

Réflexions cliniques sur l'aménagement d'une résidence destinée à la réinsertion sociale des schizophrènes

Alain Barbeau

Volume 17, Number 1, Spring 1992

Sida et santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502059ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502059ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Barbeau, A. (1992). Réflexions cliniques sur l'aménagement d'une résidence destinée à la réinsertion sociale des schizophrènes. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 279–296. <https://doi.org/10.7202/502059ar>

Réflexions cliniques sur l'aménagement d'une résidence destinée à la réinsertion sociale des schizophrènes

La réinsertion sociale des schizophrènes peut avoir pour objectif de modifier les attitudes et les structures sociales (par exemple, combattre les préjugés, faire accepter que les psychiatisés aient leur place dans la société, changer les conditions d'embauche, etc.); elle peut aussi s'orienter vers la réadaptation et vers la lutte à la désertion; enfin, elle peut avoir un objectif de guérison (faire disparaître les symptômes psychiques) par le recours à des ressources si différentes des ressources traditionnelles qu'on ne parle plus de traitements mais d'activités alternatives.

Notre groupe de travail a déjà procédé à l'aménagement d'un milieu de vie résidentiel alternatif¹ pour ex-psychiatisés, en visant à la

fois la réadaptation du schizophrène et la réduction des symptômes psychiques de la schizophrénie.

Trois sources d'influence

Pour parvenir à un aménagement adéquat, nous avons tenté d'élaborer une démarche qui intègre une explication théorique des troubles schizophréniques et une pratique sociale interventionniste.

Les objectifs de réadaptation et de réduction des symptômes peuvent être atteints à condition que l'on tienne compte de l'influence de l'environnement résidentiel sur les résidants. Cette influence relève de trois sources principales; nous utiliserons le terme «déterminant» pour désigner le caractère actif d'une influence (ce qui est retenu volontairement) et l'expression «champ d'observation» pour souligner le fait que l'on tire de l'information à partir du regard sur l'environnement. Ces trois sources d'influence sont:

1. les interactions entre les résidants et les intervenants comme champ d'observation, ou l'«autodétermination collective» comme déterminant;
2. les stimulations fonctionnelles du programme (activités et contraintes) comme champ d'observation, ou la «responsabilisation individuelle» comme déterminant;
3. les réactions psychologiques involontaires et le comportement collectif des intervenants ainsi que la dynamique de groupe des résidants comme champ d'observation, ou les «facteurs hors contrôle» comme déterminant.

Structurer l'environnement humain et physique d'un individu, c'est donner un soutien à certains choix idéologiques; c'est donc structurer d'une certaine manière la mentalité dans laquelle on intègre cet individu (Lévi-Strauss, 1959)².

Un premier déterminant: l'autodétermination collective

Le choix de la vie de groupe s'appuyait sur des considérations idéologiques et sur l'expérimentation qui en avait été faite par certains auteurs (Barnes et Berke, 1973; Basaglia, 1968; Comité de la santé mentale du Québec, 1985; Cooper, 1967; Jones, 1968; Magaro et al., 1978; Racamier, 1970; Stierlin et al., 1983). Notre choix répondait à une préoccupation principale: éviter à un résidant le retour à l'isolement en famille ou en appartement au sortir de l'hôpital; il tenait compte également de l'importance des liens affectifs dans le développement du psychisme.

Nous pensions qu'il fallait, au départ, instaurer des conditions de vie qui favorisent l'investissement affectif d'autres personnes et, par la suite, s'assurer que les changements apportés au mode de vie ainsi créé encouragent la permanence des liens affectifs ainsi que l'investissement dans des activités socialisantes. Nous avons donc proposé une vie de groupe qui comporte des responsabilités politiques³ et qui pourrait se prolonger d'une façon permanente en dehors de la résidence. Une telle vie de groupe favoriserait le développement de relations d'objet, dont l'insuffisance est à l'origine des troubles psychotiques, selon plusieurs psychanalystes (Federn, 1952; Grunberger, 1975; Jeanneau, 1980; Kernberg, 1979; Spitz, 1968; Tustin, 1977; Winnicott, 1969).

La vie de groupe, cela va de soi, ne développe pas automatiquement la relation d'objet; elle crée une occasion favorable. Le psychotique peut tout aussi bien réagir par l'investissement objectal que par le retrait symptomatique (de la simple poussée d'angoisse à la fuite délirante). C'est là que le rôle interprétatif de l'intervenant apparaît comme essentiel.

Notre proposition d'un mode de vie collective devait aussi tenir compte du fait que, lorsque deux groupes cohabitent, le conflit de pouvoir devient inévitable (Crozier, 1963; Lapassade, 1971; Lourau, 1969). Il nous fallait donc, dans l'aménagement de l'environnement du groupe visé par l'intervention, tenter de contrer ce conflit potentiel. À cette fin, nous avons dû préciser notre conception de la normalisation et celle de l'autonomie dans un cadre sociopolitique de vie collective.

La normalisation

Une première conséquence de notre démarche consiste à ne prendre aucune décision à la place des résidents même si leurs décisions allaient à l'encontre des valeurs des intervenants, considérés individuellement ou collectivement. Responsabiliser ne saurait être synonyme de laisser-aller; peu à peu, nous avons pu identifier les règles de fonctionnement qui empêchent l'instauration d'une irresponsabilité institutionnelle.

