

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en
Travail Social

BACH12

HES - SO//Valais – Filière Travail Social



« Alliance thérapeutique en milieu contraint »

Regards croisés sur les enjeux, les difficultés et les stratégies pour
entrer en relation



View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

provided by BEHO DOC Digital Library

powered by CORE



Dessins : Marika Barman

Réalisé par : Virginie Monnet

Directrice de Bachelor : Susanne Lorenz Cottagnoud

MOTS-CLÉ

Alliance thérapeutique, aide contrainte, relation thérapeutique, injonction paradoxale

RÉSUMÉ

Cette recherche exploratoire s'articule autour de la relation entre usager et intervenant social en milieu contraint ainsi qu'autour des enjeux de cette relation sous l'angle d'un concept central qui est celui de l'alliance thérapeutique.

Il s'agit tout d'abord de mettre en évidence les différentes conditions relatives à la création de l'alliance thérapeutique et ses enjeux dans un contexte d'aide contrainte en relevant également les présupposés facilitateurs.

Pour ce qui est de la partie pratique de ce travail, elle consiste en une recherche qualitative des réalités que vivent aidant et aidé toujours dans ce même contexte qu'est celui de l'aide contrainte. La récolte de données témoigne ainsi de la complexité de la relation thérapeutique en faisant essentiellement état des difficultés et des stratégies utilisées pour y faire face.

Les résultats, quant à eux ont en partie confirmé les hypothèses et surtout mis en lumière diverses stratégies utilisées par les professionnels du social afin de déjouer les stratégies d'opposition des bénéficiaires placés en milieu contraint. Ils confirment notamment l'influence du contexte de prise en charge sur la relation entre travailleur social (ici éducateur) et bénéficiaire (ici patient) et sur la manière dont ce dernier investit son processus de réadaptation.

ILLUSTRATION

Souhaitant illustrer le passage d'une relation thérapeutique neutre à l'établissement de l'alliance thérapeutique sur ma page de titre, j'ai volontairement choisi de le représenter par deux images opposées. La première représentant le professionnel à une certaine distance de l'usager ayant une tendance au jugement par opposition à la deuxième mettant en scène un travailleur social à l'attitude bienveillante envers l'usager. Cette illustration a été réalisée par une amie, artiste à qui j'ai transmis le thème de mon travail de Bachelor et que j'ai invité à laisser libre court à son imagination.

REMERCIEMENTS

Le travail de Bachelor concrétisant l'aboutissement de la formation, il est aussi stimulant qu'éprouvant. C'est pourquoi, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de la réalisation de ce travail. Un merci très particulier et tout en émotions aux patients et professionnels de l'Institut Philippe Pinel de Montréal qui ont participé à nourrir mes réflexions, grandement contribué à faire évoluer mes représentations liées au sujet, alimenté ma passion à l'égard du métier et qui, enfin, ont fait mûrir la professionnelle en devenir que je suis. Un second merci particulier à ma directrice de Bachelor, Mme Susanne Lorenz pour sa bienveillance, son soutien, ses éclairages et sa confiance en moi. Et un dernier merci particulier à mes amis et à ma famille qui se sont intéressés et ont été présents pendant ce laborieux travail.

« L'intervenant, tel un capteur de rêves, devient un catalyseur qui soutient l'actualisation des forces et potentialités de tout sujet humain. » (PUSKAS, 2009)

PRÉCISIONS

- ◆ Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur.
- ◆ Afin de faciliter la lecture, l'usage du genre masculin utilisé est à considérer comme incluant les deux genres.
- ◆ Les citations entre parenthèses précisent l'auteur et l'année de parution de l'ouvrage dans lequel des idées ont été reprises et paraphrasées. Un numéro de page est ajouté lorsqu'il s'agit de citations.
- ◆ Tout au long de mon travail, j'utiliserais différentes appellations telles que : usager, client, patient, bénéficiaire, accompagné afin d'éviter les répétitions. Chacun de ces termes désigne cependant la même personne à savoir les individus à qui se destine l'intervention sociale des travailleurs sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

MOTS-CLÉ	2
RÉSUMÉ	2
ILLUSTRATION	2
REMERCIEMENTS	3
PRÉCISIONS	3
TABLE DES MATIÈRES	4
1. INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
2. CONCEPTS THÉORIQUES	9
2.1 INTRODUCTION	9
2.2 LES ACTEURS DE LA RELATION	9
2.2.1 <i>Professionnels du Travail Social et leur mission</i>	9
2.2.2 <i>Usager</i>	10
2.3 LA RELATION USAGER / TRAVAILLEURS SOCIAUX	11
2.3.1 <i>La relation d'aide</i>	11
2.3.2 <i>Relation thérapeutique</i>	13
2.3.3 <i>Alliance thérapeutique</i>	14
2.4 FACTEURS DE CHANGEMENT	19
2.5 PRINCIPE D'AUTO-DÉTERMINATION	20
2.6 AIDE CONTRAINTE	21
2.6.1 <i>Instructeur de la contrainte</i>	22
SCHÉMA N°1	25
3. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	26
3.1 HYPOTHÈSES	26
3.1.1 <i>Hypothèse n°1</i>	26
3.1.2 <i>Hypothèse n°2</i>	28
3.1.3 <i>Hypothèse n°3</i>	29
3.2 TERRAIN D'ENQUÊTE	29
3.2.1 <i>Description de la population générale</i>	30
3.2.2 <i>Brève description du contexte du SIS</i>	30
3.3 MODE DE RÉCOLTE DES DONNÉES	30
3.3.1 <i>L'entretien</i>	31
3.3.2 <i>L'observation participante</i>	31
3.4 COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON	31
3.4.1 <i>Les usagers interrogés</i>	32
3.4.2 <i>Les travailleurs sociaux interrogés</i>	32
3.4.3 <i>Choix des binômes</i>	32
3.4.4 <i>Caractéristiques des binômes</i>	33
3.5 DÉROULEMENT DE LA RÉCOLTE DE DONNÉES	34
3.5.1 <i>Aspects éthiques liés à la récolte de données</i>	34
3.5.2 <i>Planification des entretiens</i>	34
3.5.3 <i>Objectifs et caractéristiques des entretiens</i>	35
3.5.4 <i>Déroulement des entretiens</i>	35
3.5.5 <i>Adaptations</i>	36
3.5.6 <i>Objectifs et caractéristiques de la grille d'observation</i>	36
3.6 MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES	37

4. ANALYSE DES DONNÉES	37
4.1 DESCRIPTION DU CONTENU DE LA RÉCOLTE DE DONNÉES	37
4.1.1 Binôme n°1	37
4.1.2 Binôme n°2	42
4.1.3 Binôme n°3	49
5. SYNTHÈSE.....	54
5.1 HYPOTHÈSE 1.....	54
5.2 HYPOTHÈSE 2.....	56
5.3 HYPOTHÈSE 3.....	56
6. LIMITES DE LA RÉCOLTE.....	57
7. CONCLUSION.....	58
8. RÉFLEXIONS PERSONNELLES ET PERSPECTIVES PRATIQUES	59
9. NOUVEAUX QUESTIONNEMENTS	61
9. BILAN PERSONNEL	62
10. SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
10.1 OUVRAGES LITTÉRAIRES.....	63
10.2 ARTICLES SUR INTERNET	64
10.3 PAGES INTERNET.....	64
11. ANNEXES	65
ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN N°1 POUR LE PROFESSIONNEL	65
ANNEXE N°2 : GUIDE D'ENTRETIEN N°2 POUR LE PROFESSIONNEL	65
ANNEXE N°3 : GUIDE D'ENTRETIEN N°1 POUR L'USAGER	65
ANNEXE N°4 : GUIDE D'ENTRETIEN N°2 POUR L'USAGER	65
ANNEXE N°5 : GRILLE D'OBSERVATION.....	65

1. INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ayant choisi de travailler avec des adultes auteurs de délits et souffrant de maladies psychiques durant ma deuxième formation pratique, c'est pour la curiosité que m'inspire la prise en charge de cette population que j'ai décidé d'orienter mon travail de Bachelor vers la relation d'aide en milieu contraint. En effet, ayant déjà une idée approximative des difficultés que peut rencontrer un éducateur face à son mandat auprès de bénéficiaires contraints, je souhaite me faire une représentation plus précise des enjeux de cette relation.

Cette recherche est née de nombreux questionnements issus de mes expériences pratiques et m'intéresse tout particulièrement en termes de perspectives. En effet, je pense que l'alliance thérapeutique est un procédé complexe, essentiel et qu'il est important de comprendre pour l'application de mon futur mandat en tant que travailleuse sociale d'où mon désir d'ancrer cette recherche dans ce sens-là.

La relation thérapeutique étant l'essence même du travail clinique, elle est aussi et surtout une base de travail déterminante dans l'évolution du processus de réadaptation, dans le développement d'aptitudes sociales chez l'usager et d'un savoir-être pour le professionnel.

Il est, par ailleurs, reconnu qu'une bonne relation bénéficiaire/intervenant constitue un gage de réussite dans une démarche soignante (PUSKAS, 2009, p.25). L'alliance thérapeutique, but ultime de toute relation de soin met justement en lumière les mécanismes en jeu dans le rapport aidant-aidé.

L'aidé aura besoin de savoir à qui il a affaire afin de définir ses comportements. Quant au praticien, la difficulté permanente sera pour lui de maintenir l'équilibre entre professionnalisme et proximité relationnelle.

Lorsque deux personnes se rencontrent, quel que soit le contexte, les facteurs relationnels sont au premier plan. La méfiance, la confiance ou encore la séduction sont en partie des exemples qui témoignent de ces phénomènes.

La relation thérapeutique s'établissant dans divers contextes du Travail Social, j'ai retenu ici celui de l'aide contrainte et plus particulièrement en milieu institutionnel.

En effet, confrontés à des réalités propres au contexte, travailleur social et usager vont être amenés à composer avec les difficultés qu'ils vivent respectivement, à l'intérieur de leur relation et que le contexte leur impose. Tous deux vont donc mobiliser des stratégies différentes pour composer avec les défis auxquels leur relation les expose.

L'usager soumis à une décision externe qui intègre (dans le cadre de cette recherche) un placement en institution et donc un contexte stationnaire va bien souvent développer un certain nombre de ruses pour contrer cette mesure à laquelle il n'adhère pas forcément. D'autant plus lorsqu'il s'agit de collaborer avec une personne susceptible d'installer un rapport de pouvoir.

Par cela, j'entends les professionnels invités à intervenir dans la situation d'une clientèle fragilisée dont le rôle suppose une position asymétrique. Les professionnels concernés de même que l'utilisateur sont pourtant généralement amenés à partager ce « pouvoir » à proprement parler pour aider ce dernier à se saisir de son pouvoir personnel. Les freins à la relation contenus dans les dynamiques relationnelles sont autant de difficultés face auxquelles le travailleur social devra redoubler à la fois d'inventivité et de finesse. Il est donc ici question de cela. Comment le professionnel du Travail Social parvient-il à nouer une relation dite constructive avec l'utilisateur malgré les freins que ce dernier peut y mettre ? Quelle importance occupe cette relation dans le processus thérapeutique ? Quels sont les facteurs qui participent à créer l'alliance thérapeutique ?

En ce qui concerne le praticien ici travailleur social, plusieurs éléments sont à considérer lors de la prise de contact. D'une part, il convient de s'intéresser au sujet lui-même et à sa singularité et d'autre part à son environnement et ce qui le caractérise soit le milieu dans lequel il évolue et les personnes avec lesquelles il entre en interaction. Ce faisant, il s'agit d'une recherche à envisager sous la perspective du modèle biopsychosocial. En effet, le contexte d'aide modifie lui aussi considérablement la façon d'aborder l'utilisateur et de construire sa relation avec lui. Il est donc important de reconnaître l'influence de l'environnement sur le processus de réadaptation. Aussi, qu'il s'agisse d'une demande d'aide volontaire ou d'une mesure sociale imposée, d'un contexte stationnaire ou ambulatoire, le travailleur social doit s'y adapter en tenant compte des différences tant au niveau de la notion de motivation qu'en ce qui concerne les mécanismes de défense qu'implique la nature de l'aide.

Cette analyse approfondie des aspects relationnels dans un rapport d'aide fait naître un grand questionnement autour du mandat du travailleur social et des outils dont il dispose pour y répondre ce qui m'amène à formuler les questionnements qui suivent.

Mes questions de départ sont construites sur une base pyramidale, autrement dit l'une sur l'autre. Elles s'articulent autour des deux thèmes essentiels de mon sujet de recherche et témoignent d'une remise en question de la profession de travailleur social donnant lieu à une nouvelle représentation en lien avec une vision humaniste. À partir de là, voici les premières questions que je me suis posées :

- ◆ Quels sont les effets du contexte contraint sur l'attitude de l'utilisateur au travers de sa relation avec le travailleur social, ses impacts sur l'alliance thérapeutique et par conséquent sur l'évolution du patient dans son processus de réadaptation ?

Mis en perspective avec le thème central, cela donne donc :

- ◆ Quels sont les stratégies propres au contexte dont le travailleur social va user pour construire l'alliance thérapeutique ?

Et finalement :

- En quoi l'inter-influence du contexte, de la problématique identifiée chez le bénéficiaire d'une action sociale et de la nature de la relation qui en découle est-elle déterminante dans l'établissement de l'alliance thérapeutique ?

Après avoir laissé mes questionnements mûrir et au travers des découvertes nées de mes lectures sur le sujet, j'ai finalement choisi d'articuler les deux dimensions entre elles ce qui a donc fait émerger la question de recherche suivante :

Quelles sont les stratégies des professionnels du Travail Social et des bénéficiaires pour créer l'alliance thérapeutique dans un contexte d'aide contrainte ? Regards croisés sur les enjeux, les difficultés et les déclis pour entrer en relation.

Par enjeux, j'entends analyser ce à quoi travailleur social et usager s'exposent par le biais de cette relation, ce que chacun a à y gagner mais aussi quels sont les risques, les attentes et les pertes.

L'objectif général de ce travail, au-delà d'approfondir un concept, reflète ma volonté de faire émerger de nouvelles perspectives en termes de professionnalité.

Il est donc question dans un premier temps de définir la relation éducative et ce qu'elle implique en termes de conditions, d'enjeux et d'obstacles et ce principalement dans un contexte de vécu éducatif partagé.

À partir des observations et entretiens, il s'agira ensuite d'explorer les enjeux relationnels liés au contexte d'aide contrainte et de repérer les dynamiques relationnelles et les attitudes qui font obstacle à l'alliance thérapeutique. Pour se faire, j'ai en effet cherché à identifier les représentations qu'usager et travailleur social entretiennent à l'égard de leur relation et de son évolution.

En termes de finalité, il s'agit donc principalement d'identifier les différents facteurs qui soutiennent la création de l'alliance thérapeutique à savoir le contexte, les expériences thérapeutiques antérieures de l'usager ou encore des gestes et attitudes particuliers. La récolte de données mettant l'accent sur les circonstances du passage pour l'usager d'une attitude de résistance à une démarche de participation, elle fait partie des éléments ayant soutenu cette intention.

Enfin, la dernière étape consiste à dégager des pistes d'action destinées à favoriser la construction de l'alliance thérapeutique et à soutenir une professionnalité humaniste et ce sur la base des récits de pratique professionnelle recueillis dans la récolte de données.

En définitive, mon travail mettra donc l'accent sur la dimension relationnelle de la fonction de travailleur social en soulignant la complexité des mécanismes en jeu dans la dynamique d'une relation d'aide dans un contexte d'aide contrainte.

2. CONCEPTS THÉORIQUES

2.1 INTRODUCTION

Dans ce présent chapitre, je développe les différentes thématiques en lien avec ma question de recherche en m'appuyant sur les concepts approfondis dans la littérature.

Je donne notamment dans un premiers temps une définition des acteurs de l'alliance thérapeutique, concept central de ma recherche à savoir l'utilisateur et le travailleur social et ce afin de souligner plus tard les paradoxes du Travail Social et de favoriser une compréhension commune.

La relation éducative fait elle aussi partie des concepts centraux de mon travail. Je tente de la définir et d'en comprendre les mécanismes, enjeux, freins et facilitateurs dans le souci que mes hypothèses reposent sur une base solide. C'est d'ailleurs sur les concepts de la psychoéducation, que je m'appuie principalement et régulièrement notamment pour tenter de définir la relation éducative et les fondations de la pratique professionnelle éducative.

Pratique à l'intérieur de laquelle se dégagent d'ailleurs certains paradoxes du Travail Social notamment la notion d'injonction paradoxale développée par Hardy, j'expose donc par la suite les freins à l'alliance thérapeutique. Ceux-ci, aussi complexes soient-ils nous apportent des éléments de compréhension pertinents sur la particularité de la relation d'aide.

Enfin, je tente d'établir des liens étroits entre le contexte d'aide contrainte et l'alliance thérapeutique afin d'être en mesure d'aborder la récolte de données en ayant une représentation précise des possibilités et des obstacles.

2.2 LES ACTEURS DE LA RELATION

2.2.1 PROFESSIONNELS DU TRAVAIL SOCIAL ET LEUR MISSION

Les deux acteurs centraux de mon thème de Bachelor étant le professionnel du Travail Social ainsi que le bénéficiaire, il me paraissait primordial de définir ces deux acteurs de la relation éducative afin d'en avoir une représentation plus précise et de favoriser une compréhension commune.

Désignant un ensemble de métiers œuvrant dans le domaine de l'action sociale, les professions du Travail Social se veulent variées. En effet, qu'il s'agisse de l'assistant social, de l'éducateur social ou encore de l'animateur socioculturel, tous font un travail d'accompagnement clinique dans une relation d'aide.

Cherchant à promouvoir le changement social, les professionnels du Travail Social s'appliquent « (...) à la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines et interviennent au carrefour entre les personnes et leur environnement. »¹

Selon la définition du Petit Robert (2010) l'accompagnement soit l'action de « se joindre à qqn pour aller où il va en même temps que lui » suppose une idée de mouvement. Ainsi, au-delà de la présence chaleureuse et dynamique qu'il se doit d'assurer, l'éducateur participe à l'action et partage des moments de convivialité avec la clientèle qui plus est activement.

¹ In site Internet : http://www.fss.ulaval.ca/cms/upload/fss/fichiers/service_social.pdf

Le contexte de vécu éducatif partagé qui est souvent celui dans lequel le travailleur social exerce sa fonction l'implique donc personnellement ce qui me permet de faire plus tard le lien avec les notions de transferts et contre-transfert qui sous-tendent la profession.²

La fonction de travailleur social suppose notamment une certaine méthodologie s'appuyant en partie sur la théorie de Lacan au sujet des conduites humaines. Divisée en trois catégories qu'il a initialement nommées : le Réel, le Symbolique et l'Imaginaire, elles ont ensuite été adaptées à la pratique éducative et renommées comme suit par l'un des contributeurs aux théories sur l'accompagnement psychoéducatif, Daniel Puskas (2009) : « le Dit, le Senti et l'Agi. »

J'ai volontairement choisi de m'appuyer sur la psychoéducation et de m'inspirer de cette théorie pour alimenter ma définition du rôle de travailleur social d'une part pour les liens que j'ai pu faire avec mes expériences pratiques et d'autre part pour la place qu'elle accorde à la dimension relationnelle du métier.

En tant qu'accompagnant, notre outil principal est la parole donc lorsque nous nous intervenons, nous sommes dans le « Dit » qui s'appuie généralement sur ce que nous ressentons soit le « Senti » et donne finalement lieu à une ou plusieurs actions ; l' « Agi ». (PUSKAS, 2009, p.29-37)

En définitive, si le rôle de l'aidant se résume dans l'action de « révéler des forces et des capacités latentes » (PUSKAS, 2009, p.27) au sujet, il n'en soulève pas moins de nombreux paradoxes et enjeux qui apparaîtront dans l'ensemble de mon travail.

2.2.2 USAGER

Désignée comme une personne ayant recours à un service³, l'usager, terme couramment utilisé dans le Travail Social n'en n'est qu'un parmi d'autres comme pensionnaire, résident, patient, bénéficiaire, client ou encore mésadaptés. Le sujet inadapté est catégorisé comme tel en fonction de la norme à laquelle on fait référence. Au-delà de ces distinctions, « le sujet doit être considéré dans sa totalité dynamique de fonctionnement et dans la globalité de son organisation structurale. » (RENOU, 2005, p.222)

En effet, si les appellations sont nombreuses, elles qualifient toutes la personne qu'en tant que travailleur social et par notre mandat nous nous engageons à accompagner.

Se trouvant généralement dans une situation qui suppose d'être aidés, ces êtres humains sont ceux-là même à qui les actions, démarches et projets des travailleurs sociaux s'adressent et sont destinées.

En m'appuyant sur une vision humaniste pour étayer cette définition, le bénéficiaire n'est pas l'objet de l'intervention sociale mais bien le sujet. Dans les termes de Puskas, il « devient le moteur de sa démarche, au centre de tout processus. » (PUSKAS, 2009, p.32)

Pour cette recherche et en référence à la population cible de ma récolte de données, j'ai choisi de parler de sujet inadapté ou mésadapté sous les différents termes que j'utiliserais. Cette précision pour bien distinguer le sujet handicapé du sujet inadapté ou mésadapté.

² Concept développé en page 33 à 35

³ In site Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/usager/80761>

En effet, le sujet handicapé peut réagir normalement à une situation d'intervention éducative pour autant que celle-ci soit organisée en fonction de ses aptitudes et compétences particulières et tienne compte de son handicap.

Le sujet inadapté lui en revanche fait face à des difficultés d'ordre psychosociales particulières qu'il intériorise et qui entraînent des distorsions flagrantes dans la perception qu'il a aussi bien de lui-même que de la réalité qui l'entoure. Tout comme pour le sujet mésadapté qui subit les effets des perturbations dans son développement personnel, il s'agit ici de problèmes plus ou moins temporaires qui pourront se résoudre grâce à des interventions adaptées. (RENOU, 2005, p.223)

2.3 LA RELATION USAGER / TRAVAILLEURS SOCIAUX

2.3.1 LA RELATION D'AIDE

La légitimité de la relation d'aide puisant sa source dans une philosophie tantôt communautarienne tantôt libérale, Autès questionne au travers de ses écrits les fondements de la relation d'aide et ses motivations. Guidés par des sentiments de compassion ou de bienveillance propre à l'un et l'autre de ces idéaux tantôt cités, il semblerait comme le décrit Autès que « *la nécessité de l'aide à autrui procède de la responsabilité collective et individuelle qu'engage le malheur d'autrui.* » (AUTÈS, 2008, p.17)

Impliquant les rôles d'« aidant-aidé », la relation d'aide révèle alors des positions singulièrement différentes. En effet, il semblerait que cette relation naisse d'une situation qui suppose d'être aidé rassemblant la personne qui a besoin de cet aide et celle disposant des compétences pour le faire. Aussi, quel n'est pas le challenge pour la personne ayant besoin d'aide d'accepter d'être aidée ce qui suppose de reconnaître au préalable sa condition, son statut et ses faiblesses. Pour reprendre les termes d'Autès : « *L'autrui à aider perd son statut d'alter ego dès lors qu'il devient un autrui à redresser, à corriger, à réinsérer.* » (AUTÈS, 2008, p.18). Cette affirmation révèle les difficultés que de telles positions suggèrent. Aider l'autre c'est avant tout et selon la définition d'Autès toujours, l'amener à trouver en lui-même les ressources dont il dispose pour pouvoir agir, faire face et reprendre la main sur la conduite de sa propre vie. (AUTÈS, 2008, p.20). Autrement dit, c'est un travail de conscientisation des mécanismes internes et de mobilisation des forces de la part du sujet.

Enfin, à partir de la représentation du sujet que donne Piaget cité par Renou soit « *l'être vivant en interaction avec le milieu externe* », les conditions de l'organisation de l'action éducative se doivent d'être pensées en fonction du sujet tout en considérant les possibilités des intervenants et les particularités de l'environnement. (RENOU, 2005)

2.3.1.2 LES ENJEUX DE LA RELATION D'AIDE CONTRAINTE

Si l'aide peut prendre plusieurs formes, elle met notamment en scène divers acteurs pouvant être à son origine, déterminant ainsi sa nature soit volontaire ou contrainte. L'aide contrainte intégrant une autre dimension de ma recherche, elle révèle des enjeux différents que ceux déjà explicités plus haut.

