

Plaidoyer pour un intervenant bien portant et capable d'en prendre

Quelques leçons, tentations et pièges

Pierre Migneault

Volume 16, Number 2, Spring 2004

Deuil, blessure vive

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074119ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074119ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Migneault, P. (2004). Plaidoyer pour un intervenant bien portant et capable d'en prendre : quelques leçons, tentations et pièges. *Frontières*, 16(2), 64–69. <https://doi.org/10.7202/1074119ar>

Article abstract

Relying on his numerous years of clinical psychiatric experience, the author shares some of the lessons and pitfalls of the continuous self-preparations and even the mourning of one's self required in intervention. Many clinical anecdotes complete the proposed reflections.

PLAIDOYER POUR UN INTERVENANT BIEN PORTANT ET CAPABLE D'EN PRENDRE Quelques leçons, tentations et pièges

Résumé

À partir de ses nombreuses années de clinique en psychiatrie, l'auteur expose les leçons et les pièges de l'incessant travail de préparation de soi et même de deuil de soi qui sous-tend l'intervention. Des vignettes cliniques illustrent les réflexions proposées.

Mots clés : *art-thérapie – deuil – santé mentale.*

Abstract

Relying on his numerous years of clinical psychiatric experience, the author shares some of the lessons and pitfalls of the continuous self-preparations and even the mourning of one's self required in intervention. Many clinical anecdotes complete the proposed reflections.

Keywords: *art therapy – mourning – mental health.*

L'INTERVENTION DANS NOTRE VIE DE L'INVISIBLE ET DE L'INFINI

(ANDRÉ MAUROIS)

Pierre Migneault,
psychiatre.

LA PRÉPARATION ET LE TRAVAIL SUR SOI DE L'INTERVENANT

Le thème de ce numéro, *Deuil, blessure vive*, me donne le goût de l'aborder, pas seulement à partir de la perspective de la personne ou du patient endeuillé mais aussi et même surtout à partir de celle de l'intervenant ou du thérapeute, qui côtoie, se confronte et s'imprègne inévitablement de ces patients en deuils et pertes de tout acabit.

Du tandem patient-intervenant, ce sont souvent les failles et problèmes du deuxième personnage du couple thérapeutique qui, à mon avis, sont négligés, voire escamotés, par pudeur « professionnelle », selon l'alibi le plus courant. Premier piège que j'essaierai d'éviter, au risque d'être moi-même impudique, « Qu'on me pardonne si je ne laisse que mon histoire », comme écrit Richard Desjardins dans l'une de ses plus belles chansons (*Lomer*, extrait de *Boom Boom*). Mon histoire personnelle et mes expériences cliniques sont ce dont je peux le mieux parler si je laisse de côté la gêne ou la fausse pudeur. Simplicité et authenticité s'imposent alors de soi.

Je postulerais principalement que si l'intervenant n'est pas bien préparé à ces rencontres souvent déstabilisantes, s'il n'a pas fait le débroussaillage et l'inventaire préalable de lui-même (comme nous y invite Eric Berne avec son analyse transactionnelle [Berne, 1966¹], après tant d'autres philosophes et penseurs, bien avant Freud, par ailleurs l'un des guides majeurs en ce domaine), il ne pourra pas intervenir correctement et efficacement, malgré toutes les connaissances acquises quant aux nombreux modèles et techniques d'intervention.

L'intervenant aura aussi beaucoup plus de difficulté à maintenir son intégrité psychique, à tirer des leçons et à apprendre de chacune de ses interventions qui viennent souvent le « chercher », comme dit si bien le langage populaire, et raviver de vieilles blessures intimes, souvent méconnues ou négligées.

L'INTERVENTION N'EST PAS INOFFENSIVE

On a déjà décrit la relation thérapeutique, en l'occurrence l'acte médical, comme « une confiance rejoignant une conscience » (Louis Portes, cité par Valabrega, 1962). Par les temps modernistes et scientistes qui galopent et trônent, on s'est mis à parler

davantage de « rencontre entre confiance et compétence ». Confiance, conscience, compétence ; ce sont les éléments de base d'une relation thérapeutique, en santé mentale ou physique, et on doit y travailler et les encourager autant chez le patient que chez l'intervenant.

Au terme d'une quarantaine d'années d'expériences personnelles et cliniques, j'oserai affirmer que la relation d'aide constitue le plus vieux, le plus beau mais aussi le plus pernicieux métier du monde. J'y reviendrai souvent.