Prenons l'exemple de l'entretien de la chambre. Le résident peut choisir de vivre dans la propreté, même compulsive, ou dans la saleté répugnante. Toutefois, deux restrictions ont été imposées: (1) le résident n'a pas le droit de briser les objets de sa chambre ou de laisser celle-ci dans un état de saleté (présence de vermine, par exemple) tel qu'il met en danger sa santé ou celle du groupe; (2) le résident doit, dans toute décision, tenir compte de la réaction du groupe; cette réaction peut aller du refus d'aller à sa chambre jusqu'à l'imposition de règles de propreté.

Prenons aussi le cas de l'interdiction de consommer de l'alcool ou des drogues à l'intérieur de la résidence. Le règlement est strict: si un intervenant aperçoit un résidant qui entre avec une boisson alcoolisée dans la résidence, il la saisit sur-le-champ et en vide le contenu. Toutefois, la chambre est considérée comme un lieu privé, et les intervenants n'ont pas le droit d'y effectuer une fouille ou une saisie. Par contre, il peut arriver que le groupe fixe des règles plus sévères. Ainsi, après quelques fâcheux incidents, le groupe se réunit et édicte le règlement suivant: il est interdit d'entrer dans la résidence sous l'effet de boissons alcoolisées ou de drogues⁴.

Le fait d'avoir à justifier ses écarts de conduite avec d'autres personnes fait partie des contraintes normales de la vie collective⁵. Voilà pourquoi les intervenants n'ont jamais exercé de pression sur les individus ayant eu un comportement dérangeant; ils laissaient le groupe régir lui-même les écarts de conduite. Sur ce point, il est remarquable de constater que le groupe fait une discrimination aussi nette entre les comportements acceptables et inacceptables que celle de la société en général. Ainsi, un comportement associé à la maladie mentale dans la société en général sera toléré par le groupe; un comportement considéré généralement comme délinquant fera immédiatement l'objet d'une pression ou d'une sanction de la part du groupe.

La tutelle

Une deuxième conséquence de la finalité de l'autodétermination consiste à délimiter le pouvoir entre l'équipe d'intervention, l'administration et les résidants (l'autonomie ne s'acquiert pas dans un cadre sociopolitique de tutelle). Cette délimitation se précisa au cours de l'année. Ce qui apparaît évident aujourd'hui ne l'était pas du tout au début.

Tout partage de pouvoir comporte des zones grises. Par exemple, l'hygiène personnelle est un objet de pouvoir non partagé, qui relève de l'autorité exclusive du résidant. Cependant, la propreté de la chambre est un objet de pouvoir partagé, où deux niveaux d'autorité s'exercent sur le même espace: l'espace psychologique du résidant et l'espace politique du propriétaire. Où commence et finit le pouvoir de chacun?

Certains objets de pouvoir sont plus difficiles que d'autres à déterminer. Prenons deux exemples: (1) l'indice de progrès et (2) le partage du pouvoir politique interne.

1) L'indice de progrès

L'indice de progrès est imprécis; il désigne tout comportement d'un résidant, pouvant être interprété dans la communauté et le réseau

des affaires sociales⁶ comme un signe d'évolution; cet indice est simultanément interprété par les intervenants comme une preuve de la réussite de leur intervention.

Cette superposition de la réussite du résidant et de celle de l'intervenant, dans un contexte donné, produit une tension politique qui doit être évaluée. Il faut définir un indice de réussite qui n'appauvrisse pas le champ d'investissement personnel du résidant et qui laisse à celui-ci la propriété exclusive et complète de ses progrès, comme dans toute société normale (par exemple, on ne va pas vérifier, à la fin de chaque année, si son voisin a fait moins de crises de colère à son fils).

L'intégration sociale implique un investissement affectif de la personne sur des objets sociaux. Cet investissement appartient à la personne; il fait partie intégrante de son activité et devient la source de son plaisir. Si l'intervenant s'approprie le mouvement d'investissement du résidant, sous prétexte qu'il se tient responsable du progrès enregistré, le résidant se retrouvera alors dans une situation de double contrainte implicite⁷, laquelle engendre une communication psychotique, selon d'autres auteurs (Laing, 1964; Searles, 1977; Watzlawick, 1972, 1981). Par ailleurs, le résidant investit sur les objets du réel par médiation:

C'est en investissant sur des personnes qui investissent eux-mêmes sur leur activité que les malades en viennent à investir sur cette activité, c'est-à-dire à s'investir elles-mêmes en tant que soignées (Racamier, 1970, 253).

Ces nuances permettent de mieux analyser la réaction de l'intervenant: de quoi celui-ci doit-il être fier? Par exemple, les intervenants avaient fondé leurs attentes sur les moyens définis au début du programme. Ainsi, ils avaient l'impression d'avoir réussi ou échoué dans leur intervention, selon que le résidant avait bien ou mal planifié son budget, simplement parce qu'ils avaient considéré la planification du budget comme un moyen incitatif d'intégration sociale.