Il s'agit en effet « *pour ces jeunes et adultes de se positionner face à cette aide qu'ils n'ont pas demandée voir peut-être jamais désirée, de décider de s'y soumettre ou non en tenant compte des conséquences inhérentes à l'une ou l'autre position.* » (HARDY, 2001, p.15)

Ainsi, l'option choisie par le résident peut soit donner lieu à des attitudes d'opposition dans le cas où la personne contrainte décide de défier l'aide qui lui est imposée soit faire émerger un climat de collaboration si c'est l'adhésion à la mesure qui est envisagée. Utilisé pour définir l'affrontement, la contradiction voir la non-conformité de choses ou de personnes entre elles, le terme d'opposition désigne également l'« *action de s'opposer à quelque chose, et d'y mettre obstacle par sa résistance* » (Larousse,2010).

L'opposition dans la relation d'aide se concrétise au travers d'attitudes telles que le refus pour l'utilisateur d'adhérer aux prises en charge thérapeutiques qui lui sont proposées, mais également au travers d'une volonté de complexifier la résolution de sa problématique en mettant sans arrêt des freins à la collaboration avec le travailleur social. Les attitudes d'opposition ici décrites se regroupent sous le terme scientifique de « *réactance* ». Le fait d'empêcher la cristallisation des difficultés liées à ces attitudes d'opposition pour maintenir un espace d'intervention adéquat constituent des objectifs auxquels l'alliance thérapeutique se propose ainsi de répondre. (HARDY, 2001)

Parmi les enjeux de l'aide contrainte figurent plusieurs éléments liés au placement en institution dont le projet de vie du sujet. En effet, le projet définit en accord entre le bénéficiaire et le travailleur social est cependant souvent sous l'influence des valeurs sociétales et occupe une place centrale dans le quotidien de l'utilisateur au travers des exigences liées aux objectifs à atteindre.

Le professionnel est donc lui aussi amené à relever un challenge important en saisissant les enjeux parfois subtils de la relation d'aide. Ce dernier se retrouve alors intégré à des processus d'intervention où comme le dit Hardy : « *il lui semble vouloir le bien de l'autre malgré lui* » (HARDY, 2001, p.17).

Ainsi, alors que la conduite adéquate⁴ devrait émerger d'une motivation intrinsèque pour que l'utilisateur puisse en retirer les bénéfices, l'intervenant social, au travers de l'accompagnement qu'il propose exerce consciemment ou non, une influence sur l'autre afin qu'il intègre spontanément ses attentes envers lui.

À partir de ce constat, comment l'utilisateur peut-il déjouer les injonctions précitées qui sous-tendent le contexte d'aide contrainte et parasitent la relation à laquelle il est amené à participer ? De quels moyens dispose le professionnel pour faire émerger chez l'utilisateur la volonté de concrétiser ce qui est attendu par les autorités de placement, par l'institution et par lui-même ?

Par ailleurs, lorsque le travailleur social communique avec l'utilisateur, il se doit de tenir compte du système de référence propre à ce dernier qui peut différer du sien.

Cette considération est primordiale si l'intervenant social veut comprendre les diverses interprétations auxquelles son message peut mener. De plus, il se peut notamment que le professionnel propose des solutions alternatives et relatives à la norme auxquelles l'utilisateur n'adhère pas forcément en fonction de son système de référence. Pouvant donner lieu à une confrontation entre ces deux parties et à la mise en place de stratégies de la part de l'utilisateur pour s'en défaire, elle constitue également une forme de contrainte morale. La relation d'aide en milieu contraint induit alors une certaine orientation en fonction de la norme présumée par les professionnels concernés.

⁴ Par conduite adéquate, on entend un ensemble de comportements servant les intérêts du bénéficiaire dans son processus d'évolution et répondant aux objectifs définis dans le projet d'accompagnement individualisé.

Or, comme le disait Claude Seron dans son livre « Aide ou contrôle », chacun de nous « *s'efforce de trouver et de maintenir un état satisfaisant* » (SERON, 2009, p.62). Cet état de satisfaction se traduit par un sentiment de bien-être et d'équilibre. Ainsi « *On y retrouve des comportements qui traduisent la meilleure adaptation possible aux yeux de la personne mais qui ne satisfont pas aux exigences du contexte plus large* » (SERON, p.67 2009,) On comprend alors que cette notion de « bien » est donc toute subjective. N'y-a-t-il d'ailleurs pas parfois une confusion entre aide et contrôle ? C'est l'enjeu principal qu'approfondit Seron (2009) dans son ouvrage où il met justement en perspective les attitudes de réactance de l'utilisateur et la volonté de contrôle que dissimule l'action sociale.

L'enjeu dont il est donc ici question met en lien les aspects normatifs de l'injonction d'aide avec le besoin de contrôler plutôt que d'intervenir. Il remet notamment en question la subjectivité liée aux comportements, indicateurs ou événements significatifs de l'aboutissement d'un processus de rétablissement.

Il s'agira peut-être pour l'utilisateur d'un état d'esprit, d'une initiative, d'un comportement ou d'une démarche particulière qui seront les indicateurs de son rétablissement alors que pour le travailleur social ou pour les autorités il s'agira de démontrer davantage en termes de mobilisation.

Or, si tant le travailleur social que l'utilisateur se limitent à leur vision du « mieux », ils se livreront une opposition éternelle. Ainsi, tous deux doivent s'accorder sur le plan de traitement afin de manifester une considération commune à leurs exigences respectives mais surtout afin de rester congruents.

Par ailleurs, au travers de mes lectures j'ai notamment découvert l'impact des logiques d'aide sur l'investissement de l'accompagné dans son processus de soin.

En effet, face à une mesure thérapeutique issue d'une décision judiciaire ou à un quelconque placement, il est souvent attendu de l'utilisateur qu'il démontre qu'il n'a plus de problème ou lorsqu'il est question de comportements violents, d'actes délinquants de prouver qu'il ne l'a pas commis. Pour se faire, il s'agit d'accepter l'aide en reconnaissant au préalable, ne serait-ce qu'en partie, les faits. Or, en proposant une autre logique d'aide par laquelle il s'agirait pour l'accompagné d'« *accepter de témoigner de sa capacité à gérer les choses* » (HARDY, 2001, p.75) selon la formulation de Hardy, on inverse la nature de la demande et ne contraint pas l'utilisateur à confirmer les actes et faits reprochés.

2.3.2 RELATION THÉRAPEUTIQUE

Si l'étymologie du terme « thérapeute » désignait anciennement une personne qui « prend soin de », il qualifie aujourd'hui une personne qui soigne un malade par une thérapie, des gestes, des actions ou encore des produits tels que les médicaments.⁵

Quoi qu'il en soit, il est question d'une relation de soin dont le lien se base sur des éléments tels que la parole, les gestes, le toucher, l'examen, la prescription ou encore l'administration de médicaments. Les acteurs principaux qui prennent part à cette relation sont le médecin ou thérapeute ainsi que le patient. Au sens plus large, sont également inclus l'entourage du patient et l'équipe collaborant avec le médecin.

⁵ In site Internet : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/th%C3%A9rapeute>

Au cours de mes lectures liées à la définition de la relation thérapeutique, divers questionnements m'ont animée dont le suivant : La relation entre travailleurs sociaux et bénéficiaires peut-elle être considérée comme une relation thérapeutique ? Si l'on s'en tient à la définition actuelle, on aurait sans doute tendance à dire que non du fait de la référence au domaine médical.

Pourtant, selon la définition du travailleur social qui désigne une personne dont la profession consiste à aider des individus en difficulté, le parallèle avec l'étymologie me paraît évident. De plus, dans les faits, l'éducateur, l'assistant social ou encore l'animateur socioculturel se mettent au service du bien-être des personnes avec lesquelles ils travaillent. Dans les mots de Puskas, l'intervenant social « *prend soin de la relation, de la vie psychique.* » (PUSKAS, 2009, p.26-27). Par ailleurs, la clientèle des thérapeutes rejoint les différentes populations avec lesquelles les travailleurs sociaux sont amenés à travailler, à la différence près que la forme n'est pas la même.

En effet, le travailleur social et plus souvent l'éducateur partage le quotidien dans un même contexte avec les bénéficiaires, donnant lieu à un vécu éducatif partagé (RENOU, 1989), ce qui n'est pas le cas pour le thérapeute pour qui le travail prend souvent la forme d'une consultation.

À mon sens, les enjeux de la relation avec un thérapeute ou avec un travailleur social se rejoignent sur certains aspects communs à la relation d'aide.

En définitive, que ce soit le thérapeute ou le travailleur social, tous deux œuvrent en faveur de l'épanouissement et du rétablissement des compétences des bénéficiaires de leur action et ce, en s'appuyant sur des connaissances précises. C'est pourquoi, lorsque je parlerais de « relation thérapeutique » ou d'« alliance thérapeutique », je désignerais l'ensemble des intervenants au service de la relation d'aide.

2.3.3 ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Incluant de nombreux autres concepts, notions et procédés, l'alliance thérapeutique est au centre de mon travail de recherche sur le lien entre travailleurs sociaux et usagers dans un contexte d'aide contrainte. Utilisée dans de nombreuses formes de traitement psychiatrique, l'alliance thérapeutique est un concept créé par Freud qui désigne selon Gaston (1990) « *une approche multidimensionnelle construite sur quatre facteurs considérés comme indépendants : 1) l'alliance de travail basée sur la capacité du patient de travailler dans la thérapie ; 2) l'alliance thérapeutique définie comme le lien affectif du patient au thérapeute ; 3) la compréhension et l'engagement affectif du thérapeute pour le patient et 4) l'entente entre le patient et le thérapeute sur les tâches spécifiques liées au déroulement du traitement et sur les buts généraux de celui-ci.* » (citée dans DESPLAND, DE ROTEN, MARTINEZ, Revue Médicale Suisse, 2000).

L'alliance thérapeutique désigne notamment des stratégies destinées à passer d'un type relationnel dans lequel les facteurs interindividuels sont prédominants, à un type dans lequel le patient et le soignant travaillent ensemble pour résoudre les problèmes posés dans la thérapie. (Grands Dossiers, 2009, N°15)

Plus généralement, toutes les définitions s'accordent pour inclure « *des dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation.* » (DESPLAND, DE ROTEN, MARTINEZ, Revue Médicale Suisse, 2000).

Décrite comme un gage de changement par les auteurs des concepts de la psychoéducation, dont Puskas, l'alliance thérapeutique « *réfère au lien pouvant exister entre le client et l'intervenant dans les tâches de la psychothérapie.* » (PUSKAS, 2009, p.92)

En effet, l'alliance thérapeutique joue un rôle important voir crucial puisqu'elle mobilise les deux personnes impliquées dans le processus thérapeutique vers l'accomplissement des buts visés par le traitement.

S'il est souvent question de thérapeute et de patient, l'alliance thérapeutique est un concept qui se joue entre tous les acteurs d'une relation d'aide. Qu'il s'agisse d'un infirmier, d'un psychologue, d'un médecin ou encore d'un travailleur social, ce concept désigne avant tout un rapport de collaboration où les acteurs travaillent ensemble sur une même problématique.

On parle d'alliance thérapeutique lorsque le professionnel et le patient savent « *engager, maintenir et développer un rapport collaboratif et que celui-ci procède à la participation active du patient.* » (CUNGI, 2006, p.15)

Chacun des acteurs participe à l'établissement de l'alliance et doit en somme, faire preuve d'un certain nombre d'attitudes spécifiques en lien avec ses responsabilités vis-à-vis de la relation et de la problématique.

Ci-dessous, un bref aperçu des sentiments établis comme conditions à l'alliance thérapeutique par Cungi (2006) en ce qui concerne le professionnel.

L'authenticité semble en effet une des conditions principales à l'établissement d'un lien de confiance avec le sujet. Autrement dit ce dernier est amené à développer sa capacité à se sentir à l'aise avec son interlocuteur, avec la réalité que celui-ci vit, sa capacité aussi de se sentir à l'aise avec ses propres émotions, sentiments et pensées, y compris avec son malaise.

Le second sentiment que le thérapeute ou tout autre professionnel de la santé et du Travail Social est amené à manifester vis-à-vis de l'utilisateur est le fait d'être chaleureux. Le thérapeute peut parfois se laisser submerger par une émotion ou une pensée négative qu'il ressent pour le patient et ainsi paralyser le processus thérapeutique de manière significative. Il est donc important qu'il s'applique à développer sa capacité à trouver le patient sympathique afin d'établir une relation chaleureuse.

Pour alimenter le sentiment de confiance chez l'utilisateur, le professeur Romand⁶ définissait lui la parole comme son outil de travail principal. En dehors des échanges verbaux, la parole semble regrouper selon lui l'ensemble des aspects de la communication entre le thérapeute et son patient. Comme ce dernier le signifiait, le fait que l'intervenant social explicite les rapports qu'il entretient avec les différents acteurs du réseau notamment l'autorité judiciaire contribue à alimenter la confiance du bénéficiaire envers l'intervenant et à soutenir sa réflexivité. En effet, en d'autres termes Romand relevait la richesse de cet outil qui selon lui permet au bénéficiaire de l'action sociale de « *penser sur lui-même et de se confronter à ce qu'un autre pense* ».

Construit sur le modèle d'un château de cartes, l'alliance thérapeutique se développe à partir de fondations sur lesquelles ses composantes viennent s'ériger. Aussi, la congruence participe comme le dit Rogers, « *à créer la confiance et le respect* ». Elle incarne donc une condition nécessaire à la construction d'une relation de qualité. En se basant sur l'hypothèse que l'utilisateur adopte des attitudes d'opposition afin de freiner la relation avec le travailleur social, la congruence apparaît comme une réponse ou du moins comme une piste d'action. En effet : « La congruence participe à faire tomber les défenses mises en place et non à les renforcer » (ROGERS cité par ODIER, 2013, P.77)

Dernière composante essentielle de l'alliance thérapeutique, l'empathie, autrement dit la manifestation constante d'une préoccupation pour le patient selon Roman, se révèle comme une stratégie dominante. Ne se limitant selon lui par aux séances, au contexte de vie ou de rencontre habituel, la manifestation d'une préoccupation du professionnel du Travail Social envers les bénéficiaires de son action doit se maintenir de manière continue. C'est ainsi qu'on peut donner du sens aux retards, absences et autres manquements au cadre.

⁶ Pascal Roman, professeur en psychologie clinique à l'Université de Lausanne exerçant également un pourcentage dans le service de médecine et psychiatrie pénitentiaire à l'hôpital de Cery, interrogé dans le cadre d'un entretien exploratoire.

Pour se faire, comme le disait CUNGI « *En percevant puis en restituant sa réalité au patient, le professionnel tend à être empathique et favorise ainsi la création de l'alliance thérapeutique.* » (CUNGI, 2006, p.23).

Par ailleurs, être professionnel et s'appliquer à créer l'alliance thérapeutique c'est aussi faire l'usage de ses compétences, assumer son statut de soignant et surtout combiner les dimensions affectives et professionnelles. (CUNGI, 2006, p.24)

Au-delà donc de ces trois composantes que je viens de décrire, d'autres éléments significatifs sont à considérer dans l'établissement d'un lien thérapeutique satisfaisant.

Composante relationnelle essentielle à tout rapport humain, le respect intègre un des fondements de l'approche centrée sur la personne décrite par Carl Rogers. Défini par lui comme le fait de « *se regarder mutuellement avec une attention qui inspire le respect* », (ROGERS cité par ODIER, 2013, p.61) cette notion comprend une dimension physique dans sa « mise en pratique ». Reconnaisant à l'autre sa singularité et ses différences, le respect suppose également une égalité entre le travailleur social et la personne qu'il accompagne. Aussi, le rapport de pouvoir que suppose la relation d'aide pouvant, comme décrit plus haut, s'avérer problématique, le respect s'impose comme une réponse à cet hypothétique frein à la relation. De plus, il semblerait que le respect soit la mise en application du regard positif inconditionnel décrit comme l'un des principes de l'alliance thérapeutique. En effet, comme le dit Rogers : « *Le respect, c'est accepter la personne telle qu'elle se présente, telle qu'elle se connaît, telle qu'elle se raconte* » (ROGERS cité par ODIER, 2013, p.62). Au même titre que l'alliance thérapeutique sous-entend une certaine authenticité, celle-ci implique le respect tout comme celui-ci implique à son tour la confiance de l'intervenant en le rythme du bénéficiaire.

À juste titre, la confiance constitue là encore un concept central de l'alliance thérapeutique et de l'approche centrée sur la personne ce qui ne fait que confirmer son importance et sa validité en tant que stratégie. Composante relationnelle fondamentale, la confiance permet à l'accompagné d'affronter ses sentiments contradictoires, ses peurs, ses doutes et s'avère indispensable à la qualité de la relation (ROGERS cité par ODIER, 2013, P.50). De plus, la confiance de tout intervenant social dans les capacités de résilience et d'action des personnes qu'il accompagne participe à accroître la confiance personnelle que celles-ci s'accordent ainsi que leur croyance en leur potentiel.

2.3.3.1 L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE FACE AUX DÉFIS DE LA RELATION

2.3.1.2 Du phénomène de transfert à celui de la dépendance

Possible modèle de référence, le travailleur social rencontre plusieurs enjeux en lien avec sa position d'aidant qui lui confère une certaine crédibilité aux yeux des bénéficiaires.

Autrement dit, c'est le mandat du travailleur social qu'il s'agit ici d'analyser. Sur la base de celui-ci, le rôle du travailleur social est généralement d'accompagner les usagers dans leurs activités quotidiennes, de les soutenir dans leurs difficultés et de se montrer présent et à l'écoute de ce qu'ils vivent.

Ce dernier endosse alors une certaine responsabilité vis-à-vis de l'évolution voir de l'issue des situations dans lesquelles se trouvent ces personnes. Ainsi, la théorie de l'action sociale qui consiste à placer entre les mains du travailleur social la mission d'aider et de prendre en charge les personnes précarisées et plus faibles, mérite, à mon sens, d'être reconsidérée.

En effet, cette logique comprend le risque d'en faire des êtres dépendants alors que la finalité du Travail Social est plutôt de permettre aux personnes de pouvoir s'émanciper, de se percevoir comme « *acteurs compétents d'une dynamique relationnelle ouverte au changement* » telle que la percevait Hardy (HARDY, Fondation Jeunesse et Famille, p.11). Notion développée par Guy Ausloos dans sa croyance en la fameuse compétence des familles, le fait de privilégier les compétences des usagers plutôt que leurs faiblesses nous donnent des informations pertinentes concernant nos stratégies d'aide. (AUSLOOS. GUY, 1995, P.29)

Ces observations incarnent à mon sens une base sur laquelle penser les stratégies pour créer l'alliance thérapeutique.

En effet, comment nouer une relation positive et constructive sans tomber dans une relation de dépendance ? Comment travailler malgré une position hiérarchique perçue comme supérieure par l'utilisateur ? Quelles stratégies adopter pour créer l'alliance thérapeutique en tant qu'acteur contraignant ? Comment mettre en place une relation égalitaire ?

Sans répondre à l'ensemble des questions énoncées ci-dessus, je citerais l'une des stratégies évoquées par le psychologue que j'ai interrogé afin de « *rouler avec la résistance* » du patient à laquelle la contrainte conduit. J'ai donc découvert avec étonnement que cette contrainte pouvait également faire office de levier. En effet, la mesure initiée par l'autorité judiciaire implique également les professionnels œuvrant auprès du sujet dans la contrainte. Comme le relevait Roman, le fait de signifier à la personne objet de la contrainte qu'elle n'est pas la seule à être concernée par le mandat judiciaire tend à déconstruire cette idée de toute puissance souvent associée à l'aidant.

La contrainte alors vue jusque-là comme un élément avec lequel il fallait ruser peut ainsi être perçue comme un élément garant du cadre. Le thérapeute comme le travailleur social côtoie dans sa pratique des attitudes qui parfois le mène à l'incompréhension, le désarroi voire l'agacement.

Mettant l'accent sur la préoccupation qu'il est attentif à manifester à l'égard de ses patients, Romand mentionne le mandat judiciaire comme un élément l'aidant à maintenir cette préoccupation, à le soutenir dans cette volonté.

2.3.1.3 Transfert et contre-transfert

Incarnant le moteur du traitement, le transfert au-delà de la brève définition que j'en donnerais est lui aussi un phénomène qui participe à complexifier la relation d'aide. En effet, issu de toute relation intersubjective (PUSKAS, 2009, p.72) d'où sa possible transposition dans le champ du Travail Social, le transfert naît de la projection émotionnelle voir relationnelle du bénéficiaire, souvent carencé, sur la personne de l'intervenant. De là, naissent les attentes que ces populations fragilisées à qui se destine l'action sociale entretiennent à l'égard des personnes qui leur viennent en aide.

Il s'agit souvent comme le décrit Puskas dans sa représentation du transfert dans la relation éducative (PUSKAS, 2009, p.74) de combler un manque d'amour ou d'attention. Cette définition m'amène à penser que le rôle d'aidant conduit à une certaine confusion.

En effet, souvent comparés à des substituts parentaux, les éducateurs encouragés à entrer en relation sur un mode égalitaire, peuvent parfois, au travers de leur rôle et de la proximité que suggère le contexte de vécu éducatif partagé, être l'objet d'attentes allant à l'encontre du projet de rétablissement. (PUSKAS, 2009, P.32)

Je m'explique : le sujet en attente d'une réponse à ses manques, à ses souffrances de la part de l'intervenant tend à se placer dans une relation de dépendance pouvant l'amener à se sous-estimer. Or, comme le dit si bien l'auteur de la référence que j'utilise ici principalement : « *Tout le travail thérapeutique, qu'il soit en psychanalyse ou en réadaptation, consiste à faire découvrir à l'autre que la réponse est en lui, qu'elle ne saurait venir d'un autre* ». (PUSKAS, 2009, p.79). On en revient d'ailleurs aux fondamentaux de la relation d'aide avec cette idée d'accompagner le bénéficiaire dans l'exploration de ses ressources.

Toujours dans cette idée que l'accompagné projette sur la personne de l'intervenant certaines de ses attentes liées à ses carences et donc souvent aux figures parentales, la relation est alors exposée à un nouveau risque soit celui de se rompre.

En effet, la posture de professionnel, bien qu'amenant une certaine proximité affective avec la clientèle, s'inscrit dans un contexte qui légitime l'existence de ces liens. Le renvoi à ce cadre peut alors générer des frustrations chez l'utilisateur. Comme le disait Puskas : « *Sans une bonne compréhension des phénomènes de contre-transfert, nous risquons de répéter les impasses relationnelles que le sujet a déjà vécues*. » (PUSKAS, 2009, p.33). Serge, un des professionnels interrogés, relevait d'ailleurs un exemple pertinent : « *Georges se montrant parfois fort demandant, je devais alors lui repréciser le cadre de nos rencontres soit le fait que lui soit en traitement et moi responsable de ce traitement. Ayant lui-même de grosses carences affectives liés aux fréquents rejets de la part de ses parents dans son enfance, il avait tendance à vivre mes interventions de la sorte, de la même manière*. »

Il est donc important de tenir compte du fond d'affectivité dans lequel s'inscrit le phénomène « *d'accrochage* »⁷ dans la relation aidant-aidé. Ainsi, l'intervenant, pour déjouer ces phénomènes transférentiels en lien avec une certaine forme de passivité et pouvant nuire à la relation éducative aura la responsabilité de déplacer la charge affective qui pèse sur lui vers « *d'autres objets d'investissement* ». (PUSKAS, 2009, p.80).

Par ailleurs, le professeur Roman que j'ai interrogé sur la question du transfert confirme l'importance donnée à la compréhension de ses propres affects en tant qu'intervenant social. Amené à travailler auprès de populations fragilisées souvent en grande difficulté par rapport au remaniement et à la reconnaissance de leurs affects, le travailleur social est également confronté à ce que provoquent ceux-ci chez lui, autrement dit à ses résonances personnelles. Aussi, en prendre conscience et savoir les reconnaître sont autant de compétences qui limiteront les risques de transfert.

Enfin, ce qu'il convient ici de démontrer, c'est bien en quoi les phénomènes transférentiels peuvent constituer un frein à la l'alliance thérapeutique. Pour l'illustrer, une phrase de Puskas sur les deux forces qui sont à l'œuvre dans ces mécanismes soit « *une de liaison qui favorisera le travail, l'autre de destruction qui tendra à l'annuler*. » (PUSKAS, 2009, p.77).

À l'inverse, le phénomène de contre-transfert nous place du côté des réactions affectives de l'intervenant au contact de la clientèle. Autrement dit, ce que le rôle imposé à l'intervenant par le sujet l'amène à vivre en termes d'émotions.

⁷ Concept décrit par Daniel Puskas qualifiant le moment où le bénéficiaire s'engage dans une relation dite fonctionnelle avec l'intervenant.

En effet, l'intervenant, au travers de sa fonction de contenant, sera amené à vivre diverses réactions émotionnelles de la part des personnes qu'il accompagne. Ces réactions varient en fonction des différents profils de personnalité, décrits par Puskas soit : carencé-relationnel, état-limite, narcissique caractériel et psychotique.

