pour les résidents et les intervenants .....	73
5.3. L'application de l'approche psychodynamique à l'IC : comprendre le vécu actuel de crise au regard de l'histoire singulière.....	75
5.3.1 Perspective intégrative entre l'approche psychodynamique et d'autres approches au SL .....	75
5.3.2 Regard sur la personne dans sa globalité : anamnèse, répétitions de dynamiques relationnelles et mouvements de l'inconscient dans la relation d'aide.....	78
5.4. Les limites à la pratique de l'IC au SL .....	82
5.4.1. Les limites posées par les résidents.....	82
5.4.2. Les limites liées aux ressources et à la réalité organisationnelle .....	85
CHAPITRE V – DISCUSSION.....	92
1. Retour sur le cadre théorique.....	92
2. Regards sur les manifestations de la crise .....	95
3. La conceptualisation de l'aide dans l'approche du SL et ses spécificités au regard de l'approche dominante en IC .....	99
3.1. L'accompagnement.....	99
3.1.1 Une approche personnalisée, à visée compréhensive .....	101
3.1.2. Une approche divergente de l'approche dominante en IC .....	104
3.1.3. Prise en compte de la dynamique transférentielle.....	106

3.2 Un cadre à multiples niveaux afin de contenir la crise et gérer le risque .....	107
3.2.1. Cadre externe .....	108
3.2.2. Cadre relationnel .....	111
3.2.3. Cadre interne .....	113
3.2.4. Complémentarité et paradoxes de ces trois cadres.....	115
4. Le travail d'équipe : fonctions de soutien et d'étayage.....	115
5. Retour sur les limites à la pratique des intervenants au SL.....	117
6. Les implications et les limites de ce mémoire.....	120
6.1. Les implications et les recommandations pour les pratiques en IC et d'intervention en santé mentale .....	121
6.2. Les limites de notre démarche .....	125
CONCLUSION.....	128
ANNEXE A : LEXIQUE.....	134
APENDICE A : GUIDE D'ENTRETIEN .....	136
APENDICE B : QUESTIONS ET INDICATEURS POUR GUIDER L'OBSERVATION.....	139
APENDICE C : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ.....	141
APENDICE D : FORMULAIRE DU CONSENTEMENT POUR L'OBSERVATION PARTICIPANTE .....	146
APENDICE E : CERTIFICATION D'APPROBATION ÉTHIQUE.....	152
APENDICE F : RAPPORT DE SUIVI.....	153
APENDICE G : RAPPORT FINAL - AVIS DE CONFORMITÉ.....	154
BIBLIOGRAPHIE.....	156

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CIC	Centre d'Intervention de Crise
CIM	Classification Internationale des Maladies
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
IC	Intervention de Crise
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RRASMQ	Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec
SL	Soleil Levant
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PASM	Plan d'Action en Santé Mentale

## RÉSUMÉ

Le champ d'action de l'Intervention de Crise (IC) est un domaine spécifique du travail social et plus globalement, de l'intervention psychosociale. Des auteurs issus de divers courants théoriques ont contribué à la compréhension de l'état de crise psychique et aux interventions à préconiser dans ce champ depuis sa création. Ce mémoire vise à documenter les pratiques des intervenants de crise dans un CIC ayant comme cadre de référence la perspective psychodynamique. Deux questions de recherche ont animé notre intérêt pour ce sujet : « Quelles compréhensions de la crise développent les intervenants travaillant dans un CIC ayant comme cadre de référence clinique l'approche psychodynamique et quelle sont les interventions qu'ils produisent ? », « Quelles sont les spécificités de l'approche de ce CIC ? ». Pour y répondre, nous nous appuyons sur les écrits de Huot et Couturier (2003) et Couturier et Huot (2003) sur les usages de la théorie en intervention sociale, ainsi que sur les notions de « genre » et de « style » issue de la clinique de l'activité développée par Clot (2008). Nous avons réalisé des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de six intervenants œuvrant dans un CIC de la région de Montréal, le Soleil Levant (SL) ainsi que 10 séances d'observation participante, lors de temps d'échange en équipe (réunions et changements de quart). Les résultats de cette étude montrent que les compréhensions développées par les répondants relient l'origine de l'état de crise à différents facteurs : blessures relationnelles passées et présentes, expérience de trauma, trouble actuel en santé mentale. Nous présentons aussi les spécificités de l'approche du SL : accompagnement et encadrement de la personne, importance des dimensions de l'être de l'intervenant, connaissance et usage du cadre et des limites propres à l'organisme, liens entre vécu actuel de crise et histoire de vie de la personne, analyse des enjeux inconscients se jouant dans la relation d'aide. Les fonctions de soutien et d'étayage issue du travail d'équipe sont aussi développées dans cette analyse de pratiques. Enfin, des limites à la pratique des intervenants ont été identifiées : difficulté pour la personne à verbaliser son vécu, demande non volontaire pour recevoir des services en CIC, sur-médication, enjeux de financement, de recrutement et de formation du personnel. Les résultats de cette recherche permettront de documenter et de mieux comprendre les pratiques des intervenants de crise en CIC.

Mots clés : Intervention de crise (IC), Centre d'Intervention de crise (CIC), psychodynamique, intervention psycho-sociale, santé mentale

## INTRODUCTION

C'est à partir de notre expérience en tant qu'intervenante dans un Centre d'intervention de crise (CIC) à Montréal que nous avons d'abord pensé la question ayant servi d'ancrage à ce mémoire. La crise, aussi singulière soit-elle, s'inscrit dans un contexte social, économique et politique particulier, et c'est en tenant compte de cette complexité que nous souhaitons questionner les pratiques en CIC et le sens qui leur est donné. Notre travail sur le terrain nous a amenée à nous intéresser au Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec (RRASMQ) dont font partie les CIC depuis leur création, en 1986 (Cossette, 2006; Larose et Fondaire, 2011). En effet, pour reprendre les propos d'Anne-Marie Boucher (porte-parole du Regroupement lors de la journée pour l'alternative en santé mentale, sur TVA, le 10 octobre 2017), les CIC se posent aujourd'hui comme une alternative de premier choix face à l'hospitalisation et à la contention physique et chimique lorsqu'une personne traverse une période de détresse psychologique. La manière de penser le travail clinique en CIC s'est opposée depuis ses fondements à une psychiatrie plus traditionnelle (Cossette, 2006 ; De Coulon, 1999; Péladeau, Mercier et Couture, 1991), qui porte son regard uniquement sur les symptômes « visibles » de la crise. Bien que cette conception de la santé mentale tende aujourd'hui à évoluer, entre autres grâce à l'approche fondée sur le rétablissement qui s'implante de plus en plus dans le réseau public et communautaire (Gendreau, 2010 ; Grenier et Fleury, 2014), nous nous sommes questionnée sur la tendance des interventions et traitements produits dans une perspective biomédicale, à vouloir étouffer le « dérangent » plutôt que de prévenir le « dangereux » pour la personne en situation de crise ou son entourage (Otero, 2007).

Dans cette perspective, le regard *psychodynamique*<sup>1</sup> en intervention de crise peut-il être porteur d'une capacité à penser (et à panser) la crise ? Et si oui, comment cela prend forme dans la pratique des intervenants au quotidien ? En effet, cette approche clinique s'intéresse aux manifestations visibles de la souffrance tout autant qu'aux conflits sous-jacents pouvant être à l'origine des symptômes (De Coulon, 1999). Ainsi, selon De Coulon (1999), dans le contexte des CIC, le maintien d'une certaine tension psychique va se révéler plus bénéfique à la résolution des manifestations d'angoisse et d'anxiété que toute tentative d'apaisement artificiel. C'est dans l'exploration de cette vision de la crise et de l'accompagnement qu'il est possible d'effectuer avec les personnes la traversant que s'inscrit notre problématique de recherche. Cette dernière traduit un désir de développement des connaissances autour de la dimension clinique en intervention psychosociale, plus particulièrement dans le domaine de la crise.

Dans ce sens, ce travail vise à répondre aux questions de recherche suivantes : Quelles compréhensions de la crise développent les intervenants travaillant dans un CIC ayant comme cadre de référence clinique l'approche psychodynamique ? Quelles sont les perspectives théoriques mobilisées par les intervenants et les impacts de celles-ci sur leurs pratiques ? Quelles sont les spécificités de l'approche du SL, autant d'un point de vue groupal que dans le style plus singulier développé par chaque intervenant ?

Ce mémoire contient cinq parties. D'abord, nous présentons la problématique de recherche, qui inclut un bref historique du développement de l'intervention de crise et des modèles dominants y étant associés, le contexte de développement des CIC et l'émergence des différentes perspectives dans le traitement des états de crise ainsi que les différents modèles d'IC. Par la suite, nous abordons la

---

<sup>1</sup> Voir annexe A (Lexique). « L'épithète « psychodynamique » renvoie à l'interaction de forces conflictuelles et de motivations divergentes dans la psyché. Certaines forces favorisent l'expression spontanée, impulsive et agie des émotions, des désirs et des tensions internes, d'autres répriment de telles actions et exigent le respect des contraintes et impératifs des réalités physiques, sociales et morales. Les conflits ainsi soulevés peuvent provoquer de multiples symptômes. » (Yeomans, Delaney et Renaud, 2016).

pertinence sociale et scientifique de cette étude, nos questions de recherche ainsi que les objectifs sous-jacents.

Notre deuxième chapitre est consacré au cadre théorique, composé des écrits de Couturier et Huot (2003) et Huot et Couturier (2003) abordant le rapport du théorique à la pratique en intervention sociale, ainsi que la clinique de l'activité de Clot (2007 ; 2008).

Dans le troisième chapitre, nous décrivons la méthodologie employée : la stratégie générale empruntée, la description de l'échantillon, les critères de sélection et de recrutement, les méthodes et instruments de collecte de données, les modalités d'analyse choisies, les limites de la méthodologie choisie et enfin les considérations éthiques de cette recherche.

Au quatrième chapitre, nous présentons les résultats : les compréhensions des origines et des manifestations de l'état de crise et les pratiques des intervenants au Soleil Levant, en mentionnant au préalable le profil sociodémographique des six répondants rencontrés, ainsi que l'historique et le contexte d'action de ce CIC.

Notre dernier chapitre expose l'analyse et la discussion des résultats de cette étude. Cette partie nous permet de répondre à nos questions de recherche, tout en faisant des liens avec d'autres écrits de la communauté scientifique. Nous exposons aussi les limites de notre recherche et des recommandations pour de futures études dans ce domaine.

## CHAPITRE I - PROBLÉMATIQUE

Dans cette partie, nous présenterons tout d'abord l'historique du développement de l'intervention de crise ainsi que les principales perspectives en sciences humaines sur le concept de crise. Par la suite, nous exposerons le contexte d'émergence des CIC au Québec, issu d'un rapport de force entre les mouvements de désinstitutionnalisation et d'hospitalocentrisme. Cette partie nous permettra également d'exposer le contexte d'action plus large dans lequel les CIC œuvrent aujourd'hui, notamment au regard des deux derniers plans d'action en santé mentale québécois (PASM) produits par le gouvernement. Ces directives ministérielles prônent différentes valeurs et approches et aiguillent ainsi le travail de tout acteur œuvrant dans le système de soins en santé mentale au Québec. Il nous apparaît donc important d'en faire mention. Puis nous tenterons de comprendre dans quelle mesure les CIC ayant comme cadre de référence la théorie psychodynamique peuvent ou non constituer une voie de soutien et d'élaboration pertinente en période de crise (Rodriguez del Barrio et al, 2001; Rodriguez del Barrio et al. 2008; RRASMQ, 2009; RRASMQ, 2017). Nous aborderons par la suite l'actualité des dispositifs, des pratiques et des retombées reliés à l'intervention de crise au Québec et ailleurs. Enfin, nous présenterons les différentes approches en intervention de crise (Caplan, 1964 ; De Coulon, 1999 ; Kaës, 1979 ; Larose et Fondaire, 2011 ; Zucker, 2001)

### 1. Un bref historique du développement de l'intervention de crise et des modèles dominants y étant associés

Avant de nous plonger dans le développement historique de l'intervention de crise, nous proposons ici de définir brièvement le concept de crise. L'étymologie du mot « crise » provient du mot grec ancien *krinein* qui désigne « point

tournant » ou encore « décision » (Poirier, dans Larose et Fondaire, 2011, p.20). Il est intéressant de relever qu'en chinois, l'idéogramme « crise » recouvre un double sens : il est symbolisé par deux signes qui représentent dans le même temps *danger* et *opportunité* (De Coulon, 1999). Ainsi, malgré l'incertitude que représente l'issue de la crise, cela illustre aussi la possibilité de changement et d'évolution que peut engendrer cette période.

Le dictionnaire Le Robert (2015) expose différentes définitions du mot « crise », qui peuvent varier dépendamment de la situation dans laquelle le terme est utilisé. En premier lieu, une crise peut être comprise, dans une visée médicale, comme une *manifestation brutale ou aggravation brusque d'une maladie*, par exemple lors d'une crise d'épilepsie. Le mot « crise » peut aussi être utilisé pour définir une manifestation soudaine et violente (d'émotions), par exemple dans le cas d'une crise de larmes ou de jalousie. Enfin, il désigne une *phase grave dans une évolution*, ce qui peut être relié à l'ensemble des catastrophes d'origine naturelle et/ou liées à l'activité humaine, qui entraînent un bouleversement, souvent violent, dans la vie des personnes qui le subissent.

Dans une perspective développementale de la crise, E.H. Erikson (1968, dans Aumond, 1987)) a formulé une théorie du développement psychosocial de l'individu, divisée en huit stades. Au cours de sa croissance, chaque personne traverse des périodes de crise inhérentes à son processus de maturation (Kaës, 1979, p.13). C'est lors du passage au travers de ces différentes étapes que se façonne la personnalité de l'individu, dans la manière et les attitudes qu'il déploie afin de surmonter ses difficultés. Ces différents stades lui permettent de chercher des réponses à plusieurs questions identitaires et existentielles (« Qui suis-je ? » ; « Quelle direction donner à ma vie ? » ) (Aumond, 1987).

D'un point de vue plus historique, le concept de crise fait référence à une période de rupture de l'équilibre émotionnel chez des individus n'étant pas affectés par un trouble de santé mentale (Aguilera et Messick, 1976 dans Turmel, 1991). En élargissant ses possibilités d'application, le concept de crise peut être vu comme l'apparition brusque et non attendue de mouvements désorganisateur dans un système économique, politique ou social (Turmel, 1991).

## 1.1. Développement de l'intervention de crise

Selon Larose et Fondaire (2011) et Lefebvre (1991), c'est à la suite des bouleversements sociaux et des traumatismes entraînés par une série d'évènements au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle qu'un intérêt croissant pour l'intervention en situation de crise se manifeste dans différentes structures de psychiatrie sociale sur l'ensemble du continent nord-américain. La Première Guerre mondiale, mais également une immigration en plein essor, ainsi qu'un contexte économique très incertain dû à la Grande Dépression des années 30 ont compté parmi les facteurs les plus influents sur le niveau d'anxiété et de détresse des populations. Les besoins sociopsychologiques ne pouvaient plus être répondus par les modèles d'intervention sur lesquels se basait le secteur sanitaire et social de l'époque. Afin de mieux adapter l'aide apportée aux personnes et aux communautés, plusieurs programmes se mirent en place et bénéficièrent prioritairement aux populations les plus démunies et précaires, dans les grands centres urbains d'Amérique du Nord et d'Europe. L'enjeu de la temporalité dans la réponse aux demandes d'aide est alors apparu comme un des facteurs les plus protecteurs et significatifs pour prévenir une désorganisation plus importante sur le plan de la santé mentale. (De Coulon, 1999 ; Larose et Fondaire, 2011; Lecomte et Lefebvre, 1986). Ainsi, nous présenterons les principales conceptualisations par les sciences humaines de la crise, telles qu'elles ont émergé au cours du XX<sup>e</sup> siècle.

## 1.2 Regards pluriels sur le phénomène de crise

### 1.2.1. Une perspective psychosociale

Durant les années 40-50, différents auteurs ont participé à la conceptualisation de l'intervention de crise. Dans la revue de littérature de Lecomte et Lefebvre (1986), Lindemann (1944) est vu comme un pionnier dans le domaine de l'intervention de

crise. En effet, ses travaux sont décrits comme les premiers portant sur la détresse émotionnelle chez les personnes ayant vécu un deuil traumatique, ainsi que sa résolution. Selon lui, certains événements inhérents à la vie génèrent un niveau important d'anxiété et de tension émotionnelle et pour y faire face, un ensemble de mécanismes d'adaptation se mettent en place. Ces mécanismes peuvent conduire soit à une reprise d'équilibre au sein de la nouvelle situation, soit à l'échec et à une détérioration plus ou moins permanente des capacités de fonctionnement de la personne (Lindemann, 1956 dans Aguilera, 1995). Dans cette perspective, ce sont des caractéristiques individuelles, telles que la personnalité et les expériences passées de la personne, ainsi que des facteurs propres à la situation actuelle qui vont amener ou non la personne à un état de crise.

Le cadre de référence instauré par Lindemann (1946) a amené à l'élaboration du modèle et des techniques d'intervention en situation de crise, en collaboration avec Caplan. Ce dernier s'est servi des travaux de Lindemann pour étudier diverses formes de réactions de crise en relation avec les stades d'évolution de la personne (enfance, adolescence, etc.) ou provoquées par des situations soudaines (maladie, mort d'un proche, etc.) (Larose et Fondaire, 2011). En s'appuyant sur un ensemble de travaux cliniques, il construit une théorie de l'intervention de crise qu'il inscrit au cœur de trois stades de prévention : primaire, secondaire et tertiaire (Lecomte et Lefebvre, 1986). Caplan est reconnu encore aujourd'hui comme le principal auteur dans le domaine de l'intervention de crise. Sa conceptualisation a été très bien accueillie puis reprise par plusieurs chercheurs à sa suite, qui l'ont nourrie par leurs propres regards et théorisations. Parmi eux, Lecomte et Lefebvre (1986) citent les modèles de Rush Center (1965), Golan (1978) ainsi que celui de Aguilera et Messick (1976).

Séguin, Brunet et Leblanc (2006), entre autres, ont proposé une typologie de la crise en trois catégories afin de mieux comprendre les enjeux propres à chacune et la manière privilégiée d'intervenir par la suite. Tout d'abord, la crise psychosociale qui apparaît sous forme d'une détresse provoquée par une situation problématique, interne ou externe à l'individu, prévisible ou non, mais dont la

nature reste dans les limites d'une relative normalité : les ruptures relationnelles, les deuils, les changements d'environnement qui peuvent induire certains évènements (déménagement, perte d'emploi, etc.) et mettre à mal la capacité d'adaptation de l'individu. La crise psychopathologique surgit en général lorsque la personne avait déjà des antécédents en santé mentale et/ou un trouble actuel, la plaçant dans un état de plus grande vulnérabilité psychique. Enfin, la crise psychotraumatique : elle se distingue des autres crises aux niveaux étiologique, symptomatique, mais aussi en fonction de la place qu'elle prend dans la trajectoire de l'individu. Le trauma implique une menace à l'intégrité physique de la personne, ou encore, la confrontation soudaine à la mort. Pour être considéré comme un trauma, l'évènement doit susciter une réaction intense de peur, d'impuissance ou d'horreur. Ce type de crise induit généralement un état de déséquilibre plus intense et plus rapide du sujet.

### 1.2.2. Une perspective systémique

Morin rapporte dans son écrit « pour une crisologie » (1976) qu'à l'origine, le terme *Krisis* rendait compte du moment déterminant qui, au cours d'un processus dont l'issue se voulait incertaine, permettait de prendre une décision. À l'époque où il écrit son article, cet auteur définit la crise comme un état d'indécision. Pour lui, « c'est le moment où, en même temps qu'une perturbation, surgissent les incertitudes. » (p.149). Cet auteur explique le concept de « crise » en considérant l'être humain (et la société) comme un système complexe et ouvert, à la fois systémique, cybernétique et néguentropique ; ce dernier adjectif faisant référence à une force de cohésion, un facteur d'organisation dans un système donné.

Morin (1976) propose différentes composantes de la crise. Il explique que les *perturbations* provenant de l'intérieur comme de l'extérieur du système peuvent faire émerger le concept de crise, par un processus de rupture. La crise peut ainsi se développer par des « phénomènes de surcharge » (p.155), lorsqu'apparaît une croissance démesurée d'un ou plusieurs processus. Le système devient alors dans

l'incapacité de « résoudre les problèmes qu'il résolvait en deçà de certains seuils. » (p.155) La crise peut également naître d'une situation de *double contrainte* où le système se retrouve face à deux exigences contraires, ce qui va alors paralyser le système, ne sachant quelle solution est la plus adéquate. La crise s'amorcerait parfois par l'action conjointe de la surcharge et de la double contrainte, laissant le système dans une incapacité à trouver des réponses avec les règles de son fonctionnement habituel pouvant entraîner « la décadence d'une homéostasie » (p.156). Cette absence de solution qui va entraîner des dérèglements et des désorganisations peut aussi être une force transformatrice, qui provoquerait une nouvelle régulation et de nouvelles manières de répondre au problème posé.

Plus récemment au Québec, Larose et Fondaire (2011) dans leur ouvrage intitulé « Détresse psychologique en situation de crise » ont élaboré un modèle d'intervention de crise ajoutant une dimension systémique au modèle de Caplan. Elles ont développé les notions de *trajectoire* et de *territoire* afin de rendre compte de l'interaction entre l'histoire de vie (trajectoire) et les systèmes relationnels (territoire) mis en branle par le vécu de la crise (p.91). Nous présenterons ce modèle plus en profondeur dans la section traitant des différents modèles en intervention de crise.

### 1.2.3 Une perspective biopsychiatrique

L'intensité que représente l'expérience de la crise, dans un sentiment d'altération profonde des rapports à soi, aux autres et au monde (Rodriguez, 2005, p.244), amène un grand nombre de personnes ainsi que leurs proches à rechercher de l'aide en ayant recours, dans un premier temps, aux services des urgences psychiatriques en milieu hospitalier. Walter et Genest (2006, p.567) dénotent qu'environ 30 % des situations présentes au sein des services d'urgence psychiatrique concernent ce que les auteurs ont appelé « la psychiatrie en urgence », c'est-à-dire des services qui s'adressent à des personnes se présentant

dans un état de décompensation relié à des pathologies psychiatriques diagnostiquées telles que la psychose, les troubles bipolaires, les troubles de la personnalité. La compréhension et la réponse à ces urgences se base dans la majorité des cas sur un traitement médical. Le 70 % restant des situations est relié aux « urgences psychiatriques ou situations de crise », dans lesquelles ce qui émerge au niveau clinique ne correspond pas exactement à un diagnostic psychiatrique répertorié mais s'exprime sous forme d'un débordement d'apparence psychiatrique, relié à un état de déséquilibre dans le contexte de vie de la personne.

Le travail de l'urgentologue, différent de celui d'intervenant de crise, peut se diviser en deux phases. Dans un premier temps, il effectue l'évaluation clinique. Celle-ci vise à relever les symptômes présents dans l'objectif d'apposer un diagnostic et l'impact de ces symptômes dans la trajectoire de vie de la personne ; les ressources internes et externes actuelles sont aussi évaluées (Fousson et al., 2013). À la suite de cette évaluation, si le professionnel indique qu'il s'agit d'une urgence qui nécessite une prise en charge psychiatrique, il réfère le patient vers un service d'hospitalisation. Le séjour peut aller de quelques heures à quelques semaines, dépendamment de la situation. Une fois stabilisée, la personne sera souvent dirigée vers des ressources externes ([ampq.org](http://ampq.org)).

Au Québec et au niveau international, les politiques de soins en santé mentale sont influencées depuis les années 90 par l'approche biopsychosociale ainsi que par l'approche fondée sur le rétablissement (Greacen et Jouet, 2017 ; Piat, 2008). Ce paradigme en santé mentale se focalise sur plusieurs points : une plus grande prise en compte des forces et des choix de chaque personne, l'espoir, le soutien par les pairs, la responsabilité personnelle, ainsi que la prise en compte de l'environnement social sur l'état de santé mentale (Gendreau, 2010 ; Greacen et Jouet, 2017 ; MSSS, 2005 ; MSSS, 2017). Cependant, la majorité de ces unités institutionnelles inscrivent encore en grande partie leur approche thérapeutique dans le modèle dominant issu des sciences médicales, appelé modèle biomédical ou biopsychiatrique (Benisty, 2011 ; Laval, 2020 ; Rodriguez, Corin et Poirer, 2001 ; Skiredj-Hahn, 2020). Le postulat sur lequel se fonde la perspective

biopsychiatrique est explicitée par Klerman, en 1978 (dans Gori et Del Volgo, 2005, p.286) : il n'y aurait « pas de distinction fondamentale à établir entre les troubles mentaux et les affections médicales générales ». La détresse psychique et les symptômes qui l'accompagnent sont alors considérés et traités de la même façon que les affectations physiologiques. Différents manuels de référence, tels que le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et la CIM (Classification internationale des maladies) se sont développés afin de répertorier des critères nosologiques sur lesquels s'appuient les professionnels en psychiatrie. Leur objectif est d'examiner les symptômes du patient de manière « objective » puis, bien souvent, de proposer un traitement pharmacologique visant une réduction de ces symptômes (Benisty, 2011). Selon les discours scientifiques dominants, l'origine des désordres psychologiques, même temporaires – lors d'une crise par exemple – viendrait d'un « problème organique d'ordre neurobiologique et génétique » comme le soulignent Rodriguez et al. (2001, p.4). La perspective biomédicale imprègne différents courants dominants en intervention et en réadaptation psychosociale, qui participent au développement de pratiques et de dispositifs visant un soutien actif à la prise de médicaments (Laval, 2020 ; Rodriguez, 2005 ; Skiredj-Hahn, 2020).

#### 1.2.4 Une perspective psychodynamique

René Kaës, dans son ouvrage « *Crise, rupture et dépassement* » (1979), définit la crise comme « un changement brusque et décisif dans le cours d'un processus » (p.11). Cette perturbation dans l'équilibre interne du sujet est telle qu'elle va le placer dans une impuissance à rétablir la régulation de ses affects. Il est ainsi fréquent d'observer un repli important dans les périodes de crise. La personne va souvent s'isoler et/ou ne pas vouloir verbaliser ce qu'elle considère comme une faille ou un échec dans la maîtrise de son expérience émotionnelle et/ou dans les facteurs l'ayant amenée dans cette impasse. Kaës propose des éléments pour comprendre la crise, ses modes d'élaboration mais aussi les conditions permettant

de s'en sortir. Pour lui, la crise, au travers de sa précaire et infinie résolution est ce qui rend l'homme spécifique. « C'est par la crise que l'homme se crée homme et son histoire transite entre crise et résolution, entre rupture et suture » (p.3).

Il place le phénomène de *rupture* comme fondamental dans le processus de crise et cette rupture affecterait le sujet dans l'équilibre de son rapport au monde et au cœur de son monde interne. La crise est éprouvée comme étant inattendue, s'imposant à la personne dans une « massivité » (p.1) unique et indéchiffrable. Kaës doute du caractère purement externe des « causes » de la crise, autrement dit de la valeur de l'opposition entre sujet et environnement. Dans la perspective psychanalytique, l'environnement n'est pas ce qui entoure le sujet mais aussi ce qui est conservé en lui de ses qualités antérieurement éprouvées. Autrement dit, l'emphase est mise sur l'expérience subjective que l'individu ressent et perçoit de son milieu, et non pas sur les faits « objectifs » qui s'y produisent. Ainsi, selon Kaës, la crise ne relève pas uniquement des conséquences d'évènements concrets, mais bien de la signification que l'individu va leur donner et de comment ces évènements vont s'inscrire à l'intérieur de lui ou faire écho à des *traumatismes*<sup>2</sup> issus du passé. Kaës (1979) expose trois dimensions explicatives du vécu de la crise : l'union-séparation, le continu-discontinu et l'articulation contenant-contenu. Dans ce sens, l'expérience de la rupture entrainerait une « cessation de l'état d'union, fin de la continuité et perte de contenance » (p. 22).

De Coulon (1999), envisage également la crise comme un traumatisme psychique qui fait effraction et déborde le patient. Tout comme Kaës, il considère que le psychisme se constitue par crises successives. Cet auteur nous invite à ne pas réduire la complexité du phénomène de crise à la simple conséquence d'un évènement qui serait « déclenchant » (p.262), mais plutôt à articuler le facteur précipitant de la crise actuel avec d'autres facteurs, prenant racine dans l'histoire du sujet. Il met de l'avant la notion de temporalité afin de distinguer l'urgence de

---

2 « Le traumatisme dont traite la psychanalyse (on dit aussi « trauma ») est un choc psychique, sans lésions ni blessures corporelles, que la conscience ne peut ni réduire ni assimiler. C'est un évènement qui ampute l'intégrité du moi. » (Godin, 2019, p.252).

la crise. Amener la personne à passer d'un travail « dans et sur l'urgence » (p.24) dont les portées thérapeutiques restent très limitées, à une intervention de crise, qui tolère un plus grand délai de réponse, permet à la pensée de pouvoir se déployer. S'ouvre alors les possibilités de compréhension du vécu et de la signification de la crise.

Sur un autre plan, De Coulon, en s'appuyant sur les écrits de Freud (1914) théorise également les enjeux reliés aux passages à l'acte, se définissant comme « le processus de transformation d'une intention en sa réalisation motrice » (Widlöcher dans Doron et Parot, 2011, p.523). L'accueil et la gestion des différentes manifestations de *passage à l'acte*<sup>3</sup> (tentatives de suicide, automutilation, comportements hétéro-agressifs, etc.) sont une des particularités de la clinique de crise.

Thom (1976), quant à lui, voit la crise comme une perturbation momentanée des mécanismes de régulation d'un individu ou d'un groupe. Cette perturbation et la manière dont elle est vécue subjectivement peuvent amener le sujet dans un état de crise où il ressent une menace extrême face à la préservation de l'intégrité de son Soi. Cette « crainte de l'effondrement » (Winnicott, 1975, dans Delourmel, 2002) va être génératrice d'angoisse, définie comme « une peur sans objet » (Allilaire dans Doron et Parot, 2011, p.42). Cette angoisse aurait pour fonction d'alerter l'individu afin qu'il résorbe le plus rapidement possible la crise. Ici, la théorie de l'angoisse dans la deuxième topique de Freud est éclairante pour mieux saisir la fonction de l'anxiété et de l'angoisse, dans une situation de crise. Celles-ci sont des signaux d'alarme devant les dangers, autant internes qu'externes, qui menacent le moi face à une désintringation pulsionnelle, c'est-à-dire que la pulsion de vie n'arrive plus à se lier à la pulsion de mort (Ribas, 2002). Si à ce moment la personne a les ressources externes et internes pour sortir de l'emprise paralysante de l'angoisse, elle pourra agir dans le sens d'une extinction de la crise.

---

<sup>3</sup> « Processus de transformation d'une intention en sa réalisation motrice. Le terme s'applique en règle générale à des actes impulsifs qui transgressent des interdits collectifs ou individuels. » (Widlöcher, dans Doron et Parot, 2011, p.523)

Dans un premier cas, l'angoisse revêt une fonction d'avertissement et de protection, induite par l'appareil psychique. Ce dernier, par l'activation de l'angoisse, cherche à anticiper le stress ou l'effroi qui émergerait s'il devait se confronter de manière inattendue à un danger encore indéfini. C'est l'angoisse *signal*. Dans un second cas, l'angoisse est qualifiée d'*automatique*. Laplanche et Pontalis (1997, p.28) la définissent comme tel : « Réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser. » Zucker (2001), quant à elle, compare la crise à une « sensation de mort imminente » et elle utilise l'image d'une « hémorragie psychique » (p.122) pour décrire le sentiment qui pousse la personne à rechercher de l'aide de manière urgente. Pour elle, l'état de débordement qui envahit le patient fait appel à un *contenant*<sup>4</sup> lorsque le milieu naturel de la personne n'est pas ou plus en mesure de répondre à cette fonction. Tout comme De Coulon (1999), Zucker fait une distinction importante entre l'urgence et la crise, à partir de la spécificité de l'aide que ces deux situations requièrent. A la différence de l'urgence qui nécessite une intervention pragmatique et immédiate, selon elle, « la crise exprime la nécessité absolue du changement ». (p.125). Ainsi, elle conçoit l'unité de crise comme le lieu où la souffrance psychique aiguë peut venir se déposer et se transformer, afin que la personne puisse s'appréhender et appréhender sa réalité différemment, dans un Soi plus authentique.

---

4 Contenance des angoisses de l'utilisateur autant que des affects destructeurs de l'intervenant (peur, agressivité, ennui, etc.). Le cadre et la posture de l'intervenant, au travers de la fonction contenante qu'ils représentent permettent d'accueillir ces affects par la parole et la symbolisation afin de limiter leurs effets destructeurs (Périlleux, 2015 dans Doucet et Viviers, 2016).

## 2. Entre désinstitutionnalisation et modèle biomédical : le contexte du développement des CIC et l'émergence des différentes perspectives d'intervention de crise

Notre recension des écrits nous a amenée à prendre connaissance des pratiques existantes en gestion de crise dans divers pays occidentaux notamment en Belgique (De Clercq, 1991 ; Zucker, 2001), en Suisse (De Coulon, 1999), ainsi qu'aux États-Unis (Larose et Fondaire, 2011). Il nous est apparu que, comme au Québec, une prise en charge hospitalière se déroule en complémentarité d'une intervention ayant lieu en dehors des murs de l'hôpital. En lien avec notre sujet, nous présenterons un bref aperçu du contexte historico-politique et institutionnel ayant permis le développement des CIC au Québec (Cossette, 2005 ; Larose et Fondaire, 2011 ; Lecompte et Lefebvre, 1991).

### 2.1 Un bref historique de la mise en place des CIC

Au début des années 70, la mise en place du Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) transforme la manière dont la population québécoise a recours aux services sociaux et de santé. Cela se traduit par une utilisation accrue des centres hospitaliers et plus particulièrement, du service des urgences, perçu comme une ressource de première ligne qui offre une accessibilité permanente aux soins (Larose et Fondaire, 2011). Durant la même période, un grand nombre de personnes anciennement internées au sein des asiles, se retrouvent en situation d'extrême précarité psychologique et socioéconomique, souvent sans domicile fixe. Cette nouvelle patientèle, issue du mouvement de la désinstitutionnalisation impulsé par le rapport Bédard (1962), participe à l'engorgement des urgences, lorsque leur situation de vie devient trop difficile à supporter, en retournant à l'hôpital à intervalle régulier, faute de services (Boudreau, 1984 dans Dorvil, 1987). Ainsi, le manque de transition pour ces patients débouche sur le « syndrome de la porte tournante », documenté entre autres par Dorvil (1987), dans le cas de l'hôpital Louis-H. La Fontaine, dans la région de Montréal.

Suite au rapport Castonguay-Nepveu et à l'adoption de la loi 65 en 1971, les services sociaux et de santé rattachés à la psychiatrie et plus généralement au domaine de la santé mentale sont affiliés au « système global des affaires sociales » (Fondaire et Larose, 2011, p.55). Ainsi, la maladie mentale se voit traitée comme les autres maladies au plan institutionnel et les services en psychiatrie vont alors s'organiser sur un modèle similaire à celui de la médecine physique. L'individu et sa problématique sont considérés à partir d'une perspective biopsychosociale, notamment par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le terme de santé remplace progressivement celui de maladie au Québec et ailleurs (Corin et Lauzon, 1986, p.47). Comme le soulèvent ces auteurs, ce virage sémantique, politique et pratique tend à invisibiliser le caractère particulier que peuvent revêtir les vécus singuliers des personnes devant composer avec un trouble psychiatrique. La découverte et le développement des premiers médicaments neuroleptiques dans le courant des années 50 – *chlorpromazine* dans le traitement de la schizophrénie et *imipramine* comme premier antidépresseur – et l'avènement du modèle biomédical, tout en participant à abolir la structure des asiles, ont aussi entraîné une certaine uniformisation des traitements proposés dans le champ de la psychiatrie (Benisty, 2011 ; Rodriguez, Corin et Poirel, 2001). Le défi que représente l'accueil et l'accompagnement des personnes en crise et/ou suicidaires se pose ici, dû au manque de structures pouvant les recevoir (Larose et Fondaire, 2011). La portée thérapeutique des interventions qui y sont proposées reste souvent limitée. La plupart du temps, les patients sont contenus physiquement au sein des murs de l'institution hospitalière, le temps qu'ils se sentent un peu moins fragiles. Le mouvement communautaire a toujours le désir de développer des ressources, mais la concrétisation d'un projet visant la construction de structures pouvant accueillir les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale se fait attendre. En 1974, les Conseils Régionaux de la Santé et des Services Sociaux mettent en place des commissions administratives régionales sur les services psychiatriques de courte et de longue durée (Larose et Fondaire, 2011). À cela s'ajoutent des compressions budgétaires qui forcent les hôpitaux à fermer des lits, ce qui oblige l'ensemble des acteurs à développer une

autre gamme de services pour faire diminuer les hospitalisations et la fréquentation des urgences.

C'est en 1979 qu'émerge une volonté politique, incarnée par des psychiatres progressistes et par des agents gouvernementaux, de considérer les ressources alternatives comme des éléments forts des services sociaux, pouvant assurer une continuité et une complémentarité dans le dispositif de soins (Plamondon, 1983 dans Larose et Fondaire, 2011). Entre 1981 et 1983, la crise économique amène le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) à diminuer le budget alloué à différents centres hospitaliers psychiatriques. Le Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux du Montréal Métropolitain persuade le MSSS d'investir cette somme afin de développer des services de réadaptation, d'intégration sociale et de maintien des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale dans la communauté (Fontaine et Rochette, 1986, dans Larose et Fondaire, 2011).

La Commission de la Santé Mentale s'intéresse alors aux modèles américain et italien de la désinstitutionalisation, qui sur plusieurs aspects se trouvent face à des impasses similaires à celles éprouvées au Québec et tente d'y apporter des réponses novatrices. En Italie, la loi 180, introduite en 1978, représente une avancée mondiale en ce qui a trait à la manière de penser les soins et l'accompagnement des personnes handicapées ou avec un trouble de santé mentale ou neurodéveloppemental. Cette loi entame un processus de sortie des asiles psychiatriques tout en développant des services communautaires adaptées afin que ces personnes puissent prendre part à la vie de la cité (Dell'Acqua, 2012). Aux Etats-Unis, le *National Institute of Mental Health (NIMH)* développe le concept de *Community Support System (CSS)*, qui offre une large gamme de services, dont les *Crisis Residential Services*. Ces centres de crise procurent un service d'hébergement ainsi que du soutien et des traitements sur du court terme (deux semaines) à des personnes ayant un trouble de santé mentale qui traversent une période de vulnérabilité. La perspective se veut fonctionnaliste et communautaire et la pratique est encadrée par différents professionnels du domaine psychosocial et médical (Larose et Fondaire, 2011). Cette expérience des centres de crise américains retient l'attention de la Commission au Québec qui désire implanter un

projet pilote. En 1986, sous la direction de la ministre T. Lavoie-Roux, une politique visant la désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise est mise en place. Huit Centres de Crise (CIC) voient le jour en 1986-1987 ainsi que plusieurs cliniques externes de psychiatrie (Lecomte et Lesage, 1999). Les ont le mandat d'offrir une gamme de services de crise, incluant la ligne téléphonique de crise, l'hébergement et le suivi de crise à l'externe sur une courte période (Lefebvre et Lecomte, 1986).

Au niveau des retombées de l'IC, Perreault et Fortin (1993) ont effectué une recherche sur le vécu et la perception de 50 anciens usagers d'un CIC à Montréal. Il en ressort que les CIC sont des ressources essentielles, afin d'offrir une alternative à l'hospitalisation ou un répit de la rue. Ce qui ressort des entrevues est l'appréciation par les résidents du caractère chaleureux de la bâtisse, ainsi que le contact humain et plus égalitaire avec les intervenants, en comparaison de l'hôpital. L'autonomie et les responsabilités qui leur étaient laissés, au travers des tâches quotidiennes et de la vie de groupe, ont eu un impact positif sur leur sentiment de compétence et de reprise de pouvoir vis-à-vis de leur situation. Un point plus négatif dans le discours des répondants concernait l'aspect très temporaire du séjour, des relations créées et de l'aide qu'ils recevaient. Les auteurs suggéraient, pour pallier cette réalité, le développement d'un réseau de ressources vers lesquels les intervenants pourraient référer leurs clients, afin de ne pas les laisser sans ressource à la suite de leur séjour (Perreault et Fortin, 1993). Le constat fait par ces auteurs nous permet de faire la transition vers la prochaine section. Celle-ci porte sur la manière dont les CIC s'inscrivent aujourd'hui dans un réseau intégré de services et de ressources en santé mentale et en réinsertion sociale, suivant les orientations des différents Plans d'Action en Santé Mentale (PASM) produit par le MSSS.

## 2.2 L'inscription de l'action des CIC dans l'approche fondée sur le rétablissement et les plans d'action en santé mentale (PASM)

Depuis les années 90, au Québec, le mouvement orienté vers le rétablissement en santé mentale guide l'action et l'organisation des services au sein du système de soins et de services sociaux (Fleury et Delorme, 2014 ; MSSS, 2005).

L'approche du rétablissement (« recovery ») en santé mentale est née aux États-Unis, dans les années 1980. Les grands utilisateurs de services en psychiatrie se disaient insatisfaits des soins qu'ils recevaient et ont commencé à revendiquer une autre approche et une autre vision de leur condition de santé mentale (Greacen et Jouet, 2017). Au-delà de la dénonciation du système psychiatrique asilaire des décennies précédentes, ils souhaitaient être considérés comme des personnes à part entière, certes avec les limites découlant de leur trouble en santé mentale et des symptômes qu'ils expérimentaient, mais aussi avec leurs forces et un potentiel de reprise de pouvoir vis-à-vis de leur condition (MSSS, 2010 ; MSSS, 2015 ; Institut Douglas, 2013). Ainsi, ce mouvement luttait d'une part contre la stigmatisation des troubles psychiques et d'autre part, critiquait l'exclusion sociale des personnes vivant avec un tel trouble (Greacen et Jouet, 2017).

Dans ce sens, les deux derniers plans d'action en santé mentale (PASM) produits par le MSSS, « La force des liens » (2005-2010) et « Faire ensemble autrement » (2015-2020), donnent plusieurs directives et valeurs fondamentales afin d'orienter la pratique des intervenants ainsi que le travail entre les différents acteurs œuvrant en santé mentale et psychiatrie. Ce plan d'action place l'approche orientée vers le rétablissement, la primauté de la personne et l'implication de son entourage personnel et professionnel comme centrales dans le champ d'action de la santé mentale. Comme souligné sur le site du Réseau Alternatif et Communautaire des Organismes (RACOR) et dans un écrit de Gendreau (2010), le MSSS (2010) adopte la définition du rétablissement de Kirk (2002). Celui-ci présente cette notion comme « le processus qui permet à l'individu malade de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige,

puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état » (s.p).

Depuis la mise en place du PASM 2005-2010, le système de santé mentale québécois vit ainsi d'importants changements afin de consolider les soins de première ligne et de favoriser une meilleure intégration des services entre les partenaires (Fleury et Delorme, 2014 ; Grenier et Fleury, 2014). Par exemple, pour les personnes ayant des troubles mentaux graves, le PASM a permis d'accentuer le développement et la coordination de plusieurs services, leur permettant un maintien dans la communauté. Nous pouvons citer la consolidation du suivi d'intensité variable (SIV), des services de crise délivrés entre autres par les CIC, ainsi que de l'hébergement autonome et des programmes de soutien à l'intégration professionnelle et académique (Grenier et Fleury, 2014).