Au mieux, la relation ou intervention thérapeutique est une rencontre bénéfique et enrichissante, pour le patient et l'intervenant, entre deux personnes endeuillées de soi et en désarroi plus ou moins bien habilement arroyé. C'est mon leitmotiv ou, je dirais, ma rengaine grégorienne.

L'intervention est aussi un « combat », une « offensive », une « intrusion » comportant beaucoup de risques de dérives et dérapages, beaucoup de « dommages collatéraux », autant pour le patient que pour l'intervenant, pour reprendre l'image crue et militaire d'Eric Berne (1910-1970), psychiatre, psychanalyste et major dans l'Armée américaine, avec une vingtaine d'années d'expérience de l'organisation militaire, dans tous ses états. Un excellent milieu pour examiner et identifier des *Jeux et des Hommes* (Berne, 1998), sous toutes leurs coutures et cultures.

Il est intéressant et utile de réfléchir aux divers sens du mot « Intervention » : juridiquement, psychologiquement, il réfère à un tiers, l'intervenant, qui originellement ne fait pas partie de la situation conflictuelle, précise le *Petit Robert*. Dans le cas d'un patient psy, le conflit peut être entre les diverses parties ou instances intrapsychiques du patient concerné ou avec l'entourage, voire avec la perception de la réalité globale, dans le cas des psychoses.

L'intervention réfère médicalement, chirurgicalement, à un « traitement énergétique, une opération » (*Robert méthodique*). On passera rapidement sur l'« intervention militaire », « légitime ou illégitime », vieille comme le monde et qui devient même « préventive » par les temps « interventionnistes » qui courent.

Pour avoir expérimenté, d'abord pour moi-même, une dizaine d'approches ou interventions psychothérapeutiques, avant de m'en servir, au besoin, en situation clinique, je dois constater et avouer qu'il n'y en a pas de « facile », comme dirait l'entraîneur de sport compétitif, ni surtout d'« inoffensive », incluant les interventions dites d'inspiration psychanalytique, sous la bannière de Freud et autres explorateurs de la psyché humaine.

Pas toujours facile pour l'intervenant en formation d'y retrouver son âme et son bon sens. L'iatrogénie et les maladies nosocomiales existent aussi dans le domaine de la relation d'aide psy. Sujet très délicat. Ce qui m'occupe et préoccupe surtout dans ce travail préliminaire de sensibilisation, c'est ce qu'il advient de l'intervenant et du patient, en amont comme en aval de l'intervention.

L'intervenant, comme l'intervention, ne font partie, théoriquement ou idéalement, ni du problème ni de la solution du patient désigné mais en pratique – j'allais écrire, à l'usage et à l'usure – ils ne sont pas non plus de simples *catalyseurs*, ces substances très énigmatiques qui, on le sait, déclenchent, par leur seule présence, une réaction, un processus, « sans s'altérer » ou du moins « sans altération appréciable[...] par simple effet de contact ou action de présence », mentionne le *Larousse du Vingtième siècle*.

L'intervenant, à mon avis et selon mon expérience clinique, est altéré, plus ou moins, par son intervention auprès d'une personne en souffrance, en désarroi, et l'intervention, elle aussi, s'en trouve altérée et devrait, idéalement, devenir plus souple, plus malléable, plus pertinente, en bref, plus « intelligente », comme s'évertue à le dire, à l'enseigner et à le souhaiter, entre autres,

le groupe de Palo Alto (Watzlawick *et al.*, 1975, Bateson et autres).

Autrement dit, l'intervenant, cognitivement et émotivement embué par ses propres biais mal identifiés, non assumés, peut aussi ajouter aux problèmes du patient désigné. Il lui faut être très vigilant, d'abord par rapport à lui-même.

Sans prolonger indûment l'analogie avec le phénomène du *catalyseur*, dont on ne peut encore aujourd'hui expliquer scientifiquement, de façon très précise, le mode d'action – chimique ou physique ? – pas plus que l'on ne peut expliquer exactement le mode d'action de l'intervention psy, quelle qu'elle soit, retenons ici que l'intervenant qui utilise mal ses ressources personnelles, ses connaissances et son intuition, peut empoisonner, envenimer et même faire cesser la relation.

RENDRE LEUR DÛ À ERIC BERNE ET À MARGARET NAUMBURG...

L'approche bernienne préconise beaucoup l'humour et l'ironie à la fois déstabilisante et rassurante, la théâtralisation visible et vivante des états du Moi (Parent, Adulte, Enfant), l'identification des scénarios de base (*life script*) et des positions ou attitudes fondamentales (*I'm O.K., you're O.K., I'm O.K., you're not O.K., etc.*)



René Deroin, *Atlantique Nord IV*.

