

Et si tout était une question de confiance...

NDLR - Ce texte n'engage que son auteur et ne représente pas nécessairement les positions officielles de l'Association. Toute reproduction, partielle ou totale, est interdite sans autorisation de l'auteur. Afin d'alléger le texte, le genre masculin est utilisé pour désigner les personnes des deux sexes.

Dr. Réal Lajoie

Psychiatre, psychanalyste, médecin-conseil à la Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

La qualité relationnelle de chaque personne dépend de sa capacité à faire confiance. Cette capacité, elle, dépend de ses relations antérieures et actuelles avec les autres. Les victimes, par définition, ont toutes subi des « blessures relationnelles » souvent très importantes: elles ont appris à la dure la nécessité d'être prudentes et de se méfier. L'ampleur des blessures subies est généralement sous-estimée par elles et par les autres. Les « blessés relationnels » pensent qu'ils ne pourront plus faire confiance: l'intervenant n'a que sa relation avec eux pour prouver le contraire. C'est une tâche colossale sous-évaluée. Les intervenants y mettent tout leur cœur: mais, ont-ils le temps, la disponibilité, le recul et le support pour le faire? Seraient-ils-elles abandonnés et trahis par les incohérences des divers systèmes de services d'aide?

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

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

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

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

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

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

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

Cependant, les intervenants peuvent rencontrer de grandes difficultés d'intervention avec certains types de clients. Lorsque ceci se produit, il s'agit soit de personnes qui ont presque toutes eu une suite d'histoires d'amour pathétiques (que ce soit parce qu'elles ont été laissées à elles-mêmes très tôt dans la vie, négligées, abusées, transplantées à répétition), soit de personnes qui se sont senties rejetées de façon brutale, parce que leurs premières histoires d'amour se sont terminées de façon trop soudaine et incompréhensible. Pour ces personnes, que je qualifierais de « grands blessés relationnels », ce qui se met en place au contact d'un intervenant est instinctif et relève des réactions psychologiques de base.

En effet, ces « grands blessés relationnels » vont soit d'emblée repousser l'intervenant, soit s'accrocher à elle ou à lui « comme la personne en train de se noyer va s'agripper désespérément à une souche à la dérive ». Dans les deux cas, c'est le même phénomène: ils sont en manque d'un point de vue affectif depuis si longtemps... Ceci fait naître chez eux beaucoup d'espoir, mais ils ont de la mémoire: « Chat échaudé craint l'eau froide ». Pour la personne blessée, plus le potentiel de rapprochement, de chaleur, de réconfort est grand, plus est grand aussi le potentiel de blessure, d'abandon, de trahison. Elle a alors une réaction instinctive: elle va vouloir se protéger du danger, elle va tenter de saboter la relation. Elle a été abandonnée, trahie à répétition, toute tentative de rapprochement porte en

elle la menace de rupture. Elle y met obstacle; elle est en « crise de confiance », c'est ce que j'appelle le cul-de-sac relationnel. La personne blessée y donne rendez-vous à l'intervenant qui l'y rejoint.

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

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

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

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

Laissez-moi à ce point-ci vous résumer ce que j'ai appris de particulier dans mon travail avec les intervenants: peu importe la profession (de psychiatre à aide-ménagère bénévole), quand il y a rencontre entre un intervenant, un

aidant et une personne en besoin, un immense malentendu s'installe: d'un côté, l'intervenant a pour mandat, selon sa profession, de donner des services médicaux, psychologiques, sociaux, infirmiers, des services de rééducation, d'enseignement, de support, etc. De l'autre côté, la personne en besoin, en crise, veut que sa souffrance soit soulagée, ses besoins d'amour comblés et, rapidement, de façon d'autant plus impérieuse qu'elle a été soumise à plus d'abandon, elle va se demander: « Puis-je faire confiance »?

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

Ainsi, l'expérience clinique exceptionnelle que j'ai acquise en travaillant avec autant d'intervenants différents, en même temps et sur tant d'années, m'a appris une chose que je formulerais comme ceci: aux enfants, adolescents ou adultes que je qualifierais de « blessés relationnels », les intervenants ont tous à prouver d'abord s'ils sont dignes de confiance, et ils ne peuvent le faire qu'à travers la qualité, la stabilité et la continuité des liens, de la relation qui se créent entre eux et les personnes en besoin.

Ainsi, du point de vue humain, la tâche des intervenants prend une tournure beaucoup plus exigeante et beaucoup plus dangereuse qu'on ne le soupçonne. Les interruptions, transferts, vacances, bris de continuité divers (souvent inévitables), provoquent donc des crises dans la relation thérapeutique, qui deviennent des opportunités d'un apprentissage nouveau que seul l'intervenant peut superviser. À cet égard, dans leur formation professionnelle, peu ou pas d'attention n'est portée à cet aspect si important de leur travail et cela, pour une bonne raison: ça ne s'apprend pas dans les livres ou à l'université. Ça s'apprend dans la pratique, en essayant d'aider et en étant accompagné pour le faire.

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

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

Depuis 15 ans, je passe 20 heures par semaine à donner ce genre de support; je le fais en petit groupe, sur une base volontaire, sans lien d'autorité, sur une base hebdomadaire, au rythme d'environ 30 sessions par groupe, par année sur quelques années. C'est une façon de le faire. Le support clinique doit cependant être organisé, être disponible, être systématique et être reconnu comme légitime, être valorisé plutôt qu'être vu comme un signe de dépendance

des intervenants. Il faut réhabiliter à l'intérieur des organisations la fonction de support clinique aux intervenants. Ce n'est pas facile, mais tous, personnes blessées, intervenants, institutions, en sortent gagnants.