Gendreau (2010) explique que l'approche fondée sur le rétablissement sous-tend aussi une vision du lien clinique entre l'intervenant et la personne qui vit un trouble de santé mentale, qui implique certaines compétences de la part des professionnels. Par exemple, la nécessité de tenir compte, en tant qu'aidant, du « processus infini d'essais, d'erreurs ou d'interventions, de/et envers/la personne continuellement confrontée aux concepts de rechute et de rémission » (p.2). C'est au travers de cette posture d'accompagnateur que les forces de la personne, sa capacité à se prendre en charge ainsi qu'un autre sens à sa vie pourront émerger. Dans plusieurs écrits recensés, la capacité de l'intervenant à susciter l'espoir chez la personne, notamment celles aux prises avec des troubles mentaux graves et au long cours, fait aussi partie des compétences attendues de la part des professionnels dans cette approche (Gendreau, 2010 ; MSSS, 2017).

Dans la lignée de l'approche orientée vers le rétablissement et de l'approche biopsychosociale mises de l'avant par les différents PASM, l'intervention de crise en CIC tente de « maintenir une certaine tension » dans l'expérience de la personne (De Coulon, 1999, p.36) afin qu'un espace thérapeutique puisse se dégager. Cette tension s'inscrit dans une attitude de partage des responsabilités entre aidant et aidé, autant que dans un non-recours à la médication dans

l'immédiat, lorsque cela est possible. Ainsi, le bénéfice d'une équipe d'intervention de crise réside dans le fait qu'elle peut se donner les moyens et un temps (même bref) pour évaluer la question du besoin et de la meilleure manière d'y répondre en ouvrant et présentant toutes les options qui s'offrent à la personne. Les organismes alternatifs en santé mentale, dont font partie les CIC proposent une meilleure prise en compte des conditions de vie objectives des personnes pouvant avoir un impact sur leur niveau de détresse psychologique et démontrent un intérêt pour la trajectoire de vie dans laquelle s'inscrit la vulnérabilité psychique, ainsi que pour des solutions alternatives à la médication et à l'hospitalisation (Séguin, 2015, RRASMQ, 2017). Pour reprendre les propos de Lefebvre (1991), il est aussi question de repenser nos normes entourant une santé mentale dite « équilibrée », en portant notre regard sur les réels besoins et désirs des personnes en situation de crise, « qui dépasse la symptomatologie ou les traits de personnalités. » (p.31). Une autre voix qui se fait de plus en plus entendre face au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (APA, 2013) et à la médicalisation de la souffrance est celle de la *psychanalyse*<sup>5</sup> et des cliniciens se réclamant de cette approche, dans divers milieux de pratique (Cusson, 1996; Ciavaldini, 2018 ; De Coulon, 1999; Martens, 2000; Zucker, 2001). En effet, pour reprendre les termes de Martens (2000), la psychanalyse depuis ses origines tente de « relier la clinique à la dimension du sens » (p.283). En cela, elle se place en dissidente du modèle biomédical et technocratique actuel qui ne s'intéresse que peu à la complexité du sujet humain et de son expérience, si elles dépassent un cadre de traitement se voulant efficient et efficace (Ciavaldini, 2018 ; Laval, 2020 ; Rodriguez et Poirel, 2011).

---

<sup>5</sup> La psychanalyse est « une méthode d'investigation consistant essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet. Cette méthode se fonde principalement sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation. » (Laplanche et Pontalis, 1978, p.351)

### 2.3. Actualité de l'intervention de crise au Québec et ailleurs dans le monde

Désormais, une vingtaine de CIC sont présents sur le territoire québécois. La majorité de la population peut avoir un accès direct aux services des CIC, sans être préalablement référée par un professionnel ([centredecrise.ca](http://centredecrise.ca)). Ceci met de l'avant la capacité des personnes à évaluer par elles-mêmes leur besoin d'aide. Également, les CIC bénéficient aujourd'hui d'une plus grande autonomie dans leurs mandats et pratiques, notamment grâce au travail effectué par le Regroupement des centres d'intervention de crise de la région de Montréal dans les années 90. Les CIC mettent de l'avant leur positionnement humaniste dans l'accueil et l'écoute des personnes qu'ils reçoivent, ainsi que leur expertise dans l'estimation de la dangerosité, autant au niveau suicidaire que para-suicidaire et/ou homicidaire (Larose et Fondaire, 2011). La formation des intervenants puise le plus souvent dans les sciences humaines (psychologie, travail social, sexologie, criminologie, toxicomanie, etc.) et s'écarte des disciplines issues des sciences médicales.

Les CIC offrent différents services : une ligne d'intervention téléphonique et de références disponible à toute heure du jour et de la nuit, sept jours sur sept ; un service d'évaluation de crise et du suivi de crise à l'externe (rencontres hebdomadaires le plus souvent) en face à face, ainsi qu'un service d'hébergement à court terme. Ainsi, selon le type, la gravité et l'urgence de la crise, l'équipe d'intervenants pourra proposer à certaines personnes de séjourner au sein des hébergements de crise que proposent les CIC. L'objectif est d'aider à retrouver un niveau de fonctionnement égal ou supérieur à celui ayant précédé l'état de crise ([centredecrise.ca](http://centredecrise.ca)). Comme le souligne Rodriguez del Barrio (2005, p.244), la souffrance intense qui émerge en temps de crise « confronte les limites du dicible et du tolérable » ; la personne peut alors avoir besoin d'un lieu sécuritaire avec un intervenant disponible en tout temps, afin de l'aider à contenir ses angoisses, ses peurs, notamment en cas d'idéation suicidaire. Les CIC reçoivent aussi des références de différentes institutions hospitalières et il est souvent nécessaire d'offrir un temps de transition post-hospitalière aux patients avant un retour dans

leur milieu de vie. Les intervenants de crise sont également habilités à soutenir et outiller les proches ainsi que les professionnels travaillant avec une personne en détresse psychique. Ils vont aussi chercher à favoriser un travail en partenariat, afin d'assurer une plus grande cohérence clinique (Larose et Fondaire, 2011).

Au fil des années, le mandat des CIC a évolué et leurs relations avec les partenaires des différents secteurs (institutions publiques de soins, organismes communautaires, police, professionnels du secteur privé) tendent vers une plus forte collaboration. Cependant, il serait erroné d'en déduire une vision idéalisée de la coopération entre ces différents acteurs. En effet, depuis la création des CIC, la coopération entre une approche biomédicale et une psychiatrie plus communautaire ne s'est pas opérée sans accrochage ni résistance (De Clercq, 1991 ; Lefebvre, 1991). Considérés par le réseau institutionnel comme trop alternative, l'approche prônée par les CIC a, à l'inverse, été décriée par les organismes alternatifs en santé mentale comme étant trop modérée (Larose et Fondaire, 2011), ce qui n'a pas facilité la collaboration ni la reconnaissance de leur expertise dans un sens comme dans l'autre.

Certains centres hospitaliers développent aujourd'hui leurs propres services de crise ou considèrent parfois les CIC dans une perspective utilitaire afin de libérer des lits en ambulatoire (Lefebvre et Coudari, 1991). Ainsi, Larose et Fondaire (2011) déplorent que la collaboration entre CIC et réseau institutionnel ait été pendant longtemps unidirectionnelle. En terminant, il nous apparaît important de souligner à l'instar de différents auteurs (De Coulon, 1999 ; Larose et Fondaire, 2011 ; Grenier et Fleury, 2014) l'amélioration actuelle dans les liens de collaboration entre les milieux hospitaliers et extra-hospitaliers. Cela se traduit notamment par des contacts personnalisés entre professionnels, des tables de concertation ou encore des réunions avec le patient, son entourage personnel, l'équipe traitante et l'intervenant de crise.

Nous nous sommes également intéressée au développement et à l'actualité de l'IC ailleurs dans le monde, particulièrement en Angleterre, aux Etats-Unis et dans le reste du Canada. Nous en présentons ici un aperçu en termes d'orientations et de pratiques.

Au début des années 2000, le gouvernement britannique avait placé comme axe prioritaire pour le National Health Service, en parallèle de la lutte contre les maladies cardiaques et contre le cancer, les interventions en santé mentale pour les personnes en situation de crise (DoH, 2000 dans Tobitt, 2007). En ce sens, les équipes de résolution de crise et de traitement à domicile proposent une intervention rapide et intensive pour aider les personnes à surmonter l'état de crise qu'elles traversent. Selon Johnson (2004, dans Tobitt, 2007) le traitement à domicile en situation de crise s'inscrit dans le passage des soins institutionnels aux soins communautaires. Au Royaume-Uni, les services de crise dans la communauté sont adressés prioritairement aux personnes souffrant d'un trouble grave et persistant en santé mentale, aux prises avec une crise psychiatrique aiguë. La gravité de la crise doit être telle que sans l'intervention de l'équipe de crise, une hospitalisation serait nécessaire. Les populations cliniques auxquelles s'adressent l'IC sont décrites sur le plan diagnostique (schizophrénie, bipolarité, dépression sévère) et les personnes ayant un trouble de la personnalité sont aussi visées par ce type d'intervention (DoH, 2006, dans Tobitt, 2007). Les crises à caractère psychosociale ou psycho traumatique, selon la définition de Séguin, Brunet et Leblanc (2012) ne sont pas incluses dans les catégories visées par l'IC au Royaume-Uni.

En 2014, plusieurs acteurs significatifs œuvrant dans le milieu de la santé mentale (institutions hospitalières et organismes communautaires, dont les « crisis house », équivalent des CIC au Québec, travailleurs sociaux, psychiatres, infirmières, intervenants, etc) ou étant en lien direct avec celui-ci (postes de police, ambulanciers, etc.) ont créé le « Concordat Statement » afin de mieux travailler ensemble, pour offrir des services de plus grande qualité aux personnes en situation de crise psychiatrique (DoH, 2014 ; Paton et Al., 2016). Cette charte axe son plan d'action autour de quatre points. Tout d'abord, la prévention est mise de l'avant : la personne en crise doit pouvoir accéder à du support avant d'être au point culminant de la crise. La crise psychiatrique doit aussi être considérée avec le même niveau de respect et de rapidité qu'une personne qui présenterait une urgence physiologique. Cela inclut la nécessité de transporter la personne vers des

services spécialisés, si ceux-ci n'existent pas dans sa communauté ; il est aussi explicité l'importance de communiquer avec la personne afin de bien comprendre ses besoins et de s'assurer qu'elle connaisse ses droits. La charte guide aussi les policiers dans leur responsabilité en vertu de la « Loi sur la santé mentale » (Paton et Al., 2016). L'emphase est mise sur la qualité des soins et la compétence élevée des professionnels qui l'accompagnent, qui vont impacter positivement la façon dont est traitée la personne. Enfin, la charte promeut le rétablissement et la capacité des acteurs et de la personne concernée à prévenir d'autres crises. Les professionnels sont tenus de proposer des ressources adéquates afin de soutenir la personne et son entourage dans son processus post-crise. Celle-ci est aussi responsable de communiquer sa perception des services reçus, dans une visée d'amélioration (DoH, 2014).

Aux États-Unis, tout comme au Québec, le virage de la désinstitutionnalisation en psychiatrie eut lieu dans les années 1960. L'objectif était double : réduire le coût des services en santé mentale, en diminuant le recours aux soins hospitaliers et reverser l'argent ainsi économisé dans des programmes communautaires ambulatoires (Vickers, 2000). Malheureusement, les ressources collectées n'ont pas été redistribuées dans les communautés comme prévu, ce qui a entraîné une charge importante pour les familles et les proches des personnes atteintes de troubles en santé mentale. L'insuffisance des ressources communautaires, encore aujourd'hui, place la police comme premiers répondants auprès des personnes souffrant de troubles mentaux en situation de crise (National Alliance on Mental Illness, s.d).

A partir de 1988, un modèle plus communautaire d'intervention a vu le jour, connu sous le nom de « Crisis Intervention Team » ou « modèle de Memphis » (Vickers, 2000 ; Usher et Al., 2019). Ce modèle, basé sur une approche communautaire, est conçu pour amener les professionnels de la santé mentale, les organismes de défense de droits, les dirigeants élus, ainsi que d'autres acteurs à se réunir et à travailler ensemble afin de mieux répondre aux personnes vivant une crise en santé mentale. L'objectif commun est que l'institution policière et

carcérale ne soient pas les intervenants et les lieux par défaut où se retrouvent des personnes ayant besoin d'abord de soins à visée thérapeutique, et non punitive. Ainsi, ce programme fournit aux policiers les outils dont ils ont besoin pour réussir à désamorcer une situation de crise avec la personne et son entourage, assurer la sécurité de toutes les parties impliquées et trouver des soins en psychiatrie appropriés, dans une visée de rétablissement (Usher et Al., 2019 ; Dupont et Al., 2007). Les buts que se donne le CIT rejoignent en grande partie ceux du « Concordat Statement » développé au Royaume Uni. En effet, au-delà de l'approche communautaire et de la façon dont les forces de l'ordre réagissent aux situations de crise en santé mentale, le CIT souhaite aussi examiner comment les enjeux systémiques (politiques de santé et services sociaux, manque de services ou d'accès à ces services, déficit de coordination entre les acteurs, formations des professionnels) contribuent au développement ou au maintien des situations de crise. Le CIT développe des solutions à ces défis structurels. Il propose de solidifier le travail entre les partenaires « alliés » (agents d'application de la loi, professionnels en santé mentale, membres et dirigeants de la communauté, etc.) afin que tous et chacun travaillent et apprennent via plusieurs perspectives autour du phénomène de crise et des réponses qui peuvent y être amené. Il veut aussi développer une meilleure vision des forces et lacunes des infrastructures et des services en santé mentale au sein de chaque localité. Il propose un programme de formation pour les agents des forces de l'ordre, les preneurs d'appel et répartiteurs 911, afin qu'ils répondent de manière adéquate et empathique. Enfin, il encourage chaque communauté à promouvoir un meilleur accès aux services de santé mentale et à élargir l'application du CIT à d'autres endroits (Usher et Al., 2019 ; Dupont et Al., 2007).

Dans le contexte canadien, le modèle de la « co-réponse » en situation de crise, c'est-à-dire une intervention conjointe entre un professionnel de la santé mentale et la police est mise de l'avant. Iacobucci (2014, dans Koziarski, 2018) explique que le jumelage d'un intervenant (infirmier, travailleur social, etc.) en psychiatrie et d'un policier permet de faire face à une crise rapidement et de manière efficiente, en favorisant le partage de connaissances entre différents champs

d'action. Les objectifs de ces équipes sont similaires à ceux de la CIT, c'est-à-dire : désamorcer les crises, assurer la sécurité de tous, mettre en lien la personne en situation de crise avec des services communautaires et diminuer la probabilité de judiciarisation (Shapiro et Al., 2015). Différentes recherches ont montré que plusieurs grandes villes au Canada utilisent cette méthode afin d'intervenir en situation de crise (Butler, 2014 ; Coleman et Cotton, 2010 ; Iacobucci, 2014, dans Koziarzki, 2018). Kisley et Al (2010) reportent que les personnes ayant des troubles de santé mentale étaient plus engagées dans le processus de soins lorsqu'elles avaient rencontré l'équipe mobile en santé mentale que lorsqu'elles avaient eu uniquement un contact avec la police. Au Québec, nous pouvons citer l'exemple du service Urgence Psychosociale Justice (UPS-Justice) créée en 1996, et qui travaille en partenariat avec les CIC. UPS-Justice intervient auprès de personnes dont les comportements peuvent être associées à un trouble en santé mentale et qui commettent un délit. La mission d'UPS-Justice est d'éviter l'incarcération de ces personnes et de les orienter vers les services psychosociaux et sanitaires nécessaires (Webanck, 2001 dans Louan, Webanck et Senon, 2013).

Concernant le développement des CIC au Canada, le premier centre d'appels ayant pour but de rejoindre des personnes en situation de crise psychique, du nom de « LifeLine », a vu le jour en 1965 en Ontario (Leenaars, 2000). L'intervention de crise téléphonique a par la suite pris de plus en plus d'ampleur au travers du territoire, grâce à l'implication de nombreux bénévoles et d'une meilleure coordination des services. Nous pouvons citer à titre d'exemple la création du « Suicide Prevention and Distress Centre in Toronto » (1967), « Suicide Action Montréal » (1984), « Baffin Crisis Line » (1990) qui offre des services en Inuktitut pour l'ensemble de la région arctique, ainsi que la création en 1972 du « Canada Council of Crisis Centers » (Leenaars, 2000). En 1978, 92 CIC étaient recensés, et en 1994, l'Association Canadienne de Prévention du Suicide (ACPS) en comptabilisait 210 (CASP, 1994 dans Leenaars, 2000).

L'agence de Santé Publique au Canada (2005) témoigne de la publication d'environ 45 travaux d'études portant sur le système de santé canadien et

l'organisation des services en IC à l'intérieur de celui-ci. Ces recherches se divisent entre plusieurs champs d'intérêts, à commencer par l'étude des lignes téléphoniques d'IC et des Centres de Prévention du Suicide (CPS) (Leenaars et Lester, 1995 ; Leenaars, 2000). Leenaars et Lester (1995, dans Leenaars, 2000) ont montré, dans une recherche à grande échelle, l'impact préventif des CIC sur le taux de suicide au Canada, bien que leurs résultats n'atteignent pas des niveaux d'évidence statistique. Mishara et Daigle (2000) ont tout de même souligné le travail de Leenaars et Lester (1995), en ce qui a trait à leur capacité à synthétiser un grand nombre de résultats d'études en IC et à articuler les défis méthodologiques et éthiques liés à ce champ de recherche spécifique.

Certaines études ont aussi visé l'évaluation de programmes communautaires en IC (De Man et Labrèche-Gauthier, 1991). Ces auteurs ont examiné deux programmes communautaires en prévention du suicide au Québec, en évaluant les niveaux d'estime de soi, de stress et d'idées suicidaires chez des personnes ayant participé à ces programmes. Leurs résultats démontrent que les participants ont vu une augmentation de leur niveau d'estime, ainsi qu'une diminution de leur niveau de stress et de leurs idéations suicidaires, à la suite de ces programmes.

D'autres études portent sur une analyse rétrospective des services reçus par les usagers, comme celle de Perreault et Fortin (1993) précédemment citée dans mémoire, auprès de 50 anciens usagers d'un CIC à Montréal. Finalement, un autre pan de la recherche en IC et en suicidologie s'intéresse au développement d'outils et de formations professionnelles en IC. Dans le contexte actuel, nous pouvons citer à titre d'exemple la recherche-action de Lavoie et Al. (2012) ayant permis l'élaboration de la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, en collaboration avec Suicide Action Montréal.

Cette recension des écrits autour de notre objet d'étude, l'intervention en CIC, nous permet de mieux cerner dans quel historique de pratiques celle-ci s'est développée et s'inscrit aujourd'hui au Canada et ailleurs dans le monde. Nous allons maintenant aborder les différents modèles d'IC.

### 3. Les différents modèles d'intervention de crise

Notre projet de recherche s'intéresse à la manière dont les intervenants font usage dans leur pratique de la perspective psychodynamique. Dans cette section, nous exposerons différents modèles théoriques d'intervention de crise, en commençant par le modèle classique développé par Caplan (1964) puis étayé par Aguilera (1995), qui sont tous deux des auteurs de référence dans ce champ d'intervention. Puis, nous nous intéresserons au modèle plus contemporain développé par Larose et Fondaire (2011) qui ont approfondi les dimensions systémique et psychodynamique dans la manière de comprendre et d'intervenir en contexte de crise. Pour finir, nous présenterons la manière dont l'approche psychodynamique conceptualise l'intervention en contexte de crise (Kaës, 1979 ; De Coulon, 1999 ; Zucker, 2001).

#### 3.1. Les modèles classiques d'intervention de crise (Caplan, 1964 ; Aguilera, 1995)

Caplan (1964) est reconnu encore aujourd'hui comme le principal auteur dans le domaine de l'intervention de crise. Il définit la crise comme :

[...] une période relativement courte de déséquilibre psychologique chez une personne confrontée à un événement dangereux qui représente un problème important pour elle, et qu'elle ne peut fuir ni résoudre avec ses ressources habituelles de solution de problème. (Lecomte et Lefebvre, 1986, p.123).

Dans sa conceptualisation, Caplan spécifie trois enjeux essentiels : premièrement, l'*équilibre-déséquilibre* renvoie à la relation en constante mouvance que l'individu entretient avec son environnement, aussi bien social que physique. L'individu va chercher à maintenir un état d'équilibre, cette perspective de la personne en situation de crise s'appuyant sur le cadre théorique homéostatique développé par Caplan. Deuxièmement, l'*événement dangereux*, qui peut aussi être

vu comme l'élément déclencheur, est un évènement qui déstabilise l'individu dans son intégrité psychologique. Ce bouleversement peut affecter l'environnement physique de l'individu, son réseau social ou sa santé physique. Enfin, les *mécanismes de solution de problème ou d'adaptation* renvoient aux moyens que la personne va mettre en place afin de se réguler et de faire face aux tensions et aux conflits que son environnement induit en elle, notamment en période de déséquilibre. Cette approche se veut cognitive et axée sur la capacité de la personne à résoudre ses problèmes. Dans ce modèle, la progression de la crise est linéaire, les étapes entre pré-crise, crise puis post-crise se succèdent de manière logique et l'individu est représenté comme l'unique acteur de la situation. Ainsi, « l'individu se trouve isolé à l'intérieur de son vécu difficile et c'est à l'intérieur de lui-même qu'il trouve les stratégies qui lui permettront de s'en sortir » (Larose et Fondaire, 2011, p.90).

Aguilera (1995) à partir du modèle théorique proposé par Caplan, développe une plus large gamme de techniques d'intervention afin d'outiller le professionnel œuvrant en intervention de crise. Selon elle, l'intervention se déroule en quatre phases. Dans un premier temps, le professionnel identifie l'évènement ayant déclenché la crise, ainsi que les facteurs qui mettent en faillite la capacité de résolution de problèmes de l'individu. L'intervention vise le problème immédiat et ne se focalise pas sur les difficultés vécues antérieurement à la situation de crise actuelle. Une question qui peut être posée dans ce sens serait « Pourquoi êtes-vous venu chercher de l'aide *aujourd'hui* ? » (Aguilera, 1995, p.74). Dans ce modèle, l'évènement perturbant qui place l'individu en crise a lieu en général de zéro à quatre semaines avant la demande d'aide. Dans un deuxième temps, l'intervenant va s'intéresser à la perception de la personne par rapport à l'évènement déclencheur : Quelle(s) signification(s) lui donne-t-elle ? Comment anticipe-t-elle les conséquences ? A-t-elle une perception réaliste de la situation ? (p.75) Par la suite, il s'intéressera au réseau personnel et aux soutiens sur lesquels l'individu peut compter. Enfin, l'intervenant tente de dégager les « capacités de maîtrise » (p.75) de l'individu, se traduisant par les moyens auxquels l'individu a recours en général pour résoudre ses problèmes. Si ses moyens habituels ne fonctionnent pas

actuellement ou que la personne n'a pas tenté de les mettre en place, le professionnel tente d'en comprendre les raisons. Il prend aussi le temps de comprendre comment la crise affecte l'individu et les personnes qui le fréquentent dans sa vie quotidienne : Est-il en mesure de travailler, d'aller à l'école ? De répondre à ses besoins de base ? De s'occuper de sa famille de manière adéquate ? (p.76-77).

Une fois qu'il a rassemblé ces informations, l'intervenant pourra clarifier le problème et explorer des solutions permettant de diminuer les symptômes reliés à l'état de crise. Ce type d'intervention demande une certaine directivité de la part du professionnel qui aura pour fonction d'aider la personne à revenir à un « niveau de fonctionnement antérieur à la crise ou possiblement supérieur » (Aguilera et Messick, 1976, p.24). Pour ce faire, ces auteurs proposent différentes techniques d'intervention, comme le fait d'aider la personne à acquérir une compréhension « intellectuelle » de sa crise, lui permettre d'extérioriser des sentiments et des émotions (colère, sentiment d'abandon, impuissance, etc.) qu'il peut avoir refoulés depuis longtemps et qui resurgissent dans le moment présent. Également, l'intervenant explorera les mécanismes d'adaptation de la personne, afin de l'aider à en trouver de nouveaux probablement plus adéquats, et tentera de mettre en place un filet « social » afin que la personne ne se désaffilie pas plus si ce risque était présent.

### 3.2. Le vécu de la crise « entre trajectoire et territoire » : le modèle de Larose et Fondaire (2011)

Tout en reconnaissant l'apport incontestable des modèles de crise classiques issues de la psychiatrie communautaire américaine dans les années 60 et développés par Caplan et Aguilera entre autres, Larose et Fondaire (2011, p.91) leur opposent diverses critiques. Elles observent un écart entre la réalité de leur pratique en CIC et la conceptualisation que Caplan propose de l'individu en crise. Selon elles, cette vision centrée sur l'individu et ses stratégies d'adaptation

occulte la présence et l'influence des interactions du sujet avec ses différents systèmes relationnels antérieurs et présents au moment où la crise survient.

Également, à l'inverse d'un temps de crise qui serait circonscrit, Larose et Fondaire (2011) constatent dans leur pratique que la temporalité de la crise est incertaine et variable, allant parfois de quelques minutes à une durée indéterminée. Selon elles, la situation de « pré-crise » décrite par Caplan ne correspond pas à l'expérience de la majorité des personnes se présentant en demande d'aide. Ainsi, pour certains usagers de services, les demandes d'aide deviennent récurrentes et la situation ayant mené à la crise reste sensiblement similaire. Pour ces personnes, l'état de crise devient « un potentiel état d'équilibre » (p.95). Du modèle classique en intervention de crise, les auteures retiennent les notions d'élément déclencheur et les phénomènes de perception et de représentation de la personne en crise dans le développement de leur théorisation. Cependant, pour elles, il est nécessaire de comprendre la situation de crise comme issue de la relation entre l'histoire de vie singulière de la personne – *trajectoire* – et son environnement systémique – *territoire* – à un moment donné (p.91).

Elles positionnent ces dimensions sur deux axes (p.48). Le premier axe, horizontal, représente le territoire (famille, réseau d'amis, collègues, communauté d'appartenance, etc.) et cherche à comprendre la position actuelle de la personne dans ses systèmes relationnels significatifs. Une attention particulière sera portée par l'intervenant aux interactions entre l'individu et son système et à l'influence de ces interactions sur la crise actuelle. Dans ce contexte, le territoire peut adopter différentes attitudes : se distancier de lui ou à l'inverse, le surinvestir, voire adopter une position de prise en charge et de contrôle concernant ses décisions (p.114). La trajectoire, représentée par l'axe vertical, vise à explorer les difficultés vécues par la personne à différentes périodes de sa vie, puisque de nombreux éléments issus de l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte permettront d'apporter un éclairage à la compréhension de la crise. Elle permet de mieux cerner les vulnérabilités liées à l'ensemble de l'histoire de vie de la personne « qui peuvent contribuer à expliquer certains traits importants de sa personnalité, ses schèmes

cognitifs, son équilibre émotionnel, son recours à des stratégies particulières d'adaptation [...] » (p.48).

Nous comprenons que l'originalité du modèle de Larose et Fondaire se trouve dans le croisement d'éléments issus des approches systémique et psychodynamique. Ainsi « trajectoire et territoire sont intimement liés, le mouvement de l'un influence celui de l'autre » (p.108).

### 3.3 L'intervention de crise psychodynamique (De Coulon, 1999 ; Zucker, 2001)

Kaës (1979) développe le concept d'analyse transitionnelle, étayé sur les travaux de Winnicott et de Bion, afin de rendre compte de l'intervention à mettre en place avec une personne en situation de crise. L'enjeu de la temporalité apparaît ici comme porteur d'une opportunité pour laisser un espace à la personne afin qu'elle retrouve sa capacité à symboliser et à penser. Pour amener une définition de cette notion psychanalytique, nous partageons une citation de Kaës (1979) :

L'espace transitionnel est un espace de présence et d'absence (ni trop de l'un, ni trop de l'autre, ni pas assez), de jeu dans un cadre, de contenir dans un conteneur, de tension paradoxale tolérable... Le concept de transitionnalité permet de réparer les conditions qui vont rendre possible la capacité de rétablir, dans l'expérience de la rupture, des symboles d'unions (p.61)

Dans cette perspective, l'intervenant de crise et le cadre qui l'entoure participent à la restauration d'une forme de temporalité dans laquelle peut se déployer l'histoire passée, présente et future du sujet (Zucker, 2001). Ainsi, le temps apparaît comme porteur d'une opportunité pour laisser un espace à la personne afin qu'elle retrouve sa capacité à symboliser et à penser. Il se présente comme une ouverture qui va permettre de recréer des liens entre son histoire, ses systèmes relationnels et son vécu de crise actuel (Zucker, 2001). Le cadre d'intervention est une autre nécessité, qui revêt une importance particulière en période de crise afin d'aider la personne à contenir ce qu'elle vit. Le cadre permet d'offrir à la personne les conditions nécessaires et sécurisantes afin de pouvoir mieux se représenter ce qui lui arrive. Le cadre et le fait de contenir ce que vit la personne est aussi porté par l'attitude de l'intervenant lui-même (De Coulon, 1999 ; Zucker, 2001). Le simple

fait d'accueillir, d'être là, présent aux niveaux physique, émotionnel et psychique va aider la personne à pouvoir déposer des éléments très souffrants et épuisants pour elle. L'attitude de l'intervenant aura pour fonction, entre autres, de créer du liant là où sont présents chez le patient des éléments de rupture intrapsychique et intersubjectif, entre éléments passés et actuels de la crise (Kaës, 1979 ; De Coulon, 1999). Pour citer Zucker (2001), « [l'intervenant] est là pour lui offrir une expérience où exister pour soi-même et non comme une défense contre l'angoisse, devient possible » (p.159). Ainsi, dans cette approche, la personne en crise aurait besoin d'être soutenue par un contenant extérieur, quelque chose qui l'enveloppe de manière symbolique afin que la sensation de débordement empreinte d'angoisse puisse s'apaiser, notamment. Le cadre, soutien de la rencontre avec le patient, est « cet ensemble de règles qui donnent forme à une demande et qui tissent l'armature symbolique du métier relationnel » (Périlleux, 2015 dans Doucet et Viviers, 2016). Cette rencontre se place comme fondement de l'alliance thérapeutique, pivot du travail de crise selon De Coulon (1999).

Un autre point développé par Zucker (2001) est la prise en compte du *transfert*<sup>6</sup> et du *contre-transfert*<sup>7</sup> dans la compréhension clinique que les intervenants développent par rapport aux situations qu'ils rencontrent. En effet, les mouvements transférentiels peuvent être particulièrement intenses en période de crise. Pour Zucker (2001), il est fondamental que l'intervenant soit à l'écoute de son contre-transfert, puisque c'est un outil puissant afin de recueillir des indices sur l'univers psychique du sujet, la teneur de sa souffrance et même parfois l'éminence d'un passage à l'acte. Dans la mise à jour du contre-transfert et de ce que l'intervenant saisit de la trame narrative du sujet, il pourra alors formuler une hypothèse qui tentera de mettre en lumière un des fils conducteurs qui l'ont mené à la situation actuelle (De Coulon, 1999 ; Zucker, 2001). Ainsi, les interventions en situation de crise ont une portée thérapeutique, car elles génèrent des liens

---

<sup>6</sup> « La projection d'émotions, de sentiments, de pulsions, d'attitudes et de comportements déplacés sur la personne du psychothérapeute et à l'intérieur du contexte ou de la situation thérapeutique » (Tracy, 2016).

<sup>7</sup> Ensemble des émotions, sentiments, sensations, images, et pulsions suscitées par le patient chez l'intervenant (Zucker, 2001)

nouveaux et forcent à la représentation, à la symbolisation et à la structuration. Zucker suggère ici de confronter par « des questions claires et directes » (p.163) n'allant pas dans le sens du maintien d'un fonctionnement souffrant et précaire pour la personne. Il s'agit ici de confronter, dans le verbal et le vécu, le sujet à lui-même afin de lui offrir une autre perspective sur lui-même, qui sera porteuse d'une amorce de changement.

Sur un autre plan, la théorisation des passages à l'acte, enjeu complexe et spécifique à la clinique de crise, étaye une pratique concrète sur le terrain. Dans la perspective psychodynamique, le rôle du professionnel est de transformer les passages à l'acte ainsi que les somatisations, en représentations et en pensées (De Coulon, 1999). S'ouvre ici tout le champ de la mentalisation (Kernberg, 1989 ; Lecours, 2016) qui renvoie à la capacité de la personne à se représenter et à symboliser sa propre expérience interne (affects, émotions, pensées, sensations physiques, etc.) et celle d'autrui. Dans ce sens, l'intervention de crise va viser à relier l'affect à la représentation plutôt qu'à l'agir, afin de désamorcer l'impulsivité et de développer la capacité de la personne à mettre en mots son ressenti.

Enfin, comme le souligne De Coulon (1999), c'est probablement la brièveté propre au modèle d'intervention de crise qui fait sa spécificité. Son action se déploie dans un cadre d'intervention à court terme (entre deux et dix semaines en règle générale) où les rencontres se font à une fréquence très rapprochée et prennent racine dans des méthodes issues de traitements non limités par le temps. En ce sens, cette intervention porte une forte dimension d'inachèvement et ne vise pas une résorption complète de la crise lorsque la personne arrive à la fin de l'utilisation des services de consultation. Elle va plutôt chercher à dégager les ressources de la personne, afin de lui ouvrir la voie pour poursuivre ce travail si elle le désire dans une temporalité et un lieu distincts (De Coulon, 1999).

#### 4. Pertinence sociale et scientifique de notre recherche

Alors que plusieurs articles explorent l'intervention de crise et la place de l'approche psychodynamique dans le contexte des urgences psychiatriques (Andreoli et al., 1986; Cusson, 1996; Bertelli et Bélisle, 2004; Denis et Hendrick, 2017), il existe peu d'écrits sur l'intervention psychodynamique de crise, ancrée dans le mandat et le statut particulier des CIC (Larose et Fondaire, 2011). Depuis la création des CIC en 1986, peu de recherches ont été réalisées sur le travail effectué au sein de ces organismes au Québec et encore moins sur la praxis et la manière dont les intervenants de crise « développent leur métier » pour reprendre l'expression de Clot (2007). En ce sens, notre recherche pourrait permettre de mieux comprendre comment une perspective théorique peut être mobilisée dans une pratique d'intervention, et quels sont les effets de cette mobilisation pour les professionnels ? Également, dans un contexte de transformations institutionnelles importantes, les valeurs et le savoir-être qui constituent le socle des métiers en intervention sociale (l'écoute, l'accueil, l'accompagnement personnalisé, la relation, le non-jugement, etc.) éprouvent une grande difficulté à être reconnus et valorisés dans les pratiques actuelles (Dubois et Boudou-Laforce, 2017). Les contraintes managériales, quant à elles, s'imposent de plus en plus comme un tiers à l'intérieur de la relation clinique et entraînent dans leurs sillons une uniformisation des pratiques (Doucet et Dubois, 2016). Dans cette perspective, le rapport entre théorie et pratique est pensé comme un rapport d'application, dans lequel la première prescrit à la seconde un certain nombre d'approches et d'outils, reconnus comme « probants » (Couturier et Carrier, 2003). À l'instar de Brodeur (2009) qui rend compte de la pensée de Riffault (2007), nous réfléchissons à la nécessité des référents théoriques et de l'élaboration de la praxis en travail social dans une perspective « d'investissement intellectuel et culturel ayant pour effet l'élargissement de la conscience et du pouvoir d'action » (p.112). Cela permet de sortir d'une conception de la théorie qui serait totalisante, en redonnant la parole aux praticiens qui élaborent de manière singulière et collective un support pour guider leur pratique. Dans ce contexte, notre sujet cherche à explorer la « réplique

clinique » (Périlleux, 2015) que peut représenter une réflexion psychodynamique dans le champ du travail social. En effet, la psychodynamique place la subjectivité comme source de toute relation, de toute pensée et de toute connaissance. Dans le cadre de notre maîtrise, nous voyons à l'intérieur des points de passage et de rupture que la psychodynamique et le travail social expérimentent l'un avec l'autre de nombreuses voies à tracer et à explorer (Rouzel, 2005).

## 5. Questions de recherche et objectifs de recherche

Nos questions de recherche sont les suivantes : Quelles compréhensions de la crise développent les intervenants travaillant dans un CIC ayant comme cadre de référence clinique l'approche psychodynamique ? Quelles sont les perspectives théoriques mobilisées par les intervenants et les impacts de celles-ci sur leurs pratiques ? Quelles sont les spécificités de l'approche du SL, autant d'un point de vue groupal que dans le style d'intervention plus singulier développé par chaque clinicien ?

Ainsi, les objectifs de ce mémoire sont les suivants. Du point de vue des intervenants de crise rencontrés et à partir des observations faites en équipe, nous voulons :

- Documenter les compréhensions de la crise développées dans le cadre d'un CIC d'orientation psychodynamique.
- Comprendre les spécificités de l'approche et des pratiques d'intervention dans ce CIC, ainsi que les nuances de style d'intervention plus personnelles à chaque professionnel.
- Identifier les limites entourant la pratique des intervenants dans ce CIC

## CHAPITRE II - CADRE THEORIQUE

Notre sujet de recherche porte sur la manière dont s'intègrent au sein de la pratique des intervenants différentes perspectives d'intervention de crise, dans le contexte d'exercice d'un CIC travaillant à partir d'un référentiel psychodynamique. Pour commencer, nous nous pencherons sur l'apport des écrits de Couturier et Huot (2003) et Huot et Couturier (2003) concernant les liens entre la théorie et la pratique – *la praxis* – en intervention sociale. L'inclusion de ces textes dans notre cadre théorique visera plusieurs fonctions. Premièrement, nous tenterons de mieux saisir comment les professionnels articulent leurs connaissances théoriques à leur pratique. Leurs écrits nous aideront aussi à saisir la manière dont l'action en intervention sociale est aussi génératrice d'une « production théorique de plein droit » (p.28). En effet, ces auteurs se réfèrent à la notion de « théorie en acte » (p.28) : au travers de l'analyse du discours des intervenants, nous tenterons de mettre en lumière les principes qui guident leur action. Huot et Couturier (2003) dénotent que ces principes sont développés en cours d'action, et dans le même temps, lui donnent une direction. Par la suite, nous nous intéresserons à la clinique de l'activité, développée par Clot (2007 ; 2008) et plus particulièrement aux notions de *genre* et de *style* qu'il a développées à l'intérieur de sa conceptualisation. Les écrits de cet auteur nous permettront de mieux cerner les spécificités de l'approche du SL, grâce au concept de « genre professionnel » (Clot et Faïta, 2000, p.9) ainsi que les nuances stylistiques entre chaque intervenant.

### 1. Le rapport du théorique à la pratique en intervention sociale (Couturier et Huot, 2003 ; Huot et Couturier, 2003)

Dans leur écrit portant sur « l'examen des usages de la théorie en intervention sociale » (2003), Huot et Couturier mentionnent que le rapport entre la théorie et la pratique dans ce domaine est à l'origine de deux débats importants (p.19). Premièrement, ils posent la question de l'efficacité de la théorie à guider la pratique. Puis ils renvoient à la nature des rapports entre les savoirs théoriques et ceux issus de l'expérience. Ces auteurs mettent ainsi l'emphase sur les rapports épistémologiques existant entre théorie et pratique dans le champ de l'intervention sociale et poursuivent une réflexion sur la manière dont la connaissance théorique est utilisée en intervention par les praticiens. En d'autres termes, ils cherchent à développer une « pragmatique de la théorie » (p.20).

Comme ils le soulignent dans un autre article s'intitulant « Discours sur la pratique et rapports au théorique en intervention sociale » (2003), il semble exister une difficulté à « dire » la pratique en intervention sociale, à traduire le « fait » en « dit ». Perrenoud (2002, dans Couturier et Huot, 2003) remarque que malgré le caractère éminemment communicationnel des métiers relationnels, la prise de parole sur l'action demeure malaisée, difficile. Cette lacune de représentations de la pratique apparaît comme source de souffrances autant à un niveau individuel que collectif. Ils se demandent si l'épreuve que représente pour les praticiens le fait de parler de leurs expériences provient de la complexité de leur action en soi, difficile à simplifier de manière discursive, ou si elle pourrait venir d'un manque de compréhension et de langages partagés entre le monde de la recherche et celui de la pratique.

À l'instar de ces auteurs, nous pensons qu'au-delà de l'opposition et de l'incompatibilité de langages souvent décriées entre les univers de la recherche et de la pratique, à différents degrés, les savoirs produits à l'intérieur de ces deux univers sont compatibles, voir comparables entre eux. Dans ce sens, les auteurs postulent qu'« il est possible de considérer le discours des intervenants sociaux sur leur pratiques comme une forme effective de théorisation » (2003, p.108). Ils

avancent l'hypothèse selon laquelle « la difficulté à dire la pratique contient *en elle-même* un rapport au théorique, donc aux savoirs » (p.109). Cette carence dans la mise en mots du « faire » serait une opportunité pour réfléchir, critiquer et agir, afin d'accroître la pertinence du discours des intervenants sur leurs pratiques. Selon eux, les *théories* élaborées au sein du monde de la recherche et les *productions théoriques*, issues de la pratique en intervention sociale, relèvent toutes les deux de discours qui « permettent de prendre un recul par rapport à une expérience personnelle, de dégager des règles de conduite de l'action et de s'engager dans un débat permettant une critique de cette action » (2003, p.23).

Ces deux modes de production de connaissances peuvent se relier au travers de « jeux de langage » (Wittgenstein, 1986 dans Huot et Couturier, 2003), qui renvoient à un ensemble spécifique de mots, de termes, d'énoncés, de narratifs, de considérations éthiques et aux manières dont les personnes d'une même communauté les emploient. Pour un même terme utilisé, des comparaisons seront possibles entre l'usage qui en est en fait dans le milieu de la recherche et celui de la pratique. Ainsi, si nous nous ramenons à un contexte de jeu de langage, la théorie peut être interprétée comme « une histoire, une séquence narrative » (p.23) pouvant être utile afin de décoder une situation ou pour éclairer l'action d'un acteur social.

Pour citer Huot et Couturier (2003, p. 23) :

Dans cette perspective, le développement d'une pragmatique de la théorie en intervention se base sur un examen empirique des usages des différents narratifs explicatifs (théories ou histoires théoriques) par les intervenants dans les conversations qui prennent place avant, pendant ou après leurs interventions.