Individuellement et en groupes variables, incluant le recours au psychodrame de Moreno, l'approche bernienne, met beaucoup d'accent sur la mise à nu des stratégies (*games*) professionnelles, organisationnelles, cliniques plus ou moins inadaptées et improductives (Berne, 1966; 1971; 1998), autant celles du patient que celles de l'intervenant, les unes et les autres étant inéluctablement imbriquées, en réaction complémentaire ou conflictuelle.

Il ne s'agit surtout pas ici de faire l'éloge et encore moins la promotion d'une approche particulière de psychothérapie – on en dénombre une couple de centaines – et encore moins de la poser en l'opposant, procédé hégélien bien connu qui se termine généralement par le dénigrement systématique des autres pour mieux y faufiler la sienne.

Après deux années d'immersion psychodynamique à l'Institut Prévost, avec ses grandeurs et bémols, j'ai eu mon véritable *imprinting*, à l'instar des canetons de Lorenz, auprès d'Eric Berne et de son approche globalisante, non excluante d'aucun apport intéressant, en troisième année de formation psychiatrique, à Hawaii, en même temps que l'initiation à l'art-thérapie, auprès de Margaret Naumburg (1953; 1957; 1966), et ce fut déterminant.

Je veux simplement affirmer que l'approche et la théorie de Berne me paraissent particulièrement préoccupées et soucieuses des effets nocifs potentiels, voire carrément destructeurs, non seulement des stratégies ou jeux du patient concerné mais aussi de celles du thérapeute ou de l'intervenant.

Bien d'autres influences et expériences laisseront leurs traces par la suite, mais il me fallait rendre d'abord son dû à ces deux rencontres-chocs, aux effets indélébiles.

INTERVENIR EN SITUATIONS DÉSESÉRANTES

J'ai délibérément choisi aussi de m'en tenir à quelques vignettes cliniques et situations difficiles, voire désespérantes, des expériences déstabilisantes qui bien qu'étant inhabituelles, confrontent davantage les limites et en même temps mobilisent, question de survie parfois, la débrouillardise inventive, toutes les ressources souvent méconnues de l'intervenant lui-même et toutes les connaissances acquises, en milieu de formation et aussi à l'« école de la vie ». comme la dénommait, en se moquant, cette patiente psychotique peu scolarisée : « La vie, c'est comme la psychose, ça déniaise. »

Ces expériences-chocs sont plus porteuses de leçons que les gestes ou interventions plus courantes, en eaux relativement tranquilles et connues. « Docteur, il n'y a plus rien à faire, qu'est-ce qu'on fait ? »... « Voyons, voir », chuchote alors le diabolotin intérieur, titillé et éperonné. D'autre part,

ce sont souvent ces interventions plus contraignantes et exigeantes qui ont un impact parfois plus dévastateur et des effets résiduels parfois négatifs, à plus long terme, sur la santé mentale et physique des intervenants au long cours en relation d'aide.

Par exemple, quand l'intervenant-e est lui-même ou elle-même l'objet ou la cible de menaces ou de gestes violents, physiques, psychologiques (poursuites, etc.) de la part du patient psychotique, intoxiqué, etc., ou même de son entourage familial incapable de vivre ses deuils ou de faire face à sa responsabilité, voire à la réalité de la maladie mentale. Je pense surtout à des situations cliniques très complexes impliquant des suicides de patients ou d'intervenants, de gestes homicides ou très violents de patients entre eux ou sur la personne de l'intervenant ou à l'égard des personnes de leur entourage.

On assiste parfois alors à l'installation insidieuse et lente, chez l'intervenant, d'un état de lassitude, de perte de motivation et d'intérêt pour les interventions coutumières et surtout difficiles, voire un état définitif d'épuisement et d'évitement.

On peut même déboucher parfois sur des situations ou impasses thérapeutiques plus morbides, voire mortifères : déclenchant même des états dissociatifs chez les patients et aussi chez les intervenants impliqués, comme celui que je vais rapidement décrire et que j'ai pu observer, en cours de formation, aux États-Unis.

LA DAME DU BANC PUBLIC

Un thérapeute expérimenté mais très désespéré avait amorcé une sorte de pacte suicidaire avec une patiente encore plus vulnérable... qui heureusement s'est réveillée à temps, son propre père bien-aimé (trop, l'apprendrons-nous plus tard) s'étant suicidé exactement au même âge que son thérapeute actuel qui l'incitait à l'accompagner dans la mort.