En faisant la distinction entre le moyen incitatif du programme (le budget) et la cible de l'intervenant (le plaisir du résidant), nous avons pu définir un critère de réussite différent de celui du résidant. Le plaisir⁸ de l'intervenant à entrer en communication avec une autre personne totalement différente de lui peut être investi à son tour par le résidant comme un plaisir constituant une source de développement des frontières du soi. Ce réinvestissement a pour effet, nous l'espérons, de réduire les mécanismes psychotiques.

La nécessité de prendre une distance face au comportement du résidant était d'autant plus impérieuse qu'elle permettait une meilleure

évaluation de la fluctuation des comportements (il ne faut pas confondre la crête des vagues avec le niveau de la mer!).

Nous en sommes donc arrivés, dans notre cheminement, à suggérer aux intervenants d'identifier comme indice de réussite (et, par conséquent, comme objet de pouvoir) le plaisir qu'ils pouvaient retirer de l'ensemble de leurs échanges avec les résidents.

2) Le partage du pouvoir politique interne

Au début, nous avons partagé le pouvoir politique de la façon suivante: l'équipe d'intervention a autorité sur les admissions et sur les exclusions, tandis que le groupe a autorité sur les règlements internes de la vie collective. Peu à peu, nos angoisses d'intervenants responsables ont diminué et nous avons pu réduire notre pouvoir politique au minimum.

Au départ, le processus d'admission était limité à une simple observation du candidat par les intervenants (entrevue avec questionnaire, suivie d'un séjour d'une demi-journée afin de permettre une évaluation des premières réactions du candidat face à la vie de groupe). Maintenant, l'équipe d'intervention se contente de vérifier si le candidat répond aux critères de sélection. Le candidat est ensuite invité à passer quelques jours dans la résidence, après quoi on demande au groupe des résidents s'il accepte son intégration. C'est toujours le groupe qui a le dernier mot en ce qui concerne l'intégration ou l'exclusion d'un candidat. À ce stade, le directeur ne se définit plus comme l'autorité qui accepte ou qui refuse, mais comme l'exécutant du groupe⁹.

Ce ne fut pas le seul changement à se produire dans la vie de groupe. Dès les premières admissions, la crainte de poursuites judiciaires en cas d'accident¹⁰ nous amena à embaucher un gardien durant les fins de semaine où les intervenants étaient tous absents. De plus, afin d'assurer une plus grande présence des intervenants, nous avons dressé un horaire de travail qui assure la présence d'un intervenant tous les jours de la semaine jusqu'à 21h.

Après quelques mois de fonctionnement, nous avons pris conscience que ces mesures constituaient une sorte de tutelle fonctionnelle qui incitait les résidents à conserver ou à reproduire des attitudes de dépendance face à l'autorité (représentée par le directeur et les intervenants) et, par conséquent, à négliger leur pouvoir d'autorégulation comportementale face aux conflits.

Les attitudes passives devant les conflits

Au lieu de s'engager personnellement dans la résolution des conflits et des écarts de conduite, les résidents s'en remettaient à l'au-

torité et adoptaient des attitudes attentistes ou passives, telles des victimes qui seraient protégées par l'intervention autoritaire du directeur et des intervenants. Quant aux individus responsables des écarts de conduite, ils adoptaient des attitudes conformes à leur rôle (culpabilité, résolution de ne pas récidiver, etc.), évitant ainsi d'être confrontés aux autres résidents et d'avoir à considérer les effets de leur comportement sur autrui.

Le pouvoir d'intervention était fantasmatiquement réservé à l'autorité par les victimes; le pouvoir de correction relevait par le fait même de cette autorité, aux yeux des contrevenants à l'ordre défini à l'intérieur de la résidence. Aussi, un grand sentiment d'impuissance s'est vite implanté dans l'imaginaire collectif des résidents; ce sentiment se manifestait par des crises psychotiques, paranoïdes chez certains et dépressives chez d'autres. De leur côté, les intervenants ont exprimé une forte volonté interventionniste («il faut augmenter la surveillance, être plus exigeant, plus ferme, etc.»), volonté qui heureusement ne porta pas à conséquence.

La possibilité d'exclure du groupe tout fauteur de troubles et la participation aux assemblées semblent avoir donné aux résidents un choix acceptable (la voie politique au lieu de la voie psychotique) et un sentiment de puissance suffisant pour les empêcher de sombrer, comme lors des conflits précédents, dans les hallucinations paranoïdes ou dans les délires d'omnipotence. Certains résidents n'eurent pas besoin d'être hospitalisés bien qu'ils aient éprouvé, comme auparavant, une augmentation passagère d'angoisse. L'instauration de règles strictes sur le comportement des visiteurs eut le même effet.

Les critères de sélection et le diagnostic

Au départ, nous souhaitions être le plus démocratique possible (ou le moins discriminatoire possible) quant aux critères de sélection; nous nous refusions à utiliser des critères de diagnostic psychiatrique pour accepter ou refuser un candidat. Le fait qu'un individu ait été perçu comme caractériel par nous, ou qu'il ait été évalué comme tel par un psychiatre, ne constituait pas un motif valable d'exclusion.