Dans notre recherche, il nous semble pertinent de pouvoir appréhender et réfléchir avec les intervenants de crise à leurs actions et à leurs compréhensions cliniques des situations auxquelles ils font face au sein de leur travail dans une approche pragmatique (Dewey, 1925 dans Huot et Couturier, 2003). Cette approche nous permettra possiblement de dégager les usages du théorique en lien avec leur pratique, afin de les comparer entre eux par la suite. Elle nous permettra aussi d'explorer les théories que les intervenants créent au sein de leur pratique. Également, elle sera éclairante afin de mieux saisir comment les intervenants

œuvrant en CIC vivent l'écart entre la compréhension de l'intervention de crise qui les anime et celle qui est à leur portée dans leur pratique. En effet, nous faisons l'hypothèse qu'il peut exister une tension entre certaines assises théoriques et la nécessité d'adaptation de ces conceptions à la réalité de chaque situation d'intervention. Comme mentionné au début de ce chapitre, l'utilisation de la notion de « théorie en acte » (p.28) replace la nécessité d'un débat entre les modes de production de connaissances issus des univers de la théorie et de la pratique. Elle nous permettra, au travers de l'analyse de discours, de dégager quels modèles et principes individuels et collectifs orientent l'action. En ce sens, nous pourrions demander aux intervenants de nous expliquer pour quelles raisons ils ont agi d'une certaine manière puis de nous décrire leurs formes d'agir. En s'intéressant au *pourquoi* de l'action, nous pourrions recueillir de nombreuses informations, qui traduiront « une forme de travail intellectuel de catégorisation, reposant elle-même sur une activité de classement. » (2003, p.112). Couturier et Huot (2003, p.112) soutiennent que « la catégorie traduit moins un objet qui se donne à la conscience par une forme qu'un ensemble de règles cognitives et épistémologiques, soit des activités de l'esprit, qui structurent la connaissance. » Ainsi, la catégorie, dans cette visée, permettrait une construction permettant d'attester d'une certaine constitution du savoir et par le fait même, d'une forme de légitimation de la pratique en intervention sociale. Ainsi, nous pourrions analyser la manière dont les intervenants ont recours aux usages du théorique et à la théorie, dans différents contextes et échanges interpersonnels quotidiens (entre intervenants, lors des changements de quart et/ou de supervisions, dans le partage d'un cas clinique lors des entrevues individuelles que nous mènerons, etc.). Cette démarche pourra nous offrir un éclairage sur la façon dont les intervenants, individuellement et collectivement, font preuve d'appropriation, de résistance et de transformation vis-à-vis des différents discours théoriques issus du milieu de la recherche et de leur expérience clinique (p.24). Elle ouvrira un processus de réflexion sur les conditions nécessaires à un travail de réflexion, de construction, d'évaluation et de critique de l'action au sein de ce CIC. Également, puisque l'intervention sociale se déploie dans un contexte caractérisé par une relative

instabilité, il nous apparaît essentiel, à l'instar de Soulet (dans Huot et Couturier, 2003) de contextualiser l'action que nous allons étudier. L'action n'est jamais séparée du contexte dans lequel elle se développe.

Une critique énoncée à l'égard des pratiques basées sur les données probantes par ces auteurs nous apparaît judicieuse à exposer. En effet, dans un contexte d'efficacité budgétaire et de rationalisation des pratiques en travail social, Couturier et Carrier (2003, dans Huot et Couturier, 2000), relèvent que les connaissances issues de l'expérience des praticiens se situent au niveau le plus bas de la hiérarchie des savoirs. En effet, pour la posture épistémologique néo-positiviste dans laquelle s'inscrivent les *evidence based practices*, ces connaissances n'arrivent pas à démontrer leur validité en comparaison des « savoirs objectivés » (Tonelli, 1998 dans Couturier et Carrier, 2003). De par la complexité de l'intervention sociale et l'incertitude qui la caractérise, la tentation des gestionnaires, secondés par le milieu de la recherche, de fournir aux milieux d'intervention des guides de « bonnes pratiques » que les professionnels auraient simplement à appliquer, n'a jamais été aussi forte (Couturier et Carrier, 2003 ; Gonin, 2013). L'exploration conceptuelle et épistémologique que nous proposent Huot et Couturier (2003) et Couturier et Huot (2003) sur les rapports à la théorie en intervention sociale s'inscrit en faux de cette vision où la recherche « informerait » la pratique sur les conduites à tenir, à partir de données factuelles (Gonin, 2013). Elle ouvre ainsi de nouvelles voies d'élaboration et de légitimation des connaissances issues du terrain.

## 2. La clinique de l'activité (Clot, 2007 ; 2008)

Clot (2008), s'appuyant sur les travaux de Vygotski, met en rapport le concept d'action avec celui d'activité, qu'il ne réduit pas à l'activité réalisée (autrement dit effective ou observable). Ainsi, l'activité réalisée n'est qu'une partie de l'activité. Cet auteur parlera plutôt de réel de l'activité ou d'activité réelle :

Le réel de l'activité, c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir — le drame des échecs — ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter — paradoxe fréquent — ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire; ce qui est à refaire et tout autant ce qu'on veut faire sans avoir voulu le faire » (Clot 2008, p.89)

Ici est pointée l'importance de ce que nous pourrions qualifier du « négatif » de l'activité, c'est-à-dire ce que le sujet n'arrive pas à faire ou cherche à faire. Ce négatif mobilise l'individu et représente une source d'énergie pour le développement du métier.

Selon Clot, l'activité est triplement adressée : elle l'est, évidemment, à son objet. Elle est également adressée aux autres qui partagent le même objet d'activité et enfin au sujet lui-même. L'action prendrait naissance au sein d'un conflit dans le réel, pouvant provenir de trois sources : technique, sociale ou personnelle. Ainsi, l'activité recouvrirait l'ensemble de ce qui anime le travailleur dans l'exercice de son métier, alors que l'action ne révèle que partiellement cette activité réelle.

Clot développe les notions de « genre » et de « style » (2008, p.103), notions qui nous semblent éclairantes dans le cadre de notre recherche afin d'analyser la pratique des intervenants que nous allons rencontrer. Le concept de *genre professionnel* déployé par cet auteur est issu du *genre de discours* développé par Bakhtine (1984). Selon ce dernier, les liens entre le sujet, le langage et l'environnement ne sont pas directs, mais se révèlent dans des genres de discours, des énoncés déjà existants auxquels le sujet doit accéder pour pouvoir entrer dans l'échange. « Ces énoncés retiennent la mémoire transpersonnelle d'un milieu social dans lequel ils font autorité, donnent le ton. » (2008, p.104). Si nous nous ramenons au *genre professionnel*, il se situe entre la tâche et l'activité et fait référence à des obligations implicites, à « la partie sous-tendue de l'activité » (2008, p.105) que partagent les travailleurs d'un milieu donné. Il se construit au travers de l'histoire du milieu de travail et peut être compris comme un ensemble de normes, de règles, de stratégies et de pratiques partagées par un collectif de travail dans le respect des objectifs fixés par l'organisation. Nous pouvons le voir comme un système souple qui propose des variantes normatives et descriptives, à l'intérieur desquelles s'inscrivent différents scénarios qui nous donnent des indices sur la manière dont fonctionnent les personnes avec qui nous travaillons,

comment nous devons agir (ou éviter de le faire) dans certaines situations, comment sont régies les relations interprofessionnelles, autour d'objectifs fixés par l'action. En élargissant ses possibilités d'application, Clot expose également le *genre de techniques*, qui réfère au « régime d'utilisation de techniques dans un milieu professionnel donné » (p.106) et les *genres d'activités* dans lesquels les genres *professionnel* et *technique* se recoupent. Clot compare ces *genres d'activités* à une mémoire transpersonnelle et collective qui donne une contenance à l'activité personnelle du professionnel *in situ* : ils regroupent des « manières de se tenir, manières de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manières de la conduire efficacement à son objet » (p.107). Dans notre recherche, nous pourrions ainsi analyser le genre dans différents contextes (observation durant les temps d'échanges en équipe, entrevues semi-dirigées) et explorer la manière dont les intervenants l'intériorisent et le transforment. Il est important de relever que le genre n'est pas intangible et se confronte constamment à l'épreuve du réel. C'est en faisant ce constat que nous introduisons la notion de *style* que Clot définit comme « la transformation des genres dans l'histoire réelle des activités au moment d'agir, en fonction des circonstances » (p.109, 2008). Le style participe à la recréation du genre en cours d'action. Il libère le praticien du genre professionnel, non pas en niant son existence, mais en lui permettant de le développer, en y apportant sa contribution, en trouvant des « points de contacts » (p.110) entre son style et le genre professionnel du milieu dans lequel il évolue. En d'autres termes, il permet un renouvellement du genre. Le style permet également de réinscrire la subjectivité du travailleur à l'intérieur même de l'activité, en lui permettant d'advenir, de devenir possible. La stylisation est la source d'un développement du genre, mais également du sujet. Dans ce sens, « le style est ce qui, à l'intérieur de l'activité elle-même, permet de dépasser l'activité » (2008, p.113). Pour citer Clot (2007) : « C'est le plus souvent, dans l'action elle-même, en se mêlant aux différentes manières de faire la même chose dans un milieu professionnel donné que, par le jeu des contrastes, des distinctions et des rapprochements entre professionnels, l'activité propre de chacun se décante » (p.87).

Pour faire des liens avec la psychopathologie du travail, selon Clot (2008), lorsque la dynamique des rapports entre style et genre est mise à mal, c'est-à-dire lorsqu'il y a une perte d'agentivité des travailleurs dans leur capacité à rendre vivant le *genre professionnel* au travers de leur *style*, c'est le développement des sujets qui se trouve en souffrance, puisque cette perte signe une amputation de leur pouvoir d'agir en tant que travailleurs.

Enfin, il nous semble pertinent de faire des liens entre la clinique de l'activité développée par Clot et les écrits de Huot et Couturier (2003) présentés précédemment sur l'avènement des pratiques basées sur les données probantes dans plusieurs champs, dont celui de l'intervention sociale. Ainsi, selon Clot (2007), le métier est issu d'une « discordance créatrice – ou destructrice – » (p.86), prenant racine au sein d'une dynamique conflictuelle entre quatre instances : le métier est « à la fois irréductiblement personnel, interpersonnel, transpersonnel et impersonnel » (p.86). Pour Clot, « le métier n'est pas sédentaire » (p.86). Il avance l'idée selon laquelle ce qui rend notre métier vivant est sa capacité à être en mouvement et donc à ne pas rester statique à l'intérieur d'une de ces instances. Lorsque le travail de liaison ne se fait plus entre ces différentes sphères, le métier serait en péril, car il ne serait plus en mesure de relever les défis se présentant dans le réel de l'action.

En ce sens, Clot dénonce un retour important de la part *impersonnelle* au sein de nos métiers, c'est à dire de la tâche prescrite, codifiée et mesurable, poussée notamment par les logiques technocratiques en forte expansion depuis le début des années 1990. L'enjeu ici est que selon lui, malgré le caractère indispensable de la prescription impersonnelle, qui permet de tenir le métier au-delà de la singularité des cas que nous rencontrons au quotidien en tant qu'intervenant, le sens d'un métier ne saurait se trouver uniquement en elle. Cet accroissement de l'impersonnel se fait au détriment des autres instances qui, pour le personnel et l'interpersonnel, situent l'activité dans une intersubjectivité et démontrent que lorsque l'action n'est pas adressée à quelqu'un, elle perd son sens. Le transpersonnel quant à lui, place l'activité dans une histoire collective, qui va donner aux acteurs d'un même domaine le sentiment de vivre une histoire

ponctuée de repères communs, autrement dit de certaines manières de faire ou de dire le métier.

Clot (2007) avance l'idée du développement d'une troisième voie, alternative qui se placerait entre les « bonnes pratiques », élaborées selon une conception objective de la tâche et ce qu'il nomme un « imaginaire compassionnel » (p.85) qui ne donnerait de valeur qu'à la part affective et émotionnelle laissée à l'intervenant dans la relation d'aide. Si l'application des protocoles et des « bonnes pratiques » (Clot, 2007, p.3) monopolise l'attention d'une logique plus technocratique, les règles qui tissent notre métier sont bien souvent absentes de ces discours, comme si l'intervenant avait développé ces habiletés de manière innée. En réalité, il semble que les fameux « savoirs être » et « savoirs faire » requièrent une technique ayant besoin d'être élaborée et confrontée en équipe. Clot (2007) amène ici une réflexion *dans et sur* l'action, en clinique du travail, que nous interprétons comme une possible voie face aux défis qui peuvent apparaître dans la pratique en intervention de crise. Au sein de notre recherche, nous pourrions réfléchir avec les intervenants à la manière dont ils « font » leur métier pour reprendre l'expression de l'auteur (p.91), c'est-à-dire à la manière dont ils œuvrent à transformer l'activité prescrite, de par leur singularité, la manière dont ils la vivent et surtout, la font vivre. Nous voyons ici des liens intéressants à tisser entre les savoirs issus de la pratique et ceux constitutifs et provenant de la théorie. Ainsi, notre posture se veut un accueil et un appel au sens que les personnes donnent à leur expérience à la première personne et au « nous », au travers des observations en groupe que nous ferons. Dans cette optique, le courant qualitatif en sciences humaines et sociales accorde une place essentielle à l'interaction entre le sujet et le chercheur au sein du processus de recherche. Nous avons le désir de mettre de l'avant la voix des différents intervenants rencontrés, en valorisant le processus intersubjectif partagé entre eux et avec nous-même.

## CHAPITRE III - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans cette partie, nous présentons la méthodologie utilisée dans le but d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre de notre recherche. Elle comporte six sections : en premier lieu, nous exposons la stratégie générale empruntée, puis l'échantillon à l'étude. Dans le troisième volet, nous décrivons la méthode et les instruments de collectes de données. Par la suite, nous expliquons brièvement les modalités d'analyse choisies, puis nous portons notre regard sur les limites que comporte cette étude. Pour finir, nous abordons les considérations éthiques que cette recherche implique.

### 1. Stratégie générale empruntée

Afin d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi de réaliser une enquête de terrain auprès de plusieurs intervenants œuvrant dans un CIC qui travaille avec un cadre d'intervention psychodynamique. Nous privilégions une recherche de nature qualitative, car elle permet à un nombre restreint d'intervenants de témoigner de leur vécu et elle vise la compréhension du sens (Mongeau, 2009) qu'ils donnent à leur pratique professionnelle. D'un point de vue scientifique, cette méthode permet de décrire et d'analyser plus en profondeur et en finesse le phénomène que nous avons choisi d'étudier. Comme le précisent Mayer et Deslauriers (2000) «la principale caractéristique de l'approche qualitative est de privilégier le point de vue des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales » (p.159). De plus, à l'instar du mémoire de Labrie (2019), nous pensons également que la perspective offerte par la recherche qualitative cherche davantage un travail « *avec* les sujets » plutôt « que *sur* les sujets » (p.48). La collaboration entre chercheure et répondants nous semble

appropriée afin de favoriser un espace de partages et de co-construction des connaissances,. Nous portons l'espoir que cette posture de travail favorise des rapports plus harmonieux entre les différents acteurs de cette recherche.

En lien avec notre cadre théorique, le fait de concentrer notre récolte de données dans un seul centre de crise nous permet de mieux comprendre le *style* et le *genre professionnel* (Clot, 2008) liés à l'histoire collective et transpersonnelle de cette équipe de travail en particulier. Les données et l'analyse que nous dégagerons auront ainsi une plus grande portée heuristique pour ce milieu de pratique. Également, pour paraphraser les propos d'Arborio (2007), nous considérons qu'il y a un intérêt, de par la nature exploratoire de notre recherche, à produire dans un premier temps des « constats fortement contextualisés ». En effet, en ancrant notre problématique de recherche dans un contexte situé, nous pouvons affiner nos questions et nous focaliser sur des points spécifiques, en fonction des premières données que nous récolterons. Ce choix de méthodologie nous offre donc une plus grande flexibilité de travail. Il s'agit aussi d'une recherche exploratoire, puisqu'elle vise, à priori, « à clarifier un problème qui a été plus ou moins défini » (Trudel, Simard et Vonarx, 2007, p.39). Enfin, dans le souhait de rendre compte de la perspective de chaque intervenant ainsi que de la logique collective de travail et de pensée de l'équipe, en en proposant une interprétation possible, nous faisons le choix de nous inscrire dans une démarche de recherche compréhensive et interprétative.

Cette posture dégage la logique des conduites individuelles et collectives en ce qu'elle se centre sur la mise au jour des significations que chacun d'entre nous attribue à son action (que veut l'acteur, quels buts veut-il atteindre, quelles sont ses conceptions des attentes des autres... quelles sont les attentes des autres?); ainsi que sur la mise au jour de la logique collective qu'est l'activité sociale (quelle trame les actions et réactions forment-elles, quel est le réseau de significations qui apparaît sur la base du faisceau croisé des actions singulières ?) (Charmillot et Dayer, 2007, p.132)

## 2. Description de l'échantillon, critères de sélection et recrutement

Comme population à l'étude, nous avons choisi des intervenants exerçant actuellement dans un CIC d'orientation psychodynamique, dans la région de Montréal. Notre échantillon est constitué de six personnes sélectionnées en fonction de leurs caractéristiques, plutôt que de manière aléatoire (Mongeau, 2009). Il s'agit d'un échantillon intentionnel, non probabiliste (Huberman et Miles, 2003). Ainsi, le choix des participants pour cette recherche se fait principalement en fonction de leur expertise pertinente par rapport à l'objet d'étude ainsi que de la capacité et la volonté de la partager (Savoie-Zajc, 2009). Au-delà de ce critère initial concernant la profession d'intervenant de crise et le lieu où elles l'exercent, les personnes recrutées doivent avoir plus de deux années d'expérience en tant qu'intervenants de crise dans ce CIC. Pour aller dans le sens de Guay (2010), il nous apparaît important que les sujets participant à cette étude aient une connaissance suffisante de leur champ d'intervention, afin de pouvoir s'appuyer sur une expérience relativement riche et réfléchie.

En ce qui concerne le recrutement, il s'est fait au sein du CIC sélectionné, le Soleil Levant (SL) Nous avons contacté la directrice de cet organisme afin de lui faire part de notre projet de recherche. À la suite de ce premier contact, nous sommes allée présenter la démarche à l'ensemble de l'équipe d'intervenants présents sur place cette journée-là, afin d'établir un contact avec eux et pour répondre à leurs questions le cas échéant. La directrice n'était pas présente lors de cette réunion, afin de ne pas influencer la décision des intervenants.

Afin de mieux se représenter le contexte de notre terrain de recherche, l'organisme le SL compte 24 intervenants, incluant les employés travaillant de nuit et sur liste de rappel, une directrice générale, une responsable d'équipe et une cuisinière (Rapport annuel, Réinsertion sociale du Soleil Levant, 2018). Compte tenu de nos critères de recrutement, 11 personnes étaient en mesure de participer à notre étude.

Nous leur avons laissé une feuille imprimée avec un résumé de l'objectif de la recherche ainsi que notre contact afin qu'ils puissent nous rejoindre par la suite.

Pour les personnes absentes lors de la réunion, nous avons aussi laissé une feuille imprimée sur la table de réunion, expliquant les objectifs notre recherche, la méthodologie ainsi qu'un contact courriel. Nous avons suggéré aux intervenants présents lors de notre visite d'en parler à leurs collègues s'ils pensaient que cette recherche pourrait les intéresser et qu'ils correspondaient à nos critères de recrutement en lien avec l'expérience demandée en IC et au SL.

Six intervenants (soit 54% de répondants potentiels) ont démontré leur intérêt à participer à notre recherche à la suite de notre venue au CIC. Nous les avons recontactés par courriel, afin de planifier une date d'entrevue individuel.

### 3. Méthodes et instruments de collecte de données

La posture épistémologique choisie ainsi que l'information que nous désirons récolter appellent fondamentalement des outils qualitatifs, comme le soulignent Guba et Lincoln (1989, dans Gohier, 2004). Dans cette section, nous décrivons les trois méthodes de collecte de données choisies dans le cadre de cette recherche : l'entretien individuel semi-dirigé (Savoie-Zajc, 2009), l'observation participante (Martineau, 2005) et la lecture de documents produits par le CIC.

#### 3.1. La première technique : l'entretien individuel semi-dirigé

Comme défini par Van Campenhoudt, Marquet et Quivy (2017), l'entretien semi-directif « n'est ni entièrement ouvert ni canalisé par des questions trop précises » (p.242). Ce type d'entrevue est particulièrement approprié dans un désir d'analyser le sens que les acteurs accordent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils font face, leur interprétation des situations, mais aussi lorsque l'on vise la reconstitution d'un processus d'action (Van Campenhoudt, Marquet et Quivy, 2017). Ainsi, l'usage de l'entretien semi-dirigé nous paraît ajusté aux objectifs que poursuit cette recherche. Il nous permettra d'aborder de façon plus

ou moins directive la manière dont les intervenants de crise du SL vivent et construisent leur pratique au quotidien, les prémisses théoriques et expérientielles sur lesquels ils s'appuient pour intervenir, les compréhensions cliniques faisant consensus dans l'équipe, et celles plus propres à certains intervenants.

Nous avons élaboré, en amont des entrevues, une grille d'entrevue qui nous a permis d'aborder les questions qui nourrissent notre intérêt tel que présenté dans les objectifs de recherche. Nous avons développé les thèmes de notre schéma d'entrevue avec l'aide de notre direction de recherche, principalement à partir des objectifs visés dans notre recherche et en fonction de notre cadre théorique. Le premier thème portait sur leur parcours personnel et professionnel, ce qui nous permettait de mieux saisir ce qui avait amené l'intervenant à venir travailler au SL (intérêt pour l'approche psychodynamique ? Expériences préalables en IC ? Autres raisons ?).

Le deuxième thème demandait aux répondants d'exposer leur définition de la crise et de l'IC. Le but poursuivi était double : tout d'abord, pouvoir comparer entre les entrevues les concepts et les mots qui étaient partagés par l'équipe autour de la notion de crise et d'IC afin de dégager le genre professionnel de l'équipe. Ce thème nous permettait aussi de mettre à jour quels aspects de ces définitions ressortaient de manière singulière, en lien avec la notion de style professionnel développé par Clot (2007 ; 2008).

Le troisième thème portait sur le rôle et la pratique de l'intervenant de crise. Il visait à comprendre comment l'intervenant entendait son rôle auprès des résidents, ainsi que ce à quoi il prêtait attention dans l'intervention. Ici aussi, la visée était autant de dégager le rapport singulier que chaque intervenant entretient avec son rôle, que de tracer des ponts entre les discours, si certains indices et éléments étaient partagés.

L'aspect collectif de l'intervention était aussi abordé, en lien avec leur perception du travail en équipe. Ils étaient invités à nous expliquer les outils et dispositifs qu'ils avaient développés en équipe afin de soutenir leurs interventions. Le quatrième thème portait sur une situation clinique que l'intervenant avait trouvée plus difficile, puis une autre qu'il considérait comme une réussite. Ce thème

permettait aux intervenants d'illustrer certains concepts et logiques de réflexion et d'intervention par des situations réelles qu'ils avaient rencontrées.

Finalement, le dernier thème portait sur les portées et les limites de l'intégration de différentes perspectives en IC (psychodynamique, psychosociale, approche orientée vers les solutions, etc.). Nous avons abordé les approches et perspectives à partir desquelles les intervenants travaillaient, ainsi que l'impact de ces approches sur leur pratique et leur posture.

Cette grille d'entrevue se situe en annexe de ce mémoire. Nous avons mené avec les participants des entretiens d'une durée d'une heure à une heure et demie qui ont été enregistrés de façon audionumérique, puis retranscrits. Les bénéfices liés au contact direct entre la chercheuse et les participants sont considérables (Mongeau, 2009). Cela nous a permis de modifier certaines questions en fonction du développement du discours de la personne, ce qui nous a offert une latitude d'intervention en tant que chercheuse et une adaptation tout au long de l'entrevue (Mongeau, 2009). L'utilisation de questions ouvertes visant à saisir les représentations, attitudes, croyances et résistances des participants (Lefrançois, 1991) a semblé adéquate pour nous conduire vers une compréhension approfondie du phénomène. L'observation et l'identification de représentations issues de l'expérience personnelle des intervenants ont pu aussi nous donner accès à la richesse et à la diversité inhérentes à la compréhension de leurs expériences singulières (Baribeau et Royer, 2012). Aussi, nous pouvons spécifier que dans notre recherche, nous utilisons une méthode inductive, que Legendre (1993, dans Patriciu, 2004) définit comme « un processus d'exploration qui s'attarde à l'observation des faits particuliers en vue d'y percevoir éventuellement une logique d'ensemble » (p.713).

### 3.2. La deuxième technique : l'observation participante

La deuxième technique mobilisée au sein de notre recherche est l'observation participante comme méthode d'observation directe (Deslauriers et Mayer, 2000 ;

Laperrière, 2003) ou « observation en situation » (Martineau, 2005, p.5). Ce dernier auteur propose une définition simple afin de baliser cette méthode :

Un outil de cueillette de données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux mêmes où ils se déroulent (p.6).

Comme l'explique Martineau (2005), l'observation participante exige un plus grand engagement et une adaptation continue de la chercheuse au terrain de recherche dans lequel elle évolue. En effet, de par la quantité et la teneur des événements que nous avons été amenée à observer et écouter, nous avons maintenu une capacité d'attention soutenue tout au long des temps d'échange en équipe.

Durant notre période de collecte de données, nous avons observé différents lieux et moments où l'équipe d'intervenants était en discussion. En termes de lieux, nous avons effectué des observations dans deux endroits du CIC : le bureau des intervenants au rez-de-chaussée, lors des changements de quarts quotidien ayant lieu entre 15 heures et 16 heures, ainsi que dans une salle au sous-sol du bâtiment, dans laquelle les réunions hebdomadaires avaient lieu le mercredi de 13h à 16h. En tout, nous avons assisté à cinq réunions hebdomadaires et cinq changements de quart, entre le 13 mai et le 3 juillet 2019.

Par souci éthique, notre rôle de chercheuse était dévoilé dès les premiers contacts avec l'équipe, puis à chaque fois qu'un nouvel intervenant se joignait aux moments que nous avons observés. Nous nous sommes assurée alors que toutes les personnes impliquées dans les temps d'observation étaient consentantes, en leur demandant verbalement puis en leur faisant signer un formulaire de consentement.

Nous avons décidé de nous placer dans une posture d'observatrice complète, c'est à dire que nous avons simplement observé, sans intervenir dans les échanges (Gold, 1958 ; Martineau, 2005), tout en prenant des notes de terrain descriptives (événements, thèmes abordés dans les échanges, langage non verbal des intervenants, etc.). Ces notes ont inclus aussi une dimension plus subjective

relative à nos impressions et sentiments au cours de l'observation. La richesse de cette méthode de recherche réside dans le fait qu'elle nous permet d'utiliser nos cinq sens (Arborio et Fournier, 2005).

Préalablement à notre collecte de données, nous avons rédigé plusieurs questions et indicateurs afin de guider notre observation<sup>8</sup> et l'écoute des enregistrements audios par la suite. Ce guide d'observation était divisé en différents thèmes, en lien avec nos objectifs de recherche. Le premier thème portait sur la réflexivité des intervenants et la réflexion clinique en équipe. Nous avons souhaité nous intéresser aux moments où les intervenants expliquaient leur point de vue sur la situation d'une personne, ainsi que lorsqu'ils justifiaient leur raisonnement clinique.

Le deuxième thème portait sur les conflits et problématiques dans le travail de crise. Autrement dit, lorsqu'un conflit ou une discordance de points de vue se présente vis-à-vis d'une situation, comment les intervenants font pour prendre une décision quant à l'intervention à produire ? Dans le même thème, notre intérêt pour le travail en collectif nous a amené à vouloir observer et comprendre les éléments qui rendaient certaines situations plus problématiques aux yeux de l'équipe et la manière dont l'équipe y faisait face (dispositifs mis en place, types de réponse, etc.)?

Le troisième thème de notre grille d'observation abordait la nature des rapports entre les savoirs théoriques et expérientiels en intervention de crise. Ainsi, nous sommes demandée, plus explicitement en lien avec notre cadre théorique (Couturier et Huot, 2003 ; Huot et Couturier, 2003) : Quels sont les usages de la théorie au sein des discussions d'équipe et comment les différents types de connaissances (théoriques et expérientielles) sont mobilisées par les intervenants ? Finalement, le quatrième thème faisait un pont avec les écrits de Clot (2007 ; 2008) autour des notions de genre professionnel et de styles. Nos observations nous ont permis d'avoir accès à des indices du fonctionnement du milieu de travail et à la manière dont les intervenants interagissent entre eux, ce que nous avons relié au « genre professionnel » et au « métier transpersonnel » selon les

---

<sup>8</sup> Voir appendice B

définitions de Clot. En ce qui a trait au style plus singulier de chaque intervenant, une attention était portée à la singularité du processus de réflexion de chaque intervenant, aux sujets qui pouvaient alimenter certains conflits ou débats dans l'équipe, ainsi que sur les significations qui étaient données à un mot ou un concept, selon l'intervenant.

À la suite de notre terrain de recherche, nous pouvons émettre le constat que la quantité d'échanges que nous avons observés a pu, sur le coup et lors du traitement des données, nous donner un sentiment de confusion et une difficulté à savoir sur quoi porter exactement notre regard dans le vif des interactions. L'intérêt de l'observation participante réside dans le fait qu'elle offre un accès aux situations que le chercheur souhaite décrire et comprendre, qui seraient « difficilement décriptables pour quiconque demeure en situation d'extériorité » (Bastien, 2008). Nos objectifs de recherche portent, entre autres, sur le sens que les intervenants accordent à leur pratique et sur leur compréhension du phénomène de crise. En ce sens, les observations réalisées nous ont surtout permis d'avoir une meilleure appréhension du collectif de travail du SL et de sa manière d'échanger et de réfléchir autour des problématiques vécues par les résidents. Ces observations ont représenté une plus-value considérable vis-à-vis des entretiens individuels avec les intervenants, afin de nous donner accès à une partie du contexte d'action de l'équipe, incluant leurs discussions. Ainsi, le recours à ces deux outils de recherche (entrevue et observation) avait pour objectif de nous aider à mieux comprendre la manière dont les acteurs travaillent et interagissent, le vocabulaire et les références théoriques mobilisées, les convergences et divergences dans les styles d'intervention qui se dégagent.

Afin de soutenir notre travail de présentation de l'organisme et d'analyse des pratiques du SL, nous nous sommes aussi appuyée sur plusieurs documents fournis par la direction du SL et le site internet (<https://rsoleillevant.org/>), tels que le rapport d'activité annuel (2018), les règles de vie de l'organisme, un document de formation sur le cadre, un contrat de non passage à l'acte, ainsi que les règles non écrites à destination des intervenants. Nous avons consulté ces

documents en vue de préparer notre collecte de données, afin de prendre connaissance des repères de pratiques dans ce CIC. Ils nous ont aidé à mieux comprendre comment fonctionne le SL, quelles balises proposées par la direction encadrent la pratique des intervenants, l'historique de l'organisme ainsi que des statistiques à propos de leurs activités. A la lumière de notre cadre théorique, nous avons aussi pu faire des parallèles entre les propos des intervenants et le contenu de ces documents, en les reliant à une forme d'appropriation du genre professionnel.

#### 4. Modalités d'analyse choisies

Comme nommé par Mongeau (2009), en plus des objectifs de recherche, «la nature et le format des données recueillies détermineront les différentes méthodes d'analyse » (p.37).

À la suite des entrevues, les propos des personnes rencontrées ont été retranscrits intégralement sous forme de verbatim et analysés en fonction des principaux thèmes qui se sont dégagés des entrevues, selon les principes de l'analyse thématique développée par Paillé et Mucchielli (2012). Après avoir dégagé les thèmes, nous les avons classés à l'aide de regroupements et de subdivisions sous forme d'arbre thématique. Cette construction s'est effectuée « à la fois à partir des relations entre les thèmes et sur la base de la récurrence de certains d'entre eux. » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.257). Un des avantages principaux dans l'utilisation de cette méthode d'analyse est le fait qu'elle permet au chercheur de « prendre beaucoup de recul à l'égard des interprétations spontanées et, en particulier, des siennes propres » (Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 209). La rédaction de nos résultats s'est appuyée sur des lectures multiples des transcriptions ainsi que des mémos analytiques.

Après les périodes d'observation, nous avons procédé à une écoute à plusieurs reprises des enregistrements réalisés durant les temps d'échange en équipe, ce qui

a permis de nous imprégner et d'enrichir les notes que nous avons prises sur le terrain. En rédigeant ces notes d'observation, sur le moment mais aussi par la suite, nous avons tenu compte de notre vécu, du contexte d'observation, des constats et des réflexions qui en émergeaient, toujours en lien avec les questions et indicateurs explicités plus hauts, qui nous ont permis de guider l'observation. Toutes ces données ont été articulées à l'analyse thématique issue des entretiens, afin de faire ressortir des extraits qui mettaient en évidence certains thèmes fertiles en lien avec nos objectifs de recherche. Ces observations ont ainsi principalement eu pour fonction de pouvoir mieux appréhender le contenu des entrevues, en les situant dans leur contexte. Nous avons également fait des liens avec des référents plus théoriques lorsque cela était possible (Arborio et Fournier, 2005).

#### 5. Limites de la méthodologie choisie

Comme toutes les recherches, cette étude rencontre des limites qu'il est important de spécifier. En premier lieu, l'échantillon restreint sur lequel repose notre recherche peut affecter nos résultats, notamment en ce qui concerne la représentativité (Ollivier et Tremblay, 2000). Également, la méthode d'analyse de contenu comporte une part de subjectivité dans le choix des thèmes qui ont été retenus et dans la manière dont ils ont été définis et analysés. À propos de la posture d'observatrice que nous souhaitons adopter dans notre dispositif de recherche, il est fort probable que les acteurs aient modifié en partie leurs comportements du fait même de notre présence (Arborio, 2007). Le poids du regard en contexte d'observation directe peut créer un biais, malgré notre désir d'avoir accès à des faits interactionnels authentiques, ce qui fait écho au « paradoxe de l'observateur » (Schwartz, 1993 dans Arborio, 2007). Néanmoins, l'observation a permis de nous rapprocher du milieu « naturel » des intervenants, moins présent durant les entretiens. Également, le fait d'avoir participé à 10 séances d'observation a donné à l'équipe le temps de se familiariser à notre présence.

En ce qui concerne les biais, il nous semble essentiel de relever notre position en tant que chercheuse ayant une pratique professionnelle en CIC. Bien que cela puisse être un avantage pour nous dans la « sensibilité expérientielle » (Paillé, 2009) que nous avons de la réalité du terrain en intervention de crise, nous avons dû faire attention à la proximité que nous pouvions avoir avec notre objet de recherche. Celle-ci pouvait influencer la manière dont nous avons observé, écouté, compris et analysé les discours des personnes que nous avons rencontrées.

Cependant, pour contrebalancer les limites et biais exposés, plusieurs pistes de solutions sont possibles, que Guba (1981, dans Gohier, 2004) expose ainsi : « En recherche interprétative, on parlera de rigueur et on évoquera principalement les paramètres de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et de fiabilité » (p.6). La triangulation des méthodes de recueil de données (observation participante, entrevue semi-dirigé et analyse de documents écrits produits par le SL), la profondeur de la compréhension du phénomène étudié, les différents points de vue et référents théoriques mobilisés, la contextualisation et le rôle de « tiers » joué par nos directrices dans l'analyse réalisée sont autant de modalités pour assurer la rigueur (Morrow, 2005) et par le fait même, la crédibilité des résultats.

## 6. Considérations éthiques

Selon Coles et Knowles (1993, dans Gohier, 2004), l'éthique doit inclure les méthodes et les procédures de recherche, la procédure de recrutement ainsi que les enjeux liés au consentement des sujets. Celle-ci passe par une analyse des risques et des avantages pour les participants à l'étude (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2014). Dans ce sens, il nous est apparu essentiel de nous assurer de la base volontaire à partir de laquelle les intervenants ont décidé de participer aux entrevues. Nous avons fait signer par les participants un formulaire de consentement avant le début des entretiens, lequel comportait les informations suivantes : les objectifs de la recherche, le cadre dans lequel elle

s'inscrit, nos coordonnées ainsi que celles de notre direction de mémoire et de la personne responsable de l'éthique. Ce formulaire contenait également la durée ainsi que la nature de la recherche, la description de la procédure, une explicitation des risques et des bénéfices potentiels. Il était spécifié qu'en tout temps, les sujets pouvaient mettre fin à leur participation, sans nécessité de se justifier et sans que cela ne leur cause aucun dommage ou préjudice (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2014). Le formulaire de consentement a été par la suite consigné.

Savoie-Zajc (2007) voit quant à elle une considération éthique dans le degré d'inclusion des participants dans la recherche, ainsi que dans la qualité des échanges effectués entre eux et la chercheuse, qui se traduisent par un respect des personnes rencontrées ainsi que des contenus abordés et exposés durant la recherche. Dans ce sens, il nous est apparu important d'anticiper les risques possibles que pouvait entraîner la participation à cette étude pour les sujets. Nous avons envisagé la possibilité que certains intervenants puissent formuler des critiques et/ou des remises en cause à l'égard du cadre organisationnel et/ou clinique de leur CIC ou du réseau sociosanitaire avec lequel ils doivent travailler. Puisque notre recherche se base sur un seul organisme, il nous a semblé difficile de maintenir complètement l'anonymat des participants, puisque les intervenants étaient dégagés de leurs heures de travail pour participer aux entrevues individuelles. Cependant, nous avons apportée une attention particulière au maintien de la confidentialité des propos qui ont été recueillis. Ainsi, dès l'étape de retranscription des données, les informations à caractère nominal ont été enlevées des verbatim et remplacées par des noms fictifs. Dans la présentation de nos résultats, nous avons privilégié une description générale, plutôt qu'individuelle, de notre échantillon, en ce qui a trait aux caractéristiques comme l'âge, les études poursuivies ou le nombre d'années d'expériences d'intervention. Il est devenu ainsi possible de présenter les résultats de notre recherche sans possibilité de les relier avec les personnes y ayant participé. Afin de nous assurer que les intervenants puissent participer à notre recherche de manière volontaire, une fois l'accord de la direction du CIC obtenu, nous sommes allée présenter

seule notre projet de recherche. Les personnes ont ainsi pu nous poser des questions et nous faire part de leur intérêt (ou non), en distinguant leur accord à participer de celui de leur direction. Nous leur avons également expliqué que leur décision de participer ou non à la recherche n'aurait aucun impact sur leur emploi actuel. Ainsi, ils ont pu prendre une décision de la manière la plus libre possible. En ce qui concerne les avantages potentiels à participer à cette recherche, nous nous appuyons sur le critère d'authenticité ontologique proposé par Gohier (2004), qui selon elle, vise à développer la conscience expérientielle du monde ainsi que la croissance personnelle des participants. En tant que chercheuse nous inscrivant dans une posture « phénoménologique » (Bruchez, Fasseur et Santiago, 2007), nous pensons qu'en partageant leur expérience en tant qu'intervenants de crise, les sujets ont la possibilité d'approfondir une connaissance réflexive sur leur activité. Également, ils participent au développement et à la valorisation des savoirs relatifs à leur pratique actuelle en CIC.

Il nous semble aussi important d'exposer brièvement notre démarche de réflexion autour de notre posture d'étudiante chercheuse. Afin de mettre à contribution notre subjectivité en tant que chercheuse, et ce, de manière éthique, nous avons porté attention de manière continue à notre posture au sein des interactions sur le terrain ainsi que vis-à-vis de nos données de recherche (Paillé et Muchielli, 2012 ; Genard et Escoda, 2010). Comme le soulignent Genard et Escoda, l'entretien et l'observation participante dans le cadre des recherches en sociologie placent le chercheur entre deux postures : « objectivante » et « subjectivante ». Chacune de ces postures présente des exigences spécifiques, et ce d'autant plus dans un travail voulant avoir une portée scientifique. Ainsi, une recherche d'équilibre entre ces deux positions est d'emblée encouragée en recherche qualitative (Paillé et Muchielli, 2012). Travaillant nous-même comme intervenante de crise dans un CIC de la région de Montréal, et ayant une bonne connaissance de la théorie psychodynamique, nous possédions une proximité avec notre objet d'étude ainsi que des référents professionnels préalables à la collecte de données. Par souci de transparence et dans un désir d'expliquer l'origine de notre intérêt de recherche,

nous avons dévoilé à l'équipe dès nos premiers contacts notre statut d'intervenante de crise en CIC.

D'une certaine façon, notre expérience en CIC et en santé mentale a probablement participé à la création d'un lien de confiance plus rapide avec les répondants. Elle nous a aussi permis d'avoir une plus grande aisance et ouverture à discuter de certains sujets en lien avec l'IC et le fonctionnement du CIC. Dans le même temps, ces référents ont pu avoir un effet néfaste sur la création de nouvelles connaissances et la diversification des perspectives que vise notre mémoire (Laperrière, 1997), dues aux prénotions avec lesquelles nous arrivions. Avant d'interpréter les données, il était essentiel d'effectuer une mise à distance de ces préconceptions. Afin de limiter la projection de nos propres représentations et compréhensions de l'IC et de l'approche psychodynamique, nous avons tenté de mettre en place certains outils et méthodes lors de notre terrain de recherche et par la suite. Tout d'abord, lors des entrevues avec les intervenants, lorsqu'ils parlaient d'un concept théorique ou d'une notion en lien avec l'IC, nous leur avons demandé de nous expliquer ce qu'ils voulaient dire par ce terme. Cela nous permettait de ne pas prendre pour acquis que nous avions la même compréhension qu'eux, ce qui s'est révélé très pertinent tout au long de la collecte. Notre attitude non verbale se voulait également la plus « neutre » et ouverte possible, autant en entrevue que pendant les observations. Nous souhaitions que les participants se sentent libres d'être et de nous partager qui ils étaient dans leur posture d'intervention, leurs croyances, leurs préférences théoriques, etc.

Lors de notre travail de thématization, nous sommes restée au plus près du discours des participants, afin de ne pas placer trop rapidement nos mots à la place de ceux que nous avaient partagé les intervenants.

Puis, lors du travail d'analyse, nous nous sommes également appuyée sur les perspectives que nous partageaient nos directrices de recherche vis-à-vis des données, afin de donner un autre regard à nos interprétations.

## CHAPITRE IV- RÉSULTATS

Ce chapitre sera consacré à la présentation des résultats. Au travers de cette recherche, nous souhaitons rendre compte de la pratique de six intervenants travaillant au sein du centre de crise (CIC) Le Soleil Levant (SL). Notre intérêt en tant que chercheuse porte à la fois sur la compréhension qu'ils ont de la crise ainsi que sur les spécificités de l'intervention de crise (IC) au sein d'un CIC se référant à l'approche psychodynamique comme cadre de référence clinique. Pour y parvenir, nous avons eu recours à l'analyse thématique selon Paillé et Muchielli (2012), qui a été abordée au précédent chapitre. Nous développons ici les grands thèmes ainsi que les éléments plus singuliers qui sont ressortis lors des entretiens individuels, des observations des temps d'échange en équipe auxquels nous avons participé, ainsi que des documents de l'organisme auxquels nous avons eu accès<sup>9</sup>.

En commençant, nous décrivons le profil sociodémographique des personnes rencontrées et leurs motivations à participer à notre recherche. Nous présentons également brièvement l'organisme dans lequel nous avons effectué notre collecte de données. Puis nous explorons les compréhensions de la crise proposées par chaque intervenant sous forme de grands thèmes et sous-thèmes : les manifestations de la crise et les compréhensions de ses origines. Par la suite, nous explorons leurs pratiques de l'IC au SL, incluant la perception qu'ils ont de leur rôle, l'étayage que représente le travail en équipe et les limites qu'ils rencontrent dans leur quotidien d'intervention. Enfin, nous abordons les spécificités de l'approche du SL et de la posture des intervenants y œuvrant.

---

<sup>9</sup> Règles de vie pour les résidents ; règles non écrites à destination des intervenants du SL ; Contrat de non-passage à l'acte ; Formation sur le cadre ; Rapport annuel du SL 2018.