Issues des éléments diagnostiques propres à ces profils, les actes du sujet envers la personne de l'intervenant amènent à des éléments contre-transférentiels. Ces mêmes actes peuvent alors conduire à une dynamique symétrique avec le ou les bénéficiaires et ainsi paralyser la relation de même que le processus thérapeutique.

Conscientiser ce vécu affectif lié à l'interaction usager-professionnel permet d'éviter la répétition des schémas relationnels et surtout la naissance d'un rapport malsain voir nocif entre l'aidant et l'aidé. La présence de ce concept dans le cadre théorique dont il est ici question, trouve sa légitimité à la vue de leur impact et conséquences sur la relation thérapeutique.

2.4 FACTEURS DE CHANGEMENT

Face à une situation problématique ou à une difficulté quelconque, toutes deux relatives à un comportement ou au fonctionnement psychique d'un individu, il existe une multitude de facteurs pouvant influencer, freiner ou favoriser le changement.

Selon la théorie de Watzlawick à ce sujet, il semblerait que la déviation de la norme soit un facteur de changement déterminant (WATZLAWICK, 1999, p.49). Le placement d'une population sous contrainte, survient en raison soit d'actes qui dérogent aux lois, de comportements ou attitudes ne correspondant justement pas aux normes et qui en définitive donne lieu à des situations inconfortables ne satisfaisant pas les acteurs concernés. Il peut donc s'agir tant de parents, d'enfants, de famille, d'individus ou de groupes occupant différents rôles sociaux.

Or, pour que le changement ait lieu, faut-il encore que les comportements dits anormaux soient reconnus comme tels par l'individu qui les adopte. S'il y a des transgressions qui paraissent évidentes, d'autres sont en revanche plus subtiles et difficilement perceptibles par la personne qui en est auteur notamment lorsque les comportements reprochés ne posent pas problème à la personne elle-même mais à son entourage. Difficile également de reconnaître leur existence pour des personnes souffrant de maladies psychiques dont la perception de la réalité et le maniement de leurs affects en est affecté. Dans tous les cas, que les comportements soient reconnus comme problématiques ou non, le changement peut survenir dans des intérêts différents. En effet, comme le dit Watzlawick : « *un changement s'impose pour rétablir la norme, que ce soit pour préserver un certain confort ou pour assurer notre survie* » (WATZLAWICK, 1999, p.49)

Par ailleurs, les références et idéologies rattachées à l'image que la majorité des gens ainsi que les professionnels du Travail Social se font du processus de rétablissement constituent des biais au changement. À titre d'exemple et pour faire simple, d'un patient déprimé, on attendra qu'il soit joyeux. D'un adolescent impulsif, on attendra qu'il se maîtrise ou encore on s'attendra à ce qu'un usager de drogue stoppe sa consommation de stupéfiants. Autrement dit : « *il existe en effet une multitude de situations pour lesquelles on peut corriger une déviation en lui appliquant son contraire* » (WATZLAWICK, 1999, p.54) Faut-il encore que cette « correction » participe réellement au confort de l'individu et qu'elle ne fasse pas que répondre aux attentes implicites sociétales.

La théorie de Watzlawick au sujet du changement confirme partiellement la première hypothèse exposée plus tard⁸. En effet, le déni de la problématique étant décrit comme allant de pair avec « *les attaques contre ceux qui les exposent ou qui tentent de les affronter* » (WATZLAWICK, 1999, P.58), on peut alors supposer qu'une des stratégies pour contrer ou diminuer ces attitudes d'opposition consisterait à travailler sur la reconnaissance du problème. Autrement dit, une fois que le patient a conscience de sa problématique, il est alors possible d'engager un travail relatif à celle-ci et de faire ainsi disparaître la résistance de l'utilisateur.

2.5 PRINCIPE D'AUTO-DÉTERMINATION

Qualifiant le fait d'agir et de prendre des décisions pour soi-même, le principe d'auto-détermination constitue un enjeu important dans un placement. En effet, il désigne un des besoins psychologiques favorisant l'épanouissement de l'individu au même titre que le besoin de compétence et de relations sociales (Ryan & Deci cité in Ortiz, 2002). Le besoin d'autodétermination fait référence au fait que tout un chacun a besoin de se sentir à l'origine de son comportement.

Ce besoin émane de la personne de manière intrinsèque et de son entourage qui va directement ou indirectement l'influencer (Ryan & Deci, cité in Ortiz, 2002).⁹ Nombreuses sont les situations dans lesquelles la personne est amenée à se positionner ainsi qu'à faire des choix.

Le concept d'autodétermination fait à la fois référence à une prise de pouvoir personnelle et à une action sur l'environnement (Le Bossé, cité in Ortiz, 2003)¹⁰

Dans le contexte d'un placement en institution, il semblerait que le mandat du travailleur social vienne complexifier le processus d'appropriation de ses choix et agir pour l'utilisateur. Au travers de la relation de collaboration que tous deux sont amenés à nouer dans le cadre du travail éducatif se joue le phénomène de transfert déjà décrit.

En effet, l'utilisateur, de par sa position d'aidé va inéluctablement subir l'influence des intervenants ou celle de la méthode qu'ils appliquent et ce en référence à la théorie de Carl Rogers où il évoque le pouvoir que les professionnels exercent sur l'utilisateur au travers de leur mandat et de leur statut. La posture du travailleur social face à l'autodétermination des personnes qu'il accompagne est donc primordiale. Celui-ci peut ou non permettre l'exercice de ce concept par les attitudes qu'il adopte et les propos qu'il tient. Le fait de faire sentir à l'utilisateur que son statut de professionnel ne lui donne pas la capacité de résoudre sa problématique et qu'au contraire lui seul dispose des outils pour le faire contribue notamment à déposséder le professionnel des pleins pouvoirs qu'on lui attribue souvent. (Le Bossé cité in Ortiz, 2003)

Fidèle à cette volonté de lier l'utilisateur au travailleur social, je souhaite également mettre en relation l'exercice de l'autodétermination par l'utilisateur et la notion de régulation développée par Deci & Ryan qui s'intéresse notamment à la posture du professionnel. Déclinée en quatre formes se distinguant par le niveau d'autodétermination, la régulation intègre l'ensemble de la motivation extrinsèque qui s'oppose à celui de l'a-motivation ou autrement dit de l'absence d'autodétermination.

⁸ « Dans un premier temps, le bénéficiaire recourt à des attitudes d'opposition et résiste à l'alliance thérapeutique »

⁹ ORTIZ M., *L'autodétermination en question [en ligne]*

¹⁰ ORTIZ M., *L'autodétermination en question [en ligne]*

Comprenant, la régulation externe, introjectée, identifiée et intégrée, la motivation extrinsèque désigne un ensemble de facteurs et circonstances extérieures à l'individu qui exerce une influence sur l'action d'un individu.¹¹

Il m'a également semblé pertinent de distinguer théoriquement ces quatre niveaux de motivation en termes de perspectives professionnelles puisqu'ils se distinguent au travers d'éléments significatifs pour le professionnel lui servant à situer le patient dans son degré de mobilisation.

2.6 AIDE CONTRAINTE

Engageant trois acteurs à savoir le mandant, le mandaté et l'objet du mandat, le système de l'aide contrainte désigne une situation dans laquelle l'aide n'est pas expressément demandée par la personne qui la subit.

Trouver la porte d'entrée pour franchir les réticences du bénéficiaire à qui il est imposé d'être placé en institution afin d'entrer en relation représente un enjeu et challenge de taille pour le travailleur social.

Saisir la complexité de l'état d'esprit dans lequel il se trouve ainsi que la particularité du contexte sont autant d'éléments qui importent à la compréhension de la situation autant qu'aux choix de la prise en charge. C'est principalement pour ces raisons ainsi que sur l'hypothèse que le contexte d'aide contrainte exerce une influence sur la relation entre travailleurs sociaux et bénéficiaires que je souhaite intégrer et détailler la notion de contrainte dans mon travail.

2.6.1.1 L'INJONCTION PARADOXALE

Définie par Guy Hardy (2001) comme « *une demande à laquelle on ne peut répondre de façon satisfaisante* », l'injonction paradoxale révèle certains paradoxes contenus dans les logiques d'aide et la relation entre les acteurs concernés soit les aidants et les aidés.

Intimement liée à cette notion, la motivation représente également un concept auquel il convient de s'intéresser ici. En effet, « *pour répondre adéquatement à ce qui est attendu, il faudrait ne pas en avoir reçu l'ordre* » nous dit Hardy.

Autrement dit, dans le contexte de l'action sociale, l'utilisateur devrait produire le comportement attendu sans savoir qu'il est attendu. On cherche ainsi à faire émerger la motivation intrinsèque. Pourtant, « *dans toute situation où le comportement attendu devrait émerger sans qu'un ordre le précède, le paradoxe émerge* » (HARDY, 2001). Comme dans nos propres situations quotidiennes où nous aimerions que nos partenaires, amis, collègues répondent à nos attentes spontanément car le plaisir serait moindre si nous les exposions de manière explicite, il en est de même avec le regard qu'un professionnel du Travail Social posera sur les actes de l'utilisateur. En effet, on attend alors de l'utilisateur qu'il adopte un comportement par sa volonté propre témoignant d'une prise de conscience qui s'inscrit dans une perspective d'évolution alors qu'on l'y a incité au travers de la prise en charge et du mandat. L'utilisateur se retrouve donc dans une situation où quoi qu'il fasse, il ne pourra satisfaire les professionnels qui l'entourent.

Deux issues sont possibles dans ce cas-là ; soit les acteurs mettent fin à la relation, soit ils sont capables de parler du problème qui se pose à eux.

¹¹ FENOUILLET F. *La théorie de l'autodétermination [en ligne]*

Confirmant la première hypothèse posée¹², l'option de rompre la relation expose toutefois le bénéficiaire à un risque important. En effet, comme le disait Hardy : « *Toute tentative pour mettre fin à cette situation impossible se retournera contre elle, soit en faisant augmenter insupportablement son niveau d'anxiété, soit en figeant l'attitude de son interlocuteur qui ne peut percevoir ses tentatives que comme une résistance honteuse à ses attentes légitimes, une provocation, une attaque ou une agression.* » (HARDY, 2001, P.32) Il est donc difficile pour l'usager de mettre en échec cette relation sans y risquer son confort et ses intérêts dans le placement.

Pourtant, le travail de l'éducateur va plus loin que le fait d'attendre du client qu'il se soumette à un ordre. En effet, l'action du travailleur social est de faire en sorte que l'usager opère un changement tant au niveau de sa personnalité, de son rapport au monde que de ses valeurs et de sa relation avec les pairs. C'est donc un changement profond qui est attendu. Hardy (2001) attribuait ce changement de l'ordre de la réflexivité de la personne elle-même et donc hors de portée du travailleur social.

En définitive, la question qui se pose et qu'il décrit avec pertinence est la suivante : « *Comment, pour un individu montrer qu'il veut ce qu'un tiers a voulu qu'il veuille sans être constamment suspecté de ne le vouloir que parce que ce tiers l'a voulu.* » (HARDY, 2001, P.27)

Autrement dit, pour l'usager il s'agit de trouver comment démontrer que le désir de changement résulte de sa volonté propre et lui appartient. Quelle n'est pas la pression qu'engendre un tel projet.

Pour le professionnel, il s'agit notamment de faire accepter son aide à quelqu'un qui ne reconnaît peut-être pas son problème. Une nouvelle injonction apparaît sous la forme suivante : « *je veux que tu veuilles te changer et je veux que tu veuilles l'aide de ces personnes en fonction d'un problème que j'identifie et que, de plus, tu ne reconnais peut-être pas. Et tout cela pour ton bien !* » (HARDY, Fondation Jeunesse et Famille, p.8)

Pour le professionnel, il s'agit alors de savoir différencier la personne qui feindra vouloir de l'aide et celle qui voudra de l'aide qu'on a voulu qu'elle veuille. À partir de là et selon la relation qu'il aura noué avec le bénéficiaire, le travailleur social peut soit interpréter justement les comportements de ce dernier et travailler avec lui sur ce qu'il désire, soit mettre en échec la relation en restant constamment suspicieux à l'égard de la volonté du client. Il y a donc là matière à penser une stratégie de sorte à préserver le confort de l'un et de l'autre et à sécuriser la relation.

2.6.1 INSTRUCTEUR DE LA CONTRAINTE

Si la forme de la relation qu'entretiennent le bénéficiaire et l'intervenant social dépend de leurs caractéristiques individuelles et des stratégies que tout deux parviennent à mettre en place pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent, elle subit aussi l'impact d'un troisième acteur qui conseille ou impose l'aide. L'autorité administrative ou judiciaire qui initie la mesure d'aide contrainte donne lieu ainsi lieu à une situation triangulaire dans laquelle résistances et contradictions se côtoient au travers de la corrélation, de la confusion et de l'influence mutuelle des rôles intégrés par les différents acteurs. (HARDY, 2001, P.23)

Autrement dit, l'autorité judiciaire confie aux intervenants psycho-médico-sociaux le mandat de produire chez l'usager un changement par lequel il intègre « *le bien-fondé des normes communément partagées* » (HARDY, 2001, p.30).

Et à son tour, le travailleur social, de sorte à remplir son mandat nourrit des attentes et formule des exigences envers le bénéficiaire qu'il juge nécessaires et utiles à son rétablissement.

¹²Rompre la relation

L'utilisateur, ayant connaissance de ce qui est attendu de lui pourra alors choisir entre deux options, à savoir ; soit se conformer aux exigences et jouer le rôle qu'on attend de lui soit refuser l'aide. Chacune de ces alternatives donne alors lieu à un jeu relationnel dans lequel ces trois protagonistes se retrouvent piégés, cristallisant ainsi les freins à construction de l'alliance thérapeutique.

En effet, dans le premier cas et comme déjà dit, l'utilisateur prend le risque d'être constamment suspecté « *de participer docilement à un processus thérapeutique auquel il ne fait que se conformer* » (HARDY, 2001, p.23).

Travailleurs sociaux et autorités entretiendront notamment la pensée qu'il n'en retirera aucun bénéfice puisqu'il n'est pas à l'origine de cette volonté de changement.

Dans le second cas, les résistances de l'utilisateur servent à nourrir les potentielles croyances des professionnels telles que des attitudes comme celles-là ne sont que le résultat d'une mauvaise volonté, de non-collaboration ou alors, la preuve que l'utilisateur n'a pas conscience de sa problématique. Or, ces pensées aussi hypothétiques soient-elles confortent le professionnel dans la nécessité de son intervention auprès de l'utilisateur puisque le processus thérapeutique fait part de la « *nécessité de faire jaillir la prise de conscience de la problématique personnelle* » (HARDY, 2001, p.30).

En effet, il semblerait que le déni du problème soit associé à la réactance de l'utilisateur. « *Le déni des problèmes et les attaques contre ceux qui les exposent ou qui tentent de les affronter vont de pair.* » (WATZLAWICK, WEAKLAND, FISCH, 1975, P.58). En référence à cette croyance qu'expose Paul Watzlawick dans sa théorie du changement, il apparaît que la reconnaissance du problème est une condition nécessaire à laquelle le travailleur social doit destiner ses interventions afin de minimiser la réactance de l'utilisateur.

Pourtant, la théorie de Roman vient controverser le postulat selon lequel la reconnaissance de la maladie est une condition au travail thérapeutique. En effet, ce dernier infirme cela.

Apparue de manière récurrente comme une condition nécessaire à l'aboutissement d'une prise en charge dans les théories citées précédemment, la reconnaissance du problème par l'individu semblerait ne l'être que dans un certain contexte et plus particulièrement applicable aux personnes fonctionnant sur un mode psychique névrotique. Dans le cas d'adolescents ou de personnes ayant une tendance aux actes délinquants, à des comportements de toxicomanie, à l'impulsivité ou encore à des conduites sexuelles déviantes se regroupant sous le modèle état-limite, le fait d'attendre la manifestation d'une motivation intrinsèque peut mener à des situations extrêmes comme dans le cas d'une personne à tendance suicidaire. Dans ce contexte-là, le fait d'attendre l'expression claire d'une demande peut constituer une prise de risque et une mise en danger non-envisageables. Le rôle du professionnel est alors déterminant puisqu'il consiste à soutenir les bénéficiaires dans l'exploration de leur monde intérieur de sorte à les amener à conscientiser leur problématique et de là à faire émerger une demande à partir d'une motivation intrinsèque.

Par ailleurs, l'injonction émise par ce troisième acteur qu'est l'autorité administrative ou judiciaire joue également un rôle important dans la relation entre les intervenants psycho-médico-sociaux et les bénéficiaires de leur action.

En effet, comme définit par PLUYMAEKERS en 1989, l'injonction constitue un « *événement-symptôme* » à savoir l'émergence de la relation entre le mandat et l'objet du mandat. Elle suppose notamment un espace relationnel ouvert aux différents acteurs concernés.

C'est à ce carrefour que se situe le rôle du travailleur social qui lui a la possibilité, au travers de son mandat, d'user de ses compétences afin de désamorcer le jeu relationnel en question. Ainsi, quelles sont les stratégies qu'il peut appliquer afin d'éviter de restreindre la personne contrainte à un rôle d'exécutant et le travailleur social à celui de contrôle ? Comment s'affranchir partiellement de l'injonction judiciaire ou administrative de sorte à ne pas orienter ses actions uniquement vers la soumission à celle-ci ? Autrement dit, comment parvenir à se dégager une marge de manœuvre dans l'accompagnement proposé ?

La réponse à ses questionnements issus de l'ouvrage de Seron (2009) et de mes réflexions relatives diffère ici en fonction de la typologie des injonctions. En effet, qualifiées d'injonction-contenu et d'injonction-contenant, ces deux formes d'ordre présente des caractéristiques qui permettent ou non la vision de l'action éducative ou thérapeutique en tant que telle et non pas en tant que simple volonté de faire appliquer un processus normatif. Définissant les attentes de l'autorité décidant de la mesure, l'injonction-contenu renvoie les intervenants sociaux à leur mission d'aide et de soutien auprès des bénéficiaires afin qu'ils atteignent les objectifs contenus dans l'injonction. Perspective purement normative, l'intervention du travailleur social se limite donc à « *la mise en place des conditions de réussite à ce projet (soumission à la contrainte) et le contrôle de l'exécution (...)* » (HARDY, 2001, P.92-93) L'injonction-contenant apparaît, elle, plus souple en termes d'application puisqu'elle « *désigne un cadre qui permet aux acteurs de présenter leurs réponses, leurs autosolutions* » (HARDY, 2001, p.93) L'injonction-contenant, si elle fixe également des objectifs, octroie cependant davantage de libertés tant à la personne contrainte qu'aux intervenants sociaux désignés.

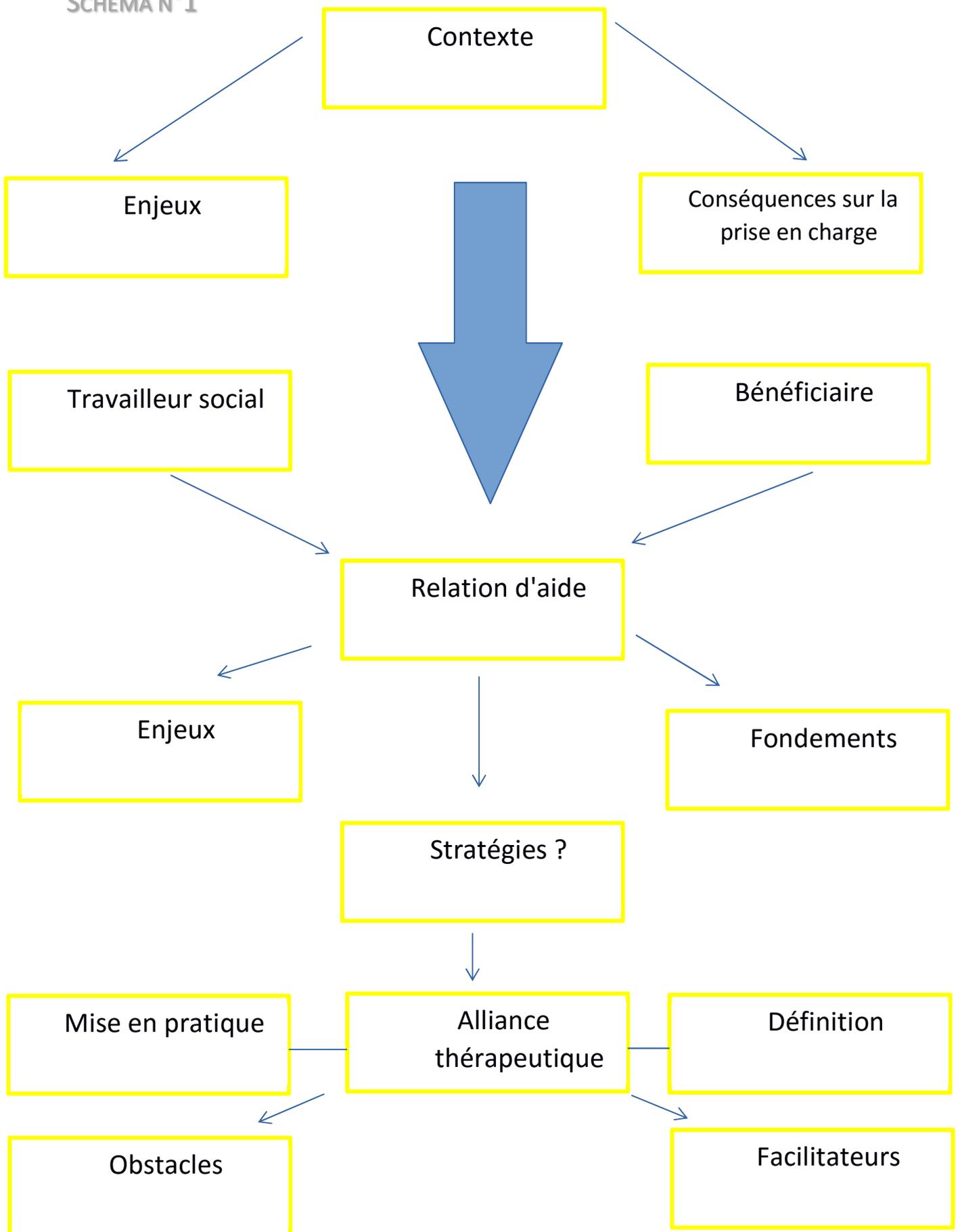
En effet, non seulement, elle fait appel à la créativité des acteurs précités dans leur responsabilité à formuler des propositions de prise en charge pertinentes et adaptées à la problématique en question mais permet ainsi la « *maximisation des ressources et des compétences de la personne contrainte* » (HARDY, 2001, 93)

Différence marquée entre ces deux typologies d'injonction, la liberté confiée au bénéficiaire dans le cas de l'injonction-contenant participe à renforcer sa prise de pouvoir personnel. Dans le cas de l'injonction-contenu, la réponse est définie par l'envoyeur ce qui limite passablement l'adéquation de l'usager avec son processus de soin. En définitive, Hardy semble avoir synthétisé juste lorsqu'il dit : « *Dans la logique de l'injonction-contenu, l'envoyeur détermine la réponse, dans celle de l'injonction-contenant, il détermine un processus qui favorise l'élaboration de la réponse par la personne.* » (HARDY, 2001, p.94)

Il existe donc en termes de stratégies une partie qui se joue entre le mandataire et l'équipe d'intervention. La relation que ces deux acteurs entretiennent détermine le rapport des travailleurs sociaux avec la population à laquelle se destinent leurs actions.

En effet, s'il paraît indispensable de créer un espace de confiance et de respect mutuel entre les personnes contraintes et leurs intervenants, il est tout autant nécessaire de créer un espace entre l'autorité et l'équipe d'intervention.

Afin de faciliter la lecture et de faire figurer mon raisonnement, j'ai trouvé judicieux de décrire ci-dessous ma logique de façon visuelle. Ce schéma permettra également aux lecteurs de mieux comprendre l'articulation des concepts et dimensions entre elles.



Ce schéma pour illustrer la base sur laquelle se construisent les stratégies destinées à favoriser l'alliance thérapeutique. Sont donc à considérer les enjeux propres au contexte ainsi que ceux relatifs à la relation d'aide d'un point de vue générale.

3. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Cette étude a été réalisée en 2015, principalement sur le lieu de ma deuxième formation pratique soit à Montréal dans le contexte de l'Institut Philippe Pinel soit un environnement professionnel et institutionnel.

Afin de vérifier la faisabilité de mon projet, d'affiner mes questionnements et de me faire une idée de la tendance en termes de positionnement par rapport à la problématique choisie, j'ai, dans un premier temps, recueilli le discours du professeur Pascal Roman, psychologue enseignant à l'Université de Lausanne.