Quand le premier candidat s'est présenté à nous avec un tel diagnostic, nous nous sommes dit: «Il faut essayer pour savoir si ça peut marcher». Or, après avoir «essayé» quelques mois avec une personne «caractérielle», nous avons constaté les faits suivants. Celle-ci avait un passé d'abandon juvénile répété, d'où elle avait développé un mode de relation très particulier. D'une part, le candidat manifestait une tendance très poussée au contrôle d'autrui; d'autre part, cette tendance était associée à une agressivité camouflée, qui consistait à exiger d'impossi-

bles changements de comportement chez les autres, puis à dévaloriser par le harcèlement toute personne qui ne répondait pas à ses exigences.

Les autres résidents tentèrent d'abord de s'adapter à ses incitations au changement; certains allèrent même jusqu'à la soumission, sans avoir jamais réussi à obtenir le moindre signe de reconnaissance de la part de cette personne. Lorsque les intervenants confrontaient l'individu aux efforts manifestes des autres résidents pour se conformer à ses directives, celui-ci persistait à en nier l'existence.

Nous faisons face à une sorte de prise autoritaire du pouvoir, exécutée dans une forme de communication qui avait toutes les apparences de la double contrainte, dont les effets néfastes sur l'évolution de la psychose ont été démontrés par plusieurs auteurs (Watzlawick, 1972, 1981; Laing, 1964; Searles, 1977). Malgré tout, nous avons laissé le groupe libre de réagir à ce comportement typique. Il en résulta l'abolition des réunions de groupe, l'établissement d'un climat dépressif (désintérêt et sentiment d'échec généralisés), l'éclatement du groupe engendré par le désinvestissement des activités collectives et, enfin, le départ de quatre résidents sur huit. On observa également plusieurs rechutes (sous forme de crises psychotiques) et des retours à l'itinérance.

Après le départ volontaire du résident agressif, nous avons pu conclure que l'admission d'un candidat semblable compromettait les objectifs du programme, en annulant les effets du régime démocratique, et qu'elle contribuait à reproduire les conditions pathogènes des familles dites anxiogènes (Laing, 1964; Stierling et al., 1983).

Cette expérience nous a permis d'émettre l'hypothèse suivante: le corps collectif, représenté par l'union politique et affective des résidents, semble entretenir des liens symboliques face à l'intégration psychique d'un résident psychotique. D'autre part, l'union des résidents favorise-t-elle l'intégration psychique d'une personne schizoïde?

Un deuxième déterminant: la responsabilisation individuelle

L'expérience nous a amenés à mieux distinguer les stimulants qui facilitent la responsabilisation individuelle de ceux qui la bloquent. Nous allons considérer un stimulant particulier: l'alimentation.

Au début, nous avons encouragé les résidents à exécuter en commun les tâches reliées à l'alimentation. Par exemple, les intervenants accompagnaient des délégués du groupe pour faire l'épicerie; la liste d'épicerie, le menu de la semaine et la distribution des tâches de la cuisine (un résident préparait les repas du lundi, un autre les repas du mardi, etc.) avaient été préalablement préparés en commun. L'adminis-

tration fixait le montant maximal alloué à l'épicerie et prélevait l'argent à même les pensions des résidents.

Après quelques mois, on s'est rendu compte que les résidents s'accommodaient trop bien de ce système, adoptant en communauté des attitudes d'enfants sous la tutelle familiale. Par exemple, les résidents négligeaient les tâches de la cuisine; les repas non préparés engendraient des conflits et de la dépression chez les membres du groupe. Les résidents négligeaient surtout de planifier le budget d'épicerie et de faire des économies en vérifiant quels articles d'épicerie étaient les plus bas.

Le confort de «pensionnaire» ou d'enfant sous tutelle, obtenu grâce au système de partage collectif de l'alimentation, nuisait sérieusement à la responsabilisation personnelle. Nous avons donc décidé d'abolir ce système. Chaque résident est devenu individuellement responsable des tâches reliées à l'alimentation (préparer ses repas, nettoyer sa vaisselle, etc.). Ce retour à l'individualisme a permis de contrer les attitudes de dépendance familiale que le système précédent avait entraînées. Cependant, l'instauration de ce nouveau système provoqua une réaction de révolte dans le groupe. Trois membres quittèrent même la résidence en utilisant ce changement comme prétexte; ceux-ci prétendaient en effet qu'on les privait de leur liberté, mais il faut dire que l'un d'entre eux est revenu.

La cible de l'intervention dans la stimulation à l'autonomie

Le principal objectif de l'autodétermination individuelle est la «responsabilisation». L'objectif de responsabiliser des personnes peut être poursuivi dans des contextes semblables, mais en visant des cibles différentes, ce qui, par le fait même, entraîne des attitudes différentes chez les intervenants. Par «cible», nous entendons le facteur personnel que nous choisissons, selon une théorie et une démarche spécifiques, pour développer et maintenir le «sentiment de responsabilité» chez le sujet de nos interventions.

Pour mieux comprendre la notion de cible, comparons deux démarches: la démarche de type behavioriste et la démarche de type psychanalytique.

Dans une intervention behavioriste, la cible sera l'adoption, par le sujet, de certains comportements obtenus à la suite d'encouragements ou de sanctions; l'indice d'efficacité résidera dans la répétition des comportements que l'intervenant désire voir adopter par le sujet. Dans cette démarche, les intervenants exercent un rôle d'autorité contrôlante;

les résidants, quant à eux, exercent un rôle complémentaire de soumission ou d'obéissance séductrice.