Cette dame, appelons-la Nancy, sans antécédents psychiatriques connus, en jeune trentaine, s'était retrouvée, complètement dissociée et muette, sur un banc public, à Hawaii, dans un parc jouxtant le cabinet de son psy en désarroi qu'elle venait tout juste de consulter.

Un policier l'avait conduite à l'urgence où je faisais ma résidence en psychiatrie et l'infirmière expérimentée de l'accueil, d'origine asiatique, appelons-la Rosalie, a pu reconstituer, par bribes de mots et d'expressions gestuelles, en prenant le temps nécessaire, toutes les pièces significatives du puzzle... et de l'histoire de Nancy. Une intervention échelonnée sur trois jours.

Une fois le contact établi et les renseignements recueillis, Rosalie est venue ensuite m'en faire une sorte de récit très

imaginé, une histoire d'enfant blessée, abusée très précocement, en utilisant autant les gestes que les mots, en présence de Nancy que je sentais par ailleurs très touchée et comme intéressée à sa propre histoire racontée, avec émotion, par une autre femme qui avait l'âge d'être sa mère..., « prostituée »..., « qui l'avait abandonnée aux soins des parents »... du père biologique, un militaire souvent absent mais qui l'aimait beaucoup, mais « tout croche »...

Cette infirmière, sensible, a surtout très bien situé le noyau central de la souffrance de celle qui aurait pu être sa fille... et qui était devenue une sorte de miroir et de rappel de sa propre trentaine, ce que je comprendrai un peu plus tard dans l'intervention.

À la fin de ce récit aussi touchant qu'abject, Rosalie est devenue étonnamment plus introvertie, silencieuse, comme la patiente, Nancy, déjà par ailleurs beaucoup plus présente. Assises très près l'une de l'autre, se serrant la main, elles avaient adopté exactement la même posture, le même regard atterré : seul le niveau de détresse faisait différence...

En bref, la « confusion des langues », des messages et des rôles en milieu incestueux, comme l'ont si pertinemment décrit Ferenczi (1955) et, plus près de nous, Julien Bigras (1991; 1996), avait visiblement produit ses dégâts ou effets résiduels chez ces deux femmes. Je le sentais très bien, intuitivement.

L'une, infirmière, avait réussi apparemment à s'en sortir, l'autre, la patiente, y était maintenant confrontée. Je n'ai fait qu'autoriser, pour une couple de jour, le temps et l'espace disponibles (une courte hospitalisation), avec anxiolytique si nécessaire (dont Nancy n'a d'ailleurs jamais eu besoin), pour que le temps ait le temps de transmettre aux « bonnes personnes » de l'entourage familial les divers « messages » de détresse de Nancy. Juste le temps nécessaire pour qu'on puisse correctement « intervenir ».

La parole a repris sa juste place, à côté du non-verbal et d'un registre affectif mieux contrôlé. On s'est aussi occupé discrètement mais fermement, à l'américaine ! (*Live or die*), du désarroi de l'intervenant psy de Nancy, tâche beaucoup plus compliquée aux États-Unis, d'autant plus que j'ignorais les procédures corporatives et légales. On m'y aida.

Une fois le congé signé pour Nancy, elle a été dûment accompagnée et on lui a proposé un suivi organisé en clinique externe. Rosalie a alors demandé à me rencontrer. Elle m'a alors parlé longuement d'elle-même, de son enfance, elle aussi, en milieu trouble et « confus », dans le sens férenczien du terme... en bref, sa propre histoire rejoignait étrangement celle de Nancy.

Cette jeune dame du « banc public », grâce à un suivi approprié, à la manière tendre mais directe et crue de Berne, en individuel et en groupe, a pu s'exprimer, par la parole mais surtout par des moyens artistiques variés, chose nouvelle pour elle, et pour moi, son thérapeute tout aussi abasourdi et dépassé par tout ce qu'il m'était donné de vivre, dans ce paradis hawaïen, relais, répit et zone de ravitaillement de la guerre au Vietnam... Ma première patiente supervisée en art-thérapie.

Nous nous sommes initiés, ensemble, à l'invisible et à l'infini, surtout à l'inconscient, pleurs et rires fusant de la salle d'art-thérapie, à usages multiples, où s'entremêlaient jouets d'enfants et matériel d'expression. Les registres de l'Enfant enjoué et blessé, de l'Adulte conciliateur, du Parent bon et restrictif, manquant... tout cela, ce désarroi de Nancy et le mien en écho, a été exploré, reconnu, réhabilité.

Je garde encore précieusement des traces (diapos) de quelques-unes de ses productions picturales qu'elle a voulu que je conserve, en emportant les originaux, « son journal de bord », disait-elle. Elle m'a aussi demandé de raconter un jour son histoire, « si ça pouvait aider d'autres personnes ». C'est fait.