C'est donc en raison de l'expertise et de l'expérience de ce professionnel dans l'aide contrainte que j'ai choisi de le solliciter dans le cadre de ma recherche. Son témoignage m'a permis de renforcer la pertinence de mes hypothèses et d'enrichir mes questions de relance.

L'investigation témoigne essentiellement de la complexité de la relation thérapeutique quel que soit le contexte d'aide et souligne les enjeux propres à celui d'aide contrainte. Elle relève notamment quelques-unes des stratégies d'opposition rencontrées par les intervenants sociaux dans ce contexte-ci et les manœuvres de ces derniers s'inscrivant dans la perspective de l'alliance thérapeutique. Enfin, cet entretien exploratoire m'a également permis d'associer une pratique clinique concrète aux lectures préalablement faite sur le sujet. Les conditions à l'alliance thérapeutique jusqu'alors théorique et figées me sont devenues plus significatives, crédibles et spécifiques.

Sur cette base, j'ai pu enrichir mes réflexions relatives à mon sujet de recherche et formuler des questions sous-jacentes.

3.1 HYPOTHÈSES

Notre action professionnelle étant basée sur des postulats et des croyances, j'ai construit ces hypothèses sur mes représentations de la relation entre travailleurs sociaux et bénéficiaires dans un contexte d'aide contrainte. J'ai ensuite tenté de les argumenter en m'appuyant sur mes lectures.

3.1.1 HYPOTHÈSE N°1

Dans un premier temps, le bénéficiaire recourt à des attitudes d'opposition et résiste à l'alliance thérapeutique.

Comme le disait Laurent Puech dans son article sur l'aide contrainte : « (...) le citoyen est propulsé dans une situation où il ne peut sortir d'une tension infernale où il va devoir vouloir ce que l'on veut qu'il veuille. » (cité dans ANAS, 2008). Autrement dit, la décision de placement ou de thérapie ne lui appartient pas et souvent l'usager peine à reconnaître son problème.

Il est donc difficile pour lui de se sentir investi dans la démarche thérapeutique et d'y prendre part. En effet, soumis à une décision avec laquelle il n'est pas d'accord ou du moins qui n'émane pas de lui-même, l'utilisateur va pourtant devoir côtoyer le professionnel quotidiennement.

On peut supposer que la position d'« aidé » qu'il occupe renforce également les sentiments d'infériorité et de dépendance qui peuvent naître à la suite d'une mesure sous contrainte. En général, ces comportements d'opposition s'illustrent au travers d'une parole, d'une attitude corporelle, du ton utilisé, d'un regard ou encore du positionnement de l'utilisateur face à son placement et apparaissent en début de relation. En effet, ce dernier étant confronté à un individu qu'il ne connaît pas, faisant office de figure officielle d'autorité. L'utilisateur aura tendance à associer le mandat du professionnel ou/et ses intentions à une forme de soumission. Dès lors, il s'avérera difficile pour l'utilisateur de percevoir ses intérêts à nouer une relation positive avec le travailleur social. Tenant compte de ces affirmations faites par Laurent Puech dans son article précédemment cité, il est donc du devoir du travailleur social d'instaurer un climat propice à la collaboration, favorisant un lien de confiance avec l'utilisateur.

Par ailleurs, la théorie de la double contrainte développée par Hardy offre une réponse intéressante à cette hypothèse. En effet, ce dernier met l'accent sur la notion d'« *injonctions paradoxales* » à laquelle sont soumises les personnes dont les compétences sont remises en cause, à titre d'exemple les utilisateurs soumis à une décision de placement. Il en fait la définition suivante : « *Une injonction paradoxale est une injonction à laquelle aucune réponse ne peut et ne pourra être satisfaisante* » (HARDY, Fondation Jeunesse et Famille, p.5). Ainsi, « *pour répondre adéquatement à ce qui est attendu, il faudrait ne pas en avoir reçu l'ordre.* » (HARDY, Fondation Jeunesse et Famille, p.5)

Si j'ai développé cette notion de double contrainte mais surtout mise en lien avec les autres concepts au travers de mon Travail de Bachelor, c'est aux solutions exposées par Hardy en lien avec cette problématique auxquelles je me suis ici intéressée. En effet, l'auteur évoque trois issues dont la possibilité de rompre la relation ce qui pourrait expliquer les attitudes d'opposition de l'utilisateur dont parle l'hypothèse.

3.1.2 HYPOTHÈSE N°2**Face aux attitudes d'opposition de l'utilisateur, le travailleur social développe des stratégies diversifiées afin de faire face à sa résistance.**

Comme dans toute profession, le travailleur social doit disposer d'outils destinés à servir son travail auprès de l'utilisateur.

Le fait d'évaluer les composantes relationnelles comme la confiance, la méfiance, l'hostilité ou encore la séduction participe à l'adaptation du comportement et des dires du professionnel face à l'utilisateur et intègre par là une stratégie. Il s'agit également pour le travailleur social de repérer les attitudes ou paroles de l'ordre de la résistance ou réactance.

Celles-ci s'installent lorsque comme dit Cungi dans son livre : « *les facteurs relationnels sont restés au premier plan.* » (CUNGI, 2006, p.26) En effet, lorsque l'utilisateur ou le professionnel se préoccupe de ce que pense son interlocuteur, ne se laisse pas faire ou adopte une attitude de séduction de sorte qu'il ne laisse pas voir qui il est réellement, on parle de résistance et de réactance.

La réactance désigne une attitude d'opposition marquée et directe que l'utilisateur adopte vis-à-vis de tout ce qui lui est proposé tandis que la résistance correspond aux facteurs psychologiques et comportementaux qui ralentissent la mise en place ou le déroulement du processus thérapeutique (CUNGI, 2006, p.26).

La résistance se veut plus subtile que la réactance car elle peut être dissimulée à travers un discours faisant état d'une volonté d'avancer. Pourtant, chacune de ses stratégies d'opposition mène au même résultat. Ainsi, plus le professionnel aura tendance à entrer dans une volonté de convaincre et de s'opposer aux comportements de l'utilisateur, plus ceux-ci se renforceront. Il est donc capital pour lui de trouver comment agir avec ses résistances et réactances. En lien avec l'auto-détermination, le professionnel devra également mobiliser des compétences et stratégies dans l'organisation de ses activités avec l'utilisateur, destinées à faire émerger chez ce dernier le sentiment d'efficacité, la reconnaissance et le sentiment d'être à l'origine de l'engagement. Je me suis donc également intéressée à cet aspect par le biais de ma recherche et notamment au travers des lectures que j'ai faites au sujet du sentiment d'efficacité développé par Bandura.

C'est donc sur la base de ces attitudes réactives à l'aide contrainte que le travailleur social construit ses stratégies relationnelles. Autrement dit, à chaque réaction, une réponse différente en fonction des sources identifiées de la part du professionnel.

3.1.3 HYPOTHÈSE N°3

Une relation de confiance entre le bénéficiaire et le travailleur social favorise leur collaboration dans une perspective d'évolution et l'investissement de l'utilisateur dans son processus thérapeutique.

Comme le disait Jean Cottreaux dans sa préface de l'ouvrage de Charles Cungi « *L'alliance thérapeutique* » : « *Patients et thérapeute doivent nouer une relation positive pour que le travail psychothérapeutique aboutisse.* » (CUNGI, 2006, p.6)

Autrement dit, si on considère que le travail psychothérapeutique dans le cas du mandat du travailleur social s'apparente plutôt à l'aboutissement d'une prise en charge, il semblerait donc qu'il existe bel et bien un lien entre la nature de la relation entre travailleurs sociaux et bénéficiaires et l'efficacité du travail qui se fait entre eux deux.

Par ailleurs, la prise en charge induit le passage d'un état à un autre et désigne un changement qui suppose pour l'utilisateur de se sentir en sécurité. En effet, comme le disait Bowlby, l'alliance thérapeutique est « *la base de sécurité nécessaire au changement* » (CUNGI, 2006, p.32).

« *L'alliance thérapeutique représente donc une condition nécessaire pour que le patient puisse modifier aussi bien ses émotions et ses croyances que les comportements qui posent problème et dont il souhaite le changement.* » (CUNGI, 2006, p.54).

Une fois que le lien de confiance est instauré entre l'utilisateur et le professionnel, tous deux peuvent alors adhérer aux mêmes objectifs de prise en charge et ainsi, par le biais de ce contrat sur lequel ils s'accordent, construire le projet personnel du bénéficiaire.

La confiance comme composante relationnelle favorise en effet l'expression des besoins mutuels et donne lieu à une relation de type contractuelle où les deux parties prennent un engagement. D'autres sentiments de ce type tels que l'empathie ou encore le respect sont autant d'éléments qui amènent l'utilisateur à passer de la résistance à l'engagement.

3.2 TERRAIN D'ENQUÊTE

Si je souhaitais effectuer ma deuxième période de formation pratique auprès d'une population adulte souffrant de maladies psychiques, c'est davantage mon sujet de Bachelor qui a influencé mon choix pour l'Institut Philippe Pinel en tant que terrain d'enquête et lieu de formation.

En effet, se situant au carrefour entre les établissements pénitenciers et les hôpitaux psychiatriques, l'Institut Pinel accueille une clientèle présentant à la fois des symptômes de la maladie mentale et un risque de dangerosité élevé. Si les séjours volontaires sont possibles, ils sont toutefois très rares. La majorité des patients séjournent à Pinel par obligation qu'il s'agisse d'une ordonnance de soin prescrite par un médecin ou d'une décision judiciaire prise par la cour. Aussi, la présence du double diagnostique complexifie passablement la prise en charge. L'acceptation de la maladie représentant une étape difficile, le fait d'être placé dans un tel établissement renvoie la personne malade à cette réalité que souvent elle tente de nier et qui plus est à son crime qu'elle peut vouloir oublier. Accepter l'aide des différents intervenants sociaux suppose alors de reconnaître d'une part sa maladie et de faire face à son délit.

Ces cheminements intérieurs me paraissent être autant d'intermédiaires entre l'utilisateur et le travailleur social et de défis à la création d'un lien entre eux. C'est pourquoi, j'ai choisi d'effectuer ma récolte de donnée dans ce contexte ci.

3.2.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION GÉNÉRALE

La population accueillie au sein de L'Institut Philippe-Pinel de Montréal se compose essentiellement d'hommes, de femmes et d'adolescents atteints d'une maladie mentale associée à des comportements violents et à de la dangerosité. Elles proviennent de centres hospitaliers, de prisons, de centres jeunesse ou de la communauté partout à travers le Québec. Certaines personnes sont admises sur un ordre de la Cour pour une évaluation de leur santé mentale.

Les différents troubles de la santé mentale dont ces patients souffrent sont regroupés sous trois principales catégories soit : - schizophrénie, troubles de la personnalité et troubles de l'humeur. Ces différents troubles ont en commun plusieurs conséquences dont notamment une altération de la perception de la réalité, des troubles cognitifs, et un dysfonctionnement social et comportemental important. Ces problématiques souvent associées à un problème de consommation placent les patients dans une situation de comorbidité complexifiant passablement le processus de rétablissement.

3.2.2 BRÈVE DESCRIPTION DU CONTEXTE DU SIS

Divisé en différents secteurs, l'Institut Philippe Pinel compte plusieurs départements se distinguant par leur domaine d'expertise dont celui du « soutien à l'intégration sociale » ci-après SIS où j'ai effectué mon stage. Le SIS s'organise en trois volets représentés par les professions suivantes : un ergothérapeute, un art-thérapeute, deux psychoéducateurs, quatre éducateurs spécialisés et trois éducateurs physiques. Le mandat de ce département consiste principalement à promouvoir la réinsertion sociale au travers des objectifs suivants :

- Permettre aux patients de bénéficier d'un accompagnement thérapeutique bonifié à travers des activités individuelles ou de groupe
- En complément avec les unités, permettre aux patients d'acquérir et d'expérimenter un certain savoir-faire pour s'intégrer dans des milieux de vie extérieurs
- Offrir des activités variées dans des milieux diversifiés à proximité du futur milieu de vie
- Créer un rapprochement avec le milieu communautaire afin de faciliter le processus de réinsertion sociale des patients
- Travailler en partenariat avec les programmes internes et la communauté

Le SIS assure la réinsertion sociale ainsi que le développement d'habiletés sociales d'environ 45 patients par année. Chaque professionnel a la responsabilité d'en moyenne 15 suivis par année. Les patients pris en charge par le SIS sont essentiellement des personnes en fin de traitement dont il s'agit de favoriser la transition vers le monde extérieur. Ils sont donc mentalement stabilisés et preneur de l'intervention. Leurs problématiques sont semblables à celles décrites sous le chapitre suivant.

Que ce soit les patients séjournant sur l'unité de traitement ou ceux pris en charge par le SIS, tous ont été placés contre leur gré et présentent un trouble de la santé mentale.

La population accueillie et interrogée dans ces deux contextes de Pinel est donc représentative de la population cible de ma recherche.

3.3 MODE DE RÉCOLTE DES DONNÉES

Ayant conscience que l'analyse que je vais entreprendre ne peut se baser uniquement sur la confrontation de la vision des professionnels du Travail Social à celle des personnes avec lesquelles ils travaillent au sujet de leur relation, je souhaite associer l'observation participante aux entretiens.

3.3.1 L'ENTRETIEN

L'option de l'entretien me paraît pertinente dans le sens qu'elle me confronte aux deux acteurs de l'alliance thérapeutique de façon individuelle, sachant que la présence de l'un ou de l'autre peut parfois exercer une influence sur leurs réponses. En choisissant la méthode de l'entretien semi-directif et sur la base de ce que disait Jean Piaget au sujet de la recherche clinique, je souhaite non pas « *faire répondre* » mais au contraire privilégier les « *tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer* » (BLANCHET, GOTMAN, 2010, p.10)

Dans cette perspective, j'accorde une importance particulière à ce que j'induis par les questions de sorte à minimiser l'influence sur le discours de l'interviewé.

De plus, je pense que cette méthode permet d'élargir le contenu de la rencontre puisqu'elle ne restreint pas les interviewés aux questions et permet ainsi une expression plus libre. Ce mode de récolte de données permet également d'instaurer un rapport égalitaire entre les personnes en présence et d'obtenir des réponses davantage de l'ordre du discours plutôt que ponctuel. (BLANCHET, GOTMAN, 2010, p.7).

3.3.2 L'OBSERVATION PARTICIPANTE

Ayant fait le choix de l'observation participante, je pense que ce procédé se veut complémentaire à celui de l'entretien puisque c'est en m'appuyant sur les éléments concrets observés que j'ai formulé des hypothèses sur la nature et les enjeux du lien entre l'éducateur et l'utilisateur. De plus, le concept de l'alliance thérapeutique intègre des éléments contenus dans les échanges qui sont souvent imperceptibles par des interlocuteurs.

J'ai opté pour l'observation participante plutôt que pour la simple observation car comme le disait Whyte William Foote : « *la compréhension de l'autre dans le partage d'une condition commune* » (FOOT, W.W., 1995). En tant que stagiaire au sein de l'Institut Philippe Pinel, j'ai été amenée à participer aux activités quotidiennes de l'établissement et donc à accompagner et partager des moments tels que les repas, les déplacements ainsi que les loisirs avec les usagers. J'ai donc été immergée dans leur environnement et leur quotidien. C'est pourquoi l'observation se veut participante contrairement à quelqu'un qui viendrait observer de l'extérieur.

Initialement, j'ai souhaité procéder à ces observations lors de deux repas et deux activités de type loisirs que les binômes partagent en sachant que ce nombre a été réévalué en fonction de mes besoins en termes de données. Il était donc prévu que je mène quatre observations par binômes donc huit au total.

Je pense que ce mode de récolte de données nécessite davantage de pointages que les entretiens et ce en raison de la variabilité des informations significatives contenus dans une interaction.

3.4 COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON

Ayant fait le choix d'interroger trois binômes patient-professionnel référent, mon échantillon est également issu d'un contexte thérapeutique stationnaire. Autrement dit, ma recherche se limite donc à cet environnement en excluant les lieux d'accueil ambulatoires où les usagers ne séjournent pas. Ces mêmes personnes interrogées ont également été celles sur lesquelles j'ai effectué mes observations. J'ai fait le choix de cette composition d'échantillon dans l'idée de recueillir aussi bien le positionnement du professionnel face à l'utilisateur que celui de l'utilisateur face au professionnel et de repérer ainsi les mécanismes relationnels en jeu. Il a notamment été question de mettre en perspective les témoignages des deux acteurs de la relation thérapeutique afin d'identifier les différences de perceptions.

Et enfin, j'ai fait le choix de les entendre de façon individuelle afin d'éviter que la présence de l'un ou l'autre des acteurs ne conditionne la volonté d'expression de l'autre. En raison d'un évènement explicité plus bas, j'ai finalement interrogé trois binômes à la place de deux prévus initialement.

3.4.1 LES USAGERS INTERROGÉS

Consciente de la complexité et de la singularité de chaque maladie, j'ai souhaité cibler un échantillon homogène à savoir qui présentait plus ou moins le même diagnostique ainsi que des caractéristiques pathologiques semblables.

Ainsi, en ce qui concerne le profil des patients, j'ai donc choisi d'interroger des patients souffrant de troubles de l'humeur en raison de certaines aptitudes telles que les capacités d'attention, de concentration ainsi que celles à tenir un discours qui ne semblent pas affectées de manière significative contrairement aux troubles de la personnalité et à la schizophrénie.

Les troubles de l'humeur désignent un ensemble de pathologies affectant le vécu émotif de la personne et peut prendre plusieurs formes à savoir les épisodes maniaques, le trouble affectif bipolaire et les troubles dépressifs qui eux-mêmes comprennent la cyclothymie et la dysthymie (CIM-10).

De plus, je souhaite également interroger une population adulte en raison de la complexité de la période de l'adolescence à laquelle se rattachent des caractéristiques spécifiques pouvant potentiellement fausser mon travail.

3.4.2 LES TRAVAILLEURS SOCIAUX INTERROGÉS

En ce qui concerne le travailleur social, j'ai souhaité interroger deux hommes et une femme issus d'une formation tertiaire dans le domaine de l'éducation et de la psychoéducation afin d'obtenir des informations proches de ma future expérience de travailleuse sociale. J'ai notamment souhaité recueillir le témoignage d'un professionnel expérimenté et celui d'un autre en début de carrière dans le but de repérer d'hypothétiques différences en termes de qualité et de nature du lien thérapeutique.

3.4.3 CHOIX DES BINÔMES¹³

Après une période d'observation durant laquelle j'ai fait la connaissance des patients, j'ai porté une attention particulière aux échanges entre ceux-ci et leur éducateur référent ainsi qu'à la relation qu'ils semblaient entretenir. Attentive au confort des patients et souhaitant les mettre en confiance, j'ai orienté mon choix de personnes en fonction de celles avec qui je serais régulièrement en contact.

Patients et professionnels ont préalablement donné leur accord pour le recueil et le dévoilement partiel de leur témoignage.

¹³ Les prénoms utilisés dès lors ont tous été remplacés par des prénoms fictifs dans un souci de discrétion.

3.4.4 CARACTÉRISTIQUES DES BINÔMES

BINÔME N°1

Pour le premier binôme, j'ai donc choisi d'interroger mon responsable de stage ainsi que Sylvain, un patient qu'il a initié au Taekwondo, art martial qu'il lui enseigne depuis 2 ans. Sylvain est un homme âgé de 37 ans, placé à l'IPPM¹⁴ depuis plus de 12 ans après qu'on lui ait diagnostiqué un trouble bipolaire à la suite de divers délits notamment plusieurs agressions. Malgré une forte tendance au déni de son diagnostic, Sylvain était capable de reconnaître les moments où il est psychologiquement plus vulnérable. S'il a noué une relation proche de l'alliance thérapeutique avec Jacques, il est cependant régulièrement en réaction à son placement et aux contraintes qu'il est amené à vivre. Il entre généralement en relation sur un mode menaçant lorsqu'il s'agit de pairs. Sylvain rencontre également une problématique de consommation et refuse verbalement et de façon assez directe sa condition de patient.

Ayant assisté à plusieurs séances d'entraînement, j'ai relevé de nombreux enjeux dans cette relation qui implique un contact physique au travers des combats que suggère cette discipline. C'est pour cette raison et notamment en m'appuyant sur la capacité du patient à tenir un discours cohérent, son avancée dans son plan de traitement ainsi que sur les conseils de mon responsable de stage que j'ai souhaité recueillir le témoignage de ce patient et de son instructeur d'art martial.

BINÔME N°2

Puis, travaillant tous les lundis au sein de l'unité A1, j'ai souhaité questionner Vickie et un de ses patient référent, Stéphane au sujet du lien qu'ils entretiennent et ce en raison de la fréquence régulière à laquelle je les côtoyais tous les deux. En effet, comme déterminé dans le projet, je souhaitais avoir accès au discours d'une professionnelle afin d'observer s'il existe des différences notables dans la nature de l'alliance thérapeutique entre une femme et un homme mais également pour varier mon échantillon et ainsi obtenir une vision plus générale. En termes de caractéristiques, Stéphane est un homme âgé de 42 ans, placé à l'IPPM depuis 10 ans, à qui il a été diagnostiqué une schizophrénie paranoïde l'ayant amené à faire preuve de violence à l'encontre d'autrui à plusieurs reprises. Il alterne entre la conscience de sa pathologie et son désir prédominant de quitter l'Institut. S'il a noué une relation de collaboration avec Vickie, il se place généralement en position de méfiance face au personnel aidant.

En raison de son diagnostic, je me suis tout d'abord assurée auprès de Vickie, son éducatrice, de la capacité de réflexion de ce patient au sujet d'un élément abstrait comme la relation thérapeutique.

C'est pourquoi, après avoir obtenu l'accord de mon premier patient sans trop de difficulté, il m'a été nécessaire de réfléchir davantage à la manière de présenter ma démarche à Stéphane. En effet, je dû prêter une attention particulière au vocabulaire choisi à savoir éviter les termes trop spécifiques et privilégier l'aspect concret des choses.

¹⁴ Institut Philippe Pinel de Montréal

Enfin, le troisième binôme interrogé concerne Serge, psychoéducateur et Georges. Tous deux ont longuement travaillé ensemble sur les habiletés sociales de Georges et travaillent actuellement sur la prochaine réinsertion sociale de George. Georges est un homme de 42 ans, placé à Pinel durant 10 ans (actuellement à l'extérieur) à qui on a diagnostiqué un trouble de la personnalité limite, pathologie qui l'a, à un moment donné, placé dans un état de grande détresse psychologique ayant nécessité son hospitalisation à la suite notamment de plusieurs épisodes de violence. Il fait preuve d'un grand degré de reconnaissance de sa problématique et, s'il s'est souvent opposé aux mesures proposées, sait toutefois reconnaître lorsqu'il a besoin d'aide.

Le fait de côtoyer régulièrement pour ne pas dire quotidiennement ces six personnes m'a permis comme prévu initialement de réaliser des observations au sujet de l'attitude de chacun d'eux et d'une possible évolution.

3.5 DÉROULEMENT DE LA RÉCOLTE DE DONNÉES

3.5.1 ASPECTS ÉTHIQUES LIÉS À LA RÉCOLTE DE DONNÉES

Ma récolte de données bien qu'ayant été longuement pensée au préalable notamment en ce qui concerne la conception des guides d'entretien et de la grille d'observation s'est tout de même avérée conséquente au niveau de son organisation concrète. En effet, ma recherche s'inscrivant dans un contexte sécuritaire, j'ai suivi les démarches imposées par le milieu à savoir présenter mon projet à la directrice générale ainsi qu'à la psychiatre responsable de l'unité où séjournaient les patient et aux patients et professionnels concernés. J'ai ensuite demandé l'autorisation aux patients et professionnels de les enregistrés et ait remplis les formulaires relatifs que j'ai ensuite transmis aux archives de l'Institut.

3.5.2 PLANIFICATION DES ENTRETIENS

Mes entretiens se sont déroulés tels que j'ai décidé de rencontrer patients et professionnels deux fois de façon individuelle en laissant un intervalle de deux mois entre les deux entretiens.

Ce choix s'est basé sur l'hypothèse que durant l'écoulement d'un laps de temps, de nouveaux événements surviennent, que la relation évolue positivement ou négativement ou encore qu'une réflexion s'instaure tant chez l'utilisateur que chez le professionnel modifiant ainsi leur état d'esprit et leur attitude à l'égard du placement ou de la prise en charge. Cette alternative est nécessaire à mon travail car c'est, à mon sens, à la suite d'évènements significatifs qu'apparaissent des réactions ou comportements particuliers donnant lieu à des stratégies.

Or, comme je n'ai pu observer comment la relation s'est mise en place depuis le début ni les événements préalables à mon arrivée, j'ai jugé nécessaire de faire deux entretiens. Un portant davantage sur les éléments précités et un autre ciblé sur les observations que j'aurais pu faire durant l'intervalle entre les deux entretiens.