Dans une intervention inspirée des découvertes de la psychanalyse, la cible sera l'investissement, par le sujet, de la relation qu'il entretient face à un objet libidinal; l'indice d'efficacité sera le plaisir éprouvé par le sujet. Dans cette démarche, les intervenants exercent un rôle de participation à l'investissement du sujet et de partage de son plaisir.

Le plaisir comme voie «alternative»

Pour mieux comprendre la notion de plaisir, prenons l'exemple d'un résidant, diagnostiqué comme schizophrène, qui consomme du haschisch en cachette et qui prétend accéder, sous l'effet de cette drogue (prise même à petites doses), à des niveaux supérieurs d'activité cérébrale ou de jouissance intellectuelle. Les effets obtenus correspondent, d'une certaine manière, à une régression à des processus primaires de la pensée. Le résidant constate, tout comme nous, que le plaisir qu'il en retire est un plaisir hautement solitaire, qui accentue son retrait social et son isolement tout en chassant temporairement ses angoisses (ses délires occasionnels ont un effet calmant).

Notre objectif n'est pas d'obliger, par la force, le résidant à cesser de prendre du haschisch, mais de l'aider à rechercher des plaisirs équivalents dans ses relations sociales et dans sa créativité intellectuelle ou manuelle; de cette manière, son isolement et son délire seront réduits au minimum, et la consommation de drogues deviendra moins intéressante.

La recherche de ces nouveaux plaisirs pourrait même devenir une voie «alternative» à la voie du délire. René Diaktine est de cet avis:

Il ne s'agit pas de réapprendre à penser et à agir aux schizophrènes, mais bien de leur donner la possibilité de retrouver des plaisirs perdus au moment où leur angoisse n'entraînera plus de régression aussi sévère (Diaktine, 1970, 36).

Un troisième déterminant: les facteurs hors contrôle

L'observation des effets des sources d'influence sur l'environnement résidentiel ne serait pas complète si nous négligions de traiter des facteurs qui influencent cet environnement sans que nous puissions prétendre les contrôler.

La stabilité d'emploi des intervenants

Si l'intervenant doit orienter les investissements affectifs du résidant, il ne saurait obtenir de résultat tangible uniquement par des encouragements verbaux ou par de simples attitudes d'accompagnement-

ment; l'intervenant doit aussi trouver un intérêt personnel à s'investir dans les activités du résident. Or, comment un résident peut-il sentir cet intérêt si l'intervenant change tous les trois mois?

En un an, seize intervenants salariés et bénévoles (des étudiants) se sont succédé. En août 1990, seulement trois intervenants étaient présents depuis le début; l'un d'entre eux poursuivait son travail à titre de bénévole. Quant aux treize autres intervenants, ils avaient signé un contrat d'une durée moyenne de 3,6 mois. Parmi les seize employés, un seul était permanent et possédait un contrat avec reconduction assurée: c'était le directeur.

Ce tableau montre avec suffisamment d'éloquence pourquoi il est impossible d'obtenir des résultats valables avec du personnel qui n'est que de passage. À cause de leur situation précaire¹¹ les intervenants sont incapables d'observer les changements qui s'opèrent dans le comportement d'un résident ayant vécu un an dans la résidence. Dans un tel contexte de désintégration perpétuelle du corps social, les intervenants ne peuvent aider les résidents à acquérir une meilleure intégration de leur personnalité, laquelle est aussi liée à l'intégration du schéma corporel (De Macebo, 1977; Pankow, 1969; Pelsser, 1984). Sans permanence du personnel, l'espoir d'obtenir des résultats valables reste bien faible.

Au début du programme, on a observé un investissement important des résidents dans leurs intervenants; après chaque départ, on pouvait observer une réaction dépressive mais non dramatique. Face aux nouveaux arrivants, les résidents ont exprimé de la méfiance et du détachement. Certains adoptèrent même une attitude d'indépendance qui annulait les efforts des intervenants. Ils ne s'habituèrent pas aux fréquents départs, et, d'ailleurs, serait-ce souhaitable?

Le plaisir de l'intervenant et ses réactions de défense

Selon nous, le «plaisir» que l'intervenant retire de sa relation avec les résidents est primordial. Nous le considérons un peu comme le moteur du changement. C'est aussi le domaine le plus menacé par les angoisses terribles qui font partie de toute relation avec des personnes aussi perturbées que celles qui habitent la résidence.

Lorsque l'intervenant écoute une personne atteinte de maladie mentale, il entre en contact avec ce qui trouble celle-ci; il peut lui aussi avoir peur d'être troublé et développer alors des mécanismes de défense qui l'incitent à ne plus entendre le sens de ce qu'il écoute.

Les réactions de défense des intervenants risquent le plus de modifier la qualité de sa relation avec le malade, au point même de rendre cette relation occupationnelle, fonctionnelle ou administrative; en d'autres termes, la relation de l'intervenant perd tout fondement clinique sans que cela paraisse sur le plan formel. O. Kernberg écrit, au sujet des thérapeutes traitant des malades mentaux:

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

L'intervenant peut avoir une réaction défensive moins forte que le thérapeute parce que sa relation avec le patient est moins intense. Par contre, la réaction de l'intervenant peut plus facilement se transformer en fausse attention et en fuites subtiles, puisque celui-ci dispose d'une plus grande variété d'actions et qu'il peut subir l'influence distrayante du groupe.