En huit à neuf mois, le temps d'une autre naissance ou renaissance, Nancy avait pu trouver un certain équilibre et elle est retournée « sur le continent » (*mainland*), comme on disait à Hawaii, continuer ses études et sa formation en arts... et épouser, elle m'en fera part plus tard, un ami d'enfance.

Voilà une des nombreuses expériences humaines, culturelles, anthropologiques, cliniques, aussi fascinantes que troublantes, qu'il m'a été donné de vivre, loin de mon « écrou » québécois. Un bon dépucelage.

LE DÉSEMPAREMENT DE L'INTERVENANT

Revenant au leitmotiv de ce texte : le désarroi à degré variable des intervenants, même bien formés, le mien ne faisant pas exception, est l'un des secrets ou tabous les mieux gardés, toutes professions et sexes confondus. Je l'ai pourtant croisé, ce désemparement, à mon corps plus ou moins défendant et surtout à ma grande surprise et naïveté chaque fois éprouvée, il me faut bien l'avouer, dans tous les divers milieux de formation et de pratique que j'ai fréquentés, depuis une quarantaine d'années. Ce n'est ici ni le temps ni le lieu d'élaborer davantage. Le poser, le reconnaître et surtout s'y reconnaître, annonce déjà une démarche de résolution.

Je terminerai la description de cette étape de préparation de soi comme intervenant – l'objectif principal de ce texte-témoignage – en formulant quatre assertions principales ou « repères d'action » pour

utiliser la belle expression de Jean Bédard, un intervenant social redevenu philosophe (Bédard, 1998) :

- Prendre soin d'abord de soi, comme personne et comme intervenant. S'adonner à un travail permanent et continu sur soi n'est pas un luxe de mandarin : c'est une nécessité vitale.
- Deuxièmement, les divers deuils de soi et la difficile et nécessaire perte de l'état d'innocence constituent à la fois la marque et la preuve d'un passage obligé par l'espace fondamental et fondateur du désarroi dans tous ses états et manifestations, le sien d'abord, celui de l'autre ensuite.
- Au terme de ce Chemin de croix simultané ou réciproque, plus ou moins ardu et même parfois franchement joyeux, on débouche, idéalement, patient et intervenant, sur une voie finale ou tâche commune, à savoir la quête du bonheur et l'art d'accueillir et d'assumer du mieux qu'on peut l'état de désarroi humain ou mieux encore, l'état d'*intranquillité* (Pessoa, 1999). En arriver aussi à ne pas paniquer et même à s'émerveiller, comme personne et comme intervenant, devant l'aspect fondamentalement énigmatique et mystérieux des comportements humains, de la vie en général, jusqu'à la mort, inclusivement... « La mort est, psychiquement parlant, aussi importante que la naissance, et comme celle-ci, elle est aussi une partie intégrante de la vie » (Jung, dans Rocheleau, 1974).

SI L'ON ARRÊTAIT D'AVOIR PEUR DE SOI

Tout un menu, peut-être un peu indigeste, à première vue, et assaisonné, il faut bien l'avouer, d'un zeste d'impatience de ma part, un peu dans le sillon ou la mouvance du cri d'urgence nationale de Claude Péloquin (1970) gravé par Jordi Bonet sur une murale au Grand Théâtre de Québec : « Vous êtes pas écœurés de mourir, bande de caves. C'EST ASSEZ ! »

Une bonne rasade de vin, même un peu amer, nous mènera plutôt, je l'espère, à une joyeuse ironie, ultime prix de consolation laissé aux humains, avec le pouvoir des mots, selon le mythe polynésien de Maui qui avait échoué, sous le rire des oiseaux du Paradis, dans sa tentative de pénétrer par les voies naturelles Huine-Nui-Te-Po, la déesse de la Nuit, incestuée et détentrice du secret du Savoir et de l'Immortalité. À mi-pénétration, le rire des oiseaux la réveilla et elle serra les cuisses : Maui, le héros géant, y laissa son âme. Nous en sommes tous restés là, à tout jamais... et c'est tant mieux.

Je me sens personnellement plus près du regard étonné, émerveillé et perplexe aussi

des singes-vigies du très intéressant tableau de Brueghel (*Les deux singes*, 1562. Voir Migneault, 1999, p. 105), faisant le guet, enchaînés sur les murs, et qu'on entraînait à souligner les mouvements inhabituels et significatifs dans le port et la Cité. Est-ce là l'une des spécificités psy ?