En effet demander aux personnes de s'exprimer au sujet de la relation relève d'un discours sur quelque chose, un discours qui peut être empreint de désirabilité sociale, orienté en raison des filtres. Ainsi, les observations offriront une vision complémentaire en raison de leur aspect plus spontané.

3.5.3 OBJECTIFS ET CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS

ENTRETIEN N°1 / PROFESSIONNEL¹⁵

Le premier entretien avait pour objectif principal de recueillir des éléments factuels en termes d'émotions, d'attitudes, de perceptions et de ressentis afin de me faire une représentation de la relation établie entre le professionnel et l'utilisateur. Les questions posées au professionnel ont donc majoritairement porté sur leur perception de l'engagement du bénéficiaire dans la relation et sur ses observations relatives. Je me suis notamment intéressée aux détails de la première rencontre entre ses deux acteurs. Enfin, en termes de *perspective*, j'ai questionné les travailleurs sociaux sur des éléments relatifs à leur posture professionnelle en lien avec les potentielles stratégies relationnelles.

ENTRETIEN N°1 / USAGER

En raison des caractéristiques de santé mentale de ma population cible, j'ai porté une attention particulière au vocabulaire utilisé dans mes questions. En effet, le fait d'éviter les termes spécifiques au langage social et d'axer le discours sur des aspects concrets s'est avéré essentiel afin de favoriser une compréhension accessible à la clientèle. Mes questions aux patients ont dans un premier temps porté sur leur réaction au placement. J'ai ensuite orienté mes questions sur la posture adoptée dans leur relation avec leur référent et sur les attentes d'une telle relation, ceci afin de mettre en perspective les services et prestations proposés avec les besoins identifiés par les patients eux-mêmes. Il m'a notamment été nécessaire d'imaginer de nombreuses questions de relance dans la conception de la grille d'entretien destinée aux usagers et ce, en prévision d'une potentielle faible capacité de développement. Enfin, j'ai également demandé aux usagers de relater leur première rencontre avec leur référent afin de comparer les perceptions entre les deux acteurs.

ENTRETIEN N°2 / PROFESSIONNEL

Mes questions durant le second entretien ont principalement porté sur l'évolution de la relation en partant des sentiments, impressions et émotions évoquées lors du premier entretien. Démarche similaire à celle du premier entretien, je me suis notamment intéressée aux détails de la dernière interaction avec l'utilisateur. Finalement, j'ai cherché à obtenir un commentaire au sujet de la dynamique relationnelle en place. La différence significative entre l'entretien du professionnel et celui de l'utilisateur se situe au niveau du fait que je questionne le professionnel sur sa lecture des comportements de l'utilisateur mais pas l'inverse.

ENTRETIEN N°2 / USAGER

Comme pour le professionnel, le second entretien des usagers a mis l'accent sur les aspects changeants de la relation au cours des derniers mois. C'était comme ça, comment c'est maintenant ?

3.5.4 DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

En ce qui concerne les entretiens avec les professionnels, ils ont eu lieu pour l'un dans le bureau du psychiatre de l'unité, pour l'autre dans le local du café-rencontre.

15 En annexes

Toutes deux des pièces silencieuses et plus ou moins spacieuses offrant des conditions optimales pour la rencontre en question. Estimé à une heure, la durée des entretiens a oscillé entre quarante minutes et une heure et quart.

Pour ce qui est des entretiens avec les patients, il m'a été nécessaire de respecter les consignes de sécurité imposées par le milieu soit en ce qui me concerne rester dans le champ visuel des agents de sécurité. C'est pourquoi, j'ai rencontré les patients dans la salle de télévision de l'unité. Pièce entièrement vitrée, je restais donc dans le champ de vision des différents intervenants. Par ailleurs, la durée des entretiens s'est révélée bien plus courte que prévue et ce principalement en raison de la capacité de concentration et d'attention réduite des patients. Ces rencontres ont donc duré en moyenne vingt à trente minutes.

Chaque entretien a été par la suite retranscrit intégralement mot à mot.

3.5.5 ADAPTATIONS

J'ai, dans un premier temps, effectué des adaptations au niveau de mes grilles d'entretien à la suite de mon entretien exploratoire. J'ai, entre autres supprimé des questions dont le sens étaient trop proches.

Dans un second temps, une fois ma récolte de donnée amorcée, j'ai rapidement compris qu'il me faudrait apporté des modifications tant dans la structure de mon guide d'entretien que dans la formulation des questions s'adressant à la clientèle. En effet, le vocabulaire spécifique ne correspondait pas au niveau de compréhension des bénéficiaires interrogés. Les termes simplifiés, j'ai alors orienté mes questions sur des aspects plus concrets sur lesquels ils étaient en mesure de se positionner.

Par ailleurs, confrontée à plusieurs réponses de nature similaire dans mes entretiens avec les professionnels, j'ai alors réalisé le sens proche de certaines questions et ajuster mon guide d'entretien en conséquence.

En termes d'adaptations, j'ai notamment dû repenser le nombre de binômes interrogés. En effet, d'une part, suite au passage à l'acte de Sylvain, patient du binôme n°2 et à son transfert dans une unité de stabilisation, je n'ai pas pu compléter mes deux dernières observations. D'autre part, devant les réponses peu développées de Stéphane et dans un souci d'obtenir suffisamment de contenu, j'ai pris la décision d'ajouter un troisième binôme à ma récolte de données.

3.5.6 OBJECTIFS ET CARACTÉRISTIQUES DE LA GRILLE D'OBSERVATION¹⁶

Souhaitant observer des éléments significatifs d'une interaction tels que des éléments très concrets comme que le ton, les mimiques faciales, le regard, le volume sonore, l'atmosphère, les stéréotypies comportementales, l'articulation, la position face à l'interlocuteur, la distance interpersonnelle, le débit ou encore la posture générale, j'ai regroupé les différents indicateurs en catégories et ait choisit de m'intéresser plus particulièrement aux attitudes relatives au 4R à savoir : reformuler, résumer, recontextualiser et renforcer qui sont propres au rôle du travailleur social. Je serais également attentive aux caractéristiques du regard, du discours, à la nature des questions et des réponses ainsi qu'aux stéréotypies verbales. Afin de concentrer mon attention sur ce qui se passe durant l'interaction entre le patient et son référent, j'utiliserais la grille d'observation en guise de support et ne resterais pas fixée de manière rigide dessus.

16 En annexe

3.6 MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Afin de mettre en perspective toutes les données, j'ai conçu un tableau dans lequel j'ai, dans un premier temps, relevé les propos significatifs en lien avec les variables identifiées puis relevé toutes les informations complémentaires pouvant servir à préciser les témoignages du professionnel et de l'utilisateur.

Ce chapitre se compose donc dans un premier temps d'une partie dans laquelle j'expose le discours du professionnel et de l'utilisateur en mettant l'accent sur ce qu'ils disent au sujet de leur lien. Elle contient notamment les éléments significatifs en termes de vécu du placement pour le patient et de stratégies relationnelles pour le professionnel. Suit une partie descriptive où je relève le contenu significatif en lien avec mes observations. Elle est ensuite complétée par d'autres informations issues d'observations plus informelles et d'échanges avec les professionnels. Finalement, un commentaire vient clore chaque description de contenu, synthétisant ainsi le tout et mettant en perspective les éléments les plus pertinents avec les hypothèses.

4. ANALYSE DES DONNÉES

4.1 DESCRIPTION DU CONTENU DE LA RÉCOLTE DE DONNÉES

4.1.1 BINÔME N°1

Discours de Sylvain

Évoquée comme une réponse à la contrainte, le patient mentionne également le retrait, comme une manière de gérer de façon autonome la décision de l'autorité judiciaire : « *J'étais déçu et accéléré dans mes pensées au début alors je restais dans ma chambre, à l'écart des autres, sans parler à personne* ». Il reconnaît aussi par là sa tendance à se réfugier dans le silence.

Ses attitudes d'opposition se déclinent notamment au travers de manifestations impulsives : « *J'étais révolté d'être placé ici c'est pour ça que ça allait pas bien et que ça m'arrivait de frapper les autres* ». Au travers de ces propos, il met également en lien ses actes avec son état interne. Cet homme au parcours sinueux souligne par ailleurs la façon dont il se positionnait vis à vis du personnel intervenant soit : « *Je voyais pas mal tous les staffs comme des ennemis* ». Les paroles de ce patient témoignent notamment de la manière dont il vit le fait d'être hétéro-déterminé : « *Ce qui me pose problème c'est de pas pouvoir manger quand j'ai faim, sortir quand j'ai envie de sortir. J'aime pas le fait que quelqu'un pense pour moi, j'ai l'impression de ne pas avoir de contrôle sur ma vie.* »

En ce qui concerne son rapport avec les intervenants, il mentionne la considération portée à ses intérêts comme un élément ayant favorisé sa mobilisation vis à vis de son traitement : « *En faisant le Taekwondo, j'avais l'impression de faire quelque chose que j'avais choisi de faire et qui était bon pour moi.* » En termes de stratégies se révélant aidantes pour lui, il évoque notamment l'empathie associée à une volonté de la part de l'intervenant social d'exercer son mandat en favorisant une relation égalitaire comme autant d'attitudes qui l'amène à respecter les professionnels avec qui il est amené à travailler et à s'investir dans la relation thérapeutique : « *Écouter le monde, des fois se mettre à la place de la personne, ne pas se sentir supérieure de dire des choses comme tu es de l'autre bord du mur, se faire confiance et faire confiance c'est des trucs qui font que je vais plus facilement accepté de travailler*».

Discours de Jacques

Comme le patient le mentionne, le mutisme a également été nommé par son intervenant comme une stratégie d'évitement observée : « (...) *il ne te parlera pas, il va donner des réponses courtes, monosyllabiques (...)* ». Ces propos traduisent notamment la notion de déni associée à cette forme d'évitement : « (...) *t'auras droit à aucun contenu, tout va bien.* »

Parmi les stratégies d'opposition auquel Jacques a été confronté avec ce patient-là, il souligne également la dynamique relationnelle basée sur l'agressivité adoptée par Sylvain durant ses premiers mois de placement : « *Quand Sylvain est arrivé, c'était un mode relationnel pour lui d'être agressif, une façon de se faire respecter.* »

En termes de prise de contact, Jacques met l'accent sur l'attitude de méfiance dont Sylvain faisait preuve durant les premiers temps et sur l'impact de la pratique du Taekwondo sur la nature de leur rapport tant en termes d'obstacles, de défis : « *il était en position de méfiance. Je lui faisais faire aussi des exercices d'équilibre pis je me souviens qu'à quelques reprises ben c'est ça tu veux te foutre de moi, tu veux rires de moi, tu veux m'humilier* » qu'en termes d'effets positifs sur la dynamique relationnelle : « *Sylvain demandait à avoir un maître au niveau des arts martiaux, des façons de se défendre, d'être en contrôle, en maîtrise de lui donc le fait d'avoir été dans son sens, ça a créé une ouverture.* »

Évoquée comme une stratégie relationnelle, le fait de reconnaître une compétence au patient et de basculer les positions traduit la volonté de Jacques d'établir une relation égalitaire avec le Sylvain ou du moins de lui communiquer cette intention : « *j'accepte qu'il me montre des techniques qu'il a vues et trouvées intéressantes pour diminuer cette asymétrie élève-instructeur.* »

Enfin, ce professionnel à l'authenticité certaine mentionne la confiance comme la composante relationnelle ayant favorisé l'évolution de leur rapport et « l'utilisation » de la relation en elle-même comme un outil d'intervention ayant permis l'acquisition d'habiletés sociales généralisables : « *Ce qui nous a amené à ça je pense c'est la confiance que j'ai mis en lui, par le fait d'accepter un combat, d'accepter de faire des techniques d'autodéfense, d'accepter qu'il les pratique sur moi, je pense que ça l'a créé un lien de confiance qui est très fort et le fait d'entretenir une relation positive avec moi, d'avoir confiance en moi, l'a amené à nouer des liens avec ses pairs, à transposer cela dans d'autres relations.* »

Observations

J'ai pu observer la tendance du patient au mutisme lors d'échanges verbaux lors desquels il était question d'introspection. Celui-ci adoptait alors une posture de repli sur lui-même en cherchant à fuir le regard de l'éducateur, en baissant la tête.

Malgré des indicateurs pouvant laisser penser à une relation bien établie avec le professionnel, j'ai notamment relevé au cours d'une de mes observations le refus catégorique du patient de participer à l'une des thérapies suggérée (groupe de parole) par son équipe traitante. En effet, ce dernier justifiait son opposition en prétextant ne pas s'intéresser aux problèmes des autres et ne pas percevoir l'intérêt de cette démarche. Il ne s'est donc jamais mobilisé pour se rendre à cette thérapie.

En termes de comportements agressifs, j'ai été témoin de plusieurs agressions physiques et verbales de la part de Sylvain envers ses pairs et ses intervenants.

En effet, celui-ci a plusieurs fois transgressé les codes sociaux et les règles de l'unité en ayant des gestes violents à l'égard de son entourage ainsi que des propos menaçants. De plus, dans le but de se faire respecter disait-il, ce patient avait tendance à s'exprimer sur un haut volume sonore.

J'ai notamment observé que les échanges amenant à ce type de comportement, engageaient une autocritique importante et étaient par conséquent émotionnellement confrontant et intenses. Selon Jacques, son intervenant de référence, c'est ce genre de tumulte intérieur qui suscitait un passage à l'acte qu'il soit verbal ou physique de la part ce patient.

Par ailleurs, lors de l'une de mes observations, Jacques et moi avons accompagné Sylvain à un test de connaissances pour l'accès à une formation de boucher qu'il souhaitait entreprendre. J'ai pu alors observer que les échanges à ce sujet, le souci que manifestait Jacques par rapport à la façon dont il se sentait, se préparait à cette étape se faisaient dans un climat de considération laissant la place à la plaisanterie, où chacun respectait la parole de l'autre. Le professionnel cherchant à manifester son soutien et sa considération au patient, mettait alors l'accent sur le respect de son projet de vie.

La relation entre Jacques et Sylvain en est une qui m'a vraiment beaucoup touchée tant par sa qualité que par la considération que l'un et l'autre se portaient mutuellement. En effet, pour avoir choisi d'observer une de leur interaction à l'extérieur dans un centre commercial, il aurait été difficile de déceler une relation thérapeutique entre eux tant le ton, les gestes, les regards, et la nature des propos de mettaient pas en avant une asymétrie évidente. J'explique : Sylvain marchait librement (sans menottes), ses envies en termes de repas ont été questionnées par Jacques, ce dernier n'a pas cherché à influencer le projet de formation de Sylvain, il lui a, au contraire, manifesté son soutien par des paroles valorisantes et rassurantes. Sylvain, quant à lui s'adressait à Jacques en lui reconnaissant dans son discours sa qualité d'homme et de professionnel. Il verbalisait, en effet, ce qu'il appréciait chez lui et l'en remerciait. Tous deux échangeaient également sur des sujets de société, d'actualité pour lesquels ils nourrissaient un intérêt et l'envie de confronter leurs opinions.

Le patient participant tous les lundis au café-rencontre, j'avais également choisi d'observer ses interactions avec son éducateur de référence en matière de réinsertion et donc durant ce moment-là. Libre de socialiser ou non avec ses pairs ou les intervenants et disposant de larges possibilités d'exploiter cette opportunité à sa manière, j'ai pu observer que le patient, bien que sollicitant majoritairement son intervenant, engageait le contact avec d'autres personnes sur un mode plus calme et moins méfiant qu'à son habitude. En effet, il se montrait ouvert et disponible sur le plan mental lorsqu'un pair lui faisait un commentaire ou proposait un sujet de discussion. Au-delà d'y prendre part, il ne suspectait pas d'intentions de lui nuire de la part des gens qui l'entouraient et par conséquent ne proliférait pas de menaces à leur égard.

Commentaire personnel

Au cours d'une sortie liée au processus de réinsertion sociale durant laquelle j'ai observé les échanges verbaux ainsi que le langage non-verbal entre les deux acteurs de la relation thérapeutique, j'ai pu confirmer l'hypothèse selon laquelle la confiance est essentielle pour rendre le travail éducatif possible, fonctionnel et efficace. En effet, la confiance entre patient et intervenant dont il est ici question semble s'être construite au travers de prises de risques ayant donné l'occasion à l'un et à l'autre de vérifier la solidité de leur relation et la validité de leur confiance mutuelle.

En effet, le patient autorisé à sortir accompagné par un intervenant afin de faire des achats personnels, n'était contenu d'aucune manière donc avait la possibilité de s'enfuir à n'importe quel moment. Cette activité était donc rendue possible par la confiance de l'intervenant en le patient.

De même, en ce qui concerne les conditions cadres de leurs séances de Taekwondo. La carrure physique du patient très imposante, le risque d'agression paraissait d'autant plus élevé que la séance se déroulait dans une pièce où tous deux se retrouvaient seuls. Ne pouvant pas faire son travail dans la constante crainte, l'éducateur en question a d'abord travaillé son lien avec le patient de sorte à ce que s'instaure une confiance mutuelle. Pour se faire, il a dans un premier temps aménagé plusieurs espaces de parole destinés à faire connaissance et ce, en s'intéressant et en démontrant de la considération vis-à-vis de ce que Sylvain révélait de lui. Jacques s'est également montré à l'écoute des craintes de Sylvain en tentant de les déconstruire notamment par le fait de lui exprimer clairement ses intentions. Enfin, c'est la combinaison de telles attitudes avec la considération portée au projet de Sylvain lié aux arts martiaux qui a selon mes observations permis d'établir une relation de confiance entre eux.

Données complémentaires

Sylvain étant un patient autour duquel les professionnels partageaient des préoccupations communes, j'ai eu l'occasion d'assister à une étude de cas où ses comportements ont été passés en revue de même que son historique de vie et de traitement rappelés.

J'ai donc appris par ce biais qu'il avait été très difficile de faire adhérer Sylvain au processus de réadaptation qu'on lui proposait en raison de sa méfiance marquée à l'égard des intentions des professionnels. Selon les propos des intervenants, ce patient avait en effet tendance à entretenir nombre de croyances sur les intentions des travailleurs sociaux et à penser qu'ils œuvraient dans une optique, un esprit de domination voir faisaient preuve de réjouissance à l'idée que la situation d'un patient ne se détériore.

J'ai également appris et remarqué que le patient refusant assez systématiquement les activités ou thérapies proposées par l'équipe traitante, s'investissait beaucoup plus facilement et de manière responsable lorsqu'il s'agissait d'une mesure venant de lui, et par la suite approuvée par les différents intervenants.

Par ailleurs, travaillant régulièrement sur l'unité de vie où séjournait le patient en question, j'ai remarqué sa tendance à s'isoler du groupe lorsqu'il se sentait en état de vulnérabilité qui se traduisait généralement chez lui par un passage à l'acte. De même pour sa participation au groupe de parole qui était finalement assez aléatoire et dépendante de sa motivation et de son état mental.

Les symptômes de la maladie psychique se manifestant de façons diverses affectant parfois même souvent la crédibilité et l'autonomie des personnes qui en souffre, la volonté de ce patient de ne pas être assimilé aux autres patients, plus affectés, était flagrante. Exprimée comme telle par lui-même, sa tendance à se dégager du groupe, à s'en isoler en témoigne.

Lorsqu'il participait au groupe de parole, il avait tendance à faire preuve d'une attitude arrogante en prenant les autres participants de haut et en ne démontrant que peu d'intérêt à leurs propos. Rarement spontané dans ses interventions, il ne faisait preuve que de peu de motivation et d'enthousiasme à l'idée d'interagir avec ses pairs et ne s'exprimait qu'à de rares occasions ou sur sollicitations des animateurs.

Ayant été témoin d'une agression d'une extrême violence de ce patient envers un autre et au travers du portrait dressé par l'équipe traitante, j'ai notamment appris que l'agressivité était un mode de relation en réponse à l'angoisse pour ce patient-là envers les gens qu'il côtoie et par qui il attend d'être respecté.

Enfin, en termes d'informations complémentaires en ce qui concerne la relation entre Jacques et Sylvain, il va sans dire que si les positions d'intervenant et de patient étaient clairement définies, la qualité de la relation entre ces deux personnes et la confiance mutuelle qui régnait entre eux sont autant de conditions qui ont permis la réalisation de projets ambitieux comme un voyage en Abitibi dans la famille du patient.

Commentaire

Si le contenu de ces entretiens et observations témoigne avant tout de la complexité des enjeux liés tant à la relation de Sylvain avec Jacques qu'au contexte, il met surtout en lumière des présupposés mécanismes de défense, stratégies d'opposition et d'intervention qu'il s'agira ici de synthétiser.

Le silence, première variable identifiée chez le patient peut être associé au retrait physique caractérisant son attitude au début du placement. Sur la base des faits observés et du discours du patient, deux hypothèses peuvent alors expliquer cette attitude ; le rapport avec les intervenants ou les pairs impliquant un dévoilement de soi se révèle éprouvant, confrontant pour lui et au travers de cette attitude, il cherche à l'éviter ; l'usager est révolté par les contraintes que le contexte lui impose et manifeste son opposition de cette manière.

L'isolement semble également symptomatique d'une relation naissante voire inexistante au début d'une prise en charge et donc d'un climat pas forcément sécurisant pour l'usager.

À voir le discours de Sylvain, on constate effectivement une tendance à l'isolement en début de placement ou dans des moments de vulnérabilité, une forme de retrait physique associée à un certain sentiment d'amertume issu de l'incompréhension et de la révolte qu'engendre la décision de l'autorité comme le témoigne ses propos : « *Ben au début je savais pas combien de temps j'allais rester ici donc j'espérais ne pas rester trop longtemps , je faisais la tête et je restais dans ma chambre, je voulais pas voir les intervenants. »*

Ceci dit, cette tendance permet de supposer une stratégie d'autogestion de la part de l'usager en fonction des facteurs de risques connus et identifiés. Se sachant à risque dans des circonstances et situations émotionnellement intenses pour lui, Sylvain se retirait dans sa chambre et y passait de longues périodes.

Par ailleurs, la privation de liberté souvent liée à l'aide contrainte conduit à des frustrations, à des revendications pouvant entraver la relation thérapeutique et le processus de rétablissement.

Si l'on se réfère au discours de l'usager, il est vrai que la frustration transparaît tout comme la difficulté à accepter, dans ce contexte-là, son rôle de patient qu'il perçoit clairement comme une position dégradante du fait de subir une autorité et donc comme un statut dévalorisant.

Dans ce sens-là, ce qui ressort de mes entretiens et observations liées à ce patient s'inscrit dans le sens de mon hypothèse de base en ce qui concerne la manière dont la relation aidant-aidé est perçue par l'aidé soit une asymétrie évidente cachant selon lui un désir de contrôle et de pouvoir : « *vous êtes de l'autre bord de la porte, vous vous n'imaginez pas ce qu'on vit, faut que tu te la fermes pis j'ai déjà vu ça ouais.* » Mis en perspective avec les éléments exposés plus haut, il semblerait que le refus de coopérer et la tendance à l'opposition seraient peut-être liés à ce sentiment d'infériorité ressenti par les bénéficiaires de l'action des aidants, une tentative pour garder la face. Ces éléments témoigneraient notamment de la manière dont Sylvain appréhende le rapport avec les intervenants.

Décrit comme un mécanisme de défense par l'ensemble de l'équipe traitante, il semblerait que l'agressivité soit une réponse à un état d'anxiété lié aux perceptions, aux sentiments qu'engendrent la position d'aidé et les contraintes vécues en lien avec le placement.

En termes de stratégie, l'influence de la nature des projets en lien avec le traitement, sur la motivation de l'utilisateur me paraît irréfutable. En effet, il semblerait qu'il y ait une recherche d'autodétermination ou du moins d'affirmation de soi au travers de cette volonté d'être à l'origine du projet.

En dehors de cela, le fait que le patient reconnaisse ici des compétences autres que professionnelles à l'intervenant donne naissance à une asymétrie différente que celle d'aidant-aidé soit celle d'instructeur-élève.

En définitive, dans ce cas-ci, la confiance est la composante relationnelle à l'origine d'une ouverture aux intervenants de la part du patient qui au-delà de la contrainte qui l'amène à vivre d'intenses frustrations, a trouvé suffisamment de facteurs stimulants, nourrissants pour alimenter sa motivation à devenir acteur de sa propre prise en charge. Si la relation a évolué positivement et ce, de façon graduelle, la confiance semble être un des éléments sur lesquels il a fallu rapidement travailler pour pouvoir avancer et contrer la méfiance, caractéristique propre à sa maladie psychique.