La réaction défensive peut aussi prendre la forme d'un transfert (déplacement) de l'angoisse de l'intervenant sur le personnel cadre, sur le superviseur ou sur les conditions de travail. Cette angoisse est suscitée par la souffrance des résidents et peut se manifester par une agressivité extrême et par des malaises somatiques.

Les relations des résidents entre eux

Lorsqu'un groupe d'individus est formé et que sa composition peut être constamment modifiée, on ne peut prévoir quelles structures de communication vont se créer à l'arrivée de chaque nouveau membre. Il n'est pas possible non plus de prévoir quelles influences les anciens et les nouveaux membres vont exercer les uns sur les autres. Il en est également ainsi pour le leadership qui va se modifier en fonction des personnalités présentes, des événements et des alliances. Tous ces changements exercent une influence sur les réactions des résidents, influence bien plus déterminante que le programme lui-même. Le contrôle de cette influence est impensable. Le seul pouvoir dont disposent les intervenants est d'offrir aux résidents «un lieu de parole collective¹²» où vont s'exercer toutes ces influences mutuelles¹³.

Au début, l'«assemblée» se voulait une sorte de petit parlement où les membres allaient discuter de leur mode de fonctionnement comme minisociété. La vie de groupe et les règles qui la régissent constituaient l'objet des réunions.

Observons maintenant les principales réactions des résidents.

Durant les trois premiers mois, les résidants participèrent aux réunions avec optimisme et enthousiasme. Ils considéraient comme un privilège d'y participer et en tiraient une fierté toute particulière, d'autant plus que les intervenants, les observateurs et les candidats en stage d'observation en étaient exclus. Le directeur animait ces réunions.

Ce climat d'enthousiasme et de fraternité s'est poursuivi jusqu'à l'arrivée du résidant caractériel dont nous avons parlé plus avant; son arrivée engendra de graves conflits. La tension devint insupportable et affecta autant les résidants que l'animateur, qui finirent par perdre foi en l'utilité des réunions. Les résidants cherchaient à éviter d'y participer tandis que l'animateur devenait apologiste et autoritaire.

Le directeur a alors suspendu la tenue des réunions. Deux mois plus tard, le groupe des résidants s'était reconstitué et manifestait de plus en plus le désir d'un «lieu de parole collective». Ayant pris une certaine distance face aux conflits qui avaient fait éclater le groupe, le directeur permit à l'«assemblée» de siéger à nouveau.

Les réunions de groupe reprirent sous la direction d'un animateur de l'extérieur. L'animation «non directive» eut des effets inattendus. Alors qu'on s'attendait à des réunions à teneur «politique», c'est-à-dire centrées sur le mode de fonctionnement du groupe, on se rendit compte que celles-ci devenaient polyvalentes: les résidants en profitaient aussi pour régler des conflits interpersonnels ou pour approfondir leurs angoisses personnelles. Les réunions passaient du plan politique au plan clinique, selon le climat du groupe et, parfois, au gré de l'humeur des leaders.

Pendant cette période, les réunions eurent des effets bénéfiques sur le climat du groupe et sur l'humeur des résidants. À plusieurs reprises, on constata que les résidants étaient moins tendus, moins dépressifs ou moins angoissés après une réunion, ou le lendemain d'une réunion. À quelques occasions, l'animateur eut même la conviction que les «crises personnelles» de certains résidants avaient été désamorçées grâce à la résolution des conflits interpersonnels, ou encore grâce à l'identification immédiate des réactions symptomatiques au stress, engendré par les interactions ou les angoisses des autres membres du groupe.

Nous pouvons en déduire que les résidants se sont adaptés aux réunions. Au début, certains résidants devenaient si angoissés qu'ils utilisaient un langage incohérent ou délirant; d'autres quittaient tout simplement la salle de réunion. Peu à peu, ce comportement de fuite (communicative ou physique) disparut presque en entier, comme si les résidants avaient appris à supporter leur angoisse sans manifester de réactions symptomatiques.

C'est alors que nous avons constaté l'importance d'avoir un animateur dont la formation le rendait apte à identifier immédiatement les symptômes qui, dans divers comportements, sont reliés à l'angoisse suscitée par les interactions. Voici quelques exemples des comportements symptomatiques que les résidents peuvent manifester durant une réunion: avoir l'habitude de s'étouffer, éprouver une soif intenable, avoir un mal de tête ou la nausée, parler tout seul, ne jamais parler, etc. Chacun de ces comportements a un sens affectif immédiat; l'animateur doit aussitôt «traduire» ce sens s'il veut que le comportement cesse de se manifester. L'animateur ne parle pas du sens «transférentiel» ni «archaïque» qui se dégage des associations de certains discours de résidents pendant la réunion.

La crainte des réunions

Malheureusement, la lune de miel n'a pas duré. Après quelques mois, un nouveau conflit s'est développé entre un résident et le reste du groupe. Même s'il souffrait d'une forte schizophrénie, ce résident exerçait un certain leadership sur le groupe; il était souvent l'animateur de l'assemblée (en ce qui concerne le contenu des réunions). Sa consommation de haschisch avait atteint un niveau suffisamment élevé pour que son comportement soit perturbé. Il refusait de suivre les règlements, dérangeait les autres durant leur sommeil et faisait toutes sortes de menaces.