Pas loin, par ailleurs, de l'œuvre écorchée et de l'énonciation urgente de Julien Bigras (1996) autour de la *peur* et du *désarroi* (1988), avec l'ombre de Maski et de Jacques Ferron, en arrière-fond (1973 ; 2003). Avec tout cela, on est assez prêt, je pense, à affronter la plupart des situations cliniques difficiles.

Un intervenant bien portant, si, mais surtout capable d'en prendre ! C'est ce dont les patients en crise d'agitation ou de détresse nous remercient, parfois, une fois le calme relativement revenu. « Merci... Vous avez été capable d'en prendre, de me prendre », écrivait encore récemment une patiente en jeune quarantaine, très automutilatrice et suicidaire, au moment du congé, dans une lettre à l'attention de toute son équipe d'intervention.

« Laissez-moi ma rage, tabarnak, prenez-la, avalez-là !... », vociférait, blasphémait cette jeune mère complètement hors d'elle-même, venant de perdre sa fillette de huit ans, abusée, violente jusqu'à la mort. L'Abject dans toute sa pureté, dirait Claude Gauvreau.

La femme médecin généraliste, qui avait accueilli la fillette, à l'urgence, pour constater le décès et faire certains « examens médico-légaux d'usage », fort disgracieux, pour employer un euphémisme, m'avait demandé en consultation, pour la mère « dépassée », disait-elle... « Qu'est-ce qu'on fait, quand il n'y a plus rien à faire, rien à dire ? », écrivait-elle sur sa demande de consultation... autant pour cette mère éplorée que pour elle-même, je l'apprendrai plus tard.

En travail d'itinérant en région éloignée, moins pressé par le temps, j'ai dû et pu passer autant de temps avec la femme médecin, elle-même mère, séparée, de deux fillettes à peu près du même âge que l'enfant décédée... qu'avec la patiente désignée, qui disposait par ailleurs de bonnes ressources intérieures et d'un bon réseau de support.

La jeune mère médecin qui, disait-elle, n'était pas assez présente à sa famille, à ses fillettes, quitta la pratique médicale pour quelques années. Je la retrouvai une dizaine d'années plus tard, en bonne forme, faisant une pratique beaucoup plus pointue dans une autre région dite éloignée.

Elle me reconnut et ressentit spontanément le besoin – me rappelant Rosalie, vingt ans plus tôt, à Hawaii – de reparler longuement de son départ subit de la pratique d'urgence, après l'histoire du décès de la fillette abusée...

La mémoire rapailleuse et sélective avait bien fait son travail et réussi à articuler un « récit », une narration acceptable, dirait Julien Bigras. Des choses « vagues » mais « dérangeantes », et qu'elle voulait visiblement laisser comme telles, s'étaient passées dans sa propre vie... avec un « engagé » de la ferme familiale, quand elle avait neuf ou dix ans...

Voilà pourquoi elle avait soudainement ressenti le besoin d'être plus près de ses fillettes... et avait quitté la pratique. Ses limites avaient été mises à l'épreuve et elle les avait respectées. Comme le décrit très bien Eric Berne, il ne faut pas toujours jouer à l'« Archéologue », avec soi-même et les patients ou confidents. Apprendre à en prendre, en silence et en faisant la tombe, comme Jaquemort (Vian, 1962).

IDENTIFIER CE SUR QUOI ON BUTE, COMME INTERVENANT, COMME PERSONNE

D'après mon expérience, on bute surtout, on lâche prise, on donne sa langue aux chats ou aux Parques, devant les multiples comportements mortifères ou devant l'Abject sous toutes ses formes :

- Les impulsions ou gestes suicidaires ou homicidaires, surtout ceux qu'on ne peut expliquer ou j'allais dire justifier par des situations insupportables, des maladies physiques terminales, des états de pré-démences en voie d'installation, des maladies mentales ou états dépressifs sévères, évidents ou présumés, à la suite de douteuses autopsies psychologiques ou études de « dossiers cliniques » de suicidés (Migneault, 1999). Un sujet complexe qui dépasse les objectifs de ce texte.
- Mon placard à suicides est bien vivant et riche de leçons : les suicides les plus troublants sont ceux d'amis-es, de connaissances et d'intervenants... survenus sans aucune explication apparente ou valable. Bien loin des statistiques des « autopsies »... Qu'il me suffise, à ce sujet, de souligner un texte fort éclairant et troublant de Michel Cernu, philosophe, proposant une approche « éthique tragique de l'inquiétude ». Pour lui, le suicide n'est pas un problème mais une énigme fondamentale, un mystère qui ne peut être compris par les sciences ou même par la philosophie (Cernu, 2000).