## 1. Profil sociodémographique des participants et présentation de l'organisme

### 1.1. Profil sociodémographique des participants

Puisque notre échantillon de participants est issu d'un seul CIC, afin de ne pas briser la confidentialité, nous ne présenterons pas les caractéristiques des participants dans un tableau récapitulatif. Nous préférons exposer le profil sociodémographique sous forme écrite, de manière résumée. L'échantillon est composé de six intervenants de crise, trois hommes et trois femmes, travaillant à l'organisme le Soleil Levant (SL). Avant de travailler dans ce CIC, les répondants ont eu des expériences en intervention dans le domaine de la santé mentale, certains avec un public jeune et d'autres adulte. Quatre intervenants ont une expérience professionnelle préalable dans des ressources d'hébergement à long terme pour des personnes vivant avec un trouble de santé mentale (ressource intermédiaire, foyer de groupe réadaptatif, etc.). Deux intervenants ont réalisé leur stage de baccalauréat en travail social dans un Centre local de services communautaires (CLSC) en santé mentale.

Deux des intervenants rencontrés ont aussi participé à la mise sur pied des services d'hébergement de crise ainsi qu'à leur étayage avec les services mobiles de crise dans le secteur des Basses Laurentides à la fin des années 1990.

La moyenne d'âge des personnes avec qui nous nous sommes entretenues se situe à 41,5 ans. Leurs expériences en intervention, toutes populations confondues, varient entre 4 et 30 ans. Quatre d'entre elles travaillent au Soleil Levant depuis 5 ans ou moins et deux sont intervenants de crise dans cet organisme depuis environ une vingtaine d'années. Enfin, à l'exception de deux personnes, elles possèdent toutes un diplôme universitaire dans le domaine des sciences humaines et sociales (travail social et psychologie), qu'elles ont pour certaines complété par la suite avec des spécialisations à un niveau maîtrise comme l'art-thérapie ou la psychologie légale, entre autres.

## 1.2. Présentation de l'organisme

Sur le site internet de l'organisme, la mission du Soleil Levant est définie comme telle : « Le centre de crise Le Soleil Levant est le seul organisme sans but lucratif en santé mentale, de toute la région des Laurentides, à offrir des services d'intervention de crise en hébergement à des adultes en état de détresse psychologique ou de crise d'adaptation. » ([www.rsssoleillevant.org](http://www.rsssoleillevant.org)). Réinsertion sociale du Soleil Levant (RSSL) voit le jour en 1991, avec comme visée principale la réinsertion sociale des personnes vivant avec des difficultés sur le plan de la santé mentale. En 1999, RSSL se voit confier la responsabilité d'organiser et de fournir des services de crise en hébergement dans la région des Laurentides. Ainsi, la même année, le volet d'hébergement de crise devient la mission principale de la corporation et le CIC accueille son premier résident en janvier 2000. Depuis, un volet psychothérapie s'est aussi développé au sein de l'organisme, grâce à la mise en place d'une clinique communautaire de psychothérapie (CCP), dans les sous-sols du Soleil Levant. Cette clinique participe à la bonification des services offerts en santé mentale dans la région des Laurentides. La CCP a ouvert ses portes au courant de l'année 2008.

L'approche véhiculée par le SL porte une attention particulière au respect de la dignité et des particularités du vécu de la personne, tant au niveau psychologique que social. Les valeurs d'intervention du SL se fondent sur des valeurs alternatives et communautaires en santé mentale. L'intervention « porte essentiellement sur la reconnaissance de l'autre » ([www.rsssoleillevant.org](http://www.rsssoleillevant.org)) au travers d'un travail interprétatif, visant un soulagement et une construction de sens du vécu de crise. En effet, l'intervention au sein du SL a pour objectif principal la mise en sens, notamment celui que prend la crise à un moment donné dans la vie d'une personne. Elle vise à mobiliser la capacité des personnes à penser et exprimer leur vécu. Les résidents participent à la construction du plan de séjour et des axes sur lesquels ils vont travailler avec l'équipe d'intervention.

Les services offerts au SL sont gratuits et visent une intervention « immédiate, intensive, sécurisante et restructurante » ([www.rssoleillevant.org](http://www.rssoleillevant.org)). Les services sont disponibles sept jours par semaine, 24 heures sur 24. La demande d'aide pour accéder aux services se fait de manière volontaire.

Selon le rapport annuel de 2018, le taux d'occupation des 10 lits d'hébergement de crise offerts par le CIC atteint 93%, un taux record depuis l'année 2013. En 2018, le CIC a offert 385 séjours, dont la durée moyenne était de 8,8 jours.

Concernant les déclencheurs de la crise des personnes hébergées, le CIC comptabilise qu'au moins 55% sont des déclencheurs relationnels (couple, familial, réseau), dont 66% concernent les relations de couple. En second lieu viennent l'abus de substances (35%), puis les problèmes au travail (19%).

Afin d'avoir accès aux services du CIC, les personnes présentant une demande d'aide volontaire doivent en premier lieu contacter les organismes et partenaires référents de leur territoire, comme l'indique le site internet du SL. Les centres hospitaliers, les CLSC, les cliniques externes de psychiatrie, le centre de prévention du suicide Le Faubourg ou le 811 entre autres, sont des organismes qui peuvent référer des personnes dont la demande a été évaluée pertinente pour les services du SL. La référence venant d'un autre professionnel du milieu médical ou social permet aux intervenants du SL d'avoir les impressions cliniques et une évaluation préalable avant de rencontrer la personne. Au moment où nous avons effectué notre recherche, la possibilité de recevoir les appels directement des personnes en situation de crise était discutée.

Après cette présentation descriptive de l'organisme, nous souhaitons resituer l'action des intervenants que nous avons rencontrés en usant de notre subjectivité de chercheuse. C'est ici que se situe, entre autres, l'apport de la méthode d'observation participante. Le partage de nos observations et de nos ressentis à propos du contexte de l'activité des intervenants lors de notre collecte de données participe, selon nous, à une compréhension pragmatique de l'activité (Mathieu, 2011 ; Soulet, 2003). Cette perspective permet d'explorer comment les acteurs

« accordent leurs conduites aux situations, s'engagent dans des opérations critiques, vérifient au travers d'épreuves la « solidité » de leurs appuis ou résolvent des dilemmes pratiques » (Mathieu, 2011, p.245). Soulet (2003) avance que :

Le cadre d'action définit la nature et les modalités de l'action. [...] L'action comme processus ne peut être pensée sans la réinscrire dans un contexte qui lui donne sens et donc de tenter de penser une pragmatique d'un agir contraint par les caractéristiques propres des situations dans lesquelles il se déploie. (p.133).

Dans le bureau des intervenants, nous avons observé un tableau blanc accroché au mur où était inscrit le nom de chaque résident. Sous chaque nom était marqué « encadré » ou « évalué ». « Encadré » signifiait qu'il n'était plus nécessaire que la personne soit évaluée au niveau du risque suicidaire ou d'une rechute de consommation avant de sortir de la maison. À l'inverse, « évalué » voulait dire que le résident devait être évalué avant chacune de ses sorties. Chaque jour, trois changements de quarts ont lieu afin que les intervenants puissent se partager les informations en lien avec les situations des résidents ainsi que leurs observations sur l'évolution de ces derniers. Le changement de quart de l'après-midi est plus long que les deux autres, il se déroule de 15h à 16h, en présence de la responsable d'équipe. Chaque semaine, l'équipe se réunit aussi le mercredi après-midi pour une durée de trois heures. La directrice clinique ainsi que la chef d'équipe sont présentes et elles échangent avec les intervenants sur les situations cliniques présentant plus de défis pour l'équipe durant la semaine. Avant chaque changement de quart, les intervenants prenaient le temps d'installer les chaises en cercle. La ponctualité et le respect des horaires imposés par le cadre était aussi de mise : le changement de quart commençait généralement à 15h pile et se terminait très rarement après 16h.

Lors de notre terrain de recherche, nous avons observé et entendu que le cadre d'intervention est régi par un contexte empreint d'incertitude : incertitude quant à l'évolution du résident, de son état, de ses symptômes. Incertitude aussi quant aux

réactions que doivent adopter les intervenants face à l'expression et aux manifestations de la crise, mais aussi face à la variété de problématiques auxquelles ils sont confrontés dans une journée. L'impératif de rapidité avec lequel l'équipe doit intervenir participe aussi à l'imprévisibilité des journées, durant lesquelles plusieurs accueils de nouveaux résidents peuvent avoir lieu. Dans ce contexte, nous avons observé que la sphère émotionnelle et le mouvement réflexif sur celle-ci sont très présents dans le quotidien de l'équipe. Des temps d'écoute et d'échange autour de situations faisant vivre des émotions vives, comme l'anxiété, la culpabilité, un sentiment d'urgence, d'impuissance, ou de colère étaient présents durant les temps d'échange en équipe ainsi que durant les entrevues individuelles. Nous avons ainsi relevé la sincérité avec laquelle les intervenants étaient capables de s'exprimer à propos des limites empathiques qu'ils rencontraient vis-à-vis de certaines situations. Dans l'après-coup de notre terrain de recherche, nous avons interprété cette capacité de l'équipe à recevoir, écouter et élaborer les ressentis et sensations des intervenants au contact de certains résidents comme une soupape nécessaire au maintien de la posture d'aidant. Dit autrement, il nous semblait que ces temps d'échange permettaient de protéger l'ensemble de l'équipe d'une « surpression » affective, afin de préserver une capacité à penser ce qui se passe.

Nous gardons aussi en mémoire de francs moments de camaraderie et d'humour, qui laissaient aussi place à une empathie sincère envers les collègues dans des moments plus difficiles, et également envers les résidents. Nous avons également été témoin de plusieurs discussions autour des limites personnelles des intervenants, mais également des limites de l'organisme.

## 2. Compréhensions de la crise

Dans le cas de cette recherche, il nous apparaît intéressant d'explorer la manière dont les intervenants comprennent les situations de crise auxquelles ils font face dans leur travail. En effet, cette compréhension peut avoir une influence importante sur leurs pratiques. Ainsi, en lien avec notre première question de

recherche, les éléments qui ressortent en termes de compréhensions de la crise concernent tout d'abord les manifestations de la crise, qui traduisent un vécu empreint de différentes pertes (perte de repères, de contrôle, perte d'un sentiment d'identité, etc.), ainsi qu'une altération plus ou moins profonde du fonctionnement de la personne. Les compréhensions des origines de la crise sont aussi abordées, en lien avec l'histoire de vie singulière de la personne. Nous décrivons chacune de ces deux catégories de compréhensions de la crise dans la section qui suit, en commençant par les manifestations de la crise.

### 2.1. Les manifestations de la crise : entre pertes et altération du fonctionnement habituel

En lien avec l'état de crise et la manière dont il s'exprime, c'est un vécu ébranlé par différentes pertes qui revient dans les discours des participants. Premièrement, la perte de repères est abordée comme un élément commun chez les personnes vivant un épisode de crise. Cette perte de repères est autant interne qu'extérieure. Elle s'exprime par un sentiment de « perte de contrôle ou d'équilibre » (John) dans la situation. Elle se reflète aussi dans une perte de sens de soi-même, se traduisant entre autres par une « perte de leur sentiment d'identité » (Laura). Pour cette intervenante, c'est la base de la personne qui est affectée dans la crise.

La crise... [...] on est en pertes de repères, on n'arrive plus à fonctionner puis souvent les personnes nomment une impression de... d'une perte de sentiment de leur identité, ils ne savent plus qui elles sont, qu'est-ce qu'elles veulent, ce qu'elles ont été dans le passé. (Laura)

Au niveau émotionnel, un sentiment d'envahissement, d'instabilité et de débordement est aussi mentionné par plusieurs intervenants. La personne « perd pied » (Noëlle), elle se sent submergée par la situation qu'elle vit et par les affects auxquels elle fait face, ce qui peut entraîner un sentiment d'effondrement, car comme le nomme Laura, « leur contenant intérieur ne tient plus ».

Également, la crise résulte à leur sens d'une perte temporaire de l'accès aux mécanismes adaptatifs habituels ou à des mécanismes adaptés pour sortir d'une situation problématique. Cette impuissance à rétablir un équilibre entraîne une

accentuation de la souffrance et de la détresse ressenties et exprimées par la personne.

Une personne en crise, c'est une personne qui est complètement déstabilisée. Les mécanismes d'adaptation ne fonctionnent plus du tout. Les mécanismes adaptatifs qu'elle utilisait auparavant... la crise est tellement importante qu'elle n'arrive pas à fonctionner par elle-même. Elle a besoin d'une structure, d'un cadre... c'est ça une crise pour moi. (Marie-Christine)

Parmi les mécanismes adaptatifs cités par les intervenants, nous retrouvons la capacité de mentaliser, de prendre soin de soi, trouver des moyens qui permettent à la personne de se dégager à certains moments de la souffrance, mettre en mots afin de comprendre ce qui se passe. Ainsi, la crise entraîne aussi une altération importante du fonctionnement quotidien. La personne ne répond plus de manière adéquate à ses besoins de base et n'arrive plus à tenir ses responsabilités habituelles (s'occuper de ses enfants, aller au travail, étudier, etc.). Lors d'un changement de quart, un intervenant parle d'un résident et de l'évolution de son état sur les derniers mois :

Intervenant : Il n'a pas de répit de la douleur, il me dit qu'il se serait fait à l'idée, mais il me dit « là que l'anxiété m'empêche de fonctionner » et puis c'est honteux pour lui [...] Cet hiver, il ne sortait plus, il était plus capable de voir à ses besoins de base tellement il était souffrant physiquement et l'anxiété, il se levait plus [...]

## 2.2 Compréhension des origines de la crise

Plusieurs répondants expliquent que bien souvent, un ou divers éléments déclencheurs à la crise peuvent apparaître dans l'historique récent de la personne. Plusieurs situations sociales, telles que la violence conjugale, une séparation amoureuse ou une perte d'emploi sont mentionnées par les participants comme pouvant être un élément déclencheur dans le présent. Cependant, bien qu'ils perçoivent les éléments déclencheurs, ils ne se permettent pas d'arrêter à ces événements, ni se centrent uniquement sur les symptômes présents dans l'ici et maintenant (anxiété, perte de logement, augmentation de la consommation de substances, etc.). Ils s'attendent à considérer l'histoire des résidents afin de comprendre la crise actuelle. En ce sens, comprendre l'état de crise appelle à aller

au-delà d'une simple description des comportements associés ou d'un évènement qui serait déclencheur.

J'prends l'exemple, une des situations qui revient le plus souvent ici, c'est les ruptures amoureuses... donc relationnel (silence), quand on explore la crise, j'entends constamment que ça, ça date pas de un mois ça là, le problème, ça date de... on remonte à des années souvent là... (Mathias)

En lien avec la perte d'un sentiment d'identité ayant lieu dans la crise, Laura émet l'hypothèse que de nombreux clients accueillis au CIC présentent une personnalité en « faux self ». Ces personnes se seraient, dans leur enfance, sur-adaptées aux attentes de leur environnement qu'elles auraient perçu comme hostile ou contrevenant à l'amorce d'une identité différenciée selon leurs besoins, désirs et valeurs. Ces personnes en viennent à se couper de certaines parties d'elles-mêmes afin de survivre, et à construire une « carapace ».

Dans la crise cette carapace là qu'elles ont bâtie qui était un mécanisme d'adaptation, de survie, s'effrite temporairement, donc... puis en même temps c'est leur identité qui s'effrite parce qu'elles se sont identifiées plus aux attentes extérieures donc ce qui était autour de la carapace, l'espace autour plutôt que l'espace à l'intérieur, puis là, la carapace tient plus, puis ça peut aller jusqu'à une psychose où la perte de contact avec la réalité survient quand ça va trop loin là. (Laura)

Dans les discours des intervenants rencontrés, nous retrouvons une référence aux traumatismes vécus dans l'enfance, au développement des liens affectifs précoces et aux aléas des investissements relationnels du sujet. Parmi les traumatismes durant les périodes infantile et adolescente, les intervenants relatent des expériences d'abus sexuel, de maltraitance physique et psychologique, de négligence.

Parfois là y'a un déclencheur dans le présent, bon. Y'a une séparation. Bah, cette séparation là des fois elle est liée à un évènement traumatique, d'abandon, de séparation [...] quelque soit le modèle, un modèle significatif du passé, puis parfois la personne d'elle même fait le lien... donc, questionner un peu l'enfance, le rapport aussi avec les parents. (Mike)

Par exemple, au cours d'une réunion d'équipe, un intervenant explore les liens entre le vécu infantile d'abus d'une cliente et celui de son enfant, ce dernier

élément étant, selon la résidente, un facteur ayant participé à la crise qu'elle traverse :

Intervenant : Parce que je me disais, souvent quand on a dans sa propre histoire des vécus d'abus, où dans le fond on a failli à nous protéger, l'entourage a failli... comment elle à son tour peut ne pas être défaillante dans sa protection ? Puis ça l'amène probablement à rationaliser, puis à minimiser un paquet de choses... mais là, on ne va pas nécessairement déterrer ça, mais pour aller défendre l'agresseur, puis prendre le côté au détriment de son enfant... qu'est-ce qui s'est passé pour elle quand elle, elle a été abusée ? Ça serait peut-être intéressant d'aller voir ce qu'elle est en train de répéter là.

La crise, dans la perspective des répondants, est à rattacher à des difficultés sur le plan du lien à l'autre et à une *répétition inconsciente*<sup>10</sup> de certains schémas relationnels. La démarche de compréhension des intervenants vise à mettre à jour cette répétition au fil des rencontres. Dans les hypothèses cliniques proposées par les intervenants, le sens de la crise réside dans le fait que quelque chose du passé – récent ou infantile – ressurgit dans le moment présent.

[...] quelqu'un qui... dans ses relations amoureuses... a toujours l'impression par exemple, je sais pas... de donner plus que l'autre, puis de s'investir davantage puis ça, ça se répète d'une relation à l'autre puis il se rend compte que c'est pas juste en amour, c'est avec ses amis, que c'était peut-être avec ses parents quand il était jeune... donc c'est un peu ça là, ça amène la personne à voir qu'est-ce qui lui appartient dans son vécu. (Laura)

[...] ce que je vois aussi, c'est cette répétition-là dans leur vie, qui revient dans la crise, j'avais revenir sur la crise, la crise j'ai l'impression c'est où y'a un pic qui se présente mais dans ce pic-là... y'a souvent quelque chose qui revient constamment dans leur vie (Mathias)

Pour résumer, dans la perspective des intervenants rencontrés, la crise se traduit par un vécu de souffrance et de pertes à différents niveaux. Le déséquilibre ressenti affecte la personne dans son monde interne, son fonctionnement habituel ainsi que dans la sphère intersubjective. En ce qui a trait aux origines de la crise,

---

<sup>10</sup> Répétition inconsciente : « D'une certaine façon, nous pouvons dire que la répétition fait à la fois le jeu d'Eros – en suscitant séduction et amour – et le jeu de Thanatos – en faisant de la relation le lieu de projections répétitives des anciens traumatismes liés aux expériences affectives précoces. « La répétition est transfert du passé oublié », notait Freud en 1914. » (De Butler, 2003).

les intervenants mettent en lien l'actuel de la crise avec l'histoire de vie singulière de la personne, en considérant les éléments proximaux tout autant que distaux dans cette mise en sens.

### 3. Les pratiques des intervenants au SL

Nous venons d'expliquer une première rubrique en lien avec les compréhensions qui se dégagent des entrevues et des observations par rapport aux manifestations de l'état de crise ainsi que de ses origines. Nous décrivons maintenant les pratiques des intervenants au SL. Nous avons choisi d'utiliser l'expression « pratiques » car elle englobe et se veut à la fois plus large que la simple notion de « rôle ». Deux grandes catégories sont ici ressorties : l'accompagnement effectué auprès des résidents durant leur séjour au CIC ainsi que la capacité à assurer leur sécurité et à gérer le risque des passages à l'acte automutilatoire, suicidaire et hétéro-agressif. Pour finir cette section, nous abordons les particularités et les apports du travail en équipe au SL.

#### 3.1. Accompagner et assurer la sécurité

##### 3.1.1 L'accompagnement et ses multiples facettes

Pour tous les participants rencontrés, l'accompagnement des résidents durant leur séjour au CIC et également dans le retour vers leur milieu de vie est un élément important de leur pratique. Marie-Christine témoigne de son rôle de « contenant » auprès des résidents, que permettent sa présence et son écoute.

On est vraiment des contenants qui les aident à ne pas se dissoudre, se défaire, donc on est vraiment un contenant, c'est à ça qu'on sert, à soutenir les gens [...], juste d'être là, juste d'être présent. Parfois dans une entrevue, y'a pas grand-chose qui se passe, juste d'être là, les gens se sentent moins seuls, c'est ça. (Marie-Christine)

L'ensemble des répondants expriment aussi l'importance qu'ils accordent à la mise en mots du vécu de crise, qui participe à le transformer et vise une

compréhension plus ajustée de ce qui a amené la personne dans cette situation. Leur rôle d'accompagnement est alors de soutenir la personne dans cette élaboration. Mathias reconnaît qu'au fil de ses années d'expérience de travail, sa posture en tant qu'intervenant a changé, passant d'une position où il donnait beaucoup de conseils à une posture qu'il qualifie d'« accompagnement », ce qui se traduit pour lui dans le fait de ne pas faire le travail pour la personne, mais avec elle.

Accompagner la personne dans ce qu'elle vit, de, de, de mettre des mots sur la crise qu'ils vivent présentement, de faire du sens, de... comprendre, de... comprendre ce qui arrive à la personne, il est là l'accompagnement. (Mathias)

Mathias se considère comme un « explorateur » afin d'essayer de comprendre ce que la personne vit et l'amener à trouver ses propres solutions. Il tente de comprendre ce qui amène la personne à avoir tel comportement ou à vivre tel symptôme, plutôt que de donner des conseils. Comme dans l'ensemble des témoignages recueillis, il estime que c'est au travers de l'écoute de l'intervenant que la parole du résident peut être accueillie et déployée. La mise en mots permet de faire du sens, de symboliser, se représenter son expérience mais aussi de toucher aux émotions et aux affects plus difficiles. Mathias parlera même d'une « décharge » ayant lieu au travers d'un travail de dévoilement de soi. Cette *catharsis* permet d'alléger la charge et le poids liés à un vécu affectif et à une souffrance que les résidents portent parfois depuis très longtemps.

[...] la parole permet de... aller toucher à l'affect, quand on touche à l'affect, la charge que la personne... moi ce que je constate c'est que quand la personne touche à l'affect, touche à l'émotion, y'a une décharge qui se fait puis la tension se libère dans ce temps-là, les idées deviennent plus claires, les gens vont commencer à voir... le portrait devient plus clair, plus lucide (Mathias)

Durant nos temps d'observation de l'équipe, nous avons observé à de multiples reprises que les intervenants vont prêter une attention aux mots que la personne utilise, afin de les « déplier » (Mike) et de voir quel sens la personne y donne. Ils nourrissent leur compréhension du vécu de la personne et leurs hypothèses cliniques grâce aux associations, aux interprétations et aux liens que le résident propose.

Tout comme Mathias, John souligne l'importance de ne pas se placer comme expert auprès de la personne et de ne pas la prendre en charge afin de favoriser son autonomie à différents niveaux. Cela s'expérimente vis-à-vis des démarches pratiques (recherche de logement ou d'emploi, demande d'aide sociale, etc.) ainsi que par rapport au cheminement personnel du résident dans lequel beaucoup de place est laissée à ses réflexions et ses propres recherches de solutions.

[...] c'est un peu qu'on veut pas se placer comme en expert sur la personne. « Bah ton problème, c'est ça, c'est ça, c'est ça, puis fais telle chose, puis tu vas le régler », feque comme tu le dis, c'est plus de favoriser l'autonomie de la personne dans aussi ses réflexions, ses recherches de solution. (John)

Pour Noëlle, l'accompagnement présente plusieurs caractéristiques, comme la capacité à ne pas juger et à ne pas prendre position par rapport à ce que la personne vit, ainsi que le fait de faire confiance à l'autre dans sa capacité à se sortir de cette situation de crise.

Accompagner quelqu'un, c'est... bon, plusieurs choses. De un, ne pas le juger ou ne pas croire qu'on sait mieux que la personne par la suite comment gérer ça. Donc ne pas prendre position sur ce que la personne vit, c'est... accompagner, c'est ça, c'est de garder une distance avec la personne pendant l'évolution de... donc de ne pas se mettre à la place de ou de ne pas tasser... parce que j'trouve que bon, souvent y'a des environnements, ou soit des gens dans notre entourage, quand on vit quelque chose ils ont toutes des conseils à nous donner ou t'sais ils veulent nous guider ou nous prendre pendant ces périodes-là, tandis que de juste accompagner, c'est de faire confiance que la personne a les capacités de le faire [...] (Noëlle)

Cela rejoint les aspects d'autonomisation proposés par John plus haut. Comme le souligne Noëlle, permettre à la personne de développer sa capacité à trouver des solutions par rapport à ce qu'elle vit lui permet de développer une confiance en elle et une mémoire de comment elle a géré ou compris cette épreuve. Elle construit ses propres outils si une crise doit ressurgir, et n'aura pas forcément besoin de faire appel à quelqu'un d'autre afin de s'orienter.

Selon elle, accompagner quelqu'un réside dans une posture où l'intervenant n'a pas d'attente. Il ne veut pas « tout régler chez l'autre personne » (Noëlle) et il ne croit pas avoir plus les réponses que la personne qui vient consulter.

### 3.1.2. Le cadre : de l'extérieur à l'intérieur

Plusieurs intervenants nomment que les résidents ont le besoin de retrouver des repères et des balises dans un endroit structurant et sécurisant. Le fait d'assurer la sécurité des résidents et de « gérer le risque » (John) des passages à l'acte suicidaire, automutilatoire et hétéro-agressif apparaît comme un autre aspect essentiel de la pratique des intervenants du SL.

D'essayer de créer le lien avec la personne, j' pense que déjà là, ça peut aider à avoir sa collaboration, pour s'assurer qu'elle soit en sécurité, pour gérer la crise [...] quand t'es capable vraiment d'avoir la confiance de la personne, la collaboration souvent vient avec, puis l'accord, elle nous fait confiance finalement pour l'aider. (John)

Des entrevues et des observations réalisées au SL, il ressort que plusieurs éléments y participent, à commencer par le cadre d'intervention. Nous le définirons ici comme les balises inhérentes à celle-ci. Comme expliqué dans un document remis à l'ensemble de l'équipe par la direction clinique, la fonction du cadre au SL ne réside pas uniquement dans les règlements et le code de vie. Le cadre, au travers de sa « *fonction contenant* »<sup>11</sup>, permet à l'intervenant d'occuper une fonction de « tiers », c'est-à-dire que les décisions qu'il prend « ne relèvent pas de son bon vouloir, de son pouvoir, ni de l'arbitraire. » Ainsi, l'intervenant est un représentant des règles qui régissent le fonctionnement du CIC, et en ce sens, il est un porteur du cadre. Dans la perspective du SL, le cadre vise à assurer un contenant et des limites claires et bienveillantes au « débordement », à « l'éparpillement » et au « sentiment de confusion (et donc de fusion) » que suscite l'état de crise, et ce, autant pour les intervenants que pour les résidents. Ainsi, il est expliqué que le cadre du SL « participe à contenir psychiquement la crise, impose des limites qui ont un impact sécurisant, et cela même si elles

---

<sup>11</sup> « La notion psychanalytique de « fonction contenant » permet de comprendre comment dans les moments où l'intériorité se manifeste avec vigueur, de façon désordonnée et sans préavis, [...] une attitude de réceptivité associée à la mise en mots, pour l'autre, de ce qui se passe à l'intérieur de lui, peut s'avérer fort constructive. » (Gilbert, Emard, Lavoie et Lussier, 2017, p.69).

provoquent la frustration. » Dans la perspective proposée par la direction clinique du SL, le cadre participe aussi à donner les conditions nécessaires pour qu'un travail thérapeutique puisse avoir lieu.

Selon les témoignages des participants, le lieu physique de la maison, la présence et la disponibilité des intervenants 24/7, les règles de vie, les heures du lever et du coucher, les rencontres quotidiennes qui suscitent un travail par la parole ainsi que les temps communs de repas sont autant de manières de faire sentir à la personne qu'elle n'est pas laissée à elle-même dans sa détresse et que les intervenants sont présents pour la soutenir. En ce sens, ce cadre permet d'offrir un endroit où la personne peut continuer à fonctionner minimalement et à se sentir accompagnée dans ce qu'elle vit. L'importance de la fonction contenant, au travers de ce cadre, est évoquée par trois intervenants, et rejoint sur certains aspects la perspective proposée par les documents développés par la direction clinique à ce propos.

Leur contenant intérieur ne tient plus donc elles ont besoin temporairement d'être contenues un peu comme... un moi de substitution [...] on (les intervenants) n'est pas nous complètement détruits ou envahis par le contenu qu'ils nous apportent, comme je disais tantôt on est capables de l'entendre sans s'effondrer, puis on est capables d'aider la personne à faire sens, donc à mentaliser ce vécu là et ça c'est structurant.  
(Laura)

Ainsi, dans les témoignages reçus, les différents éléments du cadre (routine, rencontre quotidienne...) expliqués plus haut participent à cette contenance. Laura explicite que la structure externe offerte au travers du cadre se substitue temporairement pour la personne à une structure interne qui serait défaillante dans sa capacité à contenir des affects douloureux. Ces balises permettent à la personne de ne pas s'effondrer complètement.

Le cadre est vraiment bien expliqué à l'accueil, même avant au téléphone, on fait le contact client, donc la personne sait les balises, elle sait qu'on va pas la laisser aller dans les comportements où elle pourrait se faire du mal à elle-même ou sa sécurité pourrait être compromise. (Laura)

En d'autres mots, c'est là, on va vers le cadre, un cadre sécurisant qui je crois, que la personne se sente en sécurité. Un cadre c'est quoi? C'est la démarche ici le lever, la présence aux repas, c'est pas plus compliqué que ça, c'est de donner une certaine routine, un rituel à la personne... (Mike)

Différents dispositifs permettant de prévenir les passages à l'acte (auto-mutilatoire, suicidaire, hétéro-agressif) sont aussi mentionnés en entrevue ou lors de temps d'échange en équipe. Les résidents peuvent être évalués avant de sortir du CIC, afin de vérifier s'ils se sentent suffisamment en contrôle vis-à-vis de leurs idéations suicidaires ou mutilatoires, entre autres. L'équipe du SL peut également leur demander de signer une entente de non-passage à l'acte, qui les engage « à ne poser aucun geste qui pourrait de près ou de loin mettre [leur] vie ou celle d'autrui en danger ». En changement de quart, à propos d'un résident qui présente un risque au niveau suicidaire, un intervenant partage son opinion clinique et l'intervention à mettre en place :

C'est sûr qu'il faut continuer à l'évaluer là, je suis d'accord avec l'évaluation avant les sorties là, parce que c'est quand même un monsieur... peut-être pas là, mais c'est quand même un monsieur qui tient un discours de... « si ça va pas mieux, j'veais en finir... » feque t'sais. Juste s'assurer que... il dit qu'il passera pas l'été si ça change pas.

L'évaluation du risque et la prévention des agirs mettant à risque l'intégrité de la personne ou des autres peut aussi passer par un encadrement plus ajusté, notamment en début de séjour. Deux intervenants, dépendamment de l'évaluation qui aura été faite auprès du résident, expliquent que l'équipe peut lui demander de ne pas sortir de l'organisme durant 24h à 48h. Cette mesure vise à donner un temps à la personne afin qu'elle se familiarise avec le CIC. Cela lui permet de « se déposer » (Noëlle), et d'être plus présente à elle-même et à ce qu'elle vit, tout en permettant aux intervenants de l'observer dans son adaptation à l'environnement du SL.

Deux intervenants abordent aussi la nécessité d'évaluer et d'orienter la personne avant qu'elle finisse son séjour au CIC, afin de préparer la transition post-CIC. Mike parle de cette nécessité, par exemple dans le cas de personnes qui sont en délire psychotique jusqu'à la fin de leur séjour.

[...] de bien vérifier dans quel état elle va ressortir d'ici, si elle sort encore dans le même état de délire, là on... on pense la crise, on regarde voir qu'est-ce qui pourrait être fait et évaluer comment ça va se faire pour pas qu'elle se mette en danger. Parce

que y'a eu des gens ici très très très délirants et en capacité de retourner à la maison.  
(Mike)

#### 4. Le travail d'équipe au SL : un étayage essentiel à la pratique

##### 4.1. La fonction de soutien et le partage de connaissances

Le travail en équipe est une des particularités de l'intervention en CIC. Diverses formes de soutien et d'entraide en lien avec l'équipe sont abordées au cours des entrevues.

Plusieurs répondants ont le sentiment d'avoir reçu un soutien émotionnel important dans des situations d'intervention éprouvantes. Les charges émotionnelles que les intervenants accueillent en IC nécessitent une écoute et une empathie de la part de leur équipe. Marie-Christine témoigne du soutien qu'elle a reçu de la part d'un collègue à la suite de la réaction agressive d'un résident à son égard :

Écoute, vraiment je tremblais de tout mon corps là. Et là il était plus question que j'intervienne, même avec les autres, j'étais plus capable d'intervenir, j'étais vraiment, j'étais en état de choc là. [...] Puis mon collègue a fait ce qu'il fallait [...] ça s'est terminé vers l'appel aux services d'urgence puis une P-38, parce qu'il [un résident] était pas collaborant mais mon collègue a été très très supportant. (Marie-Christine)

L'équipe est aussi source d'apprentissages, autant dans le savoir-être que le savoir-faire. Les intervenants parlent de la richesse amenée par les différentes formations académiques de leurs collègues, puisqu'ils possèdent un diplôme dans des domaines variés, tels que la sexologie, la psychologie, la psychoéducation, le travail social, etc., et ont souvent suivi d'autres formations complémentaires. Le style et les forces en intervention, propres à chaque intervenant, nourrissent la lecture et teintent l'intervention de chaque membre de l'équipe.

Mathias se souvient qu'en arrivant au CIC, il avait peu d'expérience avec les personnes qui avaient une structure psychotique. Il explique avoir reçu du support

de ses collègues qui lui ont donné des conseils sur la manière d'intervenir avec ces personnes.

J'me souviens au début quand je travaillais, j'avais pas travaillé beaucoup avec des gens qui avaient une structure psychotique, puis on me disait quoi faire, puis j'comprends le sens de... bon avec telle structure, on va pas dans les traumas du passé, des choses comment ça, feque y'a beaucoup de communication, y'a beaucoup de savoir qui se transmet entre les membres de l'équipe. (Mathias)

Lorsque les intervenants se sentent inquiets, perdus ou impuissants vis-à-vis de la situation d'un client, plusieurs nomment se référer à leurs collègues, à la chef d'équipe ainsi qu'à leur directrice clinique, afin de recevoir un support clinique. Le soutien se fait sous forme d'une rétroaction structurée, notamment dans les réunions d'équipe hebdomadaire et les changements de quarts. Il existe aussi un service de garde 24/24 assuré par la directrice ou la chef d'équipe, si les intervenants ont besoin de les consulter en dehors de leurs heures de travail.

Vis-à-vis de certaines personnes plus impulsives, qui suscitent une inquiétude et un sentiment d'urgence chez les intervenants, Mike nomme avoir eu besoin d'une validation post-intervention, afin de se rassurer.

T'sais, une incertitude, puis en même temps, de dire là j'parle à une collègue « bah écoute là... t'as fait ce que t'as pu... t'as évalué ça, t'as évalué ça, évalué ça... t'sais à partir de là... » c'est bon d'avoir une collègue des fois qui valide un peu l'intervention là. Sinon, ça serait l'enfer. (Mike)

Durant les temps d'échange auxquels nous avons assisté, nous avons aussi remarqué que l'humour, souvent exprimé sous forme de blagues, de jeux de mots ainsi que dans le langage non verbal, est un outil auquel le collectif de travail a recours fréquemment. Il participe, selon notre perception, au renforcement des liens dans l'équipe, ainsi qu'à une forme de régulation émotionnelle lorsque certaines situations cliniques sont lourdes à porter.

[...] ça fait du bien de pas se prendre au sérieux parfois là, t'sais. Ça allège un peu le travail... donc l'humour encore là, aide, beaucoup. (Marie-Christine)

#### 4.2. La fonction relais : situations d'interventions difficiles et observations en continu

Dans certains cas, le lien est difficile à établir et la personne présente des réactions agressives à l'égard d'un intervenant. L'intervenant qui la voit en rencontre formelle va d'abord tenter de comprendre avec elle ce qui se passe, mais si cela ne fonctionne pas, il est possible qu'un autre intervenant prenne le relais afin de ne pas rester dans une impasse. Mathias illustre cette fonction relais au travers d'une situation clinique ayant été plus difficile pour lui, où la personne était devenue agressive avec lui.

[...] j'pense à un client en particulier qui est devenu agressif avec moi puis que j'ai essayé de calmer puis ça fonctionnait pas... puis à travers l'équipe, on prend le relais dans ce temps-là. On a un autre qui va prendre le relais dans ça, moi fallait que je me retire et vis-versa... moi j'ai dû prendre la place d'un autre parce que l'autre recevait de la violence... on se soutient ici, c'est la plus grande... j'prêche pour ma paroisse là... [...] mais c'est la plus belle équipe que j'ai vue ici... j'ai pas travaillé dans beaucoup d'endroits mais c'est la plus belle équipe que j'ai vu où y'a... un esprit d'équipe et beaucoup d'humanité et de soutien à travers tous les membres.. (Mathias)

Les intervenants voient cet accompagnement à plusieurs comme un élément aidant, voir soulageant. Être plusieurs à porter la situation d'une personne leur permet de mieux tolérer la charge de stress associée à certaines problématiques, notamment en cas de risque suicidaire important. Lors d'une réunion d'équipe :

Intervenant A : Merci [nom de l'intervenant] d'avoir pris la relève, en tout cas pour [nom du résident]

Intervenant B : Pourquoi ?

Intervenant A : Je me sentais impuissante hier, j'avais comme besoin d'un petit coup de main là.

Ces changements d'intervenants permettent d'échanger et de partager les impressions cliniques de chacun. Un intervenant mentionne aussi que la personne continue d'évoluer et explore d'autres enjeux avec le collègue qui a pris la relève.

Enfin, la flexibilité que permet l'équipe a été soulignée, lorsqu'un intervenant se sent mal à l'aise avec certaines problématiques.

La fonction relais s'établit aussi dans les observations sur les résidents qui s'effectuent en continu. Grâce à la présence d'intervenants jour et nuit, l'équipe offre un regard « 24/24 » sur le comportement et l'évolution du résident. Noëlle mentionne que la complémentarité d'espaces entre les temps d'échange et d'observation au quotidien et les rencontres formelles permet d'aller plus loin avec l'approche psychodynamique. Cela donne accès à d'autre matériel, auquel elle n'aurait pas accès si elle voyait uniquement la personne 45 minutes par jour. Le travail en équipe permet aussi d'explorer d'autres aspects auxquels l'intervenant a moins accès au travers du discours de la personne. Lors d'une réunion d'équipe, une discussion à propos d'une résidente permet de mettre en commun les observations faites par différents intervenants à propos d'une cliente dans le but de lui refléter ses comportements et de tenter d'en saisir le sens avec elle, par la suite :

Intervenant A : Je pense qu'il va falloir nommer nos observations, qu'on la voit aborder beaucoup de sujets différents, mais... juste en survol, que là, ça fait deux rencontres qu'elle n'a pas, qu'elle évite...

Intervenant B : Pourtant elle a été avisée hier...

Intervenant A : Y'avait aussi un avertissement formel, donc je présume que c'est le dernier, concernant la proximité avec les autres [résidents]. Donc moi je lui demanderais, qu'est-ce qu'on doit comprendre de ça ? Puis est ce que c'est aidant de poursuivre ?

Marie-Christine, quant à elle, trouve que le face-à-face en rencontre formelle donne accès à une vulnérabilité et à une souffrance qui sont souvent moins perceptibles en intervention informelle. Ce dernier type d'intervention suscite pour elle un contre-transfert négatif plus important, notamment avec les personnes présentant un trouble de personnalité. Elle explique que les temps d'échange en équipe permettent à l'ensemble des collègues de nuancer leur ressenti.

Moi pour moi, le contre-transfert est beaucoup plus important sur le plancher, dans l'intervention plancher. [...] j'ai moins accès à la détresse de la personne, la personne est plus dans les mécanismes de défense, dans le fonctionnement au quotidien [...] y'a une vulnérabilité en face-à-face, on a accès un peu plus... à la

souffrance de la personne. Donc pas rare les fois où je vais défendre mon client auprès de mes collègues parce qu'ils l'ont pas eu en entretien, et le contraire est aussi présent. (Marie-Christine)

En bref, l'accompagnement se centre sur la qualité de la relation développée avec chaque résident et vise à offrir un espace d'accueil et de réflexion autour de l'inédit que représente la crise. Le fait d'assurer la sécurité et de gérer le risque de certains passages à l'acte est aussi une part essentielle de la pratique des intervenants rencontrés. Enfin, il est ressorti que le travail en équipe représente un support important à la pratique de l'IC au SL, tant au niveau du soutien entre les intervenants face à des situations difficiles que par rapport au matériel clinique auquel donnent accès les observations en continu sur l'évolution des résidents.

#### 5. Les spécificités de l'approche du SL

Pour répondre à notre deuxième question de recherche, dans cette section, nous abordons les spécificités de l'approche du SL, comprenant la posture des intervenants rencontrés, la manière dont ils conçoivent l'intervention, et les éléments et perspectives sur lesquels ils s'appuient pour intervenir. Les rubriques qui sont ressorties abordent premièrement les qualités affectives et relationnelles de l'intervenant, comme base de l'intervention. Puis, nous abordons la connaissance et l'usage du cadre d'intervention du SL comme balises sécurisantes et levier d'intervention. Enfin, nous décrivons la manière dont les intervenants appliquent l'approche psychodynamique dans le contexte de ce CIC et quelle lecture cette perspective leur permet d'avoir vis-à-vis des personnes qu'ils rencontrent au SL.

##### 5.1. Une approche basée sur les qualités affectives et relationnelles de l'intervenant

Tout d'abord, l'ensemble des répondants mentionnent l'écoute comme un des outils principaux auquel ils ont recours dans leur travail. Différents styles d'écoute

ont été relevés au travers des témoignages des intervenants. Mike explique faire de « l'écoute active », au travers de laquelle il va valider comment la personne se sent ainsi que sa demande d'aide. Mathias exprime que sa manière d'écouter est « très psychanalytique » : il est dans une écoute « presque totale » de la personne, c'est-à-dire qu'il parle très peu. Marie-Christine, quant à elle, reconnaît prendre plus de place en rencontre que certains de ses collègues.

J'ai des collègues qui prennent moins de place, mais quand ils la prennent, c'est correct là, le moment est opportun puis les reflets sont bien placés. Moi je pense que je prends un peu plus de place, peut-être moins qu'avant, mais... J'aime ça expliquer, que les gens comprennent puis je pense qu'ils ont besoin parfois de comprendre. Oui, je pense que ça aide au lien, selon moi. (Marie-Christine)

Certains intervenants expliquent qu'au travers de l'écoute, la personne se sent entendue, ce qui favorise un espace de confiance. D'autres parlent de l'importance de laisser cette place à l'autre afin de favoriser l'expression et la mise en mots de leur vécu souffrant. Bien souvent, l'intensité de ce qu'elles vivent les empêche de trouver des endroits dans leur réseau familial ou amical où l'adresser.