Le groupe toléra cette situation pendant environ trois mois. Cependant, chaque réunion était l'occasion d'un affrontement, de sorte qu'un bon nombre de résidents en vinrent à craindre l'assemblée elle-même. Quelques résidents voulaient y réinstaurer un régime de dépendance, en demandant la présence «protectrice» d'un intervenant ou du directeur. D'autres résidents tentaient systématiquement de fuir en prenant un rendez-vous chez le médecin à l'heure d'une réunion; d'autres enfin assistaient en «se forçant», mais gardaient un silence imperturbable, prêts à sauter à tout moment comme une chaudière sans soupape.

Finalement, le groupe expulsa, à contrecœur, le résident perturbateur qui refusait tout compromis. Les résidents avaient été tellement angoissés¹⁴ par les affrontements durant les réunions qu'ils conservèrent une grande méfiance envers l'assemblée. Certains résidents réussirent même à convaincre un nouvel intervenant¹⁵ qu'ils avaient besoin d'être protégés contre l'animateur. Celui-ci refusait obstinément de prendre position sur le contenu des réunions; il répétait à chaque occasion que le groupe était maître des sujets de discussion et qu'il n'était pas obligé de discuter des questions angoissantes.

Les résidants en vinrent à établir ensemble une liste des thèmes ou des sujets de discussion. Chaque semaine, un résidant choisissait au hasard le thème qu'il voulait introduire durant la réunion. Ce procédé eut pour effet de réduire la crainte des réunions et donna des résultats très surprenants. Les thèmes qui, en apparence, semblaient les plus éloignés des préoccupations des résidants conduisaient presque immédiatement, par un jeu d'associations spontanées, à l'examen du vécu émotionnel de chacun. Par exemple, le thème de l'environnement fut introduit par une question sur les réactions des membres aux agressions verbales dont ils pouvaient être l'objet dans la rue; cette question aboutit à la participation de chaque membre aux rassemblements familiaux durant le temps des Fêtes.

Encore une fois, le groupe transformait spontanément l'assemblée en «thérapie de groupe naturelle», sans qu'un spécialiste les invite ou les incite à le faire. Ce phénomène confirme, selon nous, l'opinion de E. Corin et de G. Lauzon, qui écrivaient qu'il y avait «un manque dramatique de lieux pour élaborer le sens de ce qui se passe» (Corin et Lauzon, 1988).

Nos observations sur l'évolution du groupe s'arrêtent à Noël 1990.

Conclusion

Nous espérons avoir convaincu le lecteur qu'il est possible de construire un lieu de résidence pour ex-psychiatisés et de suivre l'évolution de l'état psychotique de chacun à partir de considérations cliniques et scientifiques. C'est néanmoins un défi difficile à relever et qui implique plusieurs niveaux d'influence.

Nous pensons aussi que le mode actuel de création des «alternatives» favorise peu la recherche. L'amateurisme et un certain anti-intellectualisme (sous le couvert de la «normalisation») y servent trop souvent de lettres de créance.

NOTES

1. En implantant le programme de réinsertion sociale des Résidences Maison Blanche 02 inc. de Chicoutimi.
2. Lévis-Strauss fait apparaître les liens étroits qui unissent le vécu géographique, économique, sociologique et cosmologique d'une communauté aux structures logiques et symboliques de leurs mythes.
3. Dans *The Mental Health Industry: Agricultural Phenomenon*, le chapitre consacré à l'évolution des formes de traitements communautaires est intitulé: «Democracy as treatment» (Magaro, 1978).

4. De sorte que ceux qui contournaient le règlement de l'administration, en consommant de l'alcool en cachette ou en dehors de la résidence, ne peuvent plus échapper au nouveau règlement créé par les résidants eux-mêmes.
5. Par «normales», nous voulons seulement dire: en accord avec la culture ambiante, ce qui n'est pas synonyme de «saines».
6. L'opinion des autres intervenants du milieu communautaire et du réseau des affaires sociales a un effet de pression sur les intervenants de la résidence.
7. C'est-à-dire, une «disqualification transactionnelle» à multiples niveaux (Watzlawick, 1981, 283).
8. La capacité de retirer du plaisir, chez l'intervenant, peut devenir aussi un critère efficace de sélection du personnel.
9. Le directeur conserve encore bien des pouvoirs qui semblent aller de soi, comme l'autorité sur les éléments du programme, autorité qui peut causer bien du tort quand un directeur instable annule ou réinstalle les éléments du programme selon son humeur personnelle. De sorte que là aussi, il y aurait lieu de démocratiser.
10. Comme quoi la paranoïa peut trouver des appuis dans le fonctionnement de la société.
11. L'instabilité du personnel tient au fait que les employés sont payés à même les programmes gouvernementaux de soutien temporaire (programme extra, programme bon emploi, P.D.E., assurance chômage, etc.). Les bénévoles sont des étudiants-stagiaires. Les programmes ainsi que les stages ne sont pas renouvelables pour une même personne.
12. Concept élaboré, en 1970, par les membres du B.R.I.C. (Bureau de recherche et d'intervention clinique du Québec). Le B.R.I.C. a publié le contenu de plusieurs séminaires de formation entre 1970 et 1975, où a été élaboré le concept d'un «lieu de parole collective». Voir en particulier *«Pourquoi l'école?»* édité par la Commission scolaire régionale de Baie-des-Chaleurs, en mai 1974, livres I et II.
13. Contrairement à la méthode de F. Basaglia (op. cit.) et à celle du B.R.I.C., nous n'avons pas inclus les intervenants dans le groupe, afin de laisser les résidants seuls face à leur tendance à la dépendance. Basaglia pouvait compter sur un nombre supérieur de patients, pas nous.
14. Ce qui pourrait fournir l'occasion d'un débat intéressant sur la nature de la difficulté: s'agit-il d'une difficulté neurologique à absorber la stimulation générée par la négociation ou s'agit-il d'angoisses reliées au transfert, sur la situation actuelle, d'affects stimulés par le rappel d'événements antérieurs? Si l'on se fie aux associations données spontanément par les résidants, cette dernière explication semble l'emporter.
15. Une des difficultés qui se posent avec des intervenants n'ayant pas une expérience personnelle de la psychothérapie de type analytique, consiste