Le choix de vivre est tout aussi mystérieux que celui de mourir. Un éclairage jungien est très intéressant à cet égard.

- La violence gratuite, irrationnelle, entre autres à l'égard des intervenants et, pis encore, à l'égard des intervenantes.

- Les abus sexuels ou intergénérationnels odieux et graves.
- Les déchirements de couple ou de famille, états dissociatifs ou « fusibles qui sautent », là où l'approche bernienne et l'identification des états du Moi (Qui parle ?, le Parent, l'Adulte, l'Enfant ?... qui dit quoi, à qui et pourquoi, ?) est particulièrement intéressante et éclairante, pour le patient concerné comme pour l'intervenant. Selon Berne, on choisit comme partenaire intime celui qu'on aime le plus, celui qu'on déteste le moins, celui qu'on sait plus ou moins consciemment qu'il pourra en prendre le plus... et surtout celui auquel on demande de ne jamais nous laisser seul avec nous-même. On peut entrevoir ce que tous les déchirements de couple soulèvent...
- Les états psychotiques réfractaires, les toxicomanies sévères, les victimes d'injustices sociales ou d'abus variés, les exclus déracinés, etc.

On vit pourtant, au Québec, du moins le pense-t-on, dans une société relativement tranquille qui, comme le faisait remarquer Claude Jutra, en parlant de lui-même bien sûr, n'avait jamais vraiment connu, « ni la guerre ni la faim ».

Somme toute, en arriver à être capable d'examiner, comme personne et comme intervenant, tout ce qui grenouille ou aboutit dans l'étang ou dépotoir public, à la Jaquemort (Vian, 1962). Là où l'on se découvre tout nu, « là où le savoir se tait », comme l'écrivait magnaniment Jean-Yves Roy, dans *Être psychiatre* (1977), là où le bât blesse le moi gonflé et dégonflé de l'intervenant... Par ailleurs, un lieu fascinant de travail permanent sur soi.

Assez curieusement, le patient et chaque nouvelle situation clinique deviennent, une fois révolue la course effrénée vers les « maîtres à penser », le véritable lieu de questionnement, d'apprentissage et de nouvelles connaissances pour l'intervenant qui, comme dans le *Cantique des Cantiques*, doit d'abord aller vers l'autre (le patient en souffrance, le maître...), avant de revenir à lui-même. Fascinant, troublant.

Finalement, pour être plus réaliste, tenter d'en arriver à être un intervenant relativement bien portant et capable de tout prendre, ou presque... comme ce psychanalyste américain œuvrant en pénitencier qui préconisait l'expression artistique... et qui fit recouvrir de peinture les très jolis dessins sadiques et pervers de la cellule d'un pédophile tueur.

En arriver surtout à avoir enfin confiance en ses ressources intérieures, comme per-

sonne et comme intervenant, en son intuition, avec une vigilance et l'humilité à l'affût, et une naïveté bien entretenue comme un bien précieux, en bandoulière.

LE LARGAGE DE SOI... ET ALLÉLUIA, TABARNAK !

Le mot de la fin, c'est à deux personnes que j'apprécie beaucoup que j'aimerais le laisser : curieuse association...

René Derouin, dont la démarche humaine, artistique, psychologique, sociale, est très intéressante... Le largueur de statuettes d'argile, de repères et de certitudes établies, d'œillères étroites, dans le fleuve Saint-Laurent (Derouin, s.d.).

Emmagasiner, comme le largueur de Val-David, toutes ses expériences personnelles et cliniques, tous ses deuils et pertes, ses repères et balises identitaires factices et étroites, ses illusions, rêves, performances et désillusions..., les mettre en boîte et surtout en belles formes... et les larguer dans les eaux cruelles, purificatrices, génératrices d'espérances, de nouvelles vies et de nouveaux savoirs sur soi, sur les autres et surtout sur la vie. L'expression artistique serait-elle une voie d'accès privilégié et intervention ultime sur l'invisible, l'inconscient et l'infini ?

Quant à Marcel Saucier, cet inventeur, poète, photographe de la beauté et du désarroi écologique abitibien, rédigeant ses *Graffiti d'un calepin rose*², au terme d'une traversée, dans les deux sens, du miroir de la réalité... s'adressant, dépit, d'égal à égal à des dieux tout aussi dépités... explorant, comme peu savent le faire, le registre de l'Alléluia et le registre blasphématoire tout aussi important. De Belles Saintes Colères dans la *slam* abitibienne : « Dieu n'existe pas... ce n'est qu'une prière... mais la prière existe », écrit-il.