Y'a pas tellement de temps ou de place pour nommer des vécus aussi difficiles parce que ça dérange, parce que c'est insoutenable... donc... puis plus on essaie de nier une réalité, une réalité interne dans ce cas-ci là, de trauma ou d'auto-destruction, la personne elle est dans une pulsion pour se faire du mal (Laura)

[...] D'être entendu, d'être écouté, de ne pas être seul, même si des fois y'a pas de mots, de partager leur souffrance... parce qu'on est des porteurs de leur souffrance. (Marie-Christine)

Cinq intervenants sur six abordent la capacité d'empathie de l'intervenant comme une autre qualité essentielle afin que la personne se sente accueillie, rassurée et validée dans ce qu'elle vit. Noëlle explique que c'est au travers de l'autre et de la relation singulière qui se développe avec le résident qu'elle trouve un soutien à sa pratique. Elle place l'appropriation et l'adaptation à la personne au cœur de son intervention.

Ce qui m'aide, c'est vraiment, en fait le pouls de la personne, j'ai peut-être cette capacité-là d'adaptation à différentes situations, donc en fait, le pouls de la personne,

son rythme, sa capacité à elle, évidemment j'veis m'ajuster. Feque en intervention, ce qui m'aide à soutenir... (silence), c'est vraiment à travers l'autre. (Noëlle)

Le non-jugement est aussi abordé par une majorité des répondants comme un outil important dans leur travail. Noëlle le voit comme intégré à la posture d'accompagnement, Mathias quant à lui souligne son importance afin de favoriser le lien de confiance et de démontrer à la personne que l'intervenant a l'ouverture pour entendre ce qu'elle vit.

[...] puis faut être prêt à entendre, faut être prêt à entendre, j'pense c'est ça le besoin des gens, c'est d'être entendu en premier et qu'on a l'ouverture, la capacité à entendre... puis qu'ils seront pas jugés, en tout cas, du moins c'est difficile de pas avoir de jugement, mais que l'autre sente pas qu'on est... on est dans le jugement là. [...] j'veis aller dans l'extrême pour qu'on se comprenne bien mais un exemple... un pédophile qui arrive ici, c'est pas tout le monde qui est prêt à recevoir quelqu'un qui peut commettre des gestes ce qu'on appelle de l'interdit, dans notre jargon... avoir cette capacité-là d'ouverture, ça rassure les gens, ça les met en confiance. (Mathias)

Enfin, deux intervenants font mention de leur capacité à s'identifier à une partie de l'expérience de l'autre. Selon eux, ce processus d'identification est un ingrédient leur permettant de travailler et de rester sensible à la souffrance de l'autre, malgré les comportements des résidents qui peuvent susciter chez eux, entre autres, certains ressentis d'impuissance ou d'irritation.

Ce qui m'aide c'est de voir que la personne en profite, c'est d'être assez empathique aussi d'une certaine façon m'identifier en partie à ce que la personne vit ou à sa douleur. C'est ça, c'est de rester plus centrée sur ce qui est souffrant. (Laura)

## 5.2. La connaissance du cadre et des limites de l'IC : des balises pour les résidents et les intervenants

Le cadre, qui a été mentionné comme un outil participant au rétablissement des résidents, est aussi un élément que les intervenants repèrent comme un support à leur pratique. En effet, il leur donne des balises sur lesquelles s'appuyer pour intervenir.

J'pense peut-être le fameux cadre qu'on parlait tantôt... [...] J'pense quand c'est bien, quand c'est bien mis, c'est clair pour la personne, bah c'est clair pour nous aussi en même temps, on peut s'en servir des fois pour justement baliser [...] (John)

Ainsi, le cadre, entre autres au travers du fonctionnement du centre et du code de vie, permet de supporter l'équipe et d'expliquer aux résidents les logiques sous-jacentes à l'approche du SL et les limites de la structure. Il permet d'appuyer certaines décisions cliniques ayant été réfléchies en équipe, par exemple, mettre fin à un séjour problématique. Le cadre est aussi un levier d'intervention, notamment lorsque les résidents enfreignent les règlements, afin de les aider à comprendre leurs comportements. Lors d'une réunion d'équipe, une discussion autour des conduites d'un résident vis-à-vis des limites entourant le dévoilement est engagée entre plusieurs intervenants :

Intervenant A : Il se souvient-tu qu'il a mentionné son plan suicidaire à un autre résident ?

Intervenant B : Il m'a pas dit non, hier je l'ai avisé, je lui ai dit « on fait pas ça [nom du résident], c'est à nous qu'il faut en parler ! Il a parlé de ça à [nom d'un résident], il avait toute l'information.

Intervenant A : Il a vraiment un plan détaillé

Intervenant C : On tolère ! On tolère, j'trouve.

Intervenant B : Mais en même temps qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre ?

Intervenant C : Mais je sais, il nous met...

Intervenant B : Qu'est-ce qu'on pourrait faire d'autre ?

Intervenant C : Je sais, c'est typique de quelqu'un qui nous met dans l'impuissance, on sait pas quoi faire là. Dans la théorie, on dit qu'il faut mettre des limites (rires).

Plusieurs répondants mentionnent aussi l'importance d'expliquer le fonctionnement du CIC aux résidents, afin de sécuriser les personnes, comme en témoigne Marie-Christine :

Moi je trouve que ce qui est fort aidant, puis ça faut bien connaître le cadre justement, c'est d'expliquer, les gens ont besoin de comprendre. S'ils comprennent pas, ils vont être dans le flou puis ils vont continuer à tester le cadre ou à pas respecter le cadre. Je pense que c'est important qu'ils comprennent nos

interventions, moi je vais beaucoup expliquer le rationnel [...] derrière les règles.  
(Marie-Christine)

Plusieurs intervenants nomment aussi l'importance de rendre les attentes des personnes réalistes en début de séjour. En raison de la durée du séjour, les démarches qui prennent du temps comme la recherche d'un logement ou d'un nouvel emploi ne pourront pas toujours aboutir. Également, il arrive souvent que la personne souhaite résoudre des enjeux de fond, par exemple, comme l'explique John, avoir une meilleure estime d'elle-même. Dans ses interventions, cet intervenant tente de prévenir un sentiment d'échec et de frustration pour les résidents qui auraient de grandes attentes en lien avec leur séjour au SL :

On a tout le temps un peu, j'pense... en tout cas, moi j'ai toujours le souci de mettre les attentes un peu plus réalistes à la personne quand elle arrive, bon pour éviter évidemment qu'elle parte aussi déçue puis qu'elle passe pas un bon séjour. (John)

Dans le même sens, Mike souligne à plusieurs reprises lors de l'entretien les limites de l'IC, au niveau de la profondeur à laquelle il est possible de travailler les enjeux de la personne ou l'exploration de son histoire de vie. D'ailleurs, une distinction sera faite par plusieurs répondants entre la psychothérapie et l'IC, notamment au niveau de la durée de l'intervention et de l'objectif qui est, pour cette dernière, de diminuer l'état de crise.

### 5.3. L'application de l'approche psychodynamique à l'IC : comprendre le vécu actuel de crise au regard de l'histoire singulière

#### 5.3.1 Perspective intégrative entre l'approche psychodynamique et d'autres approches au SL

En lien avec l'approche psychodynamique, nous remarquons que chaque intervenant a une définition bien personnelle de cette approche, bien que plusieurs points se recoupent entre ces compréhensions singulières. Plusieurs répondants

mentionnent le fait de donner une place primordiale à la parole et laisser libre cours aux associations que fait le client comme deux composantes essentielles de la perspective psychodynamique. Cette approche développe aussi une capacité à mettre en lien la souffrance actuelle du client et des événements vécus durant les périodes de l'enfance et de l'adolescence, que la personne n'aurait pas pris le temps d'élaborer ou de soigner.

Ne pas uniquement porter son attention sur l'apaisement des symptômes ou les diagnostics psychiatriques est aussi un élément soulevé par trois intervenants en lien avec l'approche psychodynamique. Malgré la courte durée de l'intervention de crise, l'ensemble des répondants expliquent l'importance d'explorer la souffrance quand un espace de réflexion et de compréhension le permet en rencontre.

C'est pas parce que c'est un court séjour qu'il faut justement embarquer tout ça dans les outils ou dans... juste vouloir diminuer les symptômes. (Noëlle)

Un exemple, les gens souvent, ce que j'entends dans mon quotidien, c'est... « ce que je vis c'est de l'anxiété » « ok, mais l'anxiété, c'est le symptôme, qu'est-ce qui cause cette anxiété... qu'est-ce qui vous rend anxieux? » c'est ça que j'veux entendre, la personne elle le sait pas, feque mon objectif tout le temps c'est d'essayer d'amener la personne à mettre des mots sur l'anxiété, qu'est-ce qui cause l'anxiété? (Mathias)

Enfin, les différentes manifestations de la dynamique inconsciente des résidents, que ce soit au travers des enjeux de transfert et contre-transfert, des *mécanismes de défense*<sup>12</sup> ou des manières dont le résident se relie aux autres, sont aussi des aspects auxquels l'équipe prête attention et tente de donner un sens. Nous reviendrons sur ce point dans la partie suivante, portant sur les manifestations de l'inconscient dans la relation d'aide.

En plus du modèle psychodynamique implanté comme cadre de référence au SL, l'ensemble des intervenants expliquent avoir recours à d'autres approches ou outils, qu'ils intègrent à leur pratique. Marie-Christine explique puiser dans son

---

<sup>12</sup> Veuillez-vous référer à l'annexe A (Lexique) « D'une façon générale, la notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes. » (Braconnier, dans Doron et Parot, 2011, p.186).

vécu pour travailler, afin d'être plus en contact avec son empathie et ce que l'autre peut ressentir dans une situation. Mike, Laura et Noëlle mentionnent l'humanisme. Mike explique se référer à cette approche car il croit au potentiel de la personne et en sa capacité de se responsabiliser vis-à-vis de son vécu. Pour lui, la créativité et la spiritualité sont des outils qu'il peut utiliser en rencontre afin d'amener la personne à se reconnecter à ses besoins et à ses désirs. Pour Laura, l'approche psychodynamique se situe en complément de l'approche humaniste. Elle justifie le choix de ces approches car elle observe que les gens repartent du SL avec pour la plupart le sentiment d'avoir été accueillis et entendus. Également, selon sa compréhension de la crise, durant cette période, la personne n'est plus en capacité de mentaliser ni de rationaliser. Cela ne ferait donc pas de sens pour elle de proposer des outils extérieurs, comme peut le faire l'approche cognitivo-comportementale. Elle l'explique dans cet extrait :

Je sais pas, gérer une crise avec une approche médicale ou cognitivo-comportementale, la personne a pas la capacité là, à ce moment-là justement de mentaliser, de rationaliser, de se voir aller [...] j'pense que... (silence) ça ferait pas de sens pour moi de commencer à dire à quelqu'un « bah là on va vous faire un calendrier... » puis ça fonctionne pas de toute façon, c'est comme... c'est un outil extérieur qui est apporté à la personne où on lui suggère une façon très précise de fonctionner. (Laura)

Mathias quant à lui, explique se référer à l'approche de « reprise de pouvoir » (« empowerment »), afin d'amener la personne à voir qu'elle détient, dans une certaine mesure, un pouvoir sur les choix qu'elle fait et les décisions qu'elle prend pour améliorer sa situation. John nomme puiser dans différentes approches pour travailler, en plus de la psychodynamique. Il cite l'approche orientée vers les solutions, par exemple en rencontre formelle, afin d'aider la personne à élaborer sur son fonctionnement quotidien en dehors du CIC ou pour qu'elle puisse se projeter dans un futur moins souffrant.

Ce qu'on m'a enseigné entre autres c'est la thérapie brève orientée vers les solutions par exemple, de dire, « parlez moi de telle chose, comment ça serait si... à quoi votre vie ressemblerait si vous régliez votre problème de consommation d'alcool? » feque là, la personne arrive... à se projeter. (John)

### 5.3.2 Regard sur la personne dans sa globalité : anamnèse, répétitions de dynamiques relationnelles et mouvements de l'inconscient dans la relation d'aide

En lien avec leur posture de travail, plusieurs répondants ont fait part de leur désir de connaître la personne dans sa globalité, ce que nous avons également observé lors des temps d'échange. Comme exposé plus haut, une attention particulière est portée à l'histoire de vie de la personne et à la manière dont la personne s'exprime, autant dans son langage non verbal que verbal.

En lien avec le langage non verbal, une importance est accordée aux regards, à la posture du corps, au ton de voix ainsi qu'à l'expression des émotions qui accompagne le discours et les silences de la personne, comme en témoigne cet extrait lors d'une réunion d'équipe :

Intervenant A : En fin de rencontre, quand j'explorais un peu, on faisait le bilan, ça fait 10 ans que ça va pas bien mais ce que j'entendais, c'est que depuis 3 à 5 ans... beaucoup de pertes de vie là, la rupture... quand je lui ai nommé ça « est ce que je me trompe que depuis 3 à 5 ans, y'a beaucoup de pertes hein ? » Effondrement là... pas psychique mais...

Intervenant B : De pleurs.

Intervenant A : De pleurs... Puis c'est là où j'dis le regard d'un homme apeuré là, il te regarde avec des gros yeux puis « aidez moi là », il sait plus quoi faire. [...] C'est là qu'on voit que ma première impression que j'avais de lui là, son regard c'est un regard de charge, de colère, mais en rencontre c'est un regard apeuré.

Dans une visée d'exploration, Mathias explique se placer dans la position de celui qui ne connaît pas l'autre, n'a pas de réponse et veut comprendre ce qui lui arrive. Noëlle quant à elle souligne qu'il est important pour elle de s'intéresser à l'ensemble de la personne et pas seulement à ce qui se passe dans la crise.

[...] prendre le temps de s'intéresser à l'ensemble de la personne, pas juste ce qui se passe, ou pas juste ce qui est en surface, mais de prendre le temps de s'intéresser à l'ensemble de la personne, sa nature, ses défis, ses mécanismes de défenses, tout ça... pour, par la suite, peut-être... calmer certaines choses ou juste créer un pont avec une thérapie à l'externe. (Noëlle)

Les répondants soulignent l'importance d'adapter leurs interventions aux réactions défensives et au rythme de la personne, notamment en rencontre formelle. Cet ajustement vise à ne pas bousculer la personne si elle ne souhaite pas aller explorer certaines thématiques par exemple. Dans ce sens, ils laissent la personne parler des sujets qu'elle souhaite, et peuvent lui refléter s'ils perçoivent une forme d'éparpillement ou d'évitement dans son discours.

[...] dans la rencontre, c'est souvent la personne... bon, y'a de l'interaction, on discute... de ce qu'elle veut discuter, hein? C'est ben important. Parfois on va peut-être ramener, y'a toutes sortes de mécanismes de défense, quand on les perçoit, on peut ramener quand ça dévie un peu, mais jamais on bousculera (Mike)

Laura nomme que pour elle, une manière d'aider la personne est de lui refléter les observations qu'elle peut faire, autant en informel qu'en rencontre formelle, afin de lui permettre de mettre à jour ses mécanismes psychiques.

[..] peut-être d'arriver à en prendre premièrement conscience qu'ils utilisent certains moyens, certaines stratégies, certains mécanismes psychiques puis à partir de là de voir s'ils souhaitent ou non continuer de le faire mais dans un choix un peu plus conscient. C'est de refléter peut-être les répétitions dans leur vie puis les conséquences que ça l'a sur leurs vies, positives ou négatives puis... d'où ça vient? C'est vraiment de faire sens avec... leur situation puis la façon dont elles s'adaptent (Laura)

Pour illustrer la manière dont les intervenants peuvent nourrir leur compréhension du fonctionnement de la personne à partir des mécanismes de défense observables durant le séjour, en réunion d'équipe, un intervenant propose une hypothèse à propos d'un résident :

Intervenant : Moi j'avais plus quelque chose de défense hypomaniaque, de s'activer beaucoup, on n'est pas en contact avec notre intérieur quand on est là-dedans, on est dans notre tourbillon, on est dans l'évitement des émotions qui nous habitent. Puis il est tout le temps dans ce... ça fait longtemps qu'il est comme ça.

Noëlle, quant à elle, va relever des répétitions ou des contradictions dans le discours, afin de semer des doutes sur certaines croyances que peut se faire la personne quant à sa situation. Dans l'exemple qu'elle donne, les défenses apparaissent lorsque la personne recourt à certaines étiquettes pour parler de son expérience, plutôt que de chercher les aspects singuliers de sa souffrance.

Des fois, exemple, les personnes disent « j'suis dépendante affective, c'est tout, c'est pour ça que... » mais t'sais d'aller creuser un p'tit peu plus, moins d'aller peut-être... tasser ces premières idées là qu'on se fait ou ces premières défenses là qu'on se fait puis, bon, parlant défenses, justement les gens souvent ont leurs propres défenses par rapport à ça [la souffrance]... par rapport à différentes choses, donc juste parfois d'aller dénoter certaines choses dans le discours pour aller semer les doutes, tout simplement. (Noëlle)

La compréhension du transfert et particulièrement du contre-transfert a également été mentionnée par plusieurs intervenants comme un outil important les aidant à intervenir. Puisque ce sont des concepts théoriques issus de la psychanalyse, nous en présentons une définition. La notion de transfert dans les approches psychodynamiques se définit comme « la transposition, le report sur une autre personne [...] de sentiments, désirs, modalités relationnelles jadis organisées ou éprouvées par rapport à des personnages très investis de l'histoire du sujet. » (Denis, 2005, p.1832). Concernant le contre-transfert, Zucker (2001) le définit comme « l'ensemble des sensations-émotions suscitées par le patient chez l'intervenant ».

Leur manière de définir ces concepts varie d'un intervenant à l'autre. Pour John, Marie-Christine et Laura, le contre-transfert se comprend par le ressenti qu'ils vont éprouver au contact d'une personne, ce que le résident va susciter chez eux. John explique que son contre-transfert lui donne des indices sur la manière dont les proches de la personne peuvent se sentir, par exemple dans un vécu d'impuissance ou de colère. Il explique ne pas forcément l'utiliser directement en intervention, mais plutôt comme un outil de réflexion. Marie-Christine, quant à elle, est particulièrement attentive à son contre-transfert, notamment auprès des clients qui peuvent être davantage en réaction envers le cadre, afin de rester connectée à son empathie.

Mathias explique que l'analyse du transfert et du contre-transfert lui permet aussi de cerner ce que la personne répète avec lui dans la relation d'intervention. Il l'illustre avec un exemple tiré de sa pratique, auprès d'un client qui tenait des propos agressifs à son égard.

[...] puis là en dedans de moi, j'ai arrêté de respirer puis je me sentais un peu... agressé. Mais c'est là où, l'aspect du contre-transfert, d'apprendre à tolérer jusqu'à une certaine limite là, j'suis très conscient qu'il arrive un certain moment où on peut plus tolérer la violence de l'autre... mais j'me disais que justement, fallait que je tolère ce qu'il se passait parce qu'il rejouait quelque chose [...] la première semaine ça a été beaucoup d'agressivité, de violence [...] puis après la première semaine, il a commencé à toucher aux vraies choses. (Mathias)

En lien avec l'attention qu'ils portent à ce qu'ils ressentent au contact des résidents, trois intervenants font mention de leur propre processus thérapeutique, comme un outil aidant en ce sens. Mathias, par son analyse personnelle, a réalisé que la relation se joue à deux et qu'il doit être attentif à ce qu'il amène de son propre vécu :

Je suis attentif à ce que je ressens, à ce qu'on pourrait appeler la résonance [...] Moi ce qui m'a aidé beaucoup ça a été, j'ai été moi personnellement dans faire une propre analyse... [...] , c'est ça qui m'a beaucoup aidé justement à comprendre tous ces enjeux là thérapeutiques... c'est personnel, mais j'pense je suis devenu un meilleur intervenant depuis que j'ai été dans... en analyse et de comprendre ce qui se joue dans tout ça. (Mathias)

Pour résumer cette partie sur les spécificités de l'approche du SL, nous pouvons dire que les intervenants mettent de l'avant leur qualité d'être auprès des résidents comme base de l'intervention. Ils s'inspirent tous de l'approche psychodynamique, teintée d'une posture humaniste pour intervenir. Il semble toutefois exister des styles plus singuliers à l'intérieur de l'équipe, autant dans l'application de cette approche à l'IC que dans le recours à d'autres perspectives d'intervention. Également, en lien avec cette intégration entre différentes approches, les particularités du travail effectué au SL ont aussi été soulevées. Nous avons mis en lumière qu'une attention est portée à l'histoire de vie de la personne, à la connaissance du cadre ainsi qu'aux manifestations de l'inconscient dans la relation d'aide, comme peuvent l'être les enjeux de répétitions, le transfert et le contre-transfert, ainsi que les mécanismes de défense.

#### 5.4. Les limites à la pratique de l'IC au SL

Dans cette section, nous abordons les limites aux pratiques de l'IC au SL, afin de mieux discerner ce que les intervenants considèrent comme une contrainte à leur activité. Les limites qui sont ressorties dans les entrevues ont été classées en deux catégories. Concernant les limites en lien avec des caractéristiques des résidents, les difficultés dans la mise en mots du vécu de crise (liées ou non à une déficience intellectuelle) ainsi que le manque d'autonomie de certains résidents sont relevés. Également, l'IC auprès d'une personne non volontaire dans sa demande d'aide ou présentant un fort potentiel impulsif en lien avec un risque suicidaire élevé peut mener à des impasses. Concernant les limites liées à la ressource et à l'organisation, le manque de financement et la rotation du personnel sont évoqués. Également, la durée limitée de l'intervention, propre à l'IC est relevé par plusieurs intervenants.

##### 5.4.1. Les limites posées par les résidents

Puisque la mise en sens au travers de la parole occupe une place prépondérante dans l'approche du SL, une majorité d'intervenants nous ont fait part des impasses dans lesquelles ils peuvent se trouver avec des personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) importante. Marie-Christine nous parle de sa peur de ne pas être comprise par une personne qui présenterait une limitation au niveau intellectuel.

Ce qui est difficile, c'est qu'il... faut vraiment [silence], [...] j'pense qu'il faut adapter notre langage à l'autre. J'utiliserai pas des mots longs de même là, avec une personne qui a une déficience intellectuelle... elle va me regarder comme si « elle sort de où elle ? j'comprends rien », donc faut adapter notre langage, pour moi, ça c'est une difficulté... d'adapter mon langage. T'sais, faut que tu réfléchisses, t'essaies d'expliquer quelque chose mais là faut que tu le reformules d'une autre façon. (Marie-Christine)

En lien avec les enjeux d'autonomie, plusieurs répondants mentionnent que la structure du CIC n'est pas forcément adaptée aux personnes ayant une DI ou un

trouble neurophysiologique. En effet, les intervenants de crise ne sont pas en mesure d'offrir un accompagnement constant dans les tâches de la vie quotidienne ou dans les besoins de base comme l'hygiène. L'accompagnement peut aussi être insuffisant par rapport aux démarches pratiques, puisque l'approche du Soleil Levant est tournée vers une autonomie des résidents à ce niveau.

[...] faut que la personne soit en mesure de fonctionner, se laver, les besoins de bases, s'organiser minimalement, des choses comme faire son lavage, t'sais on peut donner un coup de main ou on peut dire, expliquer à la personne un peu comment faire, mais, on n'est pas non plus dans l'accompagnement du un à un... on peut pas suivre la personne tout la journée puis faire tout avec elle. (John)

Une autre limite soulevée en lien avec les résidents, mais aussi associée à l'organisation du système de santé et services sociaux, rejoint l'intention réelle de la personne à faire un cheminement au CIC. Si la demande de la personne n'a pas été faite de manière volontaire, les intervenants expliquent que cela impacte souvent l'ouverture et la collaboration de la personne vis-à-vis des interventions et de l'aide qu'elle peut recevoir. Il est déjà arrivé que des résidents quittent l'organisme de manière prématurée car le fait de venir au CIC n'était pas réellement leur choix, mais plutôt une manière de ne pas être hospitalisés, comme l'explique John :

[...] si la personne est pas nécessairement impliquée vraiment dans le processus, ou elle est pas, tant que ça volontaire ou t'sais, elle se fait dire « bah, t'as deux choix, c'est soit que tu te fais hospitaliser, soit tu vas au centre de crise... Oh, je vais aller au centre de crise dans ce cas-là » pour éviter autre chose, bah... on a des fois certaines limites parce qu'on sent que la personne elle est peut-être pas ici de son plein gré, feque des fois ça peut présenter des limites là. (John)

Également, à la différence de l'hôpital, le CIC est un espace encadré où la supervision ne peut être assurée en continu jour et nuit. Cela peut représenter une limite à la sécurité d'une personne qui présente un risque de passage à l'acte important, s'accompagnant d'une grande impulsivité. Comme le mentionne John, au CIC, il est nécessaire que la personne soit minimalement en mesure de se contenir et de demander de l'aide aux intervenants avant de faire un passage à l'acte.

Ça serait une limite aussi, pour quelqu'un qui serait très très très suicidaire, ou par exemple qui s'automutilerait, puis que y'aurait pas de contrôle ou pas de capacité de se contenir, c'est presque impossible à ce moment-là pour nous d'aider cette personne-là, parce que y'a pas une supervision comme à l'hôpital [...] (John)

La difficulté à faire sens de la détresse peut aussi être due à une incapacité de la personne à trouver les mots pour rendre compte de son expérience subjective. Mathias a ainsi réalisé que l'être humain est limité dans sa capacité de compréhension. Il explique que parfois, la personne n'a pas de mot pour exprimer quelque chose et qu'elle doit apprendre à tolérer un réel difficile à se représenter. Il donne un exemple clinique afin d'illustrer son propos :

Vous voyez, y'a une cliente dernièrement qui avait un passé là d'abus sexuels... (silence) elle essayait d'exprimer aujourd'hui tout le mal qu'elle ressentait à l'intérieur. Puis à un certain moment elle dit, elle dit « ça fait mal en d'dans, j'sais pas, j'sais pas comment l'exprimer, ça fait mal », j'lui dit « oui? y'a pas de mot pour exprimer ce mal-là! ». On est là, c'est la limite, c'est la limite, des mots qu'elle essayait de me dire comment elle avait eu mal, de traverser ça. Puis... qu'elle voulait oublier mais... on se cogne à un réel. Elle pourra jamais l'oublier ça, ça va toujours faire partie de sa vie puis on a fait du sens justement avec, qu'elle pourra jamais l'oublier ce trauma-là [...] (Mathias)

Mike, quant à lui, explique que même si le but de l'approche psychodynamique est la mise en lien du passé avec le présent, la réalité fait qu'il n'est pas toujours possible d'être dans l'exploration profonde en raison de plusieurs facteurs : le temps d'intervention comme mentionné ci-dessus, l'absence de désir de la personne d'aller explorer son histoire de vie et lorsque d'autres besoins sont plus prioritaires.

[...] quand la personne parfois y'en a qui veulent pas aller, ils veulent pas aller voir... un regard un peu plus dans le passé même quand on veut explorer, des fois on « woup, non! » bah on peut pas, on est limité (Mike)

... si la personne arrive ici, pas de toit, pas de domicile fixe, elle a pas mangé, ça fait trois jours... elle doit de l'argent, je sais pas, comment arriver à passer à quelque chose, il faut s'occuper de ce que la personne, hein j'pense, des besoins primaires, j'vais l'expliquer comme ça, avant de faire un travail un p'tit peu plus en profondeur, voilà. (Mike)

#### 5.4.2. Les limites liées aux ressources et à la réalité organisationnelle

En lien avec la réalité organisationnelle du CIC, deux intervenants ont mentionné les mouvements de personnel comme un facteur pouvant déstabiliser l'équipe et de manière indirecte, les résidents. Les nouveaux intervenants ont besoin d'un temps d'adaptation et de formation, afin de s'approprier les règlements et de bien porter le cadre du SL auprès des résidents. Pour cette raison, certaines fins de semaines peuvent être plus difficiles, car les résidents perçoivent le manque d'expérience de certains nouveaux intervenants.

C'est un CIC, c'est comme ça là, puis faut faire avec, y'a beaucoup de mouvement de personnel, beaucoup de nouveaux, le temps qu'ils s'adaptent, qu'ils saisissent bien le cadre ici puis qu'ils le portent bien... ça, ça se sent la fin de semaine, les résidents qui sont un peu plus fragiles, ça peut être désorganisant de sentir qu'il y a moins de solidité (Marie-Christine)

Laura mentionne aussi que le SL est à un taux d'occupation de 95% tout au long de l'année et que le manque de personnel, qui s'accompagne de sous-financement et de difficulté de recrutement peut impacter le sentiment de confiance, de stabilité et de constance que l'équipe aimerait donner aux résidents. Selon elle, le contexte organisationnel peut expliquer la difficulté de recrutement de personnel compétent, en raison des salaires moins élevés que dans d'autres structures et de l'emplacement du CIC en banlieue de Montréal.

Les enjeux reliés à la durée restreinte de l'intervention ont été abordés dans plusieurs entrevues comme une limite importante. À la différence de la psychothérapie, l'objectif principal de l'IC vise plutôt « à gérer la crise puis à orienter la personne vers autre chose » (John). Les intervenants reconnaissent l'importance de garder en tête cette limite, afin de ne pas nuire à la personne. En effet, ceci peut rendre difficile l'exploration en profondeur de certains enjeux. Parfois les intervenants ajustent leurs interventions, afin de ne pas ouvrir sur certaines expériences passées si la personne n'a pas le support adéquat à moyen ou long terme pour continuer le travail entamé après son séjour au CIC.

[...] aller dans la bonne direction avec la personne, ou bien ajuster mes interventions pour pas... de un, aller dans certaines sphères que j'pourrais pas... en un court séjour aborder. [...] savoir les limites aide à ajuster son intervention, en effet pour pas faire plus de tort finalement que de bien. (Noëlle)

On n'est pas là pour faire revivre les violences que la personne a vécues. On sait que dans les thérapies bon, ça peut être très très très libérateur [pour explorer les traumas]... parfois ça peut, ça peut arriver que ça se fasse ici, tant mieux! Idéalement, tant mieux ! Mais comme je disais... la limite, je reviens là-dessus, j'vais être redondant... [...] c'est le temps ! (Mike)

Une intervenante souligne que l'approche psychodynamique aspire à ce que la compréhension profonde de la personne entraîne une acceptation et un changement vis-à-vis de sa situation. Dans les faits, plusieurs résidents lui ont fait part de leurs questionnements, voire de leurs insatisfactions relatives à cet « idéal » psychodynamique :

Justement, les limites que j'peux voir, c'est l'exploration, puis là je vais totalement me contredire mais, en même temps, l'exploration profonde, c'est très intéressant puis ça l'aide à comprendre, mais y'a parfois des gens qui me disent « ok, maintenant qu'on a atteint ce niveau de compréhension là, qu'est-ce que je fais? » [...] cette compréhension-là, puis cette acceptation-là, je trouve ça très important, y'a certaines personnes pour qui c'est pas suffisant. (Noëlle)

Ainsi, il semble exister une tension entre l'approche du SL, qui vise une exploration et une mise en sens de l'histoire de vie de la personne en prenant en compte les périodes infantiles et adolescentes, et le court terme inhérent à l'IC qui limite l'abord en profondeur de cette même trajectoire de vie. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

La sur-médication comme limitation au travail thérapeutique est aussi un aspect soulevé par un intervenant, lorsque celle-ci empêche la personne de se connecter à ce qu'elle ressent. Mathias reconnaît l'apaisement des symptômes que peut apporter la médication, mais il a le sentiment que dans certains cas, la personne est tellement médicamentée qu'il lui est impossible d'aller toucher à l'affect, et donc de comprendre sa détresse.

Ça arrive souvent, les gens qui viennent prendre la médication avant la rencontre, puis j'vois l'effet que ça fait parce que souvent, y'en a d'autres qui vont prendre la médication après la rencontre parce qu'ils ont tellement pleuré ou ils ont tellement

touché à quelque chose qui était souffrant ils vont prendre une médication pour apaiser ce qui vient de se passer mais comparativement avec l'autre qui l'a pris avant, celui qui l'a pris avant, tout va bien, tout va bien, y'a pas de... j'pense ça amène une limite à notre capacité d'intervenir, la médication quand y'en a trop [...] (Mathias)

Dans ce chapitre, les principaux résultats des entrevues et des observations ont été décrits. Dans le prochain et dernier chapitre, nous présenterons l'analyse que nous faisons des résultats, en revenant sur nos questions de recherche et notre cadre théorique. Cela nous permettra de voir quelles réponses nous pouvons y apporter à la lumière de la collecte de données que nous avons effectuée.

## CHAPITRE V – DISCUSSION

Dans cette section, nous proposons une interprétation des résultats présentés dans le chapitre précédent ainsi que des réponses aux questions de recherche qui ont animé l'écriture de ce mémoire. Nous tenons à rappeler que les objectifs de ce travail sont multiples. Dans notre étude portant sur un CIC se référant à un cadre d'orientation psychodynamique, nous voulons faire ressortir d'une part les compréhensions de la crise développées par les intervenants. Ce premier objectif nous apparaît essentiel afin de faire le pont avec notre deuxième axe de recherche. En effet, c'est à partir de la façon dont les intervenants entendent la crise qu'ils développent leurs pratiques. Ainsi, dans un second temps, nous nous intéressons aux spécificités de l'approche du SL, qui s'incarnent dans les caractéristiques de l'IC telles que développées par le collectif de travail. Nous tentons aussi de dégager les styles de travail plus singuliers qui en émergent (Clot, 2007 ; 2008). Finalement, le troisième objectif de ce mémoire est de documenter les limites et les contraintes que les intervenants rencontrent dans leurs pratiques.

### 1. Retour sur le cadre théorique

Nous tenons ici à rappeler que notre recherche s'inscrit tout d'abord dans une démarche de développement du métier (Clot, 2007). La perspective de la clinique de l'activité qui nourrit notre cadre d'analyse s'inscrit dans la lignée de la psychopathologie du travail et de l'ergonomie francophone. Elle reconnaît que le métier a une fonction psychologique. Ainsi, au sein de ce mémoire, nous cherchons à écouter et analyser les controverses existantes au sujet d'un métier, dans un collectif donné, afin de faire « reculer les limites du métier » (Clot, 2007,

p.85). Les pratiques discursives des intervenants au sujet de leur activité, autant en individuel que lors des temps d'échange en équipe ont servi d'ancrage afin de développer cette analyse. Nous avons axé notre analyse sur deux aspects de la pratique des intervenants : les spécificités de l'approche d'intervention développée par le collectif de travail du SL, qui correspond au genre professionnel (ou « métier transpersonnel ») (Clot, 2008) et l'activité plus singulière des praticiens. Des résultats, il ressort que le genre professionnel du SL est autant source de l'activité personnelle de chaque intervenant que ressource pour cette dernière.

Également, nous nous sommes intéressée à la traduction, par l'expérience de la pratique, de certains repères théoriques développés dans le discours des intervenants (Couturier et Huot, 2003 ; Huot et Couturier, 2003). Plusieurs concepts issus de la théorie psychodynamique, développés comme faisant partie du « métier transpersonnel » de ce CIC ont été analysés selon les différentes narratives à partir desquelles les intervenants donnent sens à leur activité. Ainsi, il ressort que les divergences de compréhension nourries par les membres de l'équipe participent à une complémentarité et un échange de savoirs au sein des manières d'intervenir de ce CIC. Cette souplesse dans la mobilisation et l'application de certains concepts semble permettre à la théorie de rester un « éclairage signifiant » (Levert, 1999, p.81) et ne pas devenir « un rempart défensif stérile » (*ibid*). A l'instar de Gonin (2013), nous pensons que « le sens de l'expérience et le sens des concepts gagnent en profondeur en migrant l'un vers l'autre » (p.150). Cette lecture de l'activité et des savoirs qui se dégagent de l'expérience des intervenants s'inscrit dans une posture critique vis-à-vis des modèles basés sur les « bonnes pratiques » dans le champ de l'intervention sociale (Couturier et Carrier, 2003). Dans ces modèles, les praticiens auraient simplement à appliquer les pratiques recommandées par le milieu de la recherche, ce dernier développant des données factuelles et s'appuyant sur une « logique de la preuve » (Gonin, 2013, p.137). Notre analyse met en lumière le fait que les professionnels du SL construisent activement des représentations et des connaissances qui participent au renouvellement et au développement de leurs pratiques en IC. En ce sens, la clinique de l'activité fait aussi le constat que les professionnels ont les

ressources nécessaires pour analyser, interpréter et transformer leur métier (Agero Batista, 2015). Ainsi, c'est bien au praticien qu'il revient d'agir dans l'analyse de sa propre activité, dans une visée de transformation et de développement de son pouvoir d'agir. Pour expliquer le développement du pouvoir d'agir, nous aurons recours au concept de métier (Clot, 2008), comme expliqué précédemment dans notre cadre théorique. Pour rappel, Clot (2013, dans Agero Batista, 2015) définit le métier comme :

Une discordance créatrice — ou destructrice — entre les quatre instances en conflit d'une architecture foncièrement sociale qui peut acquérir une fonction psychique interne. Une liaison-déliaison à entretenir et toujours à refaire entre des espace-temps irréductiblement personnel, interpersonnel, transpersonnel et impersonnel » (p.8)

Pour approfondir la compréhension de cette définition, le métier est interpersonnel car l'activité réelle est toujours adressée à un autre (destinataires de services, collègues ou hiérarchie) et transpersonnel puisqu'il s'inscrit dans une histoire collective du métier dont tous les membres sont porteurs. Ce genre professionnel constitue une mémoire « des gestes techniques et des ressources discursives » (Prot, 2004, p.176) du milieu de travail, dont la structure tient autant grâce aux assises laissées par les anciens employés que grâce à ceux y œuvrant actuellement. Le métier est aussi impersonnel par les prescriptions qui rendent les sujets interchangeables vis-à-vis de certaines tâches définies à l'intérieur d'une profession donnée. Enfin, le métier est toujours personnel, dans la capacité du sujet à recréer l'activité à sa manière, en étayant ce développement singulier sur les autres instances du métier. La dynamique entre ces différents registres peut être cultivée ou empêchée et explique les variations dans le développement du pouvoir d'agir des travailleurs, sur eux-mêmes, sur leur travail et sur l'organisation de laquelle ils font partie.

Ainsi, en visant le développement du pouvoir d'agir des intervenants de crise rencontrés, « un espace est donné à l'autonomie professionnelle sans vouloir évincer, pour autant toute prescription de l'activité » (Gonin, 2013, p.142). Notre analyse nous amène à postuler que la valeur accordée aux divergences au sein de ce collectif de travail fait apparaître le style de chaque intervenant comme étant

intimement relié aux dimensions interpersonnelles (échanges entre collègues par exemple) et transpersonnelles (le genre professionnel). Dans une visée de développement du métier (Clot, 2007), telle que décrite précédemment, nous souhaitons que cette recherche puisse mettre en lumière les controverses qui traversent les narratives des différents intervenants rencontrés, à propos d'un même thème ou d'un même concept. Le fait de restituer ces éléments peut participer à faire naître de nouveaux possibles, en tentant d'intégrer des éléments et des conceptions divergentes, alternatives, à l'intérieur d'un même métier (Gonin, 2013). Clot avance que « la variation sur le même thème en systématisant l'inventaire est ce qui prépare le mieux à l'invention » (2007, p.89). Notre démarche de recherche peut participer à cette tentative de recensement.

Dans la section qui suit, nous analysons les compréhensions communes et plus marginales développées par cette équipe autour de la notion de « crise psychique », ses causalités, ainsi que ses manifestations. Nous faisons également des liens avec la littérature.

## 2. Regards sur les manifestations de la crise

Concernant le premier objectif de notre recherche, il ressort que l'équipe du SL développe une compréhension partagée autour de ce qui caractérise une personne traversant une situation de crise. Notre analyse nous amène à constater que le concept de *crise* fait appel à un champ lexical similaire entre chacune de nos entrevues, bien que ponctuée par quelques divergences.

Les intervenants rencontrés exposent une compréhension de la crise ayant de grandes similarités avec la définition enseignée par l'organisme. Cette observation nous laisse penser à une intégration entre la vision développée et transmise par l'organisme, qui participe au genre professionnel, et ce que chacun s'approprié et construit comme définition personnelle de ce concept. En effet, dans une majorité de témoignages, nous avons retrouvé la notion de pertes, et ce, à différents niveaux : tout d'abord, la « perte de repères » est abordée par l'ensemble des

intervenants. La perte de contrôle associée à des thèmes autour de l'invasion émotionnelle est aussi mobilisée : la personne est « submergée » (Noëlle), « envahie » (Mathias), vit un « état de détresse », de « souffrance ». Enfin, les répondants parlent de la perte d'équilibre vis-à-vis du fonctionnement habituel de la personne. Ainsi, la crise dans le discours de plusieurs intervenants, impacte le recours aux mécanismes d'adaptation, aux « outils habituels » (Noëlle), « pour copier » (Mathias) avec la situation. En temps normal, selon plusieurs répondants, ces mécanismes sont aidants pour « prendre une distance » face à la souffrance ressentie. En ce sens, Marie-Christine et Laura évoquent une sidération des capacités de rationalisation et de mentalisation. Laura explique que la mentalisation correspond à la capacité de la personne à faire des liens entre son ressenti interne (sensations, émotions) et des événements ayant lieu dans son quotidien. Elle permet, selon elle, une prise de distance et vise une recherche de sens, dans un moment où la capacité de penser de la personne peut être débordée. En lien avec les conceptions mentionnées ci-dessus par les intervenants pour décrire la crise, nous relevons qu'elles s'inscrivent dans la lignée de différents auteurs dans le champ de l'IC. Poirier (dans Larose et Fondaire, 2011), explique dès les premières lignes de son chapitre que la crise, « c'est d'abord un déséquilibre [...] la personne perd pied et devient incapable de gérer sa situation » (p.20). Selon Roberts (2000, dans Larose et Fondaire, 2011), les principales caractéristiques de la crise réfèrent à un « sentiment croissant de perte de contrôle, de peur et de confusion », ainsi qu'à un « déséquilibre prononcé dans le mode de vie et le fonctionnement social. » (p.21). Au niveau du fonctionnement, l'altération de la capacité de la personne à répondre à ses besoins de base ainsi que la difficulté à prendre soin de soi sont des éléments revenant dans les témoignages que nous avons reçus. Certains intervenants parlent de l'impact de la crise sur la capacité de la personne à répondre aux exigences de son environnement et d'assumer les rôles qui lui incombent normalement. De nombreux auteurs, tels que Séguin, Brunet et Leblanc (2012), Larose et Fondaire (2011) et Mishara et Tousignant (2004) abordent le recours à des stratégies d'adaptation moins efficaces pour résoudre la situation de crise, voire un non-recours aux stratégies

adaptatives habituelles. Cette altération dans le fonctionnement trouve ses racines dans un sentiment de souffrance envahissant et paralysant. Comme l'expliquent Carey-Bélanger et Côté (1982, dans Corriveau, 2014) la crise représente une « rupture brusque dans le mode habituel de fonctionnement d'une personne à la suite d'un évènement précis, cette personne connaît alors une altération partielle ou totale de sa capacité de fonctionner » (p.1).

De manière plus marginale, la perte d'un sentiment d'identité est mentionnée par Laura, en lien avec un « faux self » (Zucker, 2001) que la crise mettrait à jour. Cette conception de la crise chez Laura, justifie la création d'un lien de confiance, afin d'aller à la recherche d'un contact « vrai », « authentique » avec le résident. Nous retrouvons ces thèmes en filigrane ou de manière explicite dans les narratives d'autres intervenants. Comme le soutient Gonin (2008 ; 2013), et nous y reviendrons dans les sections portant sur les pratiques d'intervention à proprement parler, certains aspects du discours des intervenants à ce sujet peuvent être mis en parallèle avec des notions issues de l'éthique du *care* (Laugier, 2010 ; Paperman, 2010).