4.1.2 BINÔME N°2

Discours de Stéphane

On observe une attitude de résistance chez ce patient par une tendance à se montrer passif vis-à-vis de son processus de réadaptation : « *Oui mais tu sais ce que je trouve dommage c'est qu'à chaque fois il faut que tu attendes un an pour avoir le TAQ (tribunal administratif du Québec)* ». Ces propos témoignent de son état d'esprit et de son positionnement face à sa problématique autrement dit le fait qu'il perçoive sa mesure davantage comme un temps à faire que comme un processus dans lequel son investissement personnel est suggéré et indispensable.

Par ailleurs, comme il l'exprime, le rapport avec son intervenante paraît éprouvant pour lui. Les propos suivants témoignent d'ailleurs de sa tendance à s'opposer à cette relation : « *je n'avais pas envie de la rencontrer, je commence à être tanné* »

Les différentes croyances que Stéphane entretenait figurent notamment parmi les pré-supposés éléments exerçant un impact sur la relation thérapeutique, comme en témoigne d'ailleurs les paroles suivantes : « *On me l'a jamais dit que c'était un piège.* »

À travers le discours de cet usager, se dégage également une tendance à l'agressivité en réponse à un état interne : « *ça s'est pas bien passé parce qu'on dirait que Vickie elle attend beaucoup de moi donc je lui parlais mal et j'étais menaçant* ». Les propos de la professionnelle à ce sujet le confirment d'ailleurs : « *Stéphane a plusieurs fois été l'auteur de gestes violents à l'extérieur de l'Institut mais également à l'interne. Ces passages à l'acte se rattachent toutefois souvent à un état de vulnérabilité, de fragilité intense et la relation thérapeutique s'en trouve alors complexifiée.* »

Stéphane semble notamment percevoir l'intention de son intervenante de le rejoindre dans ses intérêts et d'être à l'écoute de ses besoins : « *Elle me propose de faire par exemple des casse-têtes avec moi, elle sait que ça m'aide.* »

En ce qui concerne la manière dont le patient se perçoit dans cette relation, ses propos mettent en évidence l'asymétrie ressentie par ce dernier : « *On ne sera jamais égal parce qu'elle fait son boulot donc elle est forcément supérieure. Elle, elle a choisi d'être là, moi pas.* »

Il souligne également l'impact positif et la nécessité de l'empathie manifestée par les professionnels avec lesquels il a été amené à travailler : « *Je pense que si j'avais pas eu des gens pour me faire comprendre que c'est correct d'être fou des fois, je pense que j'aurais jamais avancé.* ». Son besoin de se sentir légitime dans ses ressentis souvent en lien avec la contrainte transparait également dans son discours.

Enfin, toujours dans l'optique de décrire le positionnement de Stéphane face au lien qu'il est amené à entretenir avec son éducatrice référente, il m'apparaît important de relever que celui-ci reconnaît l'impact positif de la relation de confiance qui s'est établi entre eux sur l'évolution de son cheminement : « *Ma relation avec Vickie me met en confiance et m'aide avancer parce que je sens qu'elle me fait confiance et que moi j'ai confiance en elle.* »

Discours de Vickie

Les propos de Vickie au sujet de ce qu'elle a pu observer chez ce patient s'inscrivent dans le même sens que ceux tenus par l'usager lui-même soit une tendance à la passivité : « *il va avoir tendance à être un peu plus relâché en activité, avoir de la difficulté à se mobiliser, avoir peu de motivation.* »

Par ailleurs, l'intervenante fait notamment référence à l'une des stratégies d'opposition déjà évoquée plus haut soit le refus de coopérer qu'elle associe à ce patient et reconnaît l'impact de cette variable sur la relation : « *il a une rigidité d'esprit assez forte donc l'autocritique défailante ce qui rend le travail plus difficile, la relation stérile, parce que souvent ça va prendre beaucoup de temps avant qu'il adhère à ce qu'on lui propose, qu'il accepte de coopérer.* »

Elle nomme également plusieurs croyances et schémas de pensée souvent liés à la contrainte qu'elle a pu observer chez ce patient-là : « *il va avoir l'impression qu'on l'aide pas, qu'on, qu'on le tient dans un statut de patient, qu'on le tient dans un rôle stigmatisé de malade.* »

Comme un mécanisme pour mieux supporter la contrainte, Vickie relève notamment la tendance du patient à idéaliser sa vie à l'extérieur de l'Institut : « *Il entretient une sorte d'idéalisation du futur proche si on veut pour lui peut-être une façon de survivre à l'encadrement dans lequel ils vivent ou en tout cas de gérer le fait qu'ils se sentent restreints ou qu'ils ont l'impression qu'ils perdent une liberté.* »

Dans son discours, Vickie fait notamment référence à la manière dont l'agressivité se manifeste chez Stéphane et à ses conséquences directes sur la prise en charge : « *chez des patients un peu plus passifs agressifs comme Stéphane, il va avoir l'air de se conformer, sera rarement en opposition directe mais par ses actions, par sa non-mobilisation, il va venir faire vivre là des contraintes aux membres du personnel.* »

Comme Jacques, Vickie a elle aussi construit son accompagnement en tenant compte des intérêts du patient avec pour volonté de susciter chez lui une motivation intrinsèque : « *il s'agit vraiment plus de se centrer sur lui, c'est quoi ses objectifs, ses intérêts pis lui faire sentir que lui il a un intérêt à se mobiliser plutôt que de répondre à notre attente parce que nous on veut qu'il réussisse.* » Elle met notamment l'accent sur la place centrale de la personne dans sa pratique et sa philosophie de travail.

Exprimant très clairement sa volonté d'insuffler aux bénéficiaires un sentiment d'égalité, Vickie explique que c'est, en partie au travers de moments de loisirs partagés avec le patient dont il est ici question qu'elle est parvenue à alimenter ce sentiment chez lui : « *Parfois c'est important de pas être seulement dans le thérapeutique, avoir des petits moments juste de loisirs pis on s'amuse, on prend un temps, humain à humain de vivre un moment. **On les accompagne dans cette « trêve ».** Les patients sont sensibles au fait que malgré que je sois intervenante, on est avant tout deux humains, on est d'égal à égal pis de le faire sentir c'est super important pour avoir cette considération.* »

Par ailleurs, Vickie insiste sur la validité de la considération portée à l'état, aux ressentis et à la réalité exprimée par le patient en tant que stratégie pour nouer une relation positive : « ***Une de mes stratégie c'est de faire sentir le patient légitime d'être dans l'état où il se trouve** parce que souvent le patient c'est ça qui manque le plus c'est qu'on a cette tendance à dire que sa réalité à lui elle est pas bonne, qu'il a pas bien fait avant pis qu'il devrait faire ça qu'il réussit jamais à se sentir légitime dans ce qu'il vit. Du moment où est ce que tu lui dis, ben c'est correct, c'est légitime que vous ressentiez ça, il se dit bon j'ai le droit moi de vivre tout ça, c'est comme si à un moment donné, il a plus besoin d'être autant en opposition, il a moins besoin de s'affirmer dans quelque chose de plus négatif.* » Les paroles du patient à ce sujet, relevées plus haut témoignent d'ailleurs de l'efficacité de cette stratégie.

Toujours en termes de stratégies destinées à favoriser l'alliance thérapeutique, Vickie évoque plusieurs attitudes qui l'ont amenée à construire une relation de confiance avec le patient : « *Je te dirais les clés au niveau de la relation de confiance c'est vraiment prendre le temps d'écouter le patient le juger peu importe qu'est-ce qu'il vit avec beaucoup de neutralité vraiment de reconnaître son état, ses émotions, le laisser verbaliser ses difficultés pis vraiment de prendre le temps de l'accueillir dans ce qu'il vit.* » L'intervenante souligne aussi l'importance de la transparence dans le travail de la relation thérapeutique : « *Faire les choses devant lui avec une transparence, nommer toujours nos intentions, si je te demande ça c'est parce que je veux ça tsé de façon dans le fond à construire la relation de confiance, l'inviter aussi à valider ses perceptions.* »

Enfin, l'objectif visé par cette travailleuse sociale visant essentiellement à soutenir la motivation du patient, il a surtout pour finalité de l'amener à s'auto-déterminer et implique certaines conditions d'un point de vue relationnel : « *peu importe qu'est-ce qu'on va travailler, on va susciter chez eux la mobilisation à un programme au travers d'activités spécifiques et plus le patient est autodéterminé, fait les choses pour lui et non pour répondre à nos attentes, plus la relation thérapeutique prend du sens. L'un et l'autre s'impactent mutuellement. Autrement dit, si la relation thérapeutique est bonne, la confiance établie, le patient va plus facilement s'investir et vouloir faire des choix pour lui.* »

L'une des interactions que j'avais choisi d'observer concernant une activité durant laquelle les patients étaient amenés à visionner un film et en débattre par la suite, j'ai pu observer que le patient en question n'élaborait que peu ses idées en répondant aux questions qui lui étaient posées par oui ou par non. Il ne s'exprimait jamais spontanément si ce n'est lorsqu'il était question de consommation ce qui lui donnait l'occasion de parler des substances psychotropes et de dédramatiser sa propre consommation. C'est une attitude que j'ai beaucoup vu en début de session mais qui a par la suite évolué vers une posture davantage de l'ordre de la mobilisation.

Lorsque leurs rencontres pouvaient avoir lieu, l'intervenante commençait généralement par rassurer le patient en lui manifestant sa bienveillance par une petite tape sur l'épaule, en veillant à ne pas hausser le ton de sa voix ainsi qu'en s'intéressant à son état du moment. Une de mes observations ayant justement porté sur un entretien hebdomadaire, j'ai relevé l'énergie investie par la professionnelle pour clarifier ses intentions, les objectifs de la rencontre au patient afin de réduire son niveau d'anxiété et de déconstruire ses croyances erronées. En effet, le patient, agité, faisait part verbalement de son sentiment de méfiance à l'égard du motif de la rencontre. Celui-ci, persuadé qu'il était en tort redoutait les conséquences et confiait appréhender la rencontre avec nervosité.

Dans ces moments-là, il arrivait que Stéphane adopte une posture défensive en approchant sa tête de celle de son intervenante, en haussant le ton de sa voix et parfois même en se montrant menaçant dans ses paroles. Lui reflétant son attitude, la professionnelle annonçait verbalement la fin à la rencontre au patient.

Mes observations ont par ailleurs confirmé la vision du patient au sujet de la possibilité d'établir ou non une relation égalitaire avec un intervenant social. En effet, en sortie à l'extérieur, disposant de davantage de libertés, soit notamment celle de fumer, de dépenser son argent, de choisir un repas, le patient s'exprimait davantage qu'à son habitude, semblait ouvert, dégage et par conséquent moins envahi par ses pensées.

Par ailleurs, j'ai constaté que l'ensemble du langage non-verbal utilisé par son intervenante de référence soit les gestes, le regard, le ton témoignait de sa volonté de manifester sa considération au patient et de lui manifester son empathie. Elle s'adressait à lui sur un ton neutre, avec des propos clairs et concrets, un regard bienveillant et une authenticité certaine. Afin de le mettre à l'aise, elle développait des choix de réponses lorsque celui-ci se retrouvait déstabilisé par une question et laissait au patient l'espace de se confier, de parler de sa réalité, de ses difficultés, discours qu'elle accueillait sans jugement.

Ce que j'ai retenu de l'ensemble des interactions que j'ai pu observer entre ce patient et son intervenante est de toute évidence la récurrence des questions du patient au sujet de son avenir, de la manière dont ses actes, son attitude, ses dires étaient perçus et sur les aspects en lien avec ses autorisations de sortie soit sa marge de manœuvre en matière de liberté. En effet, verbalisant ses angoisses au sujet de l'évolution de sa situation personnelle, Stéphane sollicitait très souvent Vickie au sujet de ce qu'elle pensait de lui et de ses « efforts ».

Lors de l'une de mes observations, j'ai relevé le lien étroit entre le niveau d'auto-détermination du patient et ses croyances. En effet, celui-ci entretenait de rigides croyances au sujet du cadre de son placement. Lors de cet entretien avec son intervenante, le patient faisant preuve d'une vision peu nuancée, répétait souvent à celle-ci qu'actuellement il ne décidait de plus rien, que seul l'autorité judiciaire orienterait son avenir.

Cette posture a donc passablement complexifié le travail de l'intervenante qui devant l'amener à adopter une attitude plus responsable et à lui faire voir les choses sur lesquelles il avait du pouvoir, devait également contrebalancer l'état d'agitation du patient par une posture sereine et calme.

Commentaire personnel

Autre hypothétique frein à l'alliance thérapeutique, le retrait et l'isolement sont autant d'attitudes régulièrement adoptées par le patient. En effet, lors d'une des rencontres avec sa référente que j'avais prévu d'observer, rencontre qui s'annonçait confrontante, le patient a choisi de rester dans sa chambre. Il agissait également de la sorte en période de plus grande fragilité, après un passage à l'acte ayant eu des conséquences ou lorsqu'une échéance, un événement ou une rencontre l'angoissait.

J'ai notamment pu observer que, comme Sylvain, Stéphane rendait les rencontres avec son éducatrice référente compliquées car il refusait d'alimenter la discussion et d'investir l'échange se muant dans le silence. Assis dans la salle commune, il refusait de se lever et de suivre son intervenante lorsque celle-ci le lui demandait.

Données complémentaires

De manière plus générale, ce patient avait une tendance marquée soit à s'asseoir dans un coin de la pièce commune sans parler soit dans sa chambre. Sa capacité à socialiser variant en fonction de son état psychique amenait Stéphane à opter pour le retrait physique et verbal soit en se mettant à l'écart du groupe de pairs, en se montrant silencieux plutôt que pour le fait de solliciter son équipe traitante.

Comme cité plus haut, bien qu'au fil du temps ce patient se soit montré progressivement plus sociable avec ses pairs, il passait tout de même de longues périodes de la journée seul dans sa chambre. En effet, selon les dires et les observations des différents professionnels concernés par ce patient, ce dernier, après une longue période d'isolement, a ensuite fait preuve d'initiatives auprès de ses pairs soit en termes de discussions ou de propositions d'activités.

La motivation constituant l'enjeu central dans la prise en charge de ce patient de même que dans celle des patients en général, l'ensemble des professionnels semblait s'accorder sur le fait qu'il était important de ne pas vouloir le bien du patient malgré lui et donc de travailler à partir de ses intérêts, projets, et aspirations personnelles en suggérant des adaptations afin de les rendre possibles réalisables si tenté qu'elles aient des allures trop ambitieuses. Tel était la base de travail commune, disons, le projet de base. C'était sans compter une apathie symptomatique chez ce patient-là qui rendait tout projet d'activité difficile.

En effet, si de manière générale, le patient démontrait d'importants signes d'amotivation, il se montrait parfois motivé par les bénéfices qu'il pourrait retirer s'il coopérait soit selon la théorie de Ryan et Deci (cité dans Ortiz, 2002), la régulation externe qui révèle en définitive un faible niveau d'autodétermination.

Plus concrètement, l'usager avait tendance à refuser ce qui lui était proposé en termes d'activités thérapeutiques, à fournir des réponses monosyllabiques et à ne s'activer que pour satisfaire ses besoins physiologiques.

Lors d'une discussion au cours de laquelle le patient m'avait sollicitée, ce dernier m'a confié de façon indirecte et en d'autres termes que le fait d'imaginer que son intervenante de référence avait une vie privée en dehors de son travail constituait une source d'angoisse pour lui. En effet, ce dernier m'expliquait qu'il s'imaginait à quoi ressemblait sa vie en dehors de l'institut et jalousait sa liberté de mouvement, de choix, d'actions. Là-dessus, lorsque je questionnais son avis sur la façon dont il percevait sa relation avec son intervenante, s'il était selon lui et son vécu institutionnel, possible d'entretenir une relation égalitaire avec un aidant, il me faisait part d'une lecture intéressante selon laquelle le fait que l'intervenant possède quelque chose que l'aidé envie soit la liberté ci-dessus décrite ne permet pas d'établir une relation égalitaire.

Par mon expérience sur l'unité de vie du patient, j'ai eu la chance de pouvoir observer de façon flagrante l'évolution de la relation de ce binôme mais surtout l'établissement d'un lien de confiance. En effet, malgré une certaine passivité en début de placement et de façon aléatoire depuis quelques années, ce patient est parvenu à progressivement s'ouvrir à son intervenante et par conséquent au monde extérieur. Ayant conscience du soutien de son équipe traitante, il s'est lentement mais concrètement impliqué dans de nouveaux projets servant ses objectifs et a même été à l'origine de propositions intéressantes d'un point de vue thérapeutique. Ces observations proviennent d'échanges verbaux que j'ai pu avoir avec l'un ou avec l'autre des acteurs de cette relation et font donc principalement référence leurs propos.

Commentaire

Les différentes sources d'informations dont j'ai bénéficié m'ont permis de dégager des affirmations parmi les variables identifiées et les hypothèses initiales posées. C'est donc de l'interprétation de ces données qu'il sera ici question.

On peut tout d'abord supposer que le retrait observé chez ce patient, constitue un mécanisme de protection, une manière de ne pas se mettre en danger en évitant à la fois la confrontation et en préservant son entourage de ses réactions.

Face à cette stratégie d'opposition identifiée, le rôle de l'intervenant social consiste entre autres, comme le disait la professionnelle interrogée, à susciter la mobilisation du patient vis à vis de son programme de réadaptation. Le travail de l'éducateur est alors ici essentiellement basé sur l'action de favoriser l'émergence d'une motivation extrinsèque afin de renforcer le degré d'autodétermination du bénéficiaire. Pour se faire, plusieurs éléments propres à la pratique de l'intervenant sont susceptibles d'influencer favorablement ou non la naissance d'une motivation identifiée, soit le stade ultime de l'auto-détermination.

Les sollicitations du patient au début de son placement souvent d'ordre utilitaires semblent symptomatiques de la maladie psychique mais témoignent surtout d'un manque d'estime personnelle flagrant et de revendications marquées. Le langage non-verbal du patient s'avère d'ailleurs potentiellement représentatif de cet état d'esprit. En effet, ce dernier s'adressait à son intervenante sur un ton défensif, mettant peu d'assurance dans ses demandes et éprouvait passablement de difficultés à soutenir le regard. Tant et si bien que lorsque l'intervenant s'adressait à lui, il se montrait dissipé et faisait preuve de peu de répartie, comme s'il craignait une réponse allant dans le sens contraire de ses désirs, et cherchait à l'éviter.

Les interactions de ce binôme que j'ai pu observer ont, selon moi, mis en lumière le faible niveau d'autodétermination de cet homme se reposant souvent sur son équipe traitante et les impacts de la contrainte sur ses schémas de pensées.

L'énergie investie par la professionnelle pour parvenir à sécuriser son interlocuteur, à nouer une relation de confiance avec lui ainsi que les effets d'une telle relation sur sa capacité à choisir pour lui-même témoignent des enjeux de l'alliance thérapeutique et de la nécessité d'une confiance mutuelle entre usager et professionnel pour alimenter le sentiment d'efficacité chez l'utilisateur.

On peut également supposer que la passivité caractérise l'état d'esprit du patient s'apparentant à celui de victime et révèle des symptômes de la maladie psychique soit la méfiance et l'anxiété. Elle peut également être symptomatique d'un faible état de conscience/reconnaissance de la maladie. De plus, après de nombreux placements non-concluants, ce patient semblait avoir une certaine lassitude, voire résignation au travers de cette attitude passive tendant à ne pas croire en ses possibilités de réinsertion. C'est en tenant compte de ces différentes manœuvres que la professionnelle a construit ses stratégies pour nouer une relation positive avec le patient.

Comme cité plus haut, la privation de liberté associée à l'aide contrainte amène ici le patient à vivre des frustrations qui semblent impacter l'avancée du projet de rétablissement et la relation thérapeutique. J'ai notamment pu observer que l'insatisfaction de plaisirs, désirs immédiats amenait le patient à s'opposer à l'intervention de son éducatrice référente et freinait donc son processus de soin. Un peu comme si le fait qu'il ne puisse pas les satisfaire dans l'immédiat l'amenait à vouloir faire vivre les mêmes sentiments à ses intervenants.

Par ailleurs, dans ce cas précis, il semblerait que la pression que le patient perçoit vis à vis de son intervenante l'amène à adopter une attitude défensive par moments envers elle. C'est la difficulté à mettre du sens sur la raison de son placement, le découragement en lien avec les attentes relatives et la volonté de satisfaire ses besoins immédiats qui vont renforcer les risques de passage à l'acte et la tendance à l'agressivité.

En respectant le projet de vie de la personne et en travaillant à partir de ce qu'il souhaite investir comme centre d'intérêt ou activité, on augmente les chances d'adhésion au processus de soin et sa croyance en celui-ci.

On constate ici que l'asymétrie aidant-aidé est clairement perçue par le patient lui-même et mal vécue et ce malgré la considération que l'intervenante lui porte et sa volonté de lui communiquer son humanité au même titre que la sienne. Cette observation justifie qu'en tant que travailleur social on s'applique constamment à manifester de la considération, de l'empathie et de la chaleur aux bénéficiaires afin d'amoiner le complexe d'infériorité qui peut naître de l'asymétrie.

C'est au travers d'un ensemble d'attitudes notamment décrites et exposées dans le cadre théorique (empathie, attitude chaleureuse et confiance) que se noue l'alliance thérapeutique. En effet, l'empathie, composante relationnelle dont il est ici question se manifeste par diverses attitudes dont il a souvent été question dans ce travail soit une attitude chaleureuse, un respect inconditionnel et un sentiment de confiance qui, conjugués, ont amené le patient à utiliser les ressources dont il dispose et à progresser.

Très anxieux par ce qu'on appelle en psychiatrie la zone aveugle soit ce que les personnes de son entourage perçoivent et pensent à son sujet, la fonction principale de l'intervenante auprès de ce patient consistait à déconstruire ses perceptions et à créer un environnement sûr afin de le rassurer et de lui permettre d'entrer en relation avec les autres sur un mode positif.

Condition essentielle à l'établissement de la relation thérapeutique, la confiance est une composante relationnelle qui se bâtit avec le temps et par l'usage de différentes stratégies comme celle dont parle la professionnelle interviewée soit notamment le fait de communiquer une certaine transparence au patient et de contourner les effets des distorsions cognitives en lui nommant ses intentions. Le style interpersonnel est aussi un élément qu'il est important d'adapter en fonction du degré de reconnaissance de la maladie du patient.

En effet, comme le décrit l'éducatrice interviewée, l'approche de la personne placée et le style interpersonnel sont autant d'éléments qu'il sera nécessaire d'adapter à la manière dont la contrainte est vécue. À titre d'exemple, en début de placement lorsque le patient a tendance à se replier sur lui-même et à faire preuve de nonchalance, il s'agira, comme Vickie, de privilégier un style plus démocratique afin d'augmenter les chances qu'il n'adhère à notre démarche d'aide.

Enfin, l'alliance thérapeutique prend tout son sens car la relation constitue dans le cas de ce binôme un soutien à la personne accompagnée, une base de sécurité à partir de laquelle le patient a pu trouver le moyen d'investir son processus de réadaptation.

4.1.3 BINÔME N°3

Discours de Georges

Le discours du troisième patient interrogé met en lumière de nouveaux éléments liés aux enjeux de la relation thérapeutique dans un milieu contraint et rejoint le positionnement des autres patients sur certains points.

En effet, Georges a lui aussi vécu une période de repli sur lui en début de placement et parfois réagit à une difficulté dans la relation en se tenant à l'écart : *« C'est arrivé que quand je n'arrivais pas à me faire entendre, je mette fin à la relation, que je me replie dans ma chambre en ne répondant plus aux intervenants. »*

Georges a également acté son état de grande fragilité émotionnelle en se montrant agressif envers lui et les autres : *« On continuait de me pousser pour que je sorte, pour que je fasse des choses, Et là mon état de détresse empirait, et j'en suis arrivé à frapper les gens autour de moi à l'hôpital et à m'ouvrir les poignets. »*

Il a par ailleurs souligné avec insistance l'influence positive de la considération portée à ses intérêts dans le choix d'un projet d'activité sur sa motivation, sur l'évolution de son processus de réadaptation et sur la nature de sa relation à son intervenant : *« Le meilleur outil thérapeutique c'est de donner quelque chose de sensé à faire à une personne, quelque chose qui est significatif pour elle. Trouve la passion de la personne et utilise-la pour atteindre ce qui est encore utilisable en elle. »*

Il relève notamment l'impact de la considération manifestée par Serge, son intervenant, du rapport égalitaire instauré entre eux deux sur son attitude et son degré d'investissement dans la relation thérapeutique et ce, malgré qu'il soit conscient de l'asymétrie due aux statuts respectifs : *« il n'y a jamais eu de distinctions visibles entre thérapeute-patient, entre nous deux ça a toujours été deux cheums qui se rencontrent, un qui a les capacités d'aider l'autre. Ça reste mon thérapeute, moi je reste le patient et ça va arriver assez régulièrement que cette situation-là va venir mettre des barrières dans notre relation tsé des choses qu'on aimerait faire bon on peut pas à cause de ce lien là mais quand on est ensemble c'est deux amis qui se parlent. On se parle d'égal à égal. Mais il n'a jamais eu entre nous deux un moment où je me sentais inférieur, où Serge se sentais supérieur. Et souvent Serge m'a dit que je lui apportais des choses dans nos échanges. »*

Par ses propos, il confirme l'importance de l'authenticité dans l'établissement de l'alliance thérapeutique et souligne ses bienfaits en termes d'apports personnels : « *je pense que s'il n'y avait pas eu cette exubérance-là chez lui, une manière d'exploser sainement, je pense que je ne m'en serais pas sorti. Parce que sa folie m'a incité à aller plus loin, à être moi-même plus exubérant tsé à me lancer. J'avais besoin de ça pour oser prendre des risques. D'avoir eu quelqu'un comme Serge lui-même un petit peu fou, ça m'a aidé, ça m'a été salutaire.* »

Discours de Serge

L'intervenant semble quant à lui s'accorder avec la vision du patient en ce qui concerne leur relation et confirmer les stratégies évoquées par ce dernier pour susciter une motivation intrinsèque et favoriser l'alliance thérapeutique.