Ce faisant, Marcel, ce grand explorateur naïf, qui a connu et cotoyé, à son corps défendant, des « intervenants » et des milieux d'intervention, écrit ironiquement : « Rien n'est plus plate qu'un psychologue triste. »

Il me permettra de squatter son œil unique et lucide et d'emprunter sa ponctuation finale, son regard ultime sur la vie : « Alléluia, Tabarnak ! », qui résume très bien, à mon avis, tout le cheminement et l'aboutissement final et souhaitable de l'intervenant bien portant et capable d'en prendre, devant l'infinie Beauté... et Cruauté du Monde et de la Vie...

Rire
Beaucoup rire
Marcher longtemps
Mourir enfin
(Marcel Saucier).

Amen, Alléluia, Tabarnak

Bibliographie

BÉDARD, Jean (1998). *Familles en détresse sociale : repères d'action*, tome I, « Du social au communautaire », tome II, « L'intervention familiale communautaire », Québec, Anne Sigier, 167 p.

BERNE, Eric (1966). *Principle of Group Treatment*, International Transactional Analysis Association, New York, Oxford University Press, 379 p.

BERNE, Eric (1971). *Psychiatrie et psychanalyse à la portée de tous*, Paris, Fayard, 470 p.

BERNE, Eric (1998). *Des jeux et des Hommes*, Paris, Éditions Stock, 211 p.

BIGRAS, Julien (1988). *Jacques Ferron : Le désarroi – Correspondance*, Trois-Pistoles, VLB Éditeur, 177 p.

BIGRAS, Julien (1996). *Album-Vie*, Pierre Migneault, éditeur, Éditions Douglas, 180 p.

BIGRAS, J., M. PERREAULT, R. LAVOIE et P. LEICHNER (1991). « Severe paternal sexual abuse », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 36 (septembre), « Early Childhood and Systematic Aggression Against the Family and the Institution », p. 527-529.

CERNU, Michel (2000). *Le suicide est-il un problème ?*, Conférence donnée le 2 décembre 2000 à Lausanne, lors d'une matinée de

réflexion sur le thème : Suicide et éthique, Inédit, voir : <<http://www.contrepointhilosophique.ch/>> et <http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence>

DEROUIN, René (s.d.). *Ressac : De Migrations au Largage*, Montréal, L'Hexagone, 232 p.

FERENCZI, S. (1955 [1933]). « Confusion of tongues between the adult and the child », dans *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*, Londres, Hogarth Press, p. 156-167.

FERRON, Jacques (1973). *Du fond de mon arrière-cuisine*, Montréal, Éditions du Jour, 289 p.

FERRON, Jacques (2003). *Rosaire*, précédé de *L'Exécution de Maski*, préface de Pierre Migneault, Montréal, Lanctôt Éditions, 255 p.

MIGNEAULT, Pierre (1999). « Discours, pratiques et affolement autour du suicide au Québec : quelques leçons et pièges », *Frontières*, vol. 12, n° 1 (automne), p. 104-107.

NAUMBURG, Margaret (1953). *Psycho-neurotic Art : Its Functions in Psychotherapy*, New York, Grune and Stratton, 150 p.

NAUMBURG, Margaret (1957). *Schizophrenic Art : Its Meaning in Psychotherapy*, New York, Grune and Stratton, 175 p.

NAUMBURG, Margaret (1966). *Dynamically Oriented Art-therapy : Its Principles and Practice*, New York, Grune and Stratton, 168 p.

PÉLOQUIN, Claude (1970). *Le repas est servi*, publié par l'auteur, Éternité, 122 p.

PESSOA, Fernando (1999). *Le livre de l'intranquillité*, Paris, Christian Bourgeois Éditeur, 560 p.

ROCHELEAU, Edmond (1974). *Jung : Philosophie*, Paris, Seghers, 192 p.

ROY, Jean-Yves (1977). *Être psychiatre*, Montréal, Éditions l'Étincelle, 136 p.

VALABREGA, Jean-Paul (1962). *La relation thérapeutique : Malade et médecin*, Paris, Flammarion, 276 p.

VIAN, Boris (1962). *L'Arrache-Cœur*, Paris, Éditions Jean-Jacques Pauvert, 256 p.

WATZLAWICK, P., J. WEAKLAND et R. FISCH (1975). *Changements : Paradoxes et psychothérapie*, Paris, Éditions du Seuil, 189 p.

Notes

1. Site Web à consulter pour plus de renseignements : <<http://www.ericberne.com/>>
2. À paraître, dans les prochains mois, si les dieux le veulent...