Mike est le seul intervenant à exposer une compréhension plus théorique de la crise, selon le modèle de Aguilera (1995) et Séguin, Brunet et Leblanc (2012) en nous présentant les trois issues possibles de la crise (retour à l'état antérieur, détérioration ou opportunité de changement). Ce modèle est également présenté dans le document formatif proposé par le SL.

Le constat de ces différentes issues justifie selon lui de ne pas créer d'attente pour la personne, mais de l'inciter à s'engager dans une démarche thérapeutique au SL.

Dans les compréhensions exposées par les intervenants sur les causalités de la crise, la présence d'un ou différents éléments déclencheurs de la crise dans le passé récent de la personne ou l'accumulation d'évènements potentiellement traumatiques durant les périodes infantile et adolescente sont également abordées. L'ensemble des intervenants pointent les enjeux de répétition dans l'histoire de la personne. Certains vont aussi mentionner un élément déclencheur dans le vécu récent, à relier avec d'autres schémas relationnels significatifs du passé, qui

placent la personne dans un sentiment d'impasse ou de souffrance au niveau relationnel. Ainsi, pour ces intervenants, entre autres, la crise est à rattacher à des difficultés sur le plan du lien à l'autre :

Il est à noter que les conceptions de la crise issues des témoignages des intervenants s'inscrivent en continuité de la compréhension qui se dégage d'un certain nombre d'écrits en IC et en psychodynamique (Aguilera, 1995 ; Kaës, 1979 ; Larose et Fondaire, 2011 ; Zucker, 2001). Cependant, il semble que les intervenants font preuve d'appropriation dans la manière dont ils explicitent certaines notions théoriques en les enrichissant de leur expérience. Par exemple, Laura aborde comment l'intervenant de crise peut soutenir la personne lorsqu'elle celle-ci, dans l'intensité de la crise, vit une défaillance dans sa capacité à faire sens de son vécu interne (émotions, sensations, pensées, etc.). Ces propos peuvent faire écho aux écrits de Bateman et Fonagy (2006) et Lecours (2016) sur la carence de mentalisation et la manière dont le thérapeute peut représenter une aide afin d'aider le patient à développer cette capacité. Au travers d'une présence attentive aux différents langages (verbal et non verbal) de la personne et au travers de la mise en mots de ce qu'il ressent, l'intervenant peut ainsi aider l'individu à retrouver une capacité réflexive qui avait été mise « hors-circuit » (Lecours, 2016, p.239) par une expérience émotionnelle trop intense. Également, plusieurs entrevues abordent les enjeux de répétition inconsciente (Freud, 1905) dans la trajectoire de vie de la personne, qui peuvent amener la personne jusqu'à une impasse mise à jour par la situation de crise. En ce sens, plusieurs intervenants nomment refléter et relever certains éléments dans le discours de la personne. L'objectif mentionné est que celle-ci « s'entende dire » (Mathias), prenne conscience et acquiert une forme de « mémoire » (Noëlle), qui lui permettra de ne pas répéter *à priori* la même attitude, et d'apporter des réponses nouvelles aux situations qui se présenteront.

Les répondants s'éloignent ainsi d'un discours purement calqué sur la théorie, mais ont recours à certaines notions lorsqu'il s'agit d'explicitier leurs compréhensions propres du phénomène de crise, et par la suite la légitimité des

actions qu'ils réalisent (Fablet, 2009). Comme l'avancent Huot et Couturier (2003), les intervenants semblent créer une médiation entre les observations concrètes issues de leur pratique et l'abstrait de l'univers théorique. Ce rapport épistémologique entre pratique et théorie peut participer à développer le sens qui est donné aux situations particulières que les intervenants rencontrent, en dégagant des logiques d'ensemble autour de l'objet de leur travail que représente la crise psychique.

De notre analyse, il ressort que les conceptions développées autour de ce phénomène, ses causalités et ses manifestations, impactent la manière dont les répondants conçoivent et réfléchissent leur posture d'aidant en IC et la construction du cadre d'intervention dans lequel ils s'inscrivent. De ce « métier transpersonnel » (Clot, 2008) construit par le collectif de travail, nous tenterons de faire ressortir ses spécificités vis-à-vis d'une approche dominante en IC (MSSS, 2010 ; Séguin, Brunet et Leblanc, 2012), ainsi que les styles plus singuliers des divers praticiens.

### 3. La conceptualisation de l'aide dans l'approche du SL et ses spécificités au regard de l'approche dominante en IC

Des résultats, il ressort que l'accompagnement et l'encadrement sont des caractéristiques majeures de la pratique des intervenants au SL. Nous commencerons par analyser le concept de l'accompagnement et ce à quoi elle se réfère dans la pratique concrète des intervenants.

#### 3.1. L'accompagnement

Dans les témoignages recueillis, l'accompagnement est important autant durant le séjour des résidents que dans la transition vers le retour au milieu de vie de la personne ou lors d'un passage de relais avec d'autres services professionnels après le séjour au CIC. Bien que chaque intervenant colore ce concept en fonction

de sa posture et de sa vision personnelle, l'accompagnement est un terme général. Voici donc une définition de l'accompagnement proposée par Pronovost (1997), extraite d'un texte de Lavoie (2000). Pour lui, accompagner veut dire « être relié ; être engagé face à l'autre dans le quotidien ; répondre au besoin fondamental de sécurité et de lien ; devenir un être significatif pour l'autre et que cet autre le devienne pour soi-même. » Comme l'explique Lavoie, « cette définition met l'accent sur la relation, le lien à créer, la présence, et par conséquent, met en évidence l'engagement et la responsabilité mutuelle des deux personnes impliquées dans ce rapport. » Cette définition de l'accompagnement est liée à plusieurs éléments mentionnés par les intervenants du SL, comme l'importance du lien de confiance, l'implication affective des praticiens, le fait d'assurer une présence contenant et sécurisante pour les résidents, ainsi que l'aspect de responsabilité partagée au sein du processus de relation d'aide. Ces qualités sont généralement reconnues dans l'ensemble de la littérature portant sur l'IC comme des facteurs favorisant la protection et le rétablissement de la personne en crise, au travers d'un lien suffisamment investi et confiant avec l'intervenant (Aguilera, 1995 ; Lamarre, 2014 ; Larose et Fondaire, 2011 ; Séguin, Brunet et Leblanc, 2012 ; Zucker, 2001).

Puisque notre intérêt porte sur les spécificités de l'approche du SL, nous avons porté notre analyse sur les aspects alternatifs que les intervenants associent à l'accompagnement, par rapport à un courant plus dominant en IC (Lamarre, 2014 ; MSSS, 2010 ; Séguin, Brunet et Leblanc, 2012). Il est ressorti différents éléments, avec en premier lieu la place « primordiale » (Mike) laissée à la parole, aux associations libres et une liberté quant aux thématiques que la personne aborde en rencontre. Nous avons aussi relevé l'importance accordée à la singularité de l'expérience, dans la prise en compte d'éléments issus des sphères infantiles et adolescentes de l'histoire de vie de l'individu ainsi que la non-recherche de solution ou d'apaisement rapide des symptômes. En ce sens, la visée compréhensive de l'intervention au SL a été dégagée de notre analyse. Enfin la considération et l'analyse des mouvements inconscients dans la relation d'aide

(projections, dynamique transférentielle, etc.) nous apparaît également comme une des particularités du travail développée par ce CIC.

En lien avec les différents éléments mentionnés, nous élaborerons tout d'abord sur l'approche personnalisée et compréhensive proposée au SL.

### 3.1.1 Une approche personnalisée, à visée compréhensive

Dans notre analyse, les attitudes en lien avec la posture d'accompagnement se relient à une approche de l'autre que nous pourrions qualifier de « personnalisée », au « cas par cas », comme l'a également montré la recherche effectuée à La rue des Femmes par Gilbert, Emard, Lavoie et Lussier (2017). Ainsi, les intervenants du SL démontrent une considération et un intérêt sincère pour la personne, dans sa singularité, son histoire de vie, ses besoins particuliers. Les intervenants abordent chaque résident dans une perspective d'individualisation de l'aide (« [Les besoins] Ça dépend tout le temps de chacun » John), qui prend en compte la situation et le vécu particulier de chaque personne (« tout le monde a sa subjectivité, chacun a son vécu » Mathias). Ce souci de l'autre et la qualité de présence que cela implique de la part des intervenants se retrouve dans différents thèmes transversaux entre les entrevues et les observations : « empathie », « respect du rythme », « accueil », « relation », « rencontre », « écoute », « ne pas juger », « lien de confiance », « recevoir », « ressentir » avec l'autre, « identification » au vécu du résident. Ces champs lexicaux semblent être associés à différentes fonctions. Tout comme dans la thèse de Gonin (2008), notre analyse thématique a mis en lumière que l'écoute est conçue comme une activité ayant diverses finalités : elle permet de « comprendre » les situations des personnes, mais aussi d'apporter un soutien, un soulagement, en accueillant des contenus très souffrants, ou encore d'éveiller des « prises de conscience. » Dans certains témoignages, c'est l'aspect relationnel de l'aide qui est mis de l'avant pouvant être associé à la prévention d'un passage à l'acte grâce à la « collaboration » (John) qui sera établie. Pour d'autres, c'est le fait de reconnaître l'autre dans toute sa subjectivité qui prime (« s'intéresser à

l'ensemble de la personne, sa nature, ses défis, ses mécanismes de défense » (Noëlle).

À la suite de la rencontre d'accueil avec la personne en crise, plusieurs intervenants expliquent que leur intervention est adaptée à chaque personne, les besoins du résident se définissant au fur et à mesure du séjour, à son rythme. Comme mentionné plus haut, nous pouvons effectuer des parallèles entre les pratiques discursives des répondants autour de la relation d'aide et les idées amenées au sein du courant de l'éthique du *care* (Laugier, 2009 ; Paperman, 2010 dans Gonin, 2013). « Selon les théories du *care*, celui-ci est présenté tantôt comme une *disposition* (une aptitude), tantôt – ou simultanément – comme une *activité* (une pratique concrète, en général socialement reconnue ou instituée) » (Zielinski, 2010, p.632). Le *care*, qui prend la forme d'une aide relationnelle, implique une attention portée sur la vulnérabilité, les besoins, la vie affective, émotionnelle de soi et d'autrui. Ainsi, il est possible d'effectuer une transposition du lexique mobilisé par les intervenants en lien avec des qualités et des valeurs propres à l'éthique du *care* dans leur posture et les compréhensions issues du domaine de la recherche féministe initié par Gilligan (1982, dans Zielinski, 2010) à ce sujet.

Les pratiques des intervenants au SL sont aussi axées sur la compréhension de la situation de crise et des liens qu'il est possible d'établir avec l'histoire de la personne. Ainsi, elles mobilisent l'histoire du résident dans son vécu subjectif, l'image qu'il a construit de lui-même et de ses relations au travers de son parcours, ses compétences et ses savoirs, comme le soulignent les écrits de Cantelli et Genard (2007). À ce propos, tous les intervenants reconnaissent l'aspect fondamental de la parole et des mots utilisés par la personne dans cette visée de compréhension de l'état de crise. Ici, le métier transpersonnel semble avoir servi de ressource afin de développer sa propre pratique.

En lien avec la place laissée à l'expression affective et verbale en rencontre formelle, nous avons aussi analysé à partir du discours des praticiens qu'ils incarnent différentes tendances en termes de posture, lorsqu'ils sont en contact

avec les résidents. Ces postures s'inscrivent selon nous sur un continuum entre une attitude plus silencieuse, « transparente » (Noëlle), « très psychanalytique » (Mathias), et une présence où l'intervenant est plus actif dans l'échange verbal avec le résident. Cette posture pourrait être qualifiée « d'éducative » :

Moi je prends quand même assez de place en rencontre, j'ai des collègues ils prennent moins de place [...] j'aime ça expliquer, j'aime ça que les gens comprennent, je pense que ça aide au lien, à la confiance. (Marie Christine)

Sur un autre aspect, selon notre analyse, il semble que l'intervention s'effectue à deux niveaux, entre la réalité observable au sein du CIC (sur le plancher et en rencontre formelle) et la réalité interne des résidents (leur vécu affectif, les mécanismes dont ils ont moins conscience, etc.). Tous les intervenants reconnaissent accorder une place importante dans leurs interventions au lien qu'il est possible d'inférer entre ces deux niveaux. C'est aussi un matériel clinique souvent utilisé lors des échanges dont nous avons été témoin entre les intervenants.

C : Tantôt vous disiez « c'était presque intolérable pour elle de rester là », qu'est-ce que vous observiez qui était euh.. ?

J : Par exemple, elle faisait les cent pas, elle se promenait, elle tenait pas en place... elle arrivait pas, on essayait de l'amener à essayer de réfléchir à des stratégies, qu'est-ce qu'elle pourrait faire pour se déposer un peu... elle voulait pas être dans sa chambre, elle se promenait, elle allait dehors puis là, on la voyait marcher, puis là, on se disait « elle est tu en train de s'en aller? » Puis elle revenait... puis t'sais, ça a joué comme ça pendant un certain temps [...]

Dans cet extrait, nous tentons d'amener John à nous expliquer ce qu'il entend par le terme « intolérable », afin qu'il nous en propose une compréhension et une signification personnelle. Cet échange nous permet de mieux saisir son processus de décodage d'une situation lui ayant posé plus de difficultés et le sens qu'il lui a donné, dans l'après-coup. Il permet aussi d'illustrer le lien entre ses observations et une compréhension en profondeur de la problématique et du fonctionnement de la personne. La structure du SL devient un révélateur en ce sens, autant dans la manière dont la personne fonctionne à l'intérieur du cadre que lors de l'accompagnement proposé au fil des rencontres quotidiennes. Dans cette optique, ce qui se dévoile dans l'ici maintenant de la relation représente un matériel clinique important pour l'équipe, qui pourra être mis au travail par la suite. Dans

les témoignages, nous avons relevé que deux utilisations sont faites de ce matériel. Les intervenants peuvent s'en servir pour nourrir leur compréhension des résidents. Ils peuvent également le mettre en mots avec les résidents, sous forme de reflets ou de questionnements. Cela amène la personne à mieux se connaître et permet de comprendre avec elle ce qui se rejoue dans l'actuel de la relation ou du cadre et des limites qu'il impose.

Nous pouvons faire des liens entre cette spécificité du travail de crise au SL et la notion d'écoute « plurielle » développée par Mellier (2018). Ainsi, l'intervention au SL vise à sécuriser la personne, à éviter un passage à l'acte potentiel, mais également à accéder aux enjeux psychiques sous-jacents, et ce, à partir du lien tissé avec les intervenants. À propos des agirs et des passages à l'acte, plus présents dans la clinique de crise que dans d'autres milieux d'intervention, leur mise en mots et par là, la recherche de sens sous-jacente, permet de les transformer en une demande, comme en témoignent différents écrits (Brelet-Foulard, 2004 ; Gilbert et Lussier, 2007 ; Larose et Fondaire, 2011).

### 3.1.2. Une approche divergente de l'approche dominante en IC

Le recours à la mise en sens du vécu correspond à ce que le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) prescrit dans son approche, en cohérence avec la reconnaissance de la singularité de la personne (RRASMQ, 2009 dans Fagan Huot, 2018). Cependant, l'approche des intervenants du SL diffère en partie des recommandations ministérielles en termes de bonnes pratiques, puisqu'ils centrent leur intervention sur la compréhension des éléments et du vécu qui amènent la personne à vivre la situation de crise, en tenant compte des éléments issus de l'enfance et de l'adolescence. À l'inverse, le MSSS ainsi que Séguin, Brunet et Leblanc (2012) recommandent pour la crise suicidaire d'avoir recours à l'approche orientée sur les solutions (De Shazer, 1985, dans MSSS, 2010). Cette approche considère qu'il n'est pas nécessaire que les intervenants connaissent en profondeur les préoccupations ni les causes de l'état

de la personne pour l'aider à trouver des solutions à son problème. Le guide des bonnes pratiques en matière de prévention du suicide publié par le MSSS (2010) explique que cette approche, appliquée à la personne suicidaire, vise à détourner l'attention de la personne de ses préoccupations afin de l'amener à trouver des solutions et des changements possibles (p.28). L'attention est donc portée sur le futur, et non sur le passé ni sur la cause ou la fonction des symptômes. Le MSSS (2010) indique également que l'intervention doit viser la reconnaissance de moments d'exception dans le vécu difficile de la personne en crise, qui représentent autant d'issues vers des pistes de solutions, afin « d'accompagner la personne dans la description d'un futur sans souci » (p.36). Trois intervenants du SL font mention de cette approche dans leur manière d'intervenir, notamment lors des rencontres informelles, pour faire diminuer l'anxiété, ou avec des personnes fortement médicamenteuses. Dans ces moments, la recherche de solutions qui oriente la personne dans le concret peut viser différents objectifs : « stabiliser la médication » (Mathias), répondre aux « besoins primaires », « désamorcer la situation » ou encore permettre à la personne de pouvoir « se projeter » (John). L'approche orientée vers les solutions, dans le cadre du SL, semble être utilisée de manière ponctuelle, dans l'optique de faire diminuer une tension qui accompagne bien souvent l'état de crise et les symptômes qui lui sont reliés. Nous pouvons d'ailleurs nous demander si le recours à cette approche vise aussi à créer une forme d'apaisement chez l'intervenant, lorsque celui-ci se confronte à un sentiment d'impuissance face aux manifestations d'anxiété ou d'angoisse chez l'autre.

Cependant, ce qui revient dans l'ensemble des discours des intervenants et des observations effectuées au cours de notre terrain de recherche est que le focus de leur intervention n'est pas mis uniquement sur l'apaisement des symptômes présents dans la crise. En lien avec ces thèmes, les pratiques discursives des intervenants se réfèrent à une recherche de « sens », un désir de comprendre, « mettre des mots », « accueillir », « contenir » et « entendre » malgré des états de désorganisation importants. Les praticiens, dans leurs discours, souhaitent aller explorer ce qui « cause » ces symptômes, aller plus en « profondeur » (Noëlle),

« sécuriser la personne dans son vécu » (Mike), ce qui impactera le rétablissement à plus long terme. Dans cette perspective, il apparaît que l'équipe considère la crise comme une ouverture, une potentialité pour adresser une souffrance, et non pas comme quelque chose à « refermer » ou à apaiser de manière artificielle (De Coulon, 1999), au moins dans un premier temps.

### 3.1.3. Prise en compte de la dynamique transférentielle

Une autre spécificité du « métier transpersonnel » de cet organisme est l'importance accordée à la relation intersubjective entre l'intervenant et le résident, plus particulièrement sous l'angle de la dynamique transférentielle qui s'y instaure. La compréhension du transfert et du contre-transfert est évoquée dans cinq entretiens, et occupait une place importante dans les échanges en équipe que nous avons observés. Ainsi, nous avons pu voir et écouter qu'une grande valeur lui était accordée. Cela démontre selon nous une reconnaissance du vécu affectif des praticiens et de leurs réactions inconscientes au contact des résidents comme des outils incontournables de leur travail en IC. Plusieurs nuances ont été décelées dans la compréhension de ces concepts, ainsi que dans les usages qui en étaient fait. Dans les pratiques discursives de plusieurs intervenants, le contre-transfert est associé au « ressenti » physique et émotionnel au contact des résidents. Marie-Christine reconnaît que c'est la première chose qu'elle va écouter et qui l'aide à « moduler » son intervention. Pour John, ce sont des « indices » qui lui servent à émettre des hypothèses sur comment peut se sentir l'entourage de la personne, dans des sentiments d'impuissance ou de colère, ou de par la prise en charge effectuée, etc. Laura nomme que l'usage du contre-transfert « déjoue le mental » du résident, en lui permettant « de faire ressortir des choses qui restent dans l'ombre ». Par exemple si son ressenti personnel n'est pas cohérent avec la teneur des propos du résident, elle pourra s'en servir afin d'orienter son intervention. Mathias explique être attentif à la « résonance » entre son vécu et celui du client pour ne pas rentrer en réaction et « tolérer » les projections dont il fait l'objet. Ses

propos rejoignent ceux de Mike concernant un désir de limiter l'impact de ses « bibittes » sur la relation d'aide. Les répondants de notre étude expliquent avoir recours à un travail continu sur eux-mêmes afin de limiter l'impact de leur vécu sur la relation d'aide. La moitié reconnaissent d'ailleurs que leur propre psychothérapie est utile en ce sens. Ce travail sur eux-mêmes implique une mise à distance et une prise de conscience des émotions et sensations suscitées par la dynamique avec le résident. L'usage du contre-transfert, dans la majorité des témoignages recueillis est fait dans le but de maintenir une connexion à l'autre et à sa souffrance, pour pouvoir « toucher aux vraies choses » (Mathias). Au travers de la réflexion et de la gestion des réactions contre-transférentielles, un champ lexical autour de la « maîtrise de soi » est ressorti en filigrane du discours des intervenants. Cette capacité de maîtrise leur permet de ne pas être submergés par leur expérience au contact des résidents. L'objectif poursuivi est de rester disponible à l'autre, ce qui nécessite une certaine mise à distance des contenus émotifs qu'ils peuvent ressentir, tout en se laissant toucher par le vécu de la personne. Cette tension entre proximité affective et distance traduit dans la pratique une posture « paradoxale » décrite par Bonnet (2008).

Comme mentionné préalablement, l'encadrement est le deuxième axe principal de la pratique des intervenants rencontrés. Au-delà de la mission donnée à l'ensemble des CIC d'assurer la sécurité et de prévenir un passage à l'acte potentiel pour les personnes s'y présentant (MSSS, 2010 ; Larose et Fondaire, 2011), nous avons dégagé à l'intérieur de notre analyse une interdépendance et un usage de trois niveaux de cadres au SL. Nous développerons notre compréhension concernant cet aspect de leur « métier transpersonnel » dans la prochaine section.

### 3.2 Un cadre à multiples niveaux afin de contenir la crise et gérer le risque

De notre analyse, nous avons pu dégager qu'il existe une complémentarité entre trois types de cadres au SL et qu'ils participent tous à une mise en sens de la crise, tout en la contenant et en prévenant des passages à l'acte potentiels. Les usages

qui sont fait de ces différents cadres et leur intégration représentent selon nous une spécificité de l'approche de ce CIC. Premièrement, le cadre « externe », qui correspond aux limites physiques de la maison mais aussi aux balises de la structure, se retrouvant au travers du code de vie, des règles non-écrites et des responsabilités légales de l'équipe en lien avec certains agirs. Puis vient le cadre que nous pourrions qualifier de « relationnel », qui représente un cadre de nature affective et intersubjective, se reliant aux qualités relationnelles et affectives de l'intervenant, qui occupe une grande place dans l'approche de ce CIC. Enfin, un cadre interne, incluant la tolérance, la contenance et les limites propres à chaque intervenant s'ajoute aux deux précédents. Dans la prochaine section, nous développerons notre propos sur chacun de ces cadres, leurs points de jonction et les nuances existant entre les intervenants à propos des usages de ces cadres.

### 3.2.1. Cadre externe

Selon une majorité des répondants, les repères offerts au CIC par la structure externe permettent aux personnes de retrouver un sentiment de sécurité interne, bien souvent mis à mal dans la période de crise. La bonne connaissance du cadre, de ses limites et des logiques en arrière de l'approche du SL est aussi mentionnée comme un outil important, les aidant à intervenir. Laura insiste sur la nécessité d'expliquer le fonctionnement de la structure lors de l'accueil, afin que les résidents puissent avoir des « balises » claires relatives à leur nouvel environnement. De même, John et Marie-Christine expliquent l'importance de bien expliquer le sens des règles aux résidents. Cela correspond aux suggestions prescrites par la direction dans leur document interne, qui précise :

S'il nous arrive d'avoir des doutes par rapport à la limite à faire appliquer, peut-être se sent-on cruel dans notre contre-transfert. Cela étant dit, il est nocif de se justifier. Il est par contre supportant d'expliquer une règle. Cette explication témoigne qu'il ne s'agit en aucun cas d'une limite arbitraire. (Soleil Levant, s.d)

Ainsi, l'espace délimité offert par le cadre participe à redonner des repères aux résidents. Cela fait écho aux écrits de De Coulon (1999) qui explique que le fait de reconnaître les limites de l'IC, autant spatiales que temporelles, et de s'en

servir en permanence est une des forces de ce type d'intervention (p.87). De notre analyse, il ressort cependant que le cadre, dans le discours des intervenants, va bien au-delà du code de vie, de la routine et des règlements qui régissent le fonctionnement du CIC. Le cadre est un espace balisé, un « carré de sable » (Laura), un « moi de substitution » (Laura), qui remplit différentes fonctions : « donner une structure » (Marie-Christine), « se déposer », « se ressentir », « calmer ce tourbillon » (Noëlle), « prendre un pas de recul » (Laura), « contenir », « mettre un délai » (John). En lien avec l'application des règlements du SL, une variation stylistique a été dénotée : une intervenante a reconnu parfois faire de « l'ignorance intentionnelle » lorsqu'elle n'est pas d'accord avec certaines règles qu'elle estime trop rigides. Nous voyons ici que cette praticienne prend une liberté vis-à-vis du genre professionnel et des prescriptions de l'organisme. Selon elle, le fait de ne pas porter pleinement le cadre aura un impact sur son intervention, et en ce sens, elle préfère s'abstenir d'intervenir lorsqu'elle n'est pas totalement en accord avec certaines règles.

Toujours en lien avec le cadre externe, la fonction de tiers et la fonction contenante sont mentionnées dans un document interne produit par la direction du SL. Dans la perspective de l'organisme, ces deux fonctions s'articulent afin d'assurer une éthique autour des limites inhérentes au cadre et de leur application auprès des résidents. En effet, comme indiqué :

L'intervenant est soumis au cadre au même titre que le résident [...] Le cadre est un contrat de fonctionnement, par conséquent les décisions que prend l'intervenant ne relèvent pas de son bon vouloir, de son pouvoir, ni de l'arbitraire. (Soleil Levant, s.d).

Ainsi, personnes reçues et aidants sont soumis à une loi commune, à laquelle tous doivent se conformer. Par conséquent, il nous semble que le cadre externe, au travers de ses dimensions entrelacées de lieu physique, de règles et de limites participe à contenir les résidents et également les intervenants, au travers des repères qu'il fournit. La fonction tiers abordée dans le document interne n'est pas mise de l'avant dans ces termes dans les entrevues. Cependant, elle s'illustre selon nous dans l'importance accordée au vouvoiement et dans le souhait de l'équipe d'être perçue comme une entité par les résidents. En effet, nous avons remarqué

qu'au-delà de la relation privilégiée que peut entretenir un intervenant avec un résident s'il le suit en rencontre formelle, l'équipe met de l'avant dans son discours une grande recherche de cohésion d'intervention auprès des personnes. L'objectif explicite est de ne pas créer d'enjeu de clivage et de faire en sorte que la relation du résident ne soit pas seulement avec un intervenant spécifique, mais avec l'institution tout entière du CIC. Selon nous, ce travail permet de prendre un pas de recul vis à vis de la dualité de la relation entre l'intervenant et la personne en crise. De Coulon (1999) expose également que le cadre fonctionne comme un tiers, autant pour les intervenants que pour les patients ; il sert de référence pour les deux partenaires de l'interaction. Selon lui, le cadre doit être « ferme et souple à la fois », ce qui fait écho aux propos de Laura, pour qui le cadre doit être « clair et cohérent » et à la fois « souple puis adapté à chaque personne ».

La fonction contenante du cadre externe est abordée dans trois entrevues, et elle est associée à un espace « d'accueil », qui permet aux gens de « ne pas se laisser s'écrouler », « fonctionner minimalement » (Marie Christine), « se déposer dans certaines limites » (Laura) notamment grâce aux horaires qui structurent la routine quotidienne. Cette fonction du cadre est associée à une capacité à accueillir et recueillir des souffrances n'ayant pas trouvé d'espace où se déposer auparavant pour la personne qui les porte (Mellier, 2005). Selon Kaës (2012), « ce temps et cet espace premiers de la contenance hébergeante sont indispensables, [...] Mais il est indispensable que soit instauré un dispositif qui soutiendra le travail de symbolisation » (p.643). C'est ici que le contenant externe offre un support au « conteneur » (Kaës, 2012, p.643) de l'intervenant, processus plus actif de transformation, de symbolisation et de rencontre entre plusieurs espaces psychiques. Cette distinction nous apparaît importante à souligner ici car elle nous permettra d'approfondir une « démarche de comparaison » (Huot et Couturier, 2003, p.22) des narratifs explicatifs développés par les intervenants autour du concept de « contenance » et ceux du milieu de la recherche en psychanalyse. Nous y reviendrons dans les sections relatives au cadre relationnel et interne.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les enjeux de compréhension et de gestion des passages à l'acte sont une des particularités de la clinique de crise (De Clercq, 1991 ; De Coulon, 1999 ; Zucker, 2001). Ainsi, une part non-négligeable des personnes reçues en CIC s'expriment à travers différentes formes d'agirs. Comme le souligne De Clercq (1991) :

Souvent, chez ces patients, dans ces familles, la parole est plus dangereuse, plus difficile à manier que l'agir. Ils essaient de se suicider, prennent de l'alcool ou des drogues, se montrent incapables de véhiculer par la parole la souffrance d'un deuil, la déception narcissique d'une séparation. Ne pas y voir une réelle demande à entreprendre un travail thérapeutique serait une erreur. La demande de changement, l'appel à l'aide sont là, dans l'interpellation de ces agirs pathologiques (p.158).

Le cadre, dans les témoignages recueillis, est associé à la pose de « limites » claires par rapport à certains agirs. John souligne que le cadre permet d'engager un travail impliquant un « délai », en passant par la mise en mots avec un intervenant de ce qui se passe au niveau interne. En ce sens, la présence attentive des intervenants s'allie au cadre externe afin de mettre à jour les agirs, puisque ceux-ci viennent jouer sur ses limites ou transgresser ses contours. Ceci représente un premier temps d'arrêt qui ouvre une voie pour les intervenants afin de « rétablir le fil conducteur de la parole, à travers la traduction de l'acte que génère la confrontation au cadre » (Gilbert et Lussier, 2007, p.142). La capacité du cadre externe à permettre une observation plus sensible des manifestations et détails symptomatiques est un élément commun du discours des membres de l'équipe. Le cadre représente aussi un réceptacle pour accueillir et canaliser les projections de la personne, en particulier dans des éléments plus négatifs ou destructeurs (Périlleux, 2015).

### 3.2.2. Cadre relationnel

Dans notre recherche, nous avons fait le constat qu'au cadre externe que nous venons de décrire se joint un deuxième cadre de nature affective et relationnel. Celui-ci s'appuie sur les qualités relationnelles et affectives de l'intervenant. Des résultats, il ressort que l'importance accordée à l'accueil de la personne et au lien

qui se tisse entre l'équipe et le résident font partie de la base de l'approche et de la vision du cadre au SL. Selon Mellier (2018), le développement d'une relation est le point de départ de tout travail psychique. En ce sens, l'égard accordé à la rencontre d'accueil et à la création du lien dans les premiers jours du séjour par l'ensemble des intervenants rejoint l'idée de la « constitution d'un espace de réconfort et de première protection afin de permettre l'énonciation de la souffrance » (Soulet, 2005, p.29 dans Gilbert, Emard, Lavoie et Lussier 2017). Malgré la courte durée de l'intervention, nous comprenons que l'efficace de celle-ci se situe en grande partie dans la relation affective tissée avec les intervenants. Un aspect plus marginal dans le style d'intervention est amené par Marie-Christine, qui mentionne avoir recours à « l'humour » afin de favoriser un bon lien avec les résidents. Ainsi, accueillir et être présent auprès des résidents, et ce, entre autres dans une visée de prévention d'un agir potentiel, semble aux fondements du genre professionnel du SL. Cela fait écho aux propos de Mellier (2018) pour qui la présence des intervenants dans les moments de crise est nécessaire, et représente « le premier temps de tout travail de contenance » (p.142). À l'instar de cet auteur et dans la continuité de nos résultats, nous formulons l'hypothèse que les demandes d'aide et la souffrance émanant des personnes se présentant dans des structures communautaires, comme le SL, s'expriment sous des formes variées tels des ressentis physiques envahissants ou des passages à l'acte, pour ne citer que ces possibilités. Ce sera alors à l'intervenant de les décoder, les ressentir, les porter et les reconnaître dans le but de faire émerger une « réalité psychique » qui se différencie des autres « réalités matérielles » (Mellier, 2018, p.134). Ces signes de détresse « infra-verbaux ou intersubjectifs » (p.133) nécessitent une prise en compte plus grande des phénomènes à l'œuvre dans l'intersubjectivité.

### 3.2.3. Cadre interne

Mellier (2018) distingue la notion de « cadre » de la notion de « dispositif », et il nous semble que cette nuance pourrait s'appliquer aux résultats de notre étude. En effet, pour cet auteur, le dispositif est défini comme « un état d'esprit, une manière d'être » (p.137) possible de l'intervenant. Dans notre recherche en CIC, les « souffrances primitives » (p.137) dont l'intervenant est témoin demandent de sa part une certaine « disposition » concrète et psychique afin d'être tout d'abord accueillies puis mises au travail. Cette disposition fait écho à l'idée d'un « cadre interne » chez l'intervenant (Gilbert et Lussier, 2007, p.141), qui demande un ajustement perpétuel de sa part à l'intérieur des interactions qu'il développe avec les personnes accueillies.

À propos de la fonction contenante que remplissent les intervenants, un document interne du SL rappelle que dans la littérature psychanalytique, la fonction contenante est souvent associée à la « fonction maternante » :

Ainsi, un « bon contenant [...] est l'objet qui peut comprendre, traduire et apaiser l'état interne de l'autre régressé, aux prises avec des angoisses archaïques ». Une intervention dite « contenante » vise « le bien-être de l'autre » et « doit répondre à ses besoins avec une attitude de bienveillance. » (Soleil Levant, s.d)

Dans les trois témoignages qui ont abordé la « fonction contenante » assurée par les intervenants, nous avons relevé des divergences entre la manière dont les praticiens conçoivent cette fonction contenante et la compréhension de ce concept que nous offre la littérature psychanalytique. En effet, pour compléter ce que nous avons mentionné plus haut sur la fonction contenante, selon Kaës (2012), celle-ci suppose que l'intervenant déploie une capacité à héberger à l'intérieur de lui, transformer et soutenir l'expression d'angoisses et de peurs auxquelles la personne n'arrive pas à donner de sens. Pour cette raison, la fonction « conteneur » occupe une fonction de figuration et de transformation « des affects en représentation de mots » (Kaës, 2012, p.655). Dans les entrevues, une seule intervenante relie la fonction contenante au fait d'être capable d'entendre le contenu amené par les résidents sans s'effondrer, ce qui lui permet de les aider à faire du sens et à mentaliser leur vécu. Chez les autres répondants, la fonction

contenante est plutôt associée à un champ lexical autour des thèmes de « présence », « disponibilité », « disposition », « recevoir », « sécuriser », ce qui n'implique pas au premier abord une fonction de « transformation » d'éléments peu ou pas élaborés, à proprement parler. Cependant, pour nuancer ce constat, tous les intervenants expriment l'importance de la mise en mots et de la recherche de sens, afin de soutenir un travail d'élaboration et de symbolisation autour de ce qui amène la personne en crise. Cette recherche de compréhension au travers de la parole pourrait s'apparenter au travail de mentalisation et de « conteneur » évoqué dans la littérature psychanalytique (Kaës, 2012 ; Lecours, 2016 ; Zucker, 2001).

Toujours en lien avec le cadre interne, nous avons remarqué que la limite de l'organisme face aux formes d'expression émotionnelle que peut prendre la crise est parfois modulée par les limites plus ou moins souples de certains intervenants.

Je suis réellement incapable de tolérer trop d'agressivité, ça c'est la partie que j'aime pas. (Mathias)

Moi j'ai une grande tolérance à recevoir la charge... de colère, de rage d'une personne... en autant que ça reste respectueux envers moi. Mais je pense que c'est une de mes forces d'être capable de recevoir, des fois y'a des intervenants, des collègues qui vont me dire « Eh boy, elle criait fort ! » des fois les gens sont désorganisés tellement c'est intense ce qu'ils ressentent, mais je pense que c'est important de les accueillir dans cet état-là. (Marie Christine)

Dans cet extrait, Marie-Christine reconnaît avoir une attitude de « tolérance », qui lui permet de rester présente et accueillante auprès des résidents, même lors des moments de débordement émotionnel. Cette notion est également abordée dans la recherche de Gilbert, Emard, Lavoie et Lussier (2017) à l'organisme La rue des Femmes. Comme ces chercheuses le soulignent :

Cette attitude [de tolérance] pourra être grandement soutenue par la compréhension de la donne transférentielle, mais aussi par une humilité dans l'intervention qui ne vise pas d'abord à interpréter, mais bien à être présente et empathique avec les femmes. (p.67)

### 3.2.4. Complémentarité et paradoxes de ces trois cadres

Il est important de souligner le caractère « artificiel » de cette classification en trois cadres, qui dans la réalité de l'intervention, s'entremêlent de manière plus complexe. Cependant, cette distinction nous permet de soulever les liens et les paradoxes qui associent ces différents types de cadre. Par exemple, il nous semble que le cadre interne sert de modérateur personnel au cadre externe, qui incarne une structure et des balises communes plus rigides. À l'inverse, le cadre externe peut servir dans une certaine mesure à minimiser l'implication subjective et affective de l'intervenant, afin que celui-ci puisse garder une certaine distance vis-à-vis des dynamiques transférentielles dont il fait l'objet et des ressentis contre-transférentiels qui l'habitent. Le cadre externe permet alors à l'intervenant de garder (ou de retrouver) sa « position de tiers », lui permettant d'agir en tant que fonction et représentant des règles qui régissent le CIC. Également, de notre analyse, il ressort que le cadre externe, dans les discours des intervenants, représente un appui à l'intervention et ne s'impose que rarement comme première réponse de la part des intervenants. Ces derniers, en plus de l'internalisation de ces balises, vont d'abord s'appuyer sur leurs capacités et limites internes. Nous faisons l'hypothèse que le cadre externe est utilisé comme dernier recours, lorsque le cadre interne devient d'une certaine manière « défailant » ou débordé.

## 4. Le travail d'équipe : fonctions de soutien et d'étayage

De notre analyse, il ressort que le travail d'équipe représente un *étayage*<sup>13</sup> important à la pratique des intervenants rencontrés. L'équipe, dans les

---

<sup>13</sup> « En référence à l'utilisation de ce concept en psychologie et en psychanalyse : l'étayage signifie non seulement l'appui sur l'autre, mais signe la possibilité dans le développement du sujet de s'en référer à des expériences précoces marquantes pour réorienter la suite des expériences, de même que de fonder la désintrinsication entre le besoin physiologique (et la réponse immédiate) et le désir (soit la possible reprise de pouvoir dans l'obtention de la réponse, en lien avec le passage par la psyché), soit la sphère psychique. » (Gilbert, Emard, Lavoie et Lussier, 2017, p.140)

témoignages recueillis, est associée à différentes formes de support, principalement d'ordre émotionnel et clinique. Le champ lexical en lien avec l'équipe regroupe les thèmes suivants : « relais », « partage », « savoirs/connaissances », « transmission » (Mathias), « regard en continu » (Noëlle), « confiance » (Laura), « camaraderie » (John). De manière plus isolée, Mike précisera que pour lui, le travail d'équipe est un « contenant » qui permet de réguler les enjeux de « clivage »<sup>14</sup> que les résidents peuvent vivre à l'encontre des intervenants. Dans l'ensemble des témoignages, un sentiment de gratitude et de sécurité est mentionné envers la direction de l'organisme et le cadre de fonctionnement développé au cours des années. Plusieurs mesures ont été mises en place pour permettre un travail de médiation « par un tiers » entre les résidents et les intervenants. Afin de favoriser une réflexion continue sur leur pratique et d'éviter une forme de « trauma vicariant » (Bourgault, 2013, p.259) chez les intervenants, la chef d'équipe et la directrice clinique sont présentes pour le reste de l'équipe et s'impliquent, entre autres, lors des changements de quarts ou lors des réunions hebdomadaires. Elles assurent aussi une disponibilité 24h/24 par téléphone. En ce sens, il nous semble que l'équipe, au travers des échanges auxquels elle prend part, occupe une fonction d'analyse de la pratique de ses membres. Ce dispositif offre « une reprise réflexive des situations relationnelles difficiles » qu'elle rencontre dans le quotidien (Ravon, 2009, p.117).

L'espace d'accueil et d'élaboration assuré par ce dispositif s'apparente selon nous à la fonction contenante telle que définie dans la littérature psychanalytique. De notre analyse, il ressort que cet espace de soutien et d'analyse permet de prévenir une proximité affective qui pourrait être préjudiciable pour les résidents et les intervenants, et de ne pas tomber dans « le piège de la captation » (Gilbert et Lussier, 2007, p.143). Il protège aussi les praticiens en leur permettant de prendre un pas de recul par la voie de l'introspection et de l'expression de leur propre vécu émotionnel avec d'autres membres de leur équipe. Il les rend aussi « sujets de

---

<sup>14</sup> Le clivage (d'objet) consiste en une incapacité de percevoir en même temps les caractéristiques positives et négatives d'une personne, d'un événement ou d'une chose, incluant la perception de soi-même. Le clivage est le résultat d'une pensée dichotomique : tout est blanc ou tout est noir, tout est bon ou tout est mauvais (Buffet, 2014).

leurs pratiques » (Ravon, 2009, p.116) en leur permettant de développer une capacité à intégrer différents types de savoirs, une éthique professionnelle, ainsi que des habiletés autour du maintien de la cohérence du cadre d'intervention. Ce travail d'élaboration semble particulièrement fondamental en contexte de crise, dû à l'intensité des manifestations de la souffrance comme peuvent l'être les mouvements projectifs ou les agirs, afin de rétablir des frontières entre le monde interne et externe de chacun et ainsi, conserver une capacité de penser. En ce sens, l'approche du SL pourrait être considérée comme groupale, dès lors qu'un membre de l'équipe peut prendre le relais d'un intervenant si celui-ci vit une situation trop fragilisante qui affecte sa capacité à aider (Gilbert et Lussier, 2005 dans Gilbert, Lussier et al., 2017). Ainsi, le groupe assure une fonction de protection en lien avec les vulnérabilités de chacun de ses membres.

#### 5. Retour sur les limites à la pratique des intervenants au SL

Dans leurs pratiques en contexte de CIC, les intervenants identifient différentes contraintes. Ces limites qui complexifient leurs interventions sont les suivantes : la difficulté à verbaliser le vécu, par exemple si la personne présente une déficience intellectuelle ; un fort potentiel impulsif ; le manque de volonté à vouloir séjourner et cheminer au CIC ; les difficultés de financement, de recrutement et le manque de personnel suffisamment formé ; la courte durée propre à l'IC et enfin, de manière plus isolée, la sur-médication.