En effet, il identifie l'évitement comme stratégie d'opposition lorsqu'il évoque la tendance de Georges à changer de sujet, à détourner son attention ou encore à feindre l'incompréhension lorsqu'il s'agit d'une discussion visant la responsabilisation : « *Georges à partir du moment où je mets le doigt sur quelque chose d'important, il contre-attaque en disant je comprends pas ça, lorsque j'essaie soit d'enseigner, de faire comprendre, d'utiliser, de le nommer, mentaliser, il a des réactions de résistance.* »

L'agressivité est notamment un mécanisme de défense que ce professionnel du Travail Social a dû appréhender dans son travail avec le patient : « *Georges avait vraiment cette volonté-là de ne pas sortir de Pinel, il devenait agressif quand on lui disait qu'il devrait sortir ou quand quelque chose ne lui plaisait pas.* »

En matière de stratégie pour nouer un lien de confiance, il nomme, tout comme le bénéficiaire, la nécessité de susciter une motivation intrinsèque au travers d'un projet dont ce dernier serait acteur et à l'origine : « *Avec Georges, il a fallu aller chercher la motivation intrinsèque pour l'amener à se mobiliser et à se responsabiliser et donc considérer ses intérêts en l'occurrence la photographie.* »

La perception de Serge concernant la relation qu'il entretient avec cet usager qu'il accompagne maintenant depuis plusieurs années s'apparente étroitement à celle de celui-ci.

En effet, s'il décrit une relation plus complexe qu'à son origine, il met surtout en avant et valorise leur vécu éducatif partagé tout en relevant l'ambiguïté parfois ressentie par l'usager lui-même prenant essence dans l'authenticité et le naturel de leur relation : « *Actuellement, on a une relation beaucoup plus complexe qu'au début, notre histoire est beaucoup plus grande, elle s'est enrichie de chacune de nos rencontres, de nos difficultés, de notre façon de se parler, de dire les choses, de nommer, une relation qui pourrait même pour lui être ambiguë donc je reviens souvent en lui disant t'oublie pas que je travaille en ce moment, que mon but c'est que tu puisses toi utiliser cette relation là pour voir comment tu vas être en relation avec les amis que tu vas te faire, je me prête au jeu. Lui a déjà été tenté de me prendre comme ami.* »

En termes de stratégies, Serge évoque sa volonté de composer avec les résistances qu'il perçoit chez l'usager plutôt que de l'y confronter : « *Confronte pas à la résistance parce que plus tu t'acharnes, plus tu la renforce.* ». Il préconise davantage de nommer, refléter ce que l'on observe en tant que professionnel plutôt que de chercher à obtenir des réponses au travers de la confrontation. Toujours dans cette même intention, Serge avoue faire preuve de transparence avec Georges afin d'alimenter chez lui un sentiment de confiance.

Puis, comme le décrit le professionnel au cours de l'interview, la relation a elle-même servie de terrain d'expérimentation au patient pour qui le rapport aux autres demeuraient angoissant.

En fonction des objectifs fixés, l'intervenant modulait certains aspects de sa personnalité pour amener le patient à travailler des habiletés sociales plus défaillantes chez lui. À titre d'exemple, cet intervenant à la personnalité plutôt exubérante, dynamique et théâtrale avait tendance à rendre le patient anxieux. C'est pourquoi, comme il le dit : « *je me suis rapetisser, j'ai repris une position plus étroite mais tranquillement pas vite, je dérogeais un petit à ça pour l'amener à acquérir une certaine flexibilité dans la façon d'être avec un autre.* » il s'agit ainsi d'adopter des comportements et des attitudes qui sont pertinents à ce moment-là et qui vont selon l'espace de jeu répondre à un besoin.

Cette stratégie destinée à servir le processus de réadaptation de l'utilisateur fait référence à la théorie des rôles de Winnicott définie comme un ensemble de comportements et d'attitudes adaptés à une situation.

Il apparaît cependant comme le relève le professionnel qu'une telle authenticité associée à une affinité intellectuelle entre eux peut parfois semer la confusion dans les rôles.

Aucune parole du professionnel ne témoigne concrètement de l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'autodétermination en milieu contraint. Cependant, les actions mises en place dans le programme de réadaptation convergent toutes vers une volonté de faire émerger une motivation intrinsèque et de renforcer voir de faire naître la capacité à faire des choix pour le patient lui-même. En prêtant attention aux intérêts de celui-ci, il lui a donné une opportunité de les exploiter et la possibilité de devenir acteur de son projet de rétablissement.

Ce que j'ai pu observer en termes d'interactions témoigne vraiment d'une alliance thérapeutique établie entre le patient et son intervenant de référence. La qualité des échanges, le respect mutuel perceptible, la considération que l'un et l'autre se porte ainsi que la spontanéité du contenu sont autant d'éléments qui définissent leur relation actuelle et qui soulignent l'évolution marquée depuis le début de la prise en charge.

Observations

Malgré sa participation au groupe de parole « estime de soi et réinsertion sociale », Georges a souvent cherché à se démarquer des autres participants par un discours très affirmé et en monopolisant souvent la parole. J'ai d'ailleurs pu vérifier l'impact de ces attitudes sur ses relations sociales au travers des propos d'autres patients présents. Ayant un bon degré de reconnaissance de sa maladie mais surtout adhérent à l'aide qui lui été proposée, il est vrai que Georges se dégageait du stéréotype plus commun du patient réfractaire. Cependant, comme le dit le professionnel en charge de son suivi, si ses stratégies d'opposition n'étaient pas évidentes, elles n'en demeuraient pas moins existantes et décelables. Que ce soit lors du groupe de parole ou d'une rencontre individuelle, j'ai observé que Georges avait tendance à éviter les sujets trop confrontant nécessitant son implication réflexive active par des signaux non-verbaux soit en baillant, en s'agitant, en détournant le regard et pour ce qui est du groupe, à tirer sa chaise vers l'arrière en espérant se dégager et pouvoir se mettre en retrait.

Pour avoir souvent observé ce binôme, je peux dire sans peur de me tromper que la considération que l'intervenant a portée à son intérêt a favorisé une relation de collaboration et l'établissement de l'alliance thérapeutique. Dans la théorie, il est souvent dit que le patient lui-même demeure l'expert de sa propre problématique mais il n'en reste pas moins tout un défi à l'appliquer. Ainsi, en reconnaissant à l'autre sa capacité de juger ce qui est bon pour lui, ce qui est susceptible de lui faire du bien, l'intervenant lui a manifesté sa confiance et sa considération.

Le contenu de mes observations qu'il soit verbal ou non-verbal en témoigne d'ailleurs. En effet, que ce soit le patient ou l'intervenant, tous deux m'ont toujours paru à l'aise l'un envers l'autre. Spontanés, naturels, se laissant aller à l'humour, c'est dans un climat détendu que ce duo se rencontrait osant une franchise sans rond de jambe. Si leur relation n'a cependant pas toujours été celle qu'elle est aujourd'hui, ils semblent avoir trouvé leur fonctionnement soit un rapport qui convienne à l'un et l'autre et qui surtout tienne compte de la problématique et des besoins du patient. Je dirais même plus ; le trouble de personnalité de ce patient affectant principalement ses relations sociales, c'est toute sa relation avec son intervenant qui s'est avérée un outil au travers de l'espace transitionnel qu'elle constituait. En effet, j'ai pu observer les manœuvres du professionnel destinées à amener le patient à travailler ses habiletés sociales.

Données complémentaires

En prenant connaissance du parcours et de l'évolution de Georges depuis son arrivée à l'Institut Philippe Pinel, j'ai appris que celui-ci avait tendance à s'isoler du groupe et des intervenants en début de placement en raison du puissant sentiment d'insécurité qui l'habitait.

Lorsque la maladie psychique de Georges s'est manifestée, celui-ci a, à plusieurs reprises fait preuve d'agressivité ce qui l'a conduit à être placé à l'IPPM. Décrit par ce dernier comme une réaction à un état d'anxiété grave, cette stratégie d'opposition était en effet un mécanisme de défense voire une manière de communiquer à son entourage son insécurité, l'état d'urgence et la nécessité de prendre des mesures plus adéquates vis à vis ce qu'il vivait. Au cours des nombreuses discussions que j'ai eu avec Georges, j'ai compris que les gestes de violence qu'il avait pu avoir par le passé que ce soit envers lui ou envers d'autres personnes puisaient également leur origine dans une volonté de faire comprendre au personnel soignant l'inadéquation de la prise en charge avec sa problématique et de manifester ainsi ses véritables besoins.

Pour avoir côtoyé le patient dans l'exercice de sa passion à savoir la photographie, je peux affirmer que le combat qu'ont dû mener ses intervenants à l'intérieur de l'institut pour obtenir les autorisations relatives à l'utilisation d'un appareil photo se justifie largement au vu des bénéfices qu'en retire actuellement Georges. En effet, patient souffrant d'un trouble de personnalité limite, celui-ci s'est cristallisé en le rendant méfiant vis à vis du monde extérieur.

L'usage de la photo dans son programme de réadaptation lui a non seulement permis de s'ouvrir à l'extérieur et aux gens puisqu'il s'intéressait beaucoup à la photographie de rue. Il devait donc se mêler à la foule, aller au-devant des gens, parcourir des rues, choses qu'il lui était impensables avant de pouvoir occuper ses mains avec une caméra.

Exploiter sa passion lui a non seulement permis de sortir des murs de Pinel si sécurisant à ses yeux mais également de renforcer son degré d'autodétermination en le rendant ainsi acteur de son projet de vie, de sa démarche de rétablissement et surtout d'alimenter son estime personnelle jusque-là défailante au travers d'une activité valorisante dans laquelle on lui reconnaissait un talent.

Ayant moi-même travaillé avec ce patient de façon individuelle, j'ai expérimenté diverses approches pour parvenir à le toucher et y suis finalement parvenue en restant moi-même et en clarifiant bien le cadre de nos rencontres.

Commentaire personnel

Certes, le cadre de ce genre de relation est professionnel et délimité par des objectifs mais il n'en demeure pas moins que nous intervenons avec ce que nous sommes et que s'il est nécessaire d'utiliser un langage et des attitudes adaptés au contexte de travail, la meilleure façon pour sécuriser la personne reste encore de ne pas réprimer nos comportements naturels. Autrement dit, nous sommes autorisés à rire, à garder notre personnalité dans notre façon de conduire l'objectif et de mener l'accompagnement.

4.3.5 Commentaire

Dans ce cas, le retrait, contrairement aux autres patients interrogés, ne témoigne pas essentiellement d'une volonté de fuir la confrontation avec la problématique au travers des diverses sollicitations propre à leur traitement. En effet, cette réaction au placement est plutôt symptomatique de la maladie psychique. Il n'en demeure pas moins que le retrait semble figurer parmi les stratégies d'opposition qu'adoptent généralement les personnes sujettes à l'aide contrainte du moins en début de prise en charge. Cette affirmation se confirme d'ailleurs par les propos du professionnel lorsqu'il décrit les réactions de Georges aux discussions confrontantes l'amenant à réfléchir sur lui-même.

Ces éléments du registre non-verbal comme le fait de bailler ou de détourner le regard s'apparente à des mécanismes de défenses auxquels il convient de prêter attention en raison de leur impact sur la relation thérapeutique qui peut en être paralysée.

Le cas de Georges est un peu particulier puisqu'il s'est rapidement montré preneur de l'aide qu'on lui suggérerait, ayant conscience qu'elle était nécessaire et reconnaissant sa problématique. Il a cependant aussi mis à l'œuvre certaines attitudes, actions, réactions afin de contrer les mesures thérapeutiques proposées et de faire valoir sa vision de son rétablissement. À en croire le discours des bénéficiaires et des professionnels interrogés, l'agressivité se manifeste souvent en début de placement et révèle l'état intérieur de la personne contrainte soit un état d'agitation en réaction aux frustrations liées à la contrainte et au rapport aidant-aidé qui peut conduire à un complexe d'infériorité.

Ce binôme est le meilleur exemple pratique pour illustrer à quel point le fait de respecter le rythme du patient et de considérer ses intérêts dans l'élaboration d'un programme de réadaptation sont des éléments déterminant dans le degré de mobilisation et de responsabilisation du patient face à sa problématique.

Il semblerait en effet que la mise en action de Georges face à une activité ayant un sens pour lui ait facilité le travail éducatif voir renforcé l'implication du patient dans celui-ci. Au travers de ces discours, j'entends presque une nécessité de dépasser « l'occupationnel » pour aller vers le « thérapeutique ». Je m'explique : bien que l'ensemble des activités composant le programme de réadaptation de l'Institut Philippe Pinel aient une visée thérapeutique, celles-ci ne le deviennent seulement lorsque les patients impliqués en perçoivent le sens propre à leur problématique.

Les personnes composant mon échantillon souffrant de diverses maladies psychiques, celles-ci exercent un impact important sur leur autonomie, leur capacité de compréhension, de raisonnement, leur motivation et par conséquent sur leurs relations sociales. C'est donc leur environnement dans sa globalité qu'ils doivent apprendre à aborder différemment. Dans le cas de ce patient, le monde extérieur étant synonyme de danger et donc très angoissant pour lui, il lui a été possible de l'appréhender progressivement au travers de son appareil photo qui agissait comme un objet sécurisant, une frontière entre le monde extérieur et lui. Ce qui vient, à mon sens renforcer la pertinence de ce médium d'intervention ce sont les propos du patient : « *On a commencé par me donner quelque chose de significatif à faire : la photographie, la seule chose que j'avais en moi qui n'avait pas été abîmée par la maladie.* ». Comme décrit plus haut, la maladie psychique impacte la personne qui en souffre à de nombreux niveaux. Il est donc important d'aller chercher ce qu'il reste d'intact chez elle afin de favoriser l'implication du patient à travers un programme et de lui permettre de renforcer sa motivation.

Pour s'ouvrir et parler de sa problématique, Georges est passé par une phase de méfiance durant laquelle il évaluait son entourage avant de savoir s'il pouvait leur accorder sa confiance. Ici, le patient parle de son besoin de pouvoir trouver en son intervenant des résonances en termes d'émotions, de vécu, un espace de confrontation du moins c'est comme cela que je le comprends. Autrement dit, pour pouvoir accorder du crédit aux propos de son intervenant, il convient d'établir avant tout une base de confiance. Il semblerait qu'il y ait également quelque chose de l'ordre du dévoilement mutuel en termes de condition à la construction d'une relation de confiance. En livrant certaines émotions, parties de vécu lui faisant écho, l'intervenant faciliterait le dévoilement de soi du patient et lui communiquerait son humanité, réduisant à nouveau l'asymétrie.

Si le contexte d'aide contrainte impacte forcément la liberté d'action et par conséquent de choix des patients, la philosophie de l'Institut se base cependant essentiellement sur une intention de rendre les patients acteurs de leur propre vie. C'est pourquoi, à partir d'une alliance thérapeutique établie, les intervenants vont chercher à donner la priorité aux intérêts du patient en termes de perspective de réadaptation. C'est d'ailleurs ce qui, non sans peine et de nombreuses démarches, a été fait dans le cas de Georges qui, avec une solide argumentation et une volonté de fer a finalement pu se reconstruire à travers sa passion. Le rôle du professionnel est ainsi déterminant dans l'émergence d'une motivation intrinsèque. En effet, au-delà du fait de soutenir le patient dans ses projets et curiosités au quotidien, le professionnel a le mandat de mettre en œuvre le concept d'utilisation décrit par Gilles Gendreau qui consiste à exploiter les expériences du vécu éducatif partagé pour les rendre significatives vis à vis des objectifs des patients.

5. SYNTHÈSE

Dans l'idée de mettre en perspective les données recueillies, je m'appliquerai ici à distinguer en quoi elles se rejoignent et se différencient de mes hypothèses initialement formulées ainsi qu'à faire des parallèles avec les éléments théoriques. La partie qui suivra sera donc teintée de mes interprétations et organisée par hypothèses.

5.1 HYPOTHÈSE 1

« Dans un premier temps, le bénéficiaire recourt à des attitudes d'opposition et résiste à l'alliance thérapeutique. »

S'il y a bien une attitude que chacun des patients de chaque binôme évoque c'est sans doute celle du retrait en début de placement. En effet, tous témoignent ainsi d'une période de familiarisation avec le personnel soignant autrement dit d'un sentiment initial de méfiance mais également d'un processus d'acceptation de la décision de placement qui s'inscrit dans le temps. Climat non-sécurisant que celui avec lequel ils ne sont pas familiers en l'occurrence l'institution, ils éprouvent le besoin de demeurer à l'écart du groupe et de s'isoler socialement, comme pour échapper à une réalité trop abrupte le disent-ils. Ceci dit, il semblerait que ce mécanisme de défense se dissipe une fois l'utilisateur en confiance avec ses ou son intervenant. En revanche, si deux des trois patients interrogés reconnaissent avoir mal vécu le fait de se faire aider contre leur gré, Georges, ayant lui un meilleur degré de reconnaissance de la maladie, en parle comme d'un soulagement.

Par ailleurs, les croyances qui ressortent ici étant très symptomatiques de la maladie psychique, elles m'amènent à pouvoir affirmer que l'alliance thérapeutique prend du temps avant d'être établie et que la relation évolue lentement. En effet, les croyances des patients interrogés se concentrent autour de l'asymétrie aidant-aidé ainsi que sur la manière dont ils perçoivent les intentions de leurs intervenants soit souvent de façon erronée.

Tous trois ont également fait preuve d'agressivité avant et pendant leur traitement en étant l'auteur d'actes violents à leur encontre et à l'intention d'autrui ainsi que de propos menaçants. Frein évident à l'alliance thérapeutique ainsi qu'au processus de réadaptation, cette stratégie d'opposition révélait un état de détresse intense et une volonté de l'exprimer de la part des usagers. Par ailleurs, les passages à l'acte ont pour deux des trois été la manifestation de frustrations liées au fait d'être contraints dans leur quotidien. Ces actes mettent également en lumière la lutte continue de ces êtres souffrants contre eux-mêmes et contre le monde extérieur.

Les professionnels confirment les stratégies d'opposition évoquées de façon plus ou moins implicite par les usagers. Qu'il soit verbal ou physique, chacun d'eux fait référence à la tendance à l'évitement qu'adoptent régulièrement les usagers en guise de stratégie d'opposition, comme pour se dérober à l'aide proposée. En lien avec le phénomène de résistance décrit dans la partie théorique, ces attitudes constituent bel et bien un frein à l'alliance thérapeutique avec lequel il s'agit pour le professionnel de « rouler » comme le dit Cungi (CUNGI, 2006, p.27) plutôt que de s'y confronter. Autrement dit, il s'agit pour le professionnel de bel et bien considérer la résistance puisqu'elle a un sens pour l'utilisateur et de trouver qu'en faire. La résistance liée au processus de changement (ici l'adhésion à un traitement) légitime l'existence des comportements évoqués précédemment, dans la pratique des intervenants questionnés et atteste de leur fonction.

L'ambivalence qui transparaît parfois dans le discours des patients est un symptôme de la résistance dont ceux-ci font preuve. « *Rouler avec la résistance* » c'est comme le disent les professionnels interrogés, ne pas la confronter mais composer avec. Légitimer les ressentis du patient, faire preuve de considération et d'empathie à son égard, se montrer chaleureux sont autant d'attitudes auxquelles ces derniers ont fait référence dans leur manière d'appréhender la relation thérapeutique et qui désignent finalement la mise en œuvre des principes de l'alliance thérapeutique.

Que ce soit en s'isolant, en faisant preuve d'agressivité, en refusant d'adhérer au traitement, d'y prendre part activement ou encore en jouant de stratégies d'évitement, chacun des éléments évoqués désigne une mise en œuvre du principe de résistance. Ce qu'en disent les acteurs de la relation thérapeutique me permet ainsi d'affirmer qu'elle est un enjeu central dans la construction de l'alliance thérapeutique.

Enfin, il s'agit tout de même de nuancer l'hypothèse car si l'on observe bel et bien ces stratégies d'opposition, elles ne se manifestent cependant pas uniquement « dans un premier temps » et peuvent, comme en témoigne ma récolte de données, perdurer dans le temps ou survenir, comme dans le cas de Georges, une fois la relation thérapeutique établie.

5.2 HYPOTHÈSE 2

Face aux attitudes d'opposition de l'utilisateur, le travailleur social développe des stratégies diversifiées afin de faire face à la résistance de l'utilisateur.

C'est donc en toute logique que j'arrive sur la synthèse des éléments évoqués comme stratégies d'accompagnement par les professionnels.

Si ceux-ci disent être unanimes sur la volonté de considérer les intérêts du patient dans la mise en place d'un projet de réadaptation, les bénéficiaires eux s'accordent également sur l'impact positif de cette stratégie sur leur motivation et leur degré d'implication aussi bien dans les activités que dans la relation avec leurs intervenants. Rejoignant la théorie de l'Approche Centrée sur la Personne de Rogers, cette intention rend à l'utilisateur lui-même « *sa capacité de comprendre ses problématiques, ses mécanismes et de déterminer ses propres valeurs et références.* » (ROGERS cité par ODIER, 2013, P.28) et tend ainsi à diminuer l'asymétrie aidant-aidé.

C'est d'ailleurs là la volonté exprimée par les professionnels combinée à celle de manifester, au travers des choix qu'ils laissent à leurs patients, leur confiance en leurs ressources et compétences. Que ce soit dans leur discours formel, au travers de mes observations ou dans les échanges que j'ai eu l'occasion d'avoir avec les travailleurs sociaux interrogés, tous parlent également de vouloir rendre le patient acteur de son propre projet dans l'idée de renforcer son sentiment d'auto-efficacité. Autrement dit, pour reprendre les mots de Rogers il s'agit là de « *laisser au client l'espace nécessaire pour qu'il trouve ses propres réponses en toute sécurité sans lui donner de modèle auquel se conformer.* » (ROGERS cité par ODIER, 2013, p.42) d'où l'importance de la manière d'interagir avec l'utilisateur.

Enfin, même si une **relation égalitaire** reste en pratique une aspiration utopique voir irréaliste en raison de l'asymétrie révélée par les positions d'aidant-aidé, il va sans dire qu'une considération du patient selon la perspective humaniste soit en lui reconnaissant l'expertise de sa problématique en tentant de mettre en place les trois conditions essentielles à l'alliance thérapeutique ; une attitude chaleureuse, authentique et empathique favorise l'investissement du patient dans son processus de rétablissement. L'exemple des différents binômes en témoigne : chaque professionnel a cherché un médium d'intervention à travers les intérêts de leur patient, réduisant ainsi leur rôle d'expert tout en manifestant leur considération.

5.3 HYPOTHÈSE 3

Une relation de confiance entre le bénéficiaire et le travailleur social favorise leur collaboration dans une perspective d'évolution et l'investissement de l'utilisateur dans son processus thérapeutique.

Les éléments précédemment exposés m'amènent ainsi à traiter la dernière hypothèse présentant la confiance comme indispensable à la collaboration entre utilisateur et professionnel et influençant le degré d'implication du patient dans son projet de réadaptation.

En se basant sur le positionnement de deux des patients interrogés qui prennent le fait de bénéficier de cette liberté partielle (choix, pas de menottes, activités) au niveau de l'orientation de leur projet de réadaptation comme une marque de confiance, on peut attester de l'impact positif lié au fait de reconnaître la personne comme capable de prendre conscience, d'être et d'agir pour elle-même.