Le support clinique ne fait pas de miracle, ne fait pas disparaître la souffrance du client, n'empêche pas les ruptures et n'est pas une thérapie pour les intervenants. L'objectif du support clinique est d'aider l'intervenant à mieux démêler ce que l'autre lui fait sentir, à mieux décoder ce qu'il y a derrière ses comportements, à mieux comprendre pourquoi l'autre ne fait plus confiance. Il l'aide à prendre intérieurement de la distance, à mettre les limites nécessaires, à introduire plus de rigueur dans sa démarche thérapeutique, à diminuer la lourdeur de sa tâche, à mieux se faire l'avocat des besoins de la personne blessée. La raison d'être de ce support demeure d'aider l'intervenant à maintenir la barque de sa relation avec celle-ci à flot, de lui prouver dans les faits qu'elle peut apprendre à faire plus confiance dans ses histoires d'amour. Le support sert à aider l'intervenant à neutraliser l'impasse relationnelle, c'est-à-dire réussir à continuer quand rien ne va plus, à maintenir la confiance quand il se sent trahi, à comprendre que son impuissance est celle de l'autre, non la sienne.

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

Nous avons parlé jusqu'à maintenant de la difficulté à «gagner la confiance», du rôle central que la relation avec l'intervenant y joue et du besoin d'un support clinique approprié. Pour «garder la confiance» de la personne blessée afin que sa capacité d'attachement devienne plus solide, le système dans lequel l'intervenant évolue ainsi que l'organisation de son travail ont bien sûr un impact très important.

Gagner et garder la confiance de ceux qui sont les plus vulnérables aux ruptures, c'est-à-dire les plus blessés, exige un maximum de continuité relationnelle et quand il y a discontinuité, il est important de reconnaître la façon dont la personne blessée se protège, de reconnaître que sa colère est justifiée. Ceci est particulièrement important, car nous avons tendance à minimiser les réactions des «blessés relationnels» aux ruptures que nous leur imposons, à la diversité d'intervenants qu'ils ont à rencontrer, etc. Leurs émotions sont réelles et reliées à nous, mais sont grandement amplifiées par les mémoires émotionnelles intolérables provenant de leurs histoires d'amour.

La continuité relationnelle et la cohérence de nos services sont durement mises à l'épreuve par les contraintes organisationnelles et institutionnelles qui favorisent souvent la division des tâches selon les phases d'intervention (évaluation, prise en charge, etc.), selon les caractéristiques touchant l'intervenant (sa profession, son lieu de travail, son syndicat, etc.). Ajoutons à cela les effets des coupures, des réorganisations, etc. Il n'y a pas de solutions magiques. Il serait cependant important de collectivement revenir à l'objectif primordial de nos services, en l'occurrence celui de répondre aux besoins de nos clients, de minimiser le bris de continuité relationnelle quand c'est possible, et quand ce n'est pas possible, de constamment en tenir compte dans nos interventions.

L'expérience nous dicte qu'une partie de notre clientèle est formée d'une catégorie particulière de «blessés relationnels», prévisibles à la fois dans leur réaction envers ceux qui veulent les aider et dans la réaction qu'ils provoquent chez les aidants. Ces réactions sont les mêmes : espoir, colère, découragement et retrait, etc. Souvent, à partir d'un très jeune âge, ils ont vécu des abandons, des ruptures à répétition et de la négligence. Ils ne sont pas

malades: ils ont amèrement appris qu'ils ne pouvaient compter sur les autres, ils sont en rupture de confiance, ils ont de grands besoins affectifs mais, pour se protéger du rejet certain anticipé, ils repoussent, de façon très efficace, ceux qui veulent les aider et le font aussi vigoureusement qu'ils ont envie qu'on prenne soin d'eux.

Alors nos façons de faire avec eux sont souvent mésadaptées: elles confirment leur méfiance; elles font partie du problème plutôt que de la solution. Peut-on mieux ajuster nos services à leurs besoins spécifiques? Nous le faisons pour les blessés physiques en chaise roulante qui ne peuvent franchir des marches. Nous ne leur présentons pas d'autres marches, nous aménageons des rampes.

L'expérience démontre que les blessés relationnels peuvent apprendre à faire confiance à nouveau: c'est toujours long et pénible et l'amour ne suffit pas. Ça prend un environnement relationnel adapté. La «rampe relationnelle» dont ils ont besoin est constituée de leur relation avec l'intervenant à qui ils choisissent de faire passer le «test de confiance». Ceci implique une vision différente du support dont ont besoin les intervenants qui s'impliquent avec eux, de l'importance et du type de continuité qui s'impose, et du travail de partenariat interprofessionnel et interréseau que dictent leurs besoins, pour ne mentionner que ces éléments.

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

La deuxième chose, c'est que les intervenants font un travail admirable. Je leur dis: «Bravo»! Quand vous quittez un de vos clients, si vous pouvez vous faire la réflexion suivante: «Au moins, il pourra dire que j'ai essayé tant que j'ai pu», c'est mission accomplie! N'oubliez pas que dans notre travail clinique, nous ne sommes pas obligés de réussir mais d'essayer.

Depuis plus de 25 ans, les 800 intervenants avec qui j'ai eu plus de 4 500 sessions de groupes afin de les supporter dans leurs interventions, m'ont appris à comprendre différemment les problèmes des jeunes et moins jeunes et les difficultés des intervenants. Je leur en suis très reconnaissant. C'est avec plaisir que je profite de l'occasion qui m'est offerte pour en témoigner.