À propos de la durée restreinte de l'intervention, il nous apparaît intéressant de relever le paradoxe avec lequel les intervenants doivent composer dans leurs pratiques. En effet, l'ensemble des répondants expliquent qu'il est possible au sein du SL d'aborder et de faire des liens entre le vécu actuel de crise et des éléments de l'anamnèse, autant proximaux que distaux. Cependant, cette vision de leur travail peut se trouver en opposition avec la limite de temps propre à l'IC (De Coulon, 1999). Nous nous sommes questionnée au cours de notre recherche sur le degré de profondeur et d'élaboration auquel les intervenants ont accès dans un

séjour d'une durée de 14 jours ? En effet, les intervenants ont exprimé la nécessité de bien connaître les « limites » de l'intervention (Noëlle), « rendre les attentes réalistes » (John) et un désir de « ne pas nuire » aux résidents (Mike). Cependant, nous avons fait le constat dans nos entrevues d'une « difficulté à dire la pratique » (Couturier et Huot, 2003, p.109) sur le *comment* de cette gestion entre : reconstitution du fil rouge ayant mené à la crise, vulnérabilité du résident, liberté dans les thématiques qu'il aborde, et impératif du temps limité en CIC. La question reste toujours en suspens à ce stade de notre recherche.

Concernant l'enjeu de la sur-médication chez certains résidents, il nous apparaît important de rappeler que les CIC, conçus comme des lieux de soins alternatifs à l'hôpital, occupent une place particulière dans le système de santé québécois. Comme expliqué dans notre problématique, les « bonnes pratiques » actuelles dans le champ de la santé mentale s'inscrivent dans le paradigme du modèle biomédical. Ainsi, la majorité des personnes vivant une détresse psychologique, même sur une courte période comme peut l'être le temps de la crise, et qui font appel à des services de soins de santé, voient les médicaments psychotropes entrer dans leur quotidien (Benisty, 2011). Comme l'a démontré une étude de Rodriguez, Corin et Poirel (2001), la prise de médication psychiatrique participe chez la personne à un vécu « complexe aux répercussions psychosociales variées » (Benisty, 2011). De plus, cette prise de médicaments et l'observance qu'il est demandé aux personnes de respecter (avec la surveillance de leurs intervenants) est une demande qui peut se trouver en contradiction avec les « principes d'appropriation du pouvoir et d'auto-détermination du travail social » (Benisty, 2011). Plusieurs auteurs vont dans le sens des critiques recueillies dans notre recherche à propos d'un recours abusif à la médication psychiatrique (Benisty, 2011 ; Dorvil, 2006 ; Rodriguez, 2005 ; Rodriguez et Poirel, 2007 ; St-Onge, 2013). Bien que l'on attribue aux psychotropes l'avènement de la désinstitutionalisation et une forme d'humanisation des pratiques en rendant les symptômes moins envahissants, le recours systématique à la médication psychiatrique peut devenir un frein à la compréhension des manifestations et de l'expérience des personnes (Dorvil, 2006). Mathias a

remarqué que lorsque la personne est sur-médicamentée, elle n'« a pas toute sa tête », comme si elle était « dans les vapes », « amortie ». Comme le rapporte cet intervenant, la prise d'opioïdes impacte la capacité de la personne à « toucher à l'affect » et dans ce cas, il se questionne sur la manière d'amorcer un travail de compréhension de ce qui la fait souffrir. Également, Cyr (2012) parle d'effets de « gel » et de « dégel » et des différents effets secondaires sur la personne et son contexte de vie en lien avec la prise de médicaments psychotropes, ce qui rejoint les propos recueillis lors de notre étude. Mike et Mathias mentionnent que dans ces situations, ils adaptent leurs interventions et vont moins viser une exploration en profondeur de ce qui a amené la personne dans cet état. De notre analyse, il ressort que dans ces cas précis, l'intervention va davantage s'ancrer dans une approche orientée vers les solutions (De Shazer, 1985 dans MSSS, 2010), afin d'aider la personne à cerner ses besoins « ici et maintenant ». Cette approche semble permettre aux résidents de travailler à un niveau plus conscient et de se ramener à des actions concrètes pour prendre soin d'eux, étant donné l'impossible connexion à l'affect.

Pour conclure ce chapitre, nous aimerions revenir sur l'intention de notre démarche, au travers de la mobilisation d'un cadre théorique inspiré de la clinique de l'activité de Clot (2007, 2008) et de la nature du rapport entre théorie et praxis en intervention sociale (Couturier et Huot, 2003, Huot et Couturier, 2003). Pour citer Duboscq et Clot (2010, dans Agero Batista, 2015) :

Ce qui compte surtout, au travers du plurilinguisme professionnel que nous cherchons à organiser en clinique de l'activité, est que le collectif de travail ne se résigne pas aux vérités du moment. Ce qui compte, c'est ce qu'on n'arrive pas encore à dire du réel de l'activité : ce « difficile à dire » avec quoi on pourrait peut-être faire quelque chose de différent de ce qu'on fait [...] C'est pourquoi ce dialogue n'est à aucun moment une lutte qui s'apaise (p.267).

Ce chapitre de discussion nous aura permis de dégager l'architecture du « métier transpersonnel » propre au SL, ainsi que les nuances stylistiques qui l'habitent (par exemple dans les différentes postures de travail que nous avons mis de l'avant, les manières de comprendre et d'incarner la fonction « contenante », les niveaux de cadre, les usages de la dynamique transférentielle, etc.). L'idée ici n'est pas de vouloir « dénoncer » les divergences qui émergent dans les pratiques

discursives des professionnels autour de leur activité, bien au contraire. Elles constituent selon nous des « trappes d'accès au métier » (Clot, 2007, p.90 dans Gonin, 2013). Ces répertoires d'action nous semblent plutôt être un terreau fertile de discussion pour les praticiens concernés. De plus, il nous semble que le développement et l'appropriation du registre transpersonnel du métier au SL participe à l'enrichissement des registres personnel, interpersonnel et impersonnel du métier. Plusieurs intervenants témoignent ainsi avoir été influencés dans leur manière d'intervenir par l'approche du SL, ainsi que par les discussions et les particularités d'intervenir de leurs collègues, différentes des leurs. Ainsi, le registre transpersonnel participe au développement du pouvoir d'agir individuel ; et le mouvement inverse est aussi vrai.

De plus, le travail de comparaison que nous avons effectué entre les savoirs construits dans ce milieu de pratique et ceux issus du milieu de la recherche tente de sortir d'une application prescriptive des données issues de la littérature scientifique (Couturier et Huot, 2003). Nous avons plutôt tenté de faire discuter entre elles et avec les écrits scientifiques, les constructions générées par les professionnels autour d'un même concept, et de montrer en quoi le discours des intervenants sur leur pratique contient en soi un caractère théorique. Celui-ci est apparu en perpétuelle recreation, au contact du réel de l'activité, imprévisible par nature. Cette caractéristique de la pratique nécessite donc une adaptation et une créativité constantes de la part des professionnels quant aux théories ou aux construits qu'ils mobilisent.

## 6. Les implications et les limites de ce mémoire

Notre analyse des résultats s'inscrit dans un projet de recherche suivant une démarche scientifique. Il est donc nécessaire de discuter des implications de nos résultats d'analyse ainsi que des limites de notre démarche.

### 6.1. Les implications et les recommandations pour les pratiques en IC et d'intervention en santé mentale

L'originalité de cette recherche tient dans son sujet d'étude, les pratiques d'IC en CIC, sur lesquelles peu d'études ont été réalisées. Notre choix de terrain de recherche est d'autant plus inédit qu'il s'inscrit dans une perspective alternative en IC au regard des approches dominantes, soit l'approche psychodynamique.

Notre mémoire s'adresse principalement aux équipes d'intervention œuvrant en CIC, ainsi qu'à toutes les personnes professionnelles ou bénévoles travaillant dans le milieu de la santé mentale. Nous souhaitons que le contenu de cette recherche puisse révéler la fertilité du travail et des réflexions ayant lieu dans les CIC d'orientation psychodynamique et plus largement dans le milieu communautaire alternatif en santé mentale. Également, vis-à-vis du SL, nous portons l'espoir que ce travail puisse nourrir des discussions autour de leurs pratiques et des spécificités de leur approche. Nous avons aussi essayé de mettre en lumière les controverses et les nuances stylistiques entre les intervenants à propos de la façon dont ils conçoivent et légitiment leur activité. Pour paraphraser Clot (2008), c'est en attaquant le métier qu'on le défend, en mettant de l'avant les désaccords et les différentes manières de penser l'activité qui le traversent. Nous portons l'espoir que cet inventaire (non exhaustif) de leur activité et de ses nuances pourra servir à élargir le pouvoir d'agir des individus mais également du collectif sur les situations de travail qu'ils rencontrent au quotidien.

Nos résultats d'analyse pourraient aussi contribuer à augmenter la reconnaissance des savoirs issus de l'expérience des intervenants ainsi que de la place singulière des CIC dans les services sociaux québécois. Il est possible que les implications de cette recherche puissent rejoindre des questionnements et des préoccupations vécus par d'autres professionnels travaillant dans des milieux d'interventions proches de l'IC. Enfin, ce mémoire valorise le recours à la lunette d'analyse proposé par la clinique de l'activité de Clot afin d'étudier d'autres phénomènes dans le champ des sciences humaines et sociales.

Les résultats du présent mémoire questionnent aussi la manière dont nous « entendons », aux deux sens du terme, la crise psychique et de manière plus générale, la souffrance, dans nos sociétés. Quelles sont les réponses que nous apportons aux personnes traversant cette période de grande vulnérabilité ? La culture de soins actuelle, au Québec et ailleurs, semble de plus en plus tournée vers une culture du « faire » (Biron, 2006). Pourtant, malgré l'augmentation du recours à des outils et des approches orientées vers l'apaisement des symptômes et l'évaluation du risque suicidaire, le phénomène de la « porte tournante » (Dorvil, 1986, p.144) et un sentiment d'impasse face au vécu de souffrance restent très présents dans les discours des usagers de services en santé mentale (Rodriguez Del Barrio, 2005). Ainsi, devant l'épuisement, voir l'inefficacité du modèle biomédical et des pratiques qui en découlent (Benisty, 2011 ; Biron, 2006 ; Laval, 2020 ; Rodriguez del Barrio, 2005 ; Skiredj-Hahn, 2020), le genre professionnel développé par le collectif de travail du SL autour de « l'être » de l'intervenant semble porteur d'émancipation, autant pour les résidents que pour les professionnels. L'approche du SL est ainsi caractérisée par sa perspective d'accueil et de tolérance à la souffrance et à l'incertitude de l'évolution de chaque personne. Elle s'inscrit aussi dans une recherche de sens, malgré la courte durée de l'intervention. La culture de cet organisme se pose comme marginale dans sa façon de conceptualiser l'aide au regard des approches institutionnelles actuelles. Pourtant, d'après les statistiques du rapport annuel de 2018, 95% des résidents trouvaient que leur séjour au SL avait été favorable à leur rétablissement et 97% estimaient qu'ils réfèreraient le SL à un proche en situation de crise. Ces chiffres, en plus de notre travail de terrain, semblent donc témoigner que l'accompagnement et l'encadrement proposés par le SL répondent de manière satisfaisante aux besoins des personnes en crise. Cela nous amène à considérer une revalorisation urgente des qualités comme l'accueil inconditionnel, l'écoute de l'expérience humaine et l'encadrement bienveillant auprès des sujets en état de crise. Pour appuyer notre propos, nous incluons cet extrait du témoignage de Laura nous expliquant pourquoi elle a souhaité participer à une entrevue dans le cadre de cette recherche :

D'apporter cette vision d'intervention là qu'on peut avoir dans des petits endroits, des organismes communautaires où on... on est plus dans accueillir la personne, où on prend le temps aussi d'entendre... j pense que ça manque, au niveau du réseau de la santé, de la psychiatrie.

À ce stade de notre mémoire, une ligne de mire commune entre travail social et approche psychodynamique nous apparaît plus tangible. Comme nous l'avons montré, l'approche du SL, qui intègre des éléments psychodynamiques, se dégage d'une approche uniquement centrée sur la résorption de symptômes, par l'observance d'un traitement médicamenteux. En ce sens, la perspective compréhensive mise de l'avant par ce collectif de travail semble porter une voie (et voix) d'émancipation et de subjectivation pour les résidents. Elle permet aussi de diminuer le risque d'adopter une posture tendant vers un contrôle social (Barbance, 1995 ; Koch, 2009). Ce dernier point nous apparaît d'autant plus important à souligner que la majorité des personnes fréquentant les organismes communautaires appartiennent à des groupes déjà ciblés et stigmatisés par les institutions et la société (Barbance, 1995). La reconnaissance de l'Autre dans toute son altérité, au travers de la mise en sens de son vécu avec les intervenants, nous paraît alimenter un travail allant dans le sens d'une réelle autonomie. En effet, ce travail reconnaît l'importance du lien social et dans le même temps d'une meilleure compréhension de soi, dans des zones moins conscientes et souvent, plus souffrantes. Ces prises de conscience peuvent être profitables au développement d'une plus grande capacité à s'autodéterminer par la suite pour l'individu. Cela rejoint les principes du travail social en ce qui a trait à une réappropriation du pouvoir individuel et collectif et au droit à l'autodétermination. La Fédération internationale des travailleurs sociaux (2011, dans Benisty, 2011) entend le respect du droit à l'autodétermination ainsi :

Les travailleurs sociaux doivent respecter et promouvoir le droit des personnes à faire leurs propres choix et à prendre leurs propres décisions, quels que soient leurs valeurs et leurs choix de vie, à condition que cela ne menace pas les droits et intérêts légitimes des autres.

Nous sommes consciente que dans un contexte d'IC, le respect du droit à l'autodétermination peut se trouver complexifié, de par le cadre d'intervention et

la vulnérabilité des personnes se présentant en état de crise. Cependant, le respect de la liberté de choix, une légitimité donnée à l'expertise de la personne sur son vécu et une reconnaissance de la responsabilité partagée dans la relation d'aide, à l'intérieur d'un cadre clair, guident la pratique des intervenants au SL. Ces points paraissent en cohérence avec les principes et les valeurs guidant l'action du travail social (ACTS, 2005).

Également, dans l'autre sens, le travail d'intervention effectué au SL nous apparaît fertile dans sa capacité à questionner une vision rigide du « cadre » psychodynamique et à démontrer la valeur des spécificités d'une écoute « orientée par la psychanalyse » (Gilbert, 2015, p.10). En effet, pour paraphraser Levert (2014), nous pensons également que la psychanalyse et les approches qui en découlent ont longtemps délaissé leur inscription dans le champ social. Pourtant, dans le cas de notre recherche, il semble que ce type d'écoute – même si elle est brève – lors d'un moment de crise, permet un « redémarrage du sujet » (Levert, 2014, p.44). Ainsi, nous avons le sentiment que notre recherche participe à soulever la pertinence clinique et la validité de cette approche, et ce, malgré le travail partenarial, les variations et les ajustements dans son application que la réalité d'intervention d'un CIC impose. Le champ des pratiques institutionnelles et communautaires, loin du confort des cabinets privés, doit continuer à être investi (et réinvesti) par les praticiens d'orientation psychodynamique. C'est par leur présence et leurs voix que pourra se perpétuer un travail axé sur la subjectivation de l'individu. Cette vision alternative de l'accompagnement et du soin permettra de rééquilibrer l'espace du discours et des pratiques, monopolisé aujourd'hui par les neurosciences, les sciences comportementales et la psychopharmacologie (Levert, 2014).

Par revalorisation du travail effectué au SL, nous entendons aussi une revalorisation financière des organismes communautaires en santé mentale. La précarité actuelle de l'organisme a des conséquences sur la pratique des intervenants au quotidien : difficultés de recrutement en lien avec des salaires peu compétitifs, mouvements de personnel, refus de références faute de lits disponibles, etc.

Sur un autre aspect, la qualité du travail effectué au SL est intimement liée à l'implication particulière des intervenants qui y œuvrent. En ce sens, les dispositifs que cet organisme a mis en place afin de soutenir l'investissement affectif des intervenants dans leur travail tout en les préservant d'une trop grande identification ou proximité avec les résidents sont profitables à l'ensemble de l'équipe et aux résidents. Ainsi, la « fonction tiers » et de « holding » assurées par le collectif de travail (intervenants et direction clinique) au travers des changements de quarts quotidiens mais aussi dans les réunions hebdomadaires permet d'organiser et de penser un « matériel chaotique et émotionnellement chargé ». Les affects en jeu dans la relation d'aide, grâce à ce travail, deviennent alors un levier d'action et de développement du pouvoir d'agir dans les situations, pour reprendre la terminologie de Clot. Nous pensons que d'autres organismes communautaires en santé mentale pourraient s'inspirer de ce travail de contenance groupal, afin de continuer à rendre les espaces d'intervention psychosociale vivants et humains, sans placer les intervenants à risque d'épuisement professionnel (Bastard, 2005 dans Gilbert, Emard, Lavoie et Lussier, 2017) ou de fatigue de compassion (Brillon, 2013).

## 6.2. Les limites de notre démarche

Notre mémoire contient un certain nombre de limites et il nous apparaît important d'en rendre compte. Comme mentionné dans notre chapitre de méthodologie, en lien avec l'éthique de la recherche, notre expérience préalable en IC, malgré les outils et la réflexion partagée avec nos directrices que nous avons déployés pour en limiter l'impact, a pu contribuer à une implication subjective plus importante dans notre posture de chercheuse.

Également, le fait d'avoir réalisé une étude dans un seul organisme augmente la valeur heuristique de notre analyse pour le milieu dans lequel nous avons effectué notre recherche. Cependant, la taille de notre échantillon ainsi que le fait de

centrer notre recherche sur un CIC peut limiter la généralisation de nos résultats à d'autres milieux de pratique.

En lien avec le cadre théorique mobilisé (Clot, 2007 ; 2008), si nous avions eu plus de temps et de moyens, l'outil de recherche développé par Clot, Faïta, Fernandez et Scheller (2000), *l'auto-confrontation croisée*, aurait été pertinent à utiliser afin d'approfondir l'analyse du style de chaque intervenant, au regard du genre professionnel. Cette méthode nécessite la constitution, au sein du collectif de travail, d'un groupe, puis l'enregistrement des membres de ce groupe pendant qu'ils réalisent une action de manière individuelle. Par la suite, le chercheur fait un retour sur le processus de l'activité. Il visionne avec deux membres du collectif l'enregistrement de chacun d'entre eux, en sollicitant « les commentaires du sujet dont on ne voit pas l'activité » (p.5). Cela aurait probablement permis d'engager plus de controverses entre les professionnels de ce CIC, en amenant une lecture des écarts stylistiques entre chacun d'entre eux, vis-à-vis du genre professionnel développé par le groupe. Ce type de méthodologie pourrait être utilisée dans une recherche future.

## CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectifs de documenter les compréhensions de la crise développées dans le cadre d'un CIC d'orientation psychodynamique, de comprendre les spécificités de l'approche et des pratiques d'intervention dans ce CIC et enfin d'identifier les limites entourant la pratique des intervenants. Nous avons décidé d'effectuer notre recherche dans un CIC, car, au-delà de notre pratique professionnelle qui avait nourri un intérêt pour ces organismes et le travail qui s'y effectue, ce terrain de recherche présente différentes particularités. En effet, les CIC font partie du milieu communautaire et ils occupent une place spécifique dans le système socio sanitaire québécois. Ils se situent à la jonction entre des visions alternatives de l'intervention et d'autres perspectives plus répandues, issues du modèle biomédical et du paradigme fonctionnaliste. Comme le rapporte Fagan Huot (2018), ces organismes cherchent à la fois à maintenir une autonomie dans leurs pratiques, les approches qu'ils mobilisent et leur fonctionnement, tout en obtenant la reconnaissance du MSSS, ce qui nécessite des ajustements et des compromis.

La présente recherche qualitative est une analyse des pratiques ayant lieu dans un Centre d'intervention de crise (CIC) ayant comme cadre de référence l'approche psychodynamique. Notre démarche de recherche se voulait inductive, c'est-à-dire que nous n'avions pas d'hypothèse de recherche a priori. Notre mémoire cherchait à répondre aux questions suivantes : Quelles compréhensions de la crise développent les intervenants travaillant dans un CIC ayant comme cadre de référence clinique l'approche psychodynamique ? Quelles sont les perspectives théoriques mobilisées par les intervenants et les impacts de celles-ci sur leurs pratiques ? Quelles sont les spécificités de l'approche du Soleil Levant (SL), autant d'un point de vue groupal que dans le style plus singulier développé par

chaque intervenant ? Au-delà de ces questions qui ont servi d'ancrage à l'écriture de ce mémoire, nous cherchions également à documenter les limites et les contraintes entourant la pratique des intervenants de crise que nous avons rencontrés.

Notre démarche de recherche s'inscrit dans une démarche de développement du métier (Clot, 2007), nous ayant permis de dégager les spécificités du « métier transpersonnel » (Clot, 2007 ; 2008) développé par le collectif de travail du SL, ainsi que les nuances stylistiques de chaque intervenant. Nous avons aussi voulu analyser les liens existant entre théorie et praxis dans les pratiques discursives des intervenants, en mobilisant les écrits de Couturier et Huot (2003) et Huot et Couturier (2003).

Nous avons réalisé six entretiens individuels semi-dirigés, d'une durée variant de 65 à 85 minutes, auprès d'intervenants travaillant au CIC le SL. Nous avons aussi effectué 10 séances d'observation participante, en tant qu'observatrice complète, lors de cinq changements de quarts et cinq réunions hebdomadaires. Nous nous sommes également appuyée sur la lecture de divers documents fournis par l'organisme et la direction, tels que le rapport annuel de l'organisme (2018), les règles de vie de l'hébergement, les différentes fonctions du cadre, un contrat de non-passage à l'acte, etc. La démarche d'analyse à laquelle nous avons eu recours est l'analyse thématique (Paillé et Muchielli, 2012), sans employer de logiciel, à partir du contenu des entrevues et des plusieurs indicateurs qui guidaient notre observation. De notre analyse de données, il ressort principalement que les intervenants du SL développent une compréhension partagée du phénomène de crise. Cette compréhension inclut différentes pertes qui impactent l'équilibre émotionnel habituel et la capacité de la personne à faire appel à des mécanismes d'adaptation aidants dans la situation. Également, la notion d'altération du fonctionnement revient dans le discours des participants. Enfin, la majorité des répondants relèvent l'aspect relationnel (passé et présent) de toute crise.

Concernant les spécificités de l'approche du SL, nous en avons dégagé plusieurs : tout d'abord, la vision de l'accompagnement qui est mise de l'avant au SL se

dégage d'une vision plus largement répandue sur certains points. La parole est un aspect primordial de l'intervention au SL, dans une visée de mise en sens du vécu et des symptômes, tout comme le non-recours systématique à des outils visant l'apaisement des diverses manifestations liées à la crise. L'équipe développe une approche personnalisée, à visée compréhensive. Cela implique un intérêt sincère pour la singularité de chaque personne et une considération des facteurs issus de sa trajectoire personnelle, autant distaux que proximaux, dans la mise en sens de la crise actuelle. Au sein de la relation d'aide, la prise en compte de la dynamique transférentielle a aussi été relevée comme une des particularités de ce CIC. Également, l'usage des balises inhérentes au cadre d'intervention a été soulevé, afin de mieux comprendre le fonctionnement en profondeur des résidents.

Le rôle de soutien (clinique, émotionnel) et d'étayage de l'équipe a aussi été mis de l'avant, notamment lors des temps d'échanges collectifs formels (changements de quart, réunions hebdomadaires). Le rôle de tiers et de contenant assuré par le collectif de travail, incluant la direction, semble être un support important à l'implication affective des intervenants, en les préservant d'une forme d'épuisement.

Enfin, nous avons analysé l'existence de trois niveaux de cadres d'intervention au sein de CIC (externe, relationnel et interne). Le cadre externe se réfère à l'espace physique de la maison, le fonctionnement, les règles de vie, les obligations légales des intervenants. Le cadre relationnel fait référence aux qualités affectives et relationnelles de l'intervenant, et à l'importance du lien développé avec les résidents dans le processus de résorption de la crise. Enfin, le cadre interne fait appel aux limites personnelles de chaque intervenant, à une attitude de tolérance, une disposition à recevoir le résident dans de multiples formes d'expression, cette disposition pouvant varier d'un praticien à l'autre.

En référence au cadre théorique mobilisé (Clot, 2007 ; 2008), le genre professionnel de l'équipe apparaît autant comme source de l'activité professionnelle individuelle, que comme ressource pour cette dernière. À l'intérieur de ce « métier transpersonnel » et de ses spécificités, nous avons

soulevé différentes nuances et controverses qui traversaient le collectif, dans des styles plus singuliers. Ces nuances étaient notamment visibles en ce qui a trait à la posture de travail, allant d'une attitude plus silencieuse à une posture plus éducative et active verbalement, selon les intervenants. Les nuances se retrouvaient aussi dans la compréhension et l'application de différents concepts issus du champ psychodynamique (contenance, cadre, mentalisation, etc.). Nous avons ainsi pu effectuer en parallèle de la mise en lumière des différents styles de chaque intervenant, un travail de traduction entre les savoirs expérientiels développés par les intervenants et les connaissances issues du milieu de la recherche (Huot et Couturier, 2003 ; Couturier et Huot, 2003). Notre démarche ici ne visait pas à identifier les divergences observées entre les professionnels rencontrés pour mieux les aplanir, bien au contraire. À l'instar de Clot (2007) et Gonin (2013), nous pensons que c'est en discutant ces différentes façons de penser et d'agir à l'intérieur d'une équipe de travail que peuvent être repoussées les limites du métier.

En ce qui a trait aux limites que les intervenants rencontrent dans leurs pratiques, il ressort de l'analyse du discours des praticiens différentes contraintes : tout d'abord la difficulté de la personne à verbaliser ce qui se passe est vue comme une limite importante, puisque la parole et sa fonction de mise en sens du vécu expérientiel sont au cœur de l'approche du SL. Ensuite, si le recours au CIC n'est pas volontaire ou que la personne présente un fort potentiel impulsif, cela présente une limitation à plusieurs niveaux : la création du lien de confiance, la capacité des intervenants à protéger la personne de certains passages à l'acte et la portée de leurs interventions. Un autre enjeu abordé est celui de la sur-médication chez certaines personnes, qui empêche la connexion aux affects présents dans la crise et donc, limite la capacité de compréhension de l'individu. Enfin, des enjeux liés à des difficultés de financement, au recrutement de personnel qualifié et à la formation de nouveaux intervenants ont aussi été abordés.

Finalement, les pratiques d'IC développées au sein de SL démontrent plusieurs forces et intérêts sur lesquels nous souhaitons revenir brièvement. Dans la culture

de soins actuelles, où l'attention est portée sur le « faire » plutôt que sur l'« être » de l'intervenant, il apparaît nécessaire de revaloriser les qualités comme l'accueil, l'écoute sans jugement, le respect du rythme, l'empathie. En effet, selon le rapport annuel 2018 de l'organisme, ces qualités, qui sont mises de l'avant dans l'approche du SL semblent répondre avec satisfaction aux attentes des résidents. Quatre-vingt-quinze pourcent des résidents considéraient que leur séjour avait été favorable à leur rétablissement et 97% recommanderaient cet organisme à un proche (sur 235 personnes interrogées, soit 61% du total des résidents de l'année). La vision de l'IC mise de l'avant au SL semble être féconde, afin d'aider les personnes à mieux comprendre ce qui les a amenées, dans leur parcours de vie, dans l'état de crise qu'elles vivent actuellement. Elles pourront ainsi faire face différemment aux crises à venir, avec une capacité de mentalisation accentuée (Larose et Fondaire, 2011 ; Zucker, 2001). L'approche psychodynamique permet aussi pour les intervenants, par l'analyse des enjeux de transfert et contre-transfert, de trouver une assise théorique des ressentis bruts pouvant émerger dans le lien avec les résidents.

Dans le même sens, une autre force que nous avons pu soulever dans notre étude est le temps qui est consacré aux échanges cliniques et au support entre collègues, autant lors des changements de quarts que dans les réunions hebdomadaires avec la direction. L'écoute psychanalytique et le support mutuel génèrent une culture du soin et l'ouverture à l'expression de chacun, cette dernière trouvant un lieu d'accueil auprès des membres de l'équipe. C'est ce qui explique selon nous le fait que les intervenants se sentent sécurisés par leur équipe, qui dans les témoignages, considère leur processus d'apprentissage vis-à-vis de leur rôle, leur vécu et leurs limites au contact des résidents. Ainsi, ces moments cliniques collectifs se posent comme un facteur de protection important entourant la santé mentale des intervenants. Ce type de culture organisationnelle s'écarte de bien d'autres milieux de pratiques où le personnel soignant vit plus fréquemment des symptômes de détresse psychique et physique (Delieutraz, dans Holcman, 2018 ; Pétau, 2018), faute d'espaces institutionnellement organisés où élaborer ce qui fait souffrance dans leur pratique.

Ce mémoire a permis d'approfondir un champ d'action du travail social, et plus largement, de l'intervention psychosociale peu documenté encore aujourd'hui, en réfléchissant aux enjeux, aux spécificités ainsi qu'aux limites qui constituent et traversent la pratique des intervenants de crise travaillant dans un CIC d'orientation psychodynamique.

Certaines recommandations ont été amenées. Le travail effectué en CIC reste bien souvent méconnu et invisibilisé, alors que ces organismes représentent des partenaires de première ligne en santé mentale pour l'ensemble du réseau socio-sanitaire québécois. Également, la revalorisation des CIC devrait passer selon nous par une revalorisation financière, afin de maximiser la rétention de personnel qualifié et formé en IC. Nous avons aussi recommandé que les approches alternatives en santé mentale (psychodynamique, humanisme, approche fondée sur le rétablissement, soutien par les pairs, etc) gagnent en représentativité dans le milieu communautaire et institutionnel. Le développement et la présence de ces approches au sein des institutions de soins psychiatriques permet de ne pas laisser tout le champ des pratiques et des discours en santé mentale aux sciences cognitivo-comportementales et à la psychopharmacologie. En ce sens, il serait intéressant d'approfondir la connaissance de ces approches dans nos formations universitaires en travail social et les points de jonction qui existent entre ces perspective et le champ de l'action sociale. Plus particulièrement pour l'approche psychodynamique, celle-ci semble avoir de nombreux points communs avec les valeurs et les principes du travail social : visée d'autonomie, respect de l'autodétermination, importance du lien social, remise en question de la notion de « normalité » et de « déviance ».

Avant de terminer, nous aimerions proposer quelques réflexions et pistes de recherches futures. Nous pensons que ce mémoire pourrait servir de point de référence pour d'autres analyses de pratique dans le champ du travail social. Il pourrait être intéressant de faire une recherche comparative entre différents CIC

au Québec, afin de dégager les nuances et similarités existantes entre chacun d'eux, dans leurs perspectives et pratiques d'intervention.

En lien avec un point précédemment abordé, une autre question que nous gardons en tête porte sur l'impact des moments cliniques collectifs sur la préservation de l'équipe et le développement des pratiques dans le champ de l'intervention et de la relation d'aide. Dans ce sens, une étude pourrait être menée auprès de différentes équipes travaillant en IC et santé mentale, dans le milieu institutionnel et communautaire. Elle pourrait avoir pour but d'évaluer les retombées individuelles et collectives des pratiques organisationnelles permettant des temps de réflexion clinique en équipe.

Dans notre étude, nous nous sommes surtout intéressée au style et au genre professionnel en lien avec le cadre donné par l'organisme et certaines références théoriques en IC. Un point que nous pourrions développer dans une future recherche se situe sans doute à un niveau plus structurel. Selon les orientations proposées par le MSSS, les pratiques vont vers une uniformisation grandissante au sein des Organismes Communautaires en Santé Mentale (OCSM) (Grenier et Fleury, 2009), dont font partie les CIC. Il pourrait être intéressant de faire une recherche sur la manière dont les intervenants s'approprient les directives venant du ministère et comment elles teintent leurs pratiques et leur conception des « bonnes pratiques ».

Enfin, notre expérience de terrain en tant qu'intervenante de crise nous a amenée à faire certains constats, qui vont dans le sens de différents écrits (Larose et Fondaire, 2011 ; Perreault et Fortin, 1993 ; Séguin, Brunet et Leblanc, 2012). Ces auteurs recensent des changements dans la population accueillie en CIC, depuis leur création en 1986, avec un nombre croissant de crises à caractère psychiatrique et le maintien du phénomène de la porte tournante. Pour cette raison, les professionnels en CIC doivent de plus en plus composer avec des personnes oscillant fréquemment entre un état de grande vulnérabilité et un état de crise. Ces situations peuvent placer les intervenants dans un sentiment d'impuissance (Larose et Fondaire, 2011). En ce sens, il serait pertinent pour la pratique actuelle

d'IC d'effectuer une recherche afin de documenter les manières dont les intervenants développent leurs pratiques lorsque la crise devient récurrente et ne répond plus au schéma linéaire proposé par Caplan (1964, dans Yvon et Lefèbre, 1991) ou Aguilera (1995).

Pour conclure, nous portons l'espoir que ce mémoire aura permis de susciter un intérêt et une curiosité pour l'IC effectuée dans le contexte des CIC, ainsi que pour l'usage de la perspective psychodynamique dans des contextes d'intervention à court terme.

## ANNEXE A : LEXIQUE

*Contre-transfert* : « L'ensemble des émotions, sentiments, sensations, images et pulsions suscitées par le patient chez l'intervenant » (Zucker, 2001).

*Étayage* : « En référence à l'utilisation de ce concept en psychologie et en psychanalyse : l'éayage signifie non seulement l'appui sur l'autre, mais signe la possibilité dans le développement du sujet de s'en référer à des expériences précoces marquantes pour orienter la suite des expériences, de même que de fonder la désintringation entre le besoin physiologique (et la réponse immédiate) et le désir (soit la possible reprise de pouvoir dans l'obtention de la réponse, en lien avec le passage par la psyché), soit la sphère psychique. » (Gilbert, Emard, Lavoie et Lussier, 2017, p.140)

*Fonction contenant* : « La notion psychanalytique de « fonction contenant » permet de comprendre comment dans les moments où l'intériorité se manifeste avec vigueur, de façon désordonnée et sans préavis, [...] une attitude de réceptivité associée à la mise en mots, pour l'autre, de ce qui se passe à l'intérieur de lui, peut s'avérer fort constructive. » (Gilbert, Emard, Lavoie et Lussier, 2017, p.69).

*Inconscient* : En psychanalyse, « [l]e concept d'inconscient est à la fois descriptif (il renvoie à la réalité psychique échappant à la conscience), dynamique (l'inconscient est une force en mouvement, une énergie) et systémique (il occupe la place centrale dans un ensemble de structures psychiques, ravalant ainsi la conscience à une place périphérique et à un rôle secondaire. » (Godin, 2019, p.116).

*Mécanisme de défense* : « D'une façon générale, la notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes. Les mécanismes de défense sont variés et relativement nombreux. Anna Freud, en 1936, en a énuméré neuf : la régression, le refoulement, la formation réactionnelle, l'isolation, l'annulation, la projection, l'introjection, le retournement sur soi, le renversement dans son contraire. Bien d'autres procédés défensifs ont pu être décrits : déplacement, conversion, clivage, déni, identification projective, défense manique [...] sublimation [...] » (Braconnier, dans Doron et Parot, 2011, p.186).

*Passage à l'acte* : « Processus de transformation d'une intention en sa réalisation motrice. Le terme s'applique en règle générale à des actes impulsifs qui

transgressent des interdits collectifs ou individuels. » (Widlöcher, dans Doron et Parot, 2011, p.523)

*Psychanalyse* : La psychanalyse est « une méthode d'investigation consistant essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet. Cette méthode se fonde principalement sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation » (Laplanche et Pontalis, 1978, p.351).

*Psychodynamique* : « L'épithète « psychodynamique » renvoie à l'interaction de forces conflictuelles et de motivations divergentes dans la psyché. » Certaines forces favorisent l'expression spontanée, impulsive et agie des émotions, des désirs et des tensions internes, d'autres répriment de telles actions et exigent le respect des contraintes et impératifs des réalités physiques, sociales et morales. Les conflits ainsi soulevés peuvent provoquer de multiples symptômes. » (Yeomans, Delaney et Renaud, 2016).

*Projection* : « En psychanalyse, la projection désigne un processus psychique par lequel un élément inconscient (affect, représentation) est extrait et déplacé sur un objet extérieur – lequel peut être une personne ou une chose. » (Godin, 2019, p.174)

*Répétition inconsciente* : « D'une certaine façon, nous pouvons dire que la répétition fait à la fois le jeu d'Eros -en suscitant séduction et amour- et le jeu de Thanatos – en faisant de la relation le lieu de projections répétitives des anciens traumatismes liés aux expériences affectives précoces. « La répétition est transfert du passé oublié », notait Freud en 1914. » (De Butler, 2003).

*Transfert* : « La projection d'émotions, de sentiments, de pulsions, d'attitudes et de comportements déplacés sur la personne du psychothérapeute et à l'intérieur du contexte ou de la situation thérapeutique » (Tracy, 2016).

*Traumatisme* : « Le traumatisme dont traite la psychanalyse (on dit aussi « trauma ») est un choc psychique, sans lésions ni blessures corporelles, que la conscience ne peut ni réduire ni assimiler. C'est un événement qui ampute l'intégrité du moi. » (Godin, 2019, p.252).

## APENDICE A : GUIDE D'ENTRETIEN

### **Présentation**

-Chercheure de l'UQAM

-Objectif de la recherche : comprendre comment les intervenant.e.s œuvrant dans les CIC se référant à la perspective psychodynamique comme cadre de référence comprennent la crise et construisent leurs interventions dans ce contexte, quels sont les pratiques qu'ils développent, leur portée ainsi que leurs limites. Dégager les spécificités de l'approche du SL

-Modalité de participation : entretien, durée = 1h-1h30 environ

-Anonymat et confidentialité : Spécifier que le contenu des entretiens ne sera pas divulgué au CIC dans lequel ils et elles travaillent. Cependant, expliquer que le critère d'anonymat pourrait être restreint, dépendamment du lieu et du moment où l'entrevue a lieu (si effectuée durant les heures de travail)

-Enregistrement audio-numérique de l'entretien

-Formulaire de consentement – lecture avec les participants, réponse à leurs questions

-Questionnaire sociodémographique :

-âge

-formation initiale suivie (quand et où)

-nombre d'années d'expérience dans l'organisme

*Schéma d'entretien*

*NB : Il est possible qu'en dehors de la première question, il puisse y avoir des inversions dans l'ordre des questions présentées ici, afin de suivre le fil conducteur des propos des participant.e.s*

### **Thème 1 : Parcours personnel et professionnel**

-Qu'est-ce qui vous a amené à travailler ici ?

-J'aimerais que vous me parliez de votre parcours en intervention. Est-ce que vous pouvez m'expliquer ce qui vous a amené au départ à travailler en intervention ?

- En intervention de crise ? Dans ce CIC en particulier ?

### **Thème 2 : Définitions personnelles de la crise et de l'intervention de crise**

-Pouvez-vous me donner une définition de ce que c'est pour vous, la crise ? Une personne en crise ?

-Qu'est ce qui l'amène là selon vous ?

-Quels sont ses besoins quand elle se présente en CIC ?

-Pouvez-vous me donner une définition personnelle de l'intervention de crise ?

-Comment vous vous la représentez, quelle est sa fonction ?

### **Thème 3 : rôle et pratique de l'intervenant de crise**

-En tant qu'intervenant.e, comment est-ce que vous comprenez votre rôle auprès des personnes avec qui vous intervenez ?

-Quand vous intervenez avec une personne en crise, quels sont les caractéristiques ou éléments sur lesquels vous portez votre attention ?

-Comment se passe le travail en équipe ? Avez-vous développé/ utilisez-vous des outils ou des dispositifs pour soutenir vos interventions ? Expliquez-moi.

*N.B : Possibilité que le participant aborde des exemples concrets pour soutenir ses propos*

### **Thème 4 : Cas clinique**

Si vous êtes à l'aise, j'aimerais que vous me parliez de deux situations cliniques tirées de votre expérience en tant qu'intervenant.e de crise, afin de me permettre de mieux comprendre comment vous travaillez ? Pouvez-vous me parler d'une situation qui représente à vos yeux une réussite et d'une autre qui a été plus difficile pour vous ou qui a débouché sur une impasse. Je vous laisse me raconter ces situations de la manière dont vous le souhaitez.

### **Thème 5 : intégration de différentes perspectives en intervention de crise – portées et limites**

-Y'a-t-il des approches ou des perspectives dans lesquelles vous puisez pour travailler ? Si oui, laquelle/lesquelles ?

-Expliquez pourquoi ces approches font du sens pour vous dans votre pratique ?

-Pourquoi ce sont celles que vous favorisez ?

-Comment est-ce que vous faites pour vous servir de ces différentes approches ?

-Comment faites-vous pour les intégrer à votre pratique d'intervention et/ou à votre réflexion par rapport aux personnes que vous rencontrez ?

-Portées et limites de ces approches selon lui/elle ?

*Si la personne parle de la perspective psychodynamique/psychanalytique =*

-Dans le cadre de pratique d'un CIC, quels sont les apports de cette approche à la compréhension et à l'intervention auprès d'une personne qui vit une situation de crise ? Comment adaptez-vous son application au cadre d'intervention du CIC ?

-Quelles sont les limites que vous percevez à cette approche (à son application en CIC ?)

*N.B : Possibilité que le participant aborde des exemples concrets pour soutenir ses propos*

### **Fin d'entrevue**

-Y'a-t-il d'autres sujets ou thèmes que nous n'avons pas abordé durant l'entrevue et qui vous semblent importants à discuter ?

-Avez-vous des références d'auteur.e.s à me partager en lien avec ce dont nous avons parlé durant l'entrevue ?

-Qu'est-ce qui vous a amené à vouloir participer à cette entrevue ?

-J'aimerais savoir comment vous vous sentez au terme de cet entretien ?

**Remerciements de la chercheuse envers le/la participant.e**

APENDICE B : QUESTIONS ET INDICATEURS POUR GUIDER  
L'OBSERVATION

**Thème 1 : Réflexivité des intervenants et réflexion clinique en équipe**

*Les intervenants montrent-ils une réflexivité sur leurs actions et interventions ?  
Comment les intervenants réfléchissent et mettent en commun leurs savoirs autour  
d'une situation clinique ?*

- Expliquer son point de vue sur la situation de la personne et justifier son raisonnement clinique
- Eléments mobilisés pour justifier l'action produite ou à venir (théories, expérience, ressenti, connaissances autres, etc.)
- Interprétations données aux effets de l'intervention
- Réflexivité sur l'intervention mise en place (pertinence des interventions, des moyens et/ou outils choisis)

**Thème 2 : Conflits et problématiques dans le travail de crise**

*Quand un conflit ou une discordance de points de vue se présente vis-à-vis d'une situation, comment font-ils pour prendre une décision quant à l'intervention à produire ?*

- Eléments faisant consensus dans l'équipe
- Eléments amenant un débat, voir un conflit sur l'intervention à mettre en place
- Arguments et outils mobilisés permettant d'aller vers un accord collectif et/ou une prise de décision
- Convaincre, négocier une action

*Quels sont les problèmes que les intervenants rencontrent au sein de leur pratique et comment y font-ils face en équipe, quelles sont les réponses qui sont apportées ?*

- Eléments rendant une situation plus problématique aux yeux de l'équipe (éthiques, souffrance engendrée pour l'équipe, comportements de la personne, etc.)
- Dispositifs et réponses apportées par l'équipe

### **Thème 3 : Nature des rapports entre savoirs théoriques et expérientiels en intervention de crise**

*Quels sont les usages qui sont fait de la théorie au sein des discussions d'équipe?*

*Comment les différents types de connaissances (théoriques et expérientielles) sont-elles mobilisées par les intervenants ? A quel moment ? Qu'est-ce que cela produit ?*

-Référence à des théories existantes dans le discours des intervenants (à priori ou à l'issue d'une réflexion clinique)

-Référence à des savoirs issus de leur expérience personnelle et/ou professionnelle afin de soutenir une réflexion ou une décision clinique

### **Thème 4 : Genre et styles**

*Genre = Quelles sont les normes, les règles, les obligations implicites qui structurent les échanges au sein de l'équipe de travail ?*

-Indices sur le fonctionnement du milieu de travail

-Indices sur la manière dont interagissent les intervenants entre eux

-Indices sur la manière dont les professionnels commencent une activité, la finissent

*Style = Quelles appropriations et transformations les intervenants font-ils du genre ?*

-Singularité du processus de réflexion et d'action de l'intervenant

-Réappropriation et transformation du genre

-S'il y a des nuances/ désaccords (subtils) = sur quoi portent-ils ?