Au vu de ces observations, **la confiance** mérite donc d'être, à mon sens, considérée comme un outil reconnu et valable à tout travail du lien en milieu contraint. Dans le contexte de ma recherche, la confiance se vérifie lorsque le patient adhère aux propositions de traitement de ses intervenants sans suspecter de mauvaises intentions en lui reconnaissant par là une compétence. Pour le professionnel, c'est principalement son degré de prise de risque qui témoignera de sa confiance à l'usager.

Comme le disait Carl Rogers : « *C'est l'expérience du client et sa recherche personnelle à trouver du sens qui importe et qui le conduit à s'actualiser avec ses propres valeurs et ses propres références et non avec celles introjectées ou imposées de l'extérieur.* » (ROGERS cité par ODIER, 2013, P.34). Autrement dit, le fait d'aménager un espace dans lequel l'usager peut exercer son autodétermination (choix, considération des intérêts, participation active au projet de rétablissement), ce à quoi les professionnels interrogés aspirent permet, selon mes déductions, d'alléger la contrainte déjà bien présente au travers du contexte et par conséquent d'amoindrir les frustrations.

En définitive, **l'autodétermination**, variable identifiée, demeure tout un défi dans son application en milieu contraint. Cependant, si la mesure est effectivement décidée la plupart du temps par une autorité judiciaire voir de protection, les usagers qui la subissent disposent tout de même d'un pouvoir d'agir en ce qui concerne le déroulement de leur placement, le choix de leurs activités thérapeutiques, la nature de leurs relations avec les intervenants sociaux. Les dimensions de l'autodétermination me semblent ici étroitement liée aux aspects de la motivation décrits par Ryan et Deci (cité par Ortiz, 2002). En effet, le besoin d'autonomie décrit par ces auteurs comme un besoin fondamental parmi les deux autres qui permettent d'atteindre un sentiment de bien-être soit le besoin de compétence et celui d'appartenance sociale, caractérise bien l'objectif visé par les mesures thérapeutiques décrites par les intervenants sociaux. Cette affirmation fait état de mon positionnement actuel quant à mon hypothèse de base soit qu'en effet l'alliance thérapeutique favorise l'exercice de l'auto-détermination du patient AUTANT que l'inverse. Autrement dit, les mesures prises par les professionnels pour favoriser l'exercice de l'autodétermination chez les patients et renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle exerce une influence positive sur la relation thérapeutique. Il est donc question d'une influence mutuelle.

6. LIMITES DE LA RÉCOLTE

Ma récolte de données terminée, j'ai tenté de repérer les limites que celle-ci a révélées non sans mettre en lumière certaines imprécisions contenues dans les outils soit le guide d'entretien et la grille d'observation. Ces outils ayant subi plusieurs modifications à la suite des premiers entretiens, la capacité de raisonnement et d'élaboration de l'échantillon a toutefois révélé un niveau de compréhension limité. Les questions, portant essentiellement sur des éléments de la relation éducative, faisaient appel à un degré d'abstraction plus au moins élevé.

Facteur faisant défaut à la population interrogée, les impacts s'en sont ressentis sur la pertinence ainsi que sur la qualité du contenu.

Par ailleurs, mon choix d'entendre les binômes à deux reprises dans un intervalle de deux mois en misant sur une possible évolution constitue là aussi une limite à ma récolte de données. En effet, la durée de mon stage se limitant à 5 mois a déterminé le laps de temps entre les deux entretiens.

Si les données récoltées m'ont tout de même permis de tirer certaines conclusions, elles restent néanmoins toute relatives.

Enfin, parmi les limites figure notamment la façon dont j'étais liée à certaines des personnes interviewées, notamment le lien de dépendance avec mon responsable de stage. Le contexte de l'Institut Philippe Pinel étant particulier de par ses aspects sécuritaires, je me suis vue imposée certaines contraintes au niveau du choix de mes binômes.

D'une part, ayant opté pour l'observation participante comme outil complémentaire aux entretiens, il me fallait désigner des personnes avec lesquelles j'étais régulièrement en contact. D'autre part, il me fallait également choisir des couples travailleurs sociaux et bénéficiaires ayant un vécu et un lien thérapeutique plus ou moins établi. La procédure pour obtenir l'autorisation d'enregistrer les patients impliquant de nombreux intermédiaires et s'avérant plutôt exigeante en termes de justifications, j'ai notamment dû compter sur l'accord des médecins psychiatres. C'est pourquoi, afin de simplifier ces démarches, j'ai privilégié des personnes faisant partie de mon environnement quotidien voir hebdomadaire. Ainsi, la structure quelque peu formelle de l'entretien a parfois pu déstabiliser certains interviewés avec qui j'avais un contact familier impliquant une nouvelle variable soit la façon dont les thèmes questionnés étaient abordés voir développés.

7. CONCLUSION

Par la suite, il m'importait de mettre en avant l'exemple d'un style d'accompagnement éducatif adapté au contexte d'aide contrainte ou plutôt de faire l'étendu des stratégies découvertes par le biais de la récolte de données et des lectures. Les défis à relever soulignés rappellent l'importance d'un exercice de la profession adapté et juste.

En partant du postulat que le contexte d'aide contrainte exerce une influence et conditionne la relation thérapeutique, il s'agissait alors d'en dégager les enjeux, tremplin pour penser les pistes d'action.

Supposant certaines réactions à la contrainte de la part des bénéficiaires, pouvant freiner, paralyser, complexifier la relation thérapeutique, ma récolte de données m'a permis d'en vérifier une grande majorité. La résistance s'exprime en effet à travers diverses attitudes telles que le retrait, l'agressivité, le refus de coopérer, la passivité, l'évitement ou encore au travers des schémas de pensée qu'entretiennent les patients. Si elles sont l'expression de multiples frustrations, elles représentent également un moyen d'affirmer certaines revendications et enfin de survivre aux contraintes en repoussant la confrontation.

Cependant, si l'existence de ces formes d'opposition est indéniable, des nuances peuvent tout de même y être apportées. En effet, deux des patients interrogés ont en effet rejeté le personnel soignant et tenté par divers moyens d'échapper à l'aide proposée de façon plutôt intense et clair.

Ce n'est cependant pas le cas pour Georges qui dans un premier temps s'est montré preneur des mesures imposées et s'est affirmé de façon plus nuancée en termes d'esquives mais surtout plus tardive. Le niveau de reconnaissance de la maladie mentale est entre autres un facteur explicatif de ces différences.

Ceci étant, c'est ensuite aux stratégies d'accompagnement destinées à favoriser l'alliance thérapeutique que je me suis intéressée puisque c'est bien là le cœur de mon questionnement de départ.

Teintées du style interpersonnel de chacun des professionnels que j'ai interrogés, les réponses se veulent, comme le présupposait mon hypothèse, variées certes mais s'inscrivent cependant tous dans une philosophie humaniste.

Partant du principe de considérer le patient comme son égal, les stratégies évoquées par les professionnels rejoignent les trois grands principes de l'alliance thérapeutique établis par Carl Rogers soit : « *une relation thérapeutique doit être empathique, authentique et chaleureuse.* » (ROGERS cité par ODIER, 2013, P.22) et renforcent ainsi leur validité. Une stratégie qui m'a également parue pertinente et qui s'inscrit dans le savoir-être professionnel est le fait de légitimer ce que vit le patient et de se montrer transparent dans ses intentions pour permettre l'établissement d'un lien de confiance et par là, un climat sécurisant pour le patient.

En dehors de ça, l'exercice de l'autodétermination et les moyens mis à disposition par les intervenants sociaux pour le faire ; la participation au choix du projet de réadaptation, aux activités thérapeutiques, à titre d'exemple apparaît également comme un élément facilitateur dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Le contexte particulier dans lequel j'ai effectué ma récolte de données met également en lumière la spécificité de chaque terrain et la variabilité des stratégies en fonction des problématiques. Les stratégies évoquées font selon moi état de principes universels voire fondamentaux dans l'exercice de la profession de travailleur social.

8. RÉFLEXIONS PERSONNELLES ET PERSPECTIVES PRATIQUES

Jeune intervenante sociale récemment sortie de l'école, j'étais pleine de croyances au niveau de ce qui était attendu d'un éducateur formé sur le terrain. Autorité, confiance, professionnalisme en faisaient notamment partie. Et pourtant, c'est en me mettant la pression sur la base de ces croyances que j'ai réalisé la grande sensibilité des populations aidées à l'égard de notre authenticité et l'importance de ne pas se cacher derrière un rôle. Les propos des usagers interrogés confirment l'impact positif de l'authenticité de l'intervenant sur la relation.

Le binôme n° 3 est l'exemple parfait pour affirmer cette hypothèse. Le patient vivant un état d'angoisse important, conséquence de son sentiment d'insécurité à son arrivée à l'IPPM n'a dès lors pu participer activement à son rétablissement qu'une fois qu'il s'était trouvé des alliés en ces lieux. Par alliés, j'entends, des personnes qui malgré la pose d'un cadre éducatif, œuvraient pour son bien-être, lui manifestaient de l'empathie et desquels il se sentait compris et respecté.

Par ailleurs, les propos des personnes composant mon échantillon ainsi que mes différentes observations m'amènent à dire que la construction de l'alliance thérapeutique prend du temps et que la relation évolue lentement. La relation égalitaire reste quant à elle un idéal utopique que l'asymétrie aidant-aidé ne permet pas d'établir et qui comporte par ailleurs certains risques.

Il apparaît cependant possible d'amoindrir le sentiment d'infériorité qui peut en découler et ce en accordant une importance centrale au développement des composantes relationnelles comme le respect, la confiance et la communication.

Autre piste concrète que les propos de Vickie ainsi que les données exposées dans le cadre théorique ont permis de faire émerger, le style démocratique englobant un ensemble d'attitudes destinées à manifester de la considération au patient semble s'imposer comme un élément déterminant dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Parmi ces attitudes, la neutralité autrement dit le non-jugement des perceptions du patient et des actes qui amène à son placement va permettre à la personne de se sentir légitime dans ce qu'elle vit et ressent et par conséquent réduire le risque qu'un climat d'hostilité ne s'instaure. Cette méthode d'intervention aidait l'usager à se sentir compris et rejoint dans son état et favorisait ainsi une relation de confiance et de collaboration entre les acteurs du binôme.

Les interactions du binôme n°3 ont été pour moi une incroyable source d'apprentissage, au-delà de ma récolte de données et étaient pour le moins touchantes. En effet, malgré le contexte ainsi que des rôles bien définis et clairs qui pourraient laisser penser qu'une relation « imposée » comme celle-là soit par conséquent limitée, j'ai le sentiment que les acteurs de cette relation en faisant de leur authenticité la composante principale de leurs échanges, sont parvenus à pleinement exploiter la relation thérapeutique. Autrement dit et de façon plus concrète, malgré l'humour parfois mesquin et légèrement cynique du patient, celui-ci ne se réprimait dans sa spontanéité de même que le professionnel ne s'empêchait pas de rire à ses blagues. L'authenticité dominante a permis de créer des interactions moins formelles que d'ordinaire, un climat de confiance et surtout, comme déjà cité plus haut, la diminution de l'asymétrie aidant-aidé, très perçue et ressentie comme telle par le patient.

En référence à la théorie de l'attachement de Bowlby à savoir que l'enfant a besoin de se sentir en sécurité pour pouvoir explorer le monde extérieur, la personne fragilisée a elle aussi besoin d'être suffisamment sécurisée notamment par une ambiance chaleureuse et un climat de confiance afin de pouvoir explorer son monde intérieur.

Composé de « *ses difficultés, ses sentiments négatifs, ses angoisses, ses attentes, ses colères, ses désillusions autant que ses sentiments positifs, ses joies, ses désirs, ses espoirs, ses ambitions* » (ODIER, 2013, P.68) celui-ci n'est accessible qu'à certaines conditions qui elles dépendent en partie des attitudes du travailleur social. C'est en partie ce que cette recherche m'a permis de préciser.

Enfin, l'aspect théorique qui m'a particulièrement touchée en termes de stratégies concernant le savoir-être est celui de la psychologie humaniste. Ce courant de pensée met en effet l'accent sur le potentiel de l'être humain et implique sa responsabilité personnelle dans son épanouissement. Pionnier de ce courant de pensée, Carl Rogers s'est lui plus particulièrement intéressé au développement personnel. Il est notamment à l'origine d'une théorie basée sur la psychologie humaniste à savoir « l'Approche Centrée sur la Personne ».

En parcourant ces écrits à ce sujet, les liens possibles entre les concepts qu'il décrit et défend et celui de l'alliance thérapeutique m'ont semblé assez évidents.

Poursuivant un but semblable à celui de l'alliance thérapeutique, « *Cette approche est [...] dans son essence, une manière d'être qui s'exprime à travers des attitudes et des comportements créateurs d'un climat propice à l'épanouissement.* » (ROGERS cité par ODIER, 2013, p.30)

L'importance particulière qu'a accordé Rogers à la dénomination de la population avec laquelle il a travaillé et la considération qu'il y a porté sont là aussi à mon sens des éléments auxquels il est important de prêter attention. Aussi, se basant sur une volonté de souligner une certaine parité, Rogers choisit de s'adresser à des clients.

En refusant de prendre le risque d'induire une position ou/et un savoir supérieur, Rogers définit l'expérience de son client comme prioritaire sur toute théorie, délaissant ainsi le statut d'expert, souvent attribué aux thérapeutes.

Je retiens notamment, en référence à la spirale du changement décrite par Prochaska et Diclemente (BRODEUR, 2001) et plus particulièrement au stade de l'action, que le changement ne dépend pas uniquement de la relation thérapeutique mais surtout des capacités du sujet à qui il appartient la reconnaissance du problème et la responsabilité de ce changement.

Il incombe notamment au professionnel de savoir identifier le stade dans lequel se trouve la personne afin d'être en mesure de lui proposer des stratégies en adéquation et qui permettent le passage au stade suivant. La relation thérapeutique ainsi définie comme « *une condition nécessaire mais non suffisante.* » (CUNGI, 2006, p.11)

Au travers du discours des professionnels, j'ai notamment cerner l'importance du savoir-être et été très touchée par l'authenticité et la diversité du style interpersonnel de chacun des professionnels.

J'ai également pris conscience que face à la souffrance, nous sommes tous humains. Celle exprimée et perceptible chez les patients que j'ai côtoyés m'a particulièrement touchée et sensibilisée à leur condition de patients.

Un des apprentissages qui m'a beaucoup marquée et qui s'inscrit dans une perspective professionnelle puisqu'il sert aujourd'hui ma pratique est celui de l'importance donnée à la compréhension d'un comportement dévié. En effet, l'ensemble des professionnels s'accordait pour dire qu'il est essentiel de pouvoir identifier la fonction d'un comportement pour apporter une réponse pertinente et adaptée. J'ai continué d'ailleurs d'approfondir cette théorie à l'heure actuelle.

Enfin, la mise en œuvre des conditions relatives à la construction de l'alliance thérapeutique a mis en évidence l'importance de se construire une identité professionnelle propre même dans l'application de méthodes universelles.

9. NOUVEAUX QUESTIONNEMENTS

Plusieurs questionnements ont émergé à la suite de mon expérience pratique au sein de l'IPPM et de la recherche que j'ai menée en son sein. Précisant mon identité en tant que professionnelle et m'animant encore actuellement, j'ai jugé pertinent de les partager brièvement dans ce travail. Ils s'inscrivent également dans le prolongement de ma question de recherche et soulèvent d'autres enjeux liés au contexte d'aide contrainte, à la pratique de travailleur social et à la relation aidant-aidé.

Le premier questionnement dont il s'agit ici s'apparente au phénomène de contre-transfert. En effet, si j'ai pu observer que certains professionnels mettent l'accent sur le développement de l'autodétermination chez l'utilisateur, j'ai également constaté que d'autres accordaient moins d'importance à cet aspect. Exerçant depuis de nombreuses années, je découvrais un contre-transfert flagrant et une passion pour la profession muée en un ensemble d'attitudes et de propos témoignant de leur résignation et agacement. Aussi, à partir de ces constats, je me questionne sur la frontière entre le contrôle et l'intervention et par conséquent sur la possibilité de nouer une relation thérapeutique constructive. Je me demande notamment dans quelle mesure il est possible de déposer les éléments du contre-transfert ailleurs que dans la relation autrement comment préserver la clientèle de ce que nous fait vivre le contre-transfert en termes de réactions et d'émotions.

Le second questionnement qui m'amine depuis le début de ma formation est en lien avec les possibilités de réinsertion d'une population souffrant de troubles de la santé mentale associé un degré de dangerosité élevé. En effet, dans quelles mesures est-il possible de réinsérer durablement une telle population ?

Le questionnement suivant est lui issu de mes observations en lien avec les caractéristiques pathologiques des patients placés à l'IPPM. En effet, ayant souvent observé une certaine lascivité, une tendance à la passivité associée à une forme de résignation, je me demande jusqu'où il est possible de mobiliser une telle population et dans quelle mesure il est réaliste ou possible d'attendre l'émergence d'une motivation intrinsèque.

Enfin, si j'ai pu observer l'efficacité des méthodes d'intervention de façon générale, j'ai également constaté la durée dans laquelle s'inscrit l'évolution et l'aspect progressif des apprentissages. Aussi, je me demande quels sont les indicateurs de rétablissement pour une population souffrant de troubles psychiques associé à un degré de dangerosité élevé.

9. BILAN PERSONNEL

Passionnée par la profession et enthousiaste à l'idée d'approfondir une thématique, il va sans dire que le nombre de sujets éveillant ma curiosité a rendu l'étape du choix difficile. Basés sur mes ambitions professionnelles, mon intérêt pour la problématique du lien thérapeutique en milieu contraint est né de ma conception de l'être humain et des questionnements relatifs. Dès le début de ma formation, j'ai toujours été fascinée par le fait qu'en tant qu'humains, exposés au même tourbillon de la vie que les personnes qu'en tant que travailleur social nous sommes destinés à accompagner, nous ayons la prétention de leur venir en aide et d'en faire une profession à part entière. C'est pourquoi, consciente des enjeux liés au fait de se faire aider, j'ai très vite entretenu le souci de maintenir une relation égalitaire et d'exercer mon métier en toute humilité. J'ai donc souhaité m'intéresser à la méthodologie propre aux relations sociales qui plus est en intégrant la contrainte comme dimension supplémentaire. Ceci dit, si je dois reconnaître ma grande difficulté à structurer mes découvertes théoriques tant mon intérêt grandissant rendait l'articulation des différentes dimensions désordonnée, il m'importe ici de souligner à quel point cette recherche, aussi fastidieuse et longue ait elle été, m'a passionnée et enrichie en termes de capacité réflexive.

Partir de mes hypothèses de jeune étudiante pleine d'enthousiasme et de naïveté, déconstruire mes certitudes, observer les mécanismes en jeu dans les relations humaines qui plus est dans la dynamique d'aide et distinguer les pistes d'action tirées du terrain et des rencontres faites dans ma récolte sont des processus qui m'ont plu bien qu'ils aient exigé une rigueur que je n'avais pas et beaucoup d'énergie.

Je n'ai certes pas réalisé le travail que je souhaitais initialement car lorsqu'on fait une planification, un projet, on ne calcule pas les imprévus, les états d'âme, les incidents de parcours et tout ce qui fait de la vie un cycle en mouvement. Je suis cependant satisfaite de mon Travail de Bachelor car s'il n'est pas parfait, il m'a permis de faire évoluer mes représentations du métier et la professionnelle que je suis actuellement. Je n'ai pas tout trouvé, pas tout compris mais surtout pas fini de chercher.

Enfin, s'il y a une étape marquante que je dois souligner c'est sans aucun doute ma récolte de données. En dehors du fait d'étayer, de confirmer ou de déconstruire mes hypothèses, elle m'a surtout donné l'occasion de rencontrer des êtres humains à l'authenticité certaine qui au travers de leurs témoignages m'ont émue, questionnée, captivée par le récit de leurs réalités respectives.

10. SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

10.1 OUVRAGES LITTÉRAIRES

- ASTIER, I. (2010) *Sociologie du social et de l'intervention sociale*. Paris : Armand Colin. Collection « Sociologie, anthropologie, Domaines et approches », Autès, Michel
- BEYTRISON P. (2011) *Aide contrainte et psychothérapie*. Bruxelles. Editions De Boeck.
- BLANCHET A., GOTMAN A. (2010) *L'entretien*. Collection « L'enquête et ses méthodes ». Editions Armand Colin.
- BOUTANQUOI M. (2001) *Travail social et pratiques de la relation d'aide*. Paris. L'Harmattan. Collection « Savoir et formation ».
- CADIÈRE J. (2013) *L'apprentissage de la recherche en travail social*. Rennes. Presses de l'EHESP
- CHALIFOUR, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique – humaniste*. Boucherville, QC : G. Morin
- CUNGI C. (2006) *L'alliance thérapeutique*. Paris. Editions Retz.
- CURCHOD C. (2010) *Relation soignants-soignés : prévenir et dépasser les conflits*. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson.
- DARNAUD T. (2012) *De la maltraitance à la relation de traitance : un autre regard sur la relation d'aide*. Lyon. Chronique sociale. Collection « Comprendre les personnes ».
- GENDREAU G. (2001) *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal. Béliveau Editeurs.
- HARDY G., (2012) *S'il te plaît, ne m'aide pas ! : l'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Toulouse. Editions Erès.
- LIEVRE P. (2006) *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*. Rennes. Editions ENS
- ODIER G. (2013), *Carl Rogers, Etre vraiment soi-même, l'Approche Centrée sur la Personne*. Paris. Editions Eyrolle.
- PUSKAS D. (2009) *Capteurs de rêves, rencontre d'accompagnement clinique psychoéducative*. Montréal. Béliveau Editeurs.
- RENOU M. (2005) *Psychoéducation, une conception, un méthode*. Montréal. Béliveau Editeurs
- RICARD E., SCHULTHEISS R. (2012) *De la contrainte à la collaboration, un défi pour l'éducateur social*. Givisiez.
- ROGERS C. (1963) *La relation thérapeutique : les bases de son efficacité*. Bull. de Psychologies
- SERON C., WITTEZAELE J-J. (2009) *Aide ou contrôle, l'intervention thérapeutique sous contrainte*. Bruxelles. Editions De Boeck. Collection « Oxalis »
- VERMESCH P. (1994) *L'entretien d'explicitation*. Paris. Collection PEDAGOGIES, ESF éditeur.
- WATZLAWICK P, WEAKLAND J, FISCH R, (1975) *Changements, paradoxes et psychothérapies*. Paris. Editions du Seuil

10.2 ARTICLES SUR INTERNET

BRODEUR N. 2006 « *Le modèle transthéorique du changement* »

URL : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23895/ch02.html>

Consulté le 18.07.2014

CAULETIN M. et al. 2004 « *Ressources et compétences des contextes d'intervention* », *Thérapie Familiale* 3/2004(Vol.25),p. 283-292

URL: <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2004-3-page-283.htm>

DOI : 10.3917/tf.043.0283

Consulté le 13.04.2014

DESPLAND J.N., DE ROTEN Y., MARTINEZ E., PLANCHEREL A.-C, SOLAI S. 2000, *L'alliance thérapeutique : un concept empirique*

URL : <http://revue.medhyg.ch/print.php3?sid=20758>

Consulté le 25.07.2014

ORTIZ M. 2013 « *L'autodétermination en question* »

URL :

http://www.fondationensemble.ch/fileadmin/user_upload/documents/journal/Journal_13_Autodetermination_compte_rendu.doc.pdf

Consulté le 05.08.2014

PUECH L. 2008 « *L'aide contrainte en quelques mots* »

URL : www.anas.fr/attachment/103949/

Consulté le 18.08.2014

10.3 PAGES INTERNET

<http://www.ones-fr.org/spip.php?article286> consulté le 05.07.2014

<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/travailleurs-sociaux/> consulté le 05.07.2014

<http://www.travail-social.com/Definition-du-Travail-Social> consulté le 05.07.2014 consulté le 05.07.2014

<http://www.yrub.com/psycho/psycommrelth.htm> consulté le 05.07.2014

http://www.capservicespsychologiques.com/services_travailleurs_sociaux_definition.html consulté le 05.07.2014

<http://www.lesmotivations.net/spip.php?article42#> consulté le 15.10.2014

11. ANNEXES

ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN N°1 POUR LE PROFESSIONNEL

ANNEXE N°2 : GUIDE D'ENTRETIEN N°2 POUR LE PROFESSIONNEL

ANNEXE N°3 : GUIDE D'ENTRETIEN N°1 POUR L'USAGER

ANNEXE N°4 : GUIDE D'ENTRETIEN N°2 POUR L'USAGER

ANNEXE N°5 : GRILLE D'OBSERVATION