à leur faire comprendre que les «plaintes» des membres d'une réunion ne sont pas nécessairement un appel à une réponse active de la part des intervenants, mais plutôt un besoin d'expression dont la finalité est surtout l'autodéveloppement, individuel ou collectif. Au moment de mettre sous presse, nous ne sommes plus du tout certain que les principes d'intervention et la pensée scientifique qui ont guidé l'implantation du programme soient encore appliqués.

RÉFÉRENCES

- BARBEAU, A., 1989, Schizophrénie: d'une programmation de la transition à une nouvelle conception de l'autonomie, *Santé mentale au Québec*, XIV, n° 2, 224-227.
- BARNES, M., BERKE, J., 1973, *M. Barnes, un voyage à travers la folie*, Seuil, Paris.
- BASAGLIA, F., 1968, *L'institution en négation*, Seuil 1973, Paris.
- Comité de santé mentale au Québec, 1985, *Santé mentale: de la biologie à la culture; Avis sur la notion de santé mentale*, M.S.S.S., Québec.
- Comité de santé mentale au Québec, 1985, *Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale*, M.S.S.S., Québec.
- COOPER, D., 1967, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Seuil, Paris.
- CORIN, E., LAUZON, G., 1988, Réalités et mirage: les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion, *Santé mentale au Québec*, XIII, n° 1, 69-85.
- CROZIER, M., 1963, *Le phénomène bureaucratique*, Seuil, Paris.
- DE MACEBO, HEITOR O'DWYER, 1977, *Ana K. Histoire d'une analyse*, Gauthier Villars, Paris.
- DIATKINE, R., 1970, L'apport de la théorie psychanalytique à la compréhension des maladies mentales et éventuellement, à l'organisation d'institutions destinées à les traiter, in Racamier, I.C., ed., *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris.
- FEDERN, P., 1952 *La psychologie du moi et les psychoses*, P.U.F. 1979, Paris.
- GRUNBERGER, B., 1975, *Le narcissisme*, P.B.P., n° 267, Payot, Paris.
- JEANNEAU, A., 1980, *La cyclostymie*, Payot, Paris.
- JONES, M., 1968, *Au-delà de la communauté thérapeutique*, Simep, Paris 1972.
- KERNBERG, O., 1979, *Les troubles limites de la personnalité*, Privat, Paris.
- LAING, R.D., 1964, *L'équilibre mental, la folie, la famille*, L'Étincelle, 1973, Montréal.
- LAPASSADE, G., 1971, *L'analyste et l'analyseur*, Gauthier Villars, Paris.
- LÉVI-STRAUSS, C., 1959, *La geste d'Asdiwal*, Annuaire de l'EPHE.
- LOURAU, R., 1969, *L'instituant contre l'institué*, Anthropos, Paris.
- MAGORO, P.A., GRIPP, G., McDOWEL, D.V., MILLES, I.W., 1978, *The Mental Health Industry: a Cultural Phenomenon*, J. Wiley and Sons, New York.

- PANKOW, G., 1969, *L'homme et sa psychose*, Aubier-Montaigne, Paris.
- PELSSER, R., 1984, Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique, *Santé mentale au Québec*, IX, n° 1, 60-96.
- RACAMIER, P., 1970, *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris.
- SEARLES, H., 1977, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, Paris.
- SPITZ, R.A., 1968, *De la naissance à la parole*, P.U.F., Paris.
- STIERLIN, H., WIRSCHING, M., WYNNE, L.C., 1983, *Psychosocial Intervention in Schizophrenia*, Springer, Verlag.
- TUSTIN, F., 1977, *Autisme et psychose de l'enfant*, Seuil, Paris.
- WATZLAWICK, P., 1972, *Une logique de la communication*, Seuil, Paris.
- WATZLAWIC, P., 1981, *Sur l'interaction*, Seuil, Paris.
- WINNICOTT, D.W., 1969, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, PBP n° 253, Payot, Paris.

Alain Barbeau, psychosociologue et psychothérapeute
(membre de l'ATCFQ et de l'APPQ); il travaille aussi comme
consultant pour l'Association canadienne de santé mentale, section
Saguenay, et pour divers organismes communautaires.