-Significations que l'intervenant donne à tel mot, concept, telle situation

APENDICE C : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT  
ECLAIRE

**Projet de recherche : Intégration de différentes perspectives en intervention de crise : exploration des pratiques et des dispositifs en Centre d'Intervention de Crise (CIC).**

**Personne responsable du projet :**

Chercheure responsable du projet : Carole Dupeyras

Programme d'études : Maîtrise en travail social

Courriel : [dupeyras.carole@courrier.uqam.ca](mailto:dupeyras.carole@courrier.uqam.ca)

**Direction de recherche**

Direction de recherche : Audrey Gonin, école de travail social

Courriel : [gonin.audrey@uqam.ca](mailto:gonin.audrey@uqam.ca)

Codirection de recherche : Sophie Gilbert, département de psychologie

Courriel : [gilbert.sophie@uqam.ca](mailto:gilbert.sophie@uqam.ca)

**But général du projet**

Vous êtes invitée, invité à prendre part à un projet qui vise à documenter les pratiques d'intervention de crise qui se développent dans le cadre des CIC ayant comme cadre de référence la perspective psychodynamique. Autrement dit, je souhaite comprendre la manière dont s'intègrent au sein de la pratique des intervenant.e.s différentes perspectives d'intervention de crise, leurs portées, ainsi que leurs limites. Plus particulièrement, mon intérêt porte sur les pratiques, les outils et les dispositifs d'intervention que les intervenant.e.s développent au travers de leur activité professionnelle, ainsi que sur la manière dont ils et elles comprennent la crise et construisent leurs interventions dans ce contexte.

**Tâches qui vous seront demandées**

Votre participation consiste à prendre part à une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé, entre autres choses, de parler de votre parcours en tant qu'intervenante.e de crise, du sens que vous donnez à la crise et aux interventions qui en découlent. Nous aborderons aussi la manière dont vous

utilisez et développez certains outils ou certaines pratiques dans votre quotidien d'intervention, de manière individuelle et en équipe. Cette entrevue sera enregistrée de manière audio-numérique avec votre permission et prendra environ 1h à 1h30 de votre temps. Le lieu et l'heure de l'entrevue seront à convenir avec la personne responsable du projet. Cette entrevue aura lieu dans une salle permettant de maintenir la confidentialité des propos échangés. La transcription sur support informatique qui aura lieu par la suite ne permettra pas de vous identifier.

### **Moyens de diffusion**

Les résultats de cette recherche seront publiés dans un mémoire de maîtrise que je transmettrai à votre équipe. Il est aussi possible que je publie un article scientifique à partir de l'analyse qui ressortira de ce projet de recherche.

### **Avantages**

En partageant votre expérience en tant qu'intervenant.e de crise dans le cadre de ce projet de recherche, vous aurez la possibilité d'approfondir une réflexion sur votre activité professionnelle. Vous participerez aussi au développement et à la valorisation des savoirs relatifs à votre pratique actuelle en CIC.

### **Risques et inconvénients**

La participation à ce projet de recherche ne présente pas de risque particulier. Le fait de parler de situations difficiles que vous avez vécu au travers de votre expérience professionnelle en tant qu'intervenant.e de crise pourrait toutefois raviver des émotions pénibles. Si vous le souhaitez, des ressources pourront vous être indiquées par la personne responsable de l'obtention de votre consentement à cette recherche. Sachez que vous pouvez cesser votre participation à tout moment si vous éprouvez un inconfort, sans avoir à vous justifier.

### **Compensation**

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation à ce projet de recherche. Si l'organisme qui vous emploie le permet, les entrevues individuelles pourront avoir lieu sur vos heures de travail.

### **Confidentialité**

Les données recueillies au cours de ce projet de recherche seront conservées en lieu sûr (bureau et classeur fermés à clé, dossier informatique avec code d'accès), afin de préserver la confidentialité. L'échange que nous aurons dans le cadre de l'entrevue individuelle sera retranscrit en retirant toutes les informations qui permettraient de vous identifier ou d'identifier les personnes dont vous parlez (par exemple, les personnes bénéficiant des services du CIC) et des pseudonymes seront utilisés afin de maintenir l'anonymat.

Cependant, si l'entrevue se déroule durant vos heures habituelles de travail, vos collègues pourraient être amenés à constater que vous participez à la recherche. La confidentialité de vos propos sera toutefois garantie car seule la personne responsable du projet de recherche pourra relier votre identité aux propos échangés.

Les enregistrements audios et les différentes données (transcriptions anonymes et formulaires de consentement) seront conservés dans un délai de 5 années après la publication de mon mémoire de maîtrise, puis seront détruites.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure et que, par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans avoir à vous justifier.

### **Responsabilité**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la personne responsable du projet ainsi que ses directrices de leurs obligations civiles et professionnelles.

### **Questions sur le projet et sur vos droits**

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question de pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPE de la Faculté des sciences humaines au 514 987 3000, poste 3642 ou par courriel à l'adresse suivante : [cerpe.fsh@uqam.ca](mailto:cerpe.fsh@uqam.ca)

### **Remerciements**

Votre participation est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

### **Consentement**

*Participante, participant*

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

J'accepte volontairement de participer au projet.

Je comprends que je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Je souhaite être informée, informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles. (Entourez votre préférence)

Oui Non

Je donne mon accord afin que les résultats de cette recherche puissent être utilisés à des fins secondaires (rédaction d'un article de recherche, colloque scientifique, etc.)

(Entourez votre préférence)

Oui Non

Nom et prénom en lettres moulées

---

Signature de la participante, du participant

---

Date

---

**Contact**

*Pour communication à propos de la présente recherche.*

---

Numéro de téléphone

---

Courriel

### **ENGAGEMENT DE LA CHERCHEURE**

Je, soussignée certifie

- (a) avoir expliqué au participant ou à la participante les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions que le participant ou la participante m'a posées à cet égard;
- (c) avoir clairement indiqué au participant ou à la participante qu'il ou elle reste libre de mettre un terme à sa participation sans aucun préjudice;
- (d) que je remettrai au participant ou à la participante une copie signée et datée du présent formulaire.

Nom et prénom en lettres moulées

---

Signature de l'étudiante chercheure

---

APENDICE D : FORMULAIRE DU CONSENTEMENT POUR  
L'OBSERVATION PARTICIPANTE

**Projet de recherche : Intégration de différentes perspectives en intervention de crise : exploration des pratiques et des dispositifs en Centre d'Intervention de Crise (CIC).**

**Etudiante-chercheuse :**

Carole Dupeyras, étudiante à la maîtrise en travail social

[dupeyras.carole@courrier.uqam.ca](mailto:dupeyras.carole@courrier.uqam.ca)

**Direction de recherche :**

Audrey Gonin, professeure à l'école de travail social

514-987-3000 poste 1563

[gonin.audrey@uqam.ca](mailto:gonin.audrey@uqam.ca)

**Co-direction de recherche :**

Sophie Gilbert, professeure au département de psychologie

514-987-3000 poste 4441

[gilbert.sophie@uqam.ca](mailto:gilbert.sophie@uqam.ca)

**Préambule**

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter et de signer ce formulaire, prenez s'il vous plaît le temps de lire et de comprendre les conditions de votre participation : buts de l'étude, procédures, avantages, risques et inconvénients, personnes avec qui communiquer au besoin.

N'hésitez pas à me poser toute question que vous pouvez avoir à la lecture de ce formulaire.

**But général du projet**

Vous êtes invitée, invité à prendre part à un projet qui vise à documenter les pratiques d'intervention de crise qui se développent dans le cadre des CIC ayant comme cadre de référence la perspective psychodynamique. Autrement dit, je souhaite comprendre la manière dont s'intègrent au sein de la pratique des intervenant.e.s différentes perspectives d'intervention de crise, leurs portées, ainsi

que leurs limites. Plus particulièrement, mon intérêt porte sur les pratiques, les outils et les dispositifs d'intervention que les intervenant.e.s développent au travers de leur activité professionnelle, ainsi que sur la manière dont ils et elles comprennent la crise et construisent leurs interventions dans ce contexte.

### **Nature et durée de votre participation**

Le projet se déroulera au printemps 2019

Avec l'autorisation de votre organisme, je serai présente pour une durée d'environ 8 à 10 semaines à raison de deux à trois heures d'observation par semaine au sein de votre organisme. Je serais présente lors de certains temps d'échanges au sein de votre équipe d'intervention, plus particulièrement lors des moments de réflexion clinique concernant les personnes que vous rencontrez dans votre organisme (changements de quart, réunions d'équipe, supervision si présente dans l'organisme). Avec votre accord, j'observerai et prendrai des notes concernant vos interventions au cours de ces temps de travail en équipe. Ces temps d'échanges seront également enregistrés de manière audio-numérique afin d'en faciliter l'analyse.

Votre participation consiste à me donner l'autorisation de prendre des notes et de vous enregistrer lors de ces rencontres d'observation où chacun.e continue d'interagir avec les membres de votre équipe professionnelle comme vous le faites d'habitude.

### **Avantages liés à votre participation**

En participant à ces séances d'observation, vous participez au développement et à la valorisation des savoirs relatifs à votre pratique actuelle en CIC.

### **Risques et inconvénients**

La participation aux séances d'observation au sein de ce projet de recherche ne présente pas de risque particulier.

### **Compensation**

Aucune compensation n'est prévue pour votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, comme précisé plus haut, les séances d'observation auront lieu durant vos heures de travail.

### **Confidentialité**

Les données recueillies au cours de ce projet de recherche seront conservées en lieu sûr (bureau et classeurs fermés à clé, dossier informatique avec code d'accès), afin de préserver l'anonymat et la confidentialité. Seule l'étudiante-chercheuse et les personnes ayant participé à l'observation de groupe connaîtront votre identité. Nos directrices de recherche auront uniquement accès aux données dénominalisées. Toutes les informations qui permettraient de vous identifier ou d'identifier les personnes dont vous discutez (personnes reçues au CIC) seront retirées des extraits des discussions de groupe qui pourraient être retranscrites et

des pseudonymes seront utilisés pour maintenir l'anonymat. Les enregistrements seront détruits immédiatement après leur transcription. Les données (transcriptions anonymes et formulaires de consentement) seront conservées pendant une durée de 5 ans après la fin du projet, puis seront détruites.

### **Participation volontaire et possibilité de retrait**

Votre décision de m'autoriser ou de ne pas m'autoriser à prendre des notes et de vous enregistrer lors des séances d'observation est volontaire. Vous pouvez donc choisir de ne pas participer à la recherche - être l'objet de prise de notes/enregistrement - sans avoir à vous justifier et sans préjudice pour votre participation à ces rencontres de travail.

Vous pouvez aussi décider de vous retirer de la recherche à n'importe quel moment, toujours sans avoir à vous justifier et sans pénalité, en avisant l'étudiante-chercheuse de votre retrait. Comme votre participation a lieu dans le cadre d'une observation de groupe, il ne sera pas possible de détruire les enregistrements contenant vos propos si vous souhaitez vous retirer de la recherche. Il sera cependant possible de les omettre lors de l'analyse de données : vous pouvez en formuler la demande auprès de l'étudiante-chercheuse.

### **Recherches ultérieures et diffusion des résultats**

Après son dépôt, le mémoire de recherche sera disponible sur <https://archipel.uqam.ca/>.

Des propos que vous avez tenu et les discussions en groupe auxquelles vous aurez pris part pourraient être cités dans la diffusion des résultats de la recherche. Toutes les précautions seront prises pour que vous ne soyez pas reconnaissable dans ces citations.

Les résultats pourraient également être l'objet d'autres communications écrites ou orales

Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant 5 ans au terme du projet. Si vous êtes d'accord pour que ces données puissent être réutilisées dans la production d'un article scientifique ou lors de communications orales dans un cadre scientifique et/ou universitaire, merci de l'indiquer ci-dessous :

J'accepte que mes données puissent être utilisées ultérieurement dans d'autres projets de recherche ou activités de diffusion.

Je refuse que mes données puissent être utilisées ultérieurement dans d'autres projets de recherche ou activités de diffusion

### **Responsabilité**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante-chercheure de ses obligations civiles.

### **Questions sur le projet et sur vos droits**

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordonnatrice du CERPE de la Faculté des sciences humaines au 514 987 3000, poste 3642 ou par courriel à l'adresse suivante : [cerpe.fsh@uqam.ca](mailto:cerpe.fsh@uqam.ca)

### **Remerciements**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation du projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

### **Consentement**

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

J'accepte volontairement de participer au projet.

Je comprends que je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

---

Nom et prénom en lettres moulées

---

Signature de la participante, du participant

---

Date

**Contact**

*Pour communication à propos de la présente recherche.*

---

Numéro de téléphone

---

Courriel

**ENGAGEMENT DE LA CHERCHEURE**

Je, soussignée certifie

- (a) avoir expliqué au participant ou à la participante les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions que le participant ou la participante m'a posées à cet égard;
- (c) avoir clairement indiqué au participant ou à la participante qu'il ou elle reste libre de mettre un terme à sa participation sans aucun préjudice;
- (d) que je remettrai au participant ou à la participante une copie signée et datée du présent formulaire.

---

Prénom

Nom

---

Signature de l'étudiante chercheure

---

Date

## APENDICE E : CERTIFICATION D'APPROBATION ETHIQUE

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Intégration de la perspective psychodynamique au modèle psychosocial d'intervention de crise: Exploration des pratiques et des dispositifs en centre d'intervention de crise
Nom de l'étudiant:	Carole DUPEYRAS
Programme d'études:	Maîtrise en travail social (profil avec mémoire)
Direction de recherche:	Audrey GONIN
Codirection:	Sophie GILBERT

#### Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

  
Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

## APENDICE F : RAPPORT DE SUIVI



No. de certificat: 3377

Titre du projet: Intégration de la perspective psychodynamique au modèle psychosocial d'intervention de crise: Exploration des pratiques et des dispositifs en centre d'intervention de crise

Nom de l'étudiant: Carole DUPEYRAS

Programme d'études: Maîtrise en travail social (profil avec mémoire)

Direction de recherche: Audrey GONIN

**Objet : Modifications apportées au projet**

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a bien reçu votre demande de suivi continu et vous en remercie.

La présente vise à confirmer l'approbation, au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'ensemble des modifications apportées au projet.

Ces modifications concernent :

- Les méthodes et procédures de recherche

Les membres du CERPE FSH vous offrent leurs meilleurs vœux de succès pour la réalisation de votre recherche.

Cordialement,

A stylized, wavy line representing a handwritten signature.

Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

## APPENDICE G : RAPPORT FINAL - AVIS DE CONFORMITE



No. de certificat: 3377

Date: 09-03-2020

## AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Titre du projet:	Intégration de la perspective psychodynamique au modèle psychosocial d'intervention de crise: Exploration des pratiques et des dispositifs en centre d'intervention de crise
Nom de l'étudiant:	Carole DUPEYRAS
Programme d'études:	Maîtrise en travail social (profil avec mémoire)
Direction de recherche:	Audrey GONIN

## Objet : Fin du projet

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a bien reçu votre rapport éthique final et vous en remercie. Ce rapport répond de manière satisfaisante aux attentes du comité.

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Cordialement,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anne-Marie Parisot', with a wavy, decorative flourish underneath.

Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

---



## BIBLIOGRAPHIE

Association Canadienne des Travailleurs Sociaux. (2005). Énoncé de l'ACTS - Code de déontologie. Récupéré de : [https://www.casw-acts.ca/sites/default/files/attachements/code\\_de\\_deontologie\\_de\\_lacts.pdf](https://www.casw-acts.ca/sites/default/files/attachements/code_de_deontologie_de_lacts.pdf)

Agero Batista, M. (2015). *Développement du pouvoir d'agir et genre professionnel : le métier d'agents communautaires de santé au Brésil* (Thèse de doctorat). Conservatoire National des Arts et Métiers. Récupéré de : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01283037/document>

Aguilera, D-C. (1995). *Intervention en situation de crise. Théorie et méthodologie*. Paris : Erpi.

Ambresin, G., De Coulon, N., De Roten, Y. et Despland, J-N. (2009). Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés. *Médecine & Hygiène*, 29(2), 75-84. doi: 10.3917/psys.092.0075

Andreoli, A., Lalive, J. et Garrone, G. (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris : Simep.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Aumond, M. (1987). *Les dynamismes du vieillissement et le cycle de la vie : l'approche d'Erikson*. Faculté d'Education Permanente : Université de Montréal. Récupéré de : [http://pages.infinit.net/grafitis/PDF/Voc1/Erickson\\_vieillissement.pdf](http://pages.infinit.net/grafitis/PDF/Voc1/Erickson_vieillissement.pdf)

Arborio, A-M et Fournier, P. (2005). *L'enquête et ses méthodes. L'observation directe*. Paris : A. Colin

Arborio, A-M. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherches en soins infirmiers*, 90(3), 26-34. doi:10.3917/rsi.090.0026.

Barbance, M. (1995). Le transfert comme paradigme de lien social. *Filigrane*, 1(4), 17-32. Récupéré de : [https://spip.telug.ca/filigrane/squelettes/docs/no4\\_automne/E\\_mBarbance.pdf](https://spip.telug.ca/filigrane/squelettes/docs/no4_automne/E_mBarbance.pdf)

Baribeau, C. et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>

Bateman, A. et Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder : A practical guide*. Oxford : Oxford University Press.

Benisty, L. (2011). *Intervenants sociaux et médication psychiatrique : pratiques et accueil réservé à la Gestion autonome de la médication en santé mentale*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. Récupéré de : [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6165/Benisty\\_Lisa\\_2011\\_memoire.pdf](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6165/Benisty_Lisa_2011_memoire.pdf)

Bertelli, C. et Bélisle, M. (2004). Interventions de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite. *Partie 2 : Thérapies systémique et familiale. Santé mentale au Québec*, 29(2), 253-266. <https://doi.org/10.7202/010840ar>

Biron, L. (2006). La souffrance des intervenants : perte d'idéal collectif et confusion sur le plan des valeurs. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36(1), 209-224. <https://doi.org/10.3917/ctf.036.0209>

Bonnet, M. (2008). Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6(2), 107-121. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0107>

Bourgault, R. (2013). Trauma vicariant, trauma secondaire. Dans M. Kédia (dir.), *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie. En 49 notions* (p.258-263). Paris : Dunod.

Boucher, A-M (2017, 10 octobre). Entrevue avec Jean-François Guérin. Récupéré de : <http://www.tvanouvelles.ca/videos/5605854323001>

Brelet-Foulard, F. (2004). De Freud à Winnicott, plaidoyer pour l'agir. *Psychologie clinique et projective*, 10(7), 7-29. doi:10.3917/pcp.010.0007.

Brillon, P. (2013). Fatigue de compassion et traumatisme vicariant : Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. *Psychologie Québec*, 30(3), 30-33. Récupéré de : <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Psychologie+Qu%C3%A9bec+-+mai+2013/0329fa1d-aa02-45a9-ae52-6ef0df692a68>

Brodeur, N. (2009). 20 questions pour penser le travail social de Jacques Riffault. *Service social*, 55(1), 111–115. <https://doi.org/10.7202/029492ar>

Bruchez, C., Fasseur, F. et Santiago, M. (2007). Entretiens phénoménologiques et entretiens focalisés sur l'activité; analyse comparative, similitudes et variations: *Recherches qualitatives*, Hors-série. Récupéré de: [http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v3/bruchez\\_al-final3.pdf](http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/bruchez_al-final3.pdf)

Butler, A. (2014). *Mental Illness and the Criminal Justice System: A Review of Global Perspectives and Promising Practices*. Simon Fraser University: International Center for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy. Vancouver : Simon Fraser University. Récupéré de [https://icclr.org/wp-content/uploads/2019/06/Mental-Illness-and-the-Criminal-Justice-System\\_Butler\\_ICCLR\\_0.pdf?x30145](https://icclr.org/wp-content/uploads/2019/06/Mental-Illness-and-the-Criminal-Justice-System_Butler_ICCLR_0.pdf?x30145)

Cantelli, F. et Genard, J-L. (2007). Jalons pour une sociologie politique de la subjectivité. Dans F. Cantelli et J-L. Genard, (dir.), *Action publique et subjectivité* (p. 13-40). Paris : Librairie générale de droit et jurisprudence.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York : Basic Books.

Carey-Bélanger, E. et Côté, C. (1982). Les interventions brèves : huit ans après. *Service social*, 31(2-3), 240-289.

Centre de crise du Québec. (s.d). Accueil – Centre de crise du Québec. <https://www.centredecrise.ca/>

Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Éducation et didactique*, 1(1), 83-93. doi : 10.4000/educationdidactique.106

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*, Paris : PUF

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G. et Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2(1). <https://doi.org/10.4000/pistes.3833>

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (2014). *Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Récupéré de: [http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)

Corriveau, M-P. (2014). *Un nouveau modèle d'intervention de crise appliqué en contexte d'hébergement : rapport de stage*. Université Laurentienne

- Corin, E. et Lauzon, G. (1986). Les évidences en question. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 42–58. <https://doi.org/10.7202/030319ar>
- Cossette, D. (2006). Entrevue avec Paul Morin : Une pratique communautaire : le centre de crise le Transit. *Nouvelles Pratiques Sociales* 19(1). 08-15.
- Cotton, D., et Coleman, T. G. (2010). Canadian Police Agencies and their Interactions with Persons with a Mental Illness: A Systems Approach. *Police Practice and Research*, 11(4), 301-314. <https://doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1080/15614261003701665>
- Couturier, Y. et Carrier, S. (2003). Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 68–79. <https://doi.org/10.7202/009843ar>
- Couturier, Y. et Huot, F. (2003). Discours sur la pratique et rapports au théorique en intervention sociale : explorations conceptuelles et épistémologiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 106–124. <https://doi.org/10.7202/009846ar>
- Cusson, Y. (1996). La psychanalyse et l'urgence. Dans P. Doucet et W. Reid (dir.). *La psychothérapie psychanalytique* (p.543-556). Montréal : Gaëtan Morin.
- Cyr, C. (2012). *Vue intérieure de la médication psychiatrique : l'expérience des personnes ayant cheminé avec la GAM*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. Récupéré de : [http://www.rrasmq.com/GAM/documents/textes/Cyr\\_Celine\\_2012\\_memoire.pdf](http://www.rrasmq.com/GAM/documents/textes/Cyr_Celine_2012_memoire.pdf)
- De Butler, A. (2003). De la répétition au changement : la visée thérapeutique. *Dialogue*, 160(2), 89-100. <https://doi.org/10.3917/dia.160.0089>
- De Coulon, N. (1999). *La crise, stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Europe : Gaëtan Morin Editeur
- De Clercq, M. (1991). L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 155–171. <https://doi.org/10.7202/032232ar>
- Dell'Acqua, P. (2012). *From the asylum to territorial services for mental health*. Innovation for development and South-south cooperation. Récupéré de : <http://www.triestesalutementale.it/english/doc/BrochureTriesteENG.pdf>

Delieutraz, S. (2018). Le *burn-out* des paramédicaux: Consumé par le soin, quand le soignant s'éteint. Dans R. Holcman (dir.), *La souffrance des soignants: Stress, burn-out, violences... du constat à la prévention* (p. 5-40). Paris: Dunod.

Denis, P. (2005). Transfert. Dans A. de Mijolla (dir.), *Dictionnaire international de la psychanalyse* (p.1832-1834). Paris : Hachette.

Denis, J. et Hendrick, S. (2017). Explorer le vécu de la crise à partir de la parole incarnée d'intervenants professant en unité de crise et d'urgences psychiatriques. *Approches inductives*, 4(1), 51–79. <https://doi.org/10.7202/1039510ar>

Department of Health. United Kingdom. (2014, 18 February). Mental Health Crisis Care Concordat – Improving outcomes for people experiencing mental health crisis. United Kingdom : Department of Health and Concordat signatories. Récupéré de [https://www.crisiscareconcordat.org.uk/wpcontent/uploads/2014/04/36353\\_Mental\\_Health\\_Crisis\\_accessible.pdf](https://www.crisiscareconcordat.org.uk/wpcontent/uploads/2014/04/36353_Mental_Health_Crisis_accessible.pdf)

Doron, R. et Parot F. (2011). *Dictionnaire de Psychologie*, Paris : PUF

Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 79–89. <https://doi.org/10.7202/030374ar>

Dorvil, H. (2006). Prise de médicaments et désinstitutionalisation. Dans J. Collin, M. Otero, et L. Monnais (dir.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine : Regards croisés sur un objet complexe* (p.35-66). Québec : Presses de l'Université du Québec

Doucet, M.-C. et Dubois, D. (2016). Repères pour la thématique subjectivité et travail. Le thème de l'engagement personnel dans les métiers de la relation en milieu institutionnel et communautaire au Québec. Dans M.-C. Doucet et S. Viviers (dir.), *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail* (p.141-158). Québec : PUL.

Dubois, S. et Boudou-Laforce, E. (2017, 11 septembre). Crise québécoise dans les domaines de l'intervention sociale. *Le Devoir*. Récupéré de : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/507677/crise-quebecoise-dans-les-domaines-de-l-intervention-sociale>

Dupont, R., Cochran, S., et Pillsbury, S. (2007). *Crisis Intervention core elements*. University of Memphis. School of Urban Affairs and Public Policy, Department of Criminology and Criminal Justice. Memphis : CIT Center. Récupéré de <http://cit.memphis.edu/pdf/CoreElements.pdf>

Fablet, D. (2009). Quels modèles de référence pour les travailleurs sociaux ? *Empan*, 75(3), 72-79. <https://doi.org/10.3917/empa.075.0072>

Fagan-Huot, N. (2018). *Représentations du suicide chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal. Récupéré de : [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22258/Huot\\_Nicole\\_2018\\_memoire.pdf?sequence=2](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22258/Huot_Nicole_2018_memoire.pdf?sequence=2)

Fleury, M.-J. et Delorme, A. (2014). Présentation : les réformes du système de santé mentale : finalité ou processus ? *Santé mentale au Québec*, 39(1), 11–23. <https://doi.org/10.7202/1025904ar>

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Flammarion.

Gagné, J. (1996). L'approche alternative en santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 9(2), 137–146. <https://doi.org/10.7202/301371ar>

Gagnon, E., Moulin, P. et B. Eysermann (2011). Ce qu'accompagner veut dire. *Reflets*. 17(1), 90-111. <https://doi.org/10.7202/1005234ar>

Genard, J-L. et I Escoda, M-R, (2010). La « rupture épistémologique » du chercheur au prix de la trahison des acteurs ? Les tensions entre postures « objectivante » et « participante » dans l'enquête sociologique. *Responsabilité sociale et éthique de la recherche*. 12(1), 139-163. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.210>

Gendreau, F. (2010). L'approche du rétablissement en santé mentale – Sommes-nous liés à des compétences innovatrices lors de l'implantation d'un paradigme innovateur ? *Infiresources*.1(1), 1-23. Récupéré de [http://www.infiresources.ca/fer/depotdocuments/Approche\\_du\\_retablissement\\_et\\_competences\\_en\\_sante\\_mentale-F\\_Gendreau-2mars10.pdf](http://www.infiresources.ca/fer/depotdocuments/Approche_du_retablissement_et_competences_en_sante_mentale-F_Gendreau-2mars10.pdf)

Gilbert, S. (2015). Présentation. Qu'est la psychanalyse devenue ? Partie 2. *Filigrane*, 23(2), 7-11. <https://doi.org/10.7202/1028919ar>

Gilbert, S. et Lussier, V. (2007). Déjouer l'impasse du lien et de la parole : d'autres repères pour l'aide en itinérance. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 128-150. <https://doi.org/10.7202/016981ar>

Gilbert, S., Emard, A-M., Lavoie, D. et Lussier, V. (2017). *Une intervention novatrice auprès des femmes en état d'itinérance : l'approche relationnelle de La rue des Femmes*. (Rapport de recherche). Groupe de recherche sur l'inscription

sociale et identitaire des jeunes adultes. Récupéré de : <http://www.laruedesfemmes.org/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-La-rue-des-Femmes3.pdf>

Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche*. Paris : Editions EMS.

Godin, C. (2019). *La psychanalyse pour les nuls en 50 notions clés*. Paris : Editions First.

Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3-17. Récupéré de: [http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero24/24gohier.pdf](http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero24/24gohier.pdf)

Gonin, A. (2008). *L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale. Une approche psychosociale des représentations professionnelles: historicité, ancrages, fonctions*. (Thèse de doctorat). Université Lumière Lyon 2. Récupéré de: [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2008/gonin\\_a#p=0&a=top](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2008/gonin_a#p=0&a=top)

Gonin, A. (2013). Modes d'articulation entre travail, recherche et formation. Entre meilleures pratiques et pratiques réflexives, peut-on orienter la formation vers le développement d'un métier ? *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 30(1), 135-155. doi : 10.4000/dse.278

Government of Canada. Public Health agency of Canada (2005). Suicide-related research in Canada : a descriptive overview. Dans *Public health agency of Canada reports and publications*. Canada : Government of Canada. Récupéré de : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/suicide-related-research-canada-descriptive-overview/biomedical-research.html>

Greacen, T. et Jouet, E. (2017). Le rétablissement : contexte international et situation en France. Dans J-P. Arveiller (dir.), *Santé mentale et processus de rétablissement* (p. 15-30). Nîmes : Champ social.

Grenier, G. et Fleury, M.-J. (2014). Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 119–136. <https://doi.org/10.7202/1025910ar>

Guay, C. (2010). *La rencontre des savoirs à Uashat Mal Mani Utenam: Regard des intervenants sociaux innus sur leur pratique*. (Thèse de doctorat). Université du Québec en Outaouais. Récupéré de: <http://di.uqo.ca/id/eprint/450>

Huberman, M. et Miles, M-B. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Bruxelles: De Boeck Université.

Huot, F. et Couturier, Y. (2003). L'examen des usages de la théorie en intervention sociale. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 19–29. <https://doi.org/10.7202/009840ar>

Kaës, R. et al. (1979). *Crise, rupture et dépassement*. Paris : Dunod

Kaës, R. (2012). Conteneurs et metaconteneurs. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 643-660. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0643>

Kernberg, O. (1989). *Les troubles graves de la personnalité*. Paris : PUF

Koch, N. (2009). L'approche psychodynamique est-elle utile pour le Suivi Intensif dans le Milieu? *Psychothérapies*, 29(3), 157-166. <https://doi.org/10.3917/psys.093.0157>

Koziarski, J. (2018). *Policing mental health : an exploratory study of crisis intervention teams and co-response teams in the Canadian context* (Thèse de doctorat). University of Ontario Institute of Technology.

Labrie, J. (2019). *Etude exploratoire de carrières et pratiques d'engagement de femmes indigènes boliviennes au regard des violences faites aux femmes*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal. Récupéré de : <https://archipel.uqam.ca/13007/1/M16146.pdf>

Lamarre, S. (2014). *Le suicide, l'affaire de tous : vers une nouvelle approche*. Montréal : Editions de l'Homme.

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L. H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pirès (dir.). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 392-418). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1978). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.

Laplanche J. et Pontalis J.-B (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF

Larose, S. et Fondaire, M. (2011). *Détresse psychologique en situation de crise*. Québec : Quebecor.

Laugier, S. (2010). L'éthique du care en trois subversions. *Multitudes*, 42(3), 112-125. <https://doi.org/10.3917/mult.042.0112>

Laval, C. (2020). L'appauvrissement de la clinique et la déshumanisation des pratiques. *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, 145(1), 31-37. <https://doi.org/10.3917/vst.145.0031>

Lavoie, L. (2000). L'accompagnement, l'écoute des valeurs et la pratique de la psychologie des relations humaines. *Interactions*. 4(2), 103-126. Récupéré de : [https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue\\_Interactions/Volume\\_4\\_no\\_2/V4N2\\_LAVOIE\\_Louise\\_p103-126.pdf](https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue_Interactions/Volume_4_no_2/V4N2_LAVOIE_Louise_p103-126.pdf)

Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P. et Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques*. Montréal : Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.

Lecompte, Y. et Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé Mentale au Québec*, 11(2), 122-142. <https://doi.org/10.7202/030352ar>

Lecomte, Y. et Lesage, A. (1999). Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie. *Santé mentale au Québec*. 24(2), 7-27. DOI : 10.7202/013010ar.

Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 25(2), 91-100. <https://doi.org/10.3917/psys.052.0091>

Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 235–257. <https://doi.org/10.7202/1040169ar>

Leenaars A. (2000). Suicide prevention in Canada: a history of a community approach. *Can J Commun Mental Health*. 19(2), 57-73. DOI : 10.7870/cjcmh-2000-0015. PMID: 11381738

Lefebvre, Y. (1991). La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer. *Santé mentale au Québec*. 16(2), 23-39. <https://doi.org/10.7202/032225ar>

Lefebvre, Y. & Coudari, F. (1991). L'Entremise : de l'autonomie à l'emprise... institutionnelle ? *Santé mentale au Québec*, 16(2), 289–314. <https://doi.org/10.7202/032239ar>

Levert, C. (1999). La psychanalyse au risque de l'institution, *Filigrane*, 8(2), 76-86. Récupéré de : [http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/vol8\\_no2\\_automne/hLevert.pdf](http://benhur.teluq.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/vol8_no2_automne/hLevert.pdf)

Levert, C. (2014). Entre dinosaures et Don Quichotte : «rouler avec la résistance»... de l'institution. Une utopie ? *Filigrane*, 23(2), 39-52. <https://doi.org/10.7202/1028922ar>

Louan, E., Webanck, T. & Senon, J. (2013). L'évaluation du malade mental auteur d'infraction dans le système judiciaire québécois. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2(2), 271-293. <https://doi.org/10.3917/rsc.1302.0271>

Man, A et Labrèche-Gauthier, L. (1991). Suicide ideation and community support: An evaluation of two programs. *Journal of clinical psychology*, 47(1), 57-60. DOI : 10.1002/1097-4679(199101)47:13.0.CO;2-8

Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches qualitatives, Hors-Série(2)*, 5-17. Récupéré de : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v2/SMartineau%20HS2-issn.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v2/SMartineau%20HS2-issn.pdf)

Mayer, R. et Ouellet, F. (1991). *Méthode de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin.

Mayer, R. et Deslauriers J-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. St-Jacques et D. Turcotte (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p.159-190). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur

Mellier, D. (2005). La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 48(2), 425-499. <https://doi.org/10.3917/psy.482.0425>

Mellier, D. (2018). Les dispositifs d'accueil de la souffrance et la précarité des liens psychiques. Dans *La vie psychique des équipes. Institution, soin et contenance* (p.129-149). Paris : Dunod. Récupéré de : <https://www-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/la-vie-psychique-des-equipes--9782100784912-page-129.htm#pa24>

Mercier, J. (1996). *Violence et suicide : une intervention psychodynamique*. Montréal : Éditions Nouvelles.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale (2005-2010) - La force des liens*. (Publication no: 05-914-01). Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et services sociaux*. (Publication no: 10-247-02). Récupéré de: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble autrement*. (Publication no: 17-914-17W). Récupéré de: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Mishara, B. et Toussignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Mongeau, P. (2009). *Réaliser son mémoire ou sa thèse*. Côté Jeans & Côté Tenue de soirée. Québec: PUQ.

Morin, E. (1976). Pour une crisologie. Dans A. Béjin et E. Morin (dir.), *La notion de crise* (p.149-163). Paris: Communications. Récupéré de : [http://www.persee.fr/doc/comm\\_0588-8018\\_1976\\_num\\_25\\_1\\_1388](http://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1976_num_25_1_1388)

Morrow, S. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>

National Alliance on Mental Illness, (s.d). *Crisis Intervention Team (CIT) Programs*. Récupéré de [https://nami.org/Advocacy/Crisis-Intervention/Crisis-Intervention-Team-\(CIT\)-Programs](https://nami.org/Advocacy/Crisis-Intervention/Crisis-Intervention-Team-(CIT)-Programs)

Ollivier, M. et Tremblay, M. (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Paris: Harmattan.

Otero, M. (2007). Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine. *Sociologie et sociétés*. 39(1), 51-78. <https://doi.org/10.7202/016932ar>

Paillé, P. (2009). Sensibilité théorique. Dans A. Muchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p.225). Paris : Armand Colin

Paillé, P. et Muchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3ème éd.). Paris: Armand Colin.

Paperman, P. (2010). Ethique du care : un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gérontologie et société*, 33(2), 51-61. <https://doi.org/10.3917/gs.133.0051>

Paton, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A., Webber, M. et Meader, N. (2016). Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess*, 20(3), 1–162.

Patriciu, S. (2004). L'utilisation du groupe focus comme méthodologie globale en recherche interculturelle. *Association pour la recherche interculturelle*. Récupéré de: <http://www.unifr.ch/ipg/aric/assets/files/ARICBulletin/2004No40/Patriciu.pdf>

Péladeau, N., Mercier, C. et Couture, L. (1991). Les centres de crise et les services en santé mentale : l'expérience du Sud-Ouest de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 267-288. <https://doi.org/10.7202/032238ar>

Périlleux, T. (2015). Le cœur battant du travail relationnel. Métiers mis en danger, répliques cliniques. Dans M-C. Doucet et S. Viviers (dir.), *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail* (p.121-141). Québec : PUL

Perreault, F. et Fortin, D. (1993). Vécu et perception des usagers d'un centre de crise. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 287–301. <https://doi.org/10.7202/032260ar>

Petiau, A. (2018). « Just do it ». Accompagner la souffrance des soignants : entre complexité et logique de rendement. *Cahiers de psychologie clinique*, 51(2), 157-168. <https://doi.org/10.3917/cpc.051.0157>

Prot, B. (2004). Controverses entre les professionnels à propos de l'exercice de leur métier source de développement de la santé. *Gérontologie et société*, 27(4), 171-181. <https://doi.org/10.3917/gs.111.0171>

Ravon, B. (2009). L'extension de l'analyse de la pratique au risque de la professionnalité. *Empan*, 75(3), 116-121. <https://doi.org/10.3917/empa.075.0116>

Reid, W. (2006). L'impasse en psychothérapie psychodynamique ou la pertinence des paradoxes. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 293-308. <https://doi.org/10.7202/014836ar>

Rodriguez del Barrio, L., Corin, E. et Poiré, M-L (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2). Récupéré de : [www.rasmq.com/publications/RevueQPsy\\_2001\\_voix\\_ignoree.pdf](http://www.rasmq.com/publications/RevueQPsy_2001_voix_ignoree.pdf)

Rodriguez del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*, 41(42), 237–255. <https://doi.org/10.7202/1002468ar>

Rodriguez del Barrio, L. et Poirel, M-L. (2007). Emergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : la Gestion autonome des médicaments de l'âme. *Nouvelles pratiques sociales* 19(2), 111-127. <https://doi.org/10.7202/016054ar>

Rodriguez del Barrio, L., Bourgeois, L., Landry, Y. Guay, L. et Pinard, J-L. (2008). Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté, changer de perspective. Presse de l'université du Québec.

Rouzel, J. (2005). *Travail social et psychanalyse*. Paris : Erès.

RRASMQ (2009). L'alternative en santé mentale. *Ailleurs et autrement*. [http://www.rrasmq.com/publications/Philosophie\\_Histoire\\_Pratiques/Promotion\\_Alternative.pdf](http://www.rrasmq.com/publications/Philosophie_Histoire_Pratiques/Promotion_Alternative.pdf)

RRASMQ (2017). J'ai une histoire. <https://www.jaiunehistoire.com/qui/>

Saint-Onge, J-C. (2013). *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Montréal : Eco Société.

Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives, Hors-série(5)*, 99-111. Récupéré de: [http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v5/savoie\\_zajc.pdf](http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf)

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir), *Recherche sociale, de la problématique à la collecte de données* (p. 293-316). Québec: PUQ

Shapiro, G. K., Cusi, A., Kirst, M., O'Campo, P., Nakhost, A., et Stergiopoulos, V. (2015). Co-responding Police-Mental Health Programs: A Review. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 606-620. Récupéré de <https://link-springer-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/article/10.1007/s10488-014-0594-9>

Schön D.A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Editions Logiques.

Séguin, M. (1991). *Le suicide : comment prévenir, comment intervenir*. Québec : Editions Logiques.

Séguin, M., Brunet, A. et Leblanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Gaëtan Morin.

Séguin, M., Brunet, A. et Leblanc, L. (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Gaëtan Morin.

Séguin, M., Bordeleau, V., Drouin, M-S, Castelli-Dransart, D. A. et Giasson, F. (2014). Professional's Reactions Following a Patient's Suicide : Review and Future Investigation. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 340-362. doi : 10.1080/13811118.2013.833151

Skiredj-Hahn, C. (2020). Crise et misère de la psychiatrie. *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, 145(1), 63-69. <https://doi.org/10.3917/vst.145.0063>

Stigler, M. et Quinche, P. (2001). Le « patient difficile » en crise et sa compétence à se responsabiliser. *PrimaryCare*, 1, 351-357. Récupéré de : <https://pdfs.semanticscholar.org/009c/37582a0517d68e6890eb416de233407449f2.pdf>

Tobitt, S. (2007). *Exploring the concept of mental health crisis* (Thèse de doctorat). University College London.

Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. Dans Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. (dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (p.39-68). Montréal: Gaëtan Morin.

Turmel, F. (1991). Le concept de crise psychotique et son traitement psychanalytique. *Santé mentale au Québec*. 16(2). <https://doi.org/10.7202/032234ar>

Tracy, S. (2016). *Transfert et contre-transfert ; la relation patient/thérapeute*. Québec : Jouvence.

Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, V. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherche Qualitative, Hors-Série(5)*, 38-45. Récupéré de [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v5/trudel.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf)

Usher, L., Watson A.C., Bruno, R., Andriukaitis, S., Kamin, D., Speed, C. et Taylor, S., (2019). *A best practice guide for transforming community responses to mental health crises. Responses to mental health crisis*. Memphis : CIT International. Récupéré de <http://www.citinternational.org/resources/Documents/CIT%20guide%20interactive%20web%20version%20final.pdf>

- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5<sup>e</sup> éd). Paris: Dunod.
- Vickers, B. (2000). Memphis, Tennessee, Police Department's Crisis Intervention Team. Practitioner perspectives. Récupéré de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/bja/182501.pdf>
- Walter, M. & Genest, P. (2006). Réalités des urgences en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 82(7), 565-570. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8207.0565>
- Yeomans, F., Delaney, J. et Renaud, A. (2016). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *L'information psychiatrique*, 92(2), 99-105. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1443>
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care : une nouvelle façon de prendre soin. *Etudes*, 413(12), 631-641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>
- Zucker, D. (2001). *Penser la crise : l'émergence du soi*. Belgique : De boeck.