

Le vécu du travailleur social en interaction avec les patients toxicomanes diagnostiqués états-limites

Auteur : Arimont, Elisa

Promoteur(s) : Naziri, Despina

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/5663>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Service de psychologie clinique de l'adulte

Le vécu du travailleur social en interaction avec les patients toxicomanes diagnostiqués états-limites

Présenté par : Elisa Arimont

Mémoire présenté en vue de l'obtention du titre de Master en sciences psychologiques,
à finalité spécialisée en psychologie clinique

Promotrice : Despina Naziri

Lecteurs : Klaus-Dieter Klauser et Kevin Goffart

Année académique 2017 - 2018

Université de Liège

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
Service de psychologie clinique de l'adulte

Le vécu du travailleur social en interaction avec les patients toxicomanes diagnostiqués états-limites

Présenté par : Elisa Arimont

Mémoire présenté en vue de l'obtention du titre de Master en sciences psychologiques,
à finalité spécialisée en psychologie clinique

Promotrice : Despina Naziri

Lecteurs : Klaus-Dieter Klauser et Kevin Goffart

Année académique 2017 - 2018

Remerciements

J'aimerais exprimer mes remerciements et ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce travail.

Mes premiers remerciements vont à ma promotrice, Madame Despina Naziri qui m'a permis de vivre une expérience enrichissante. Son regard avisé, sa disponibilité constante et ses conseils se sont révélés indispensables à l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements se tournent également vers Madame Monica Bourlet. Sa guidance patiente et nos échanges passionnants m'ont amenée vers une meilleure réflexion.

Je remercie mes lecteurs, Monsieur Klaus-Dieter Klauser et Monsieur Kevin Goffart pour l'attention et l'intérêt qu'ils ont consacrés à ce mémoire.

Je tiens à remercier les travailleurs sociaux rencontrés dans ce cadre de recherche. Grâce à leur motivation, j'ai pu recueillir le matériel nécessaire à la réalisation de ce travail.

Merci pour l'investissement de Madame Schröder Arlette qui a corrigé l'orthographe.

Et enfin, mes remerciements s'adressent à ma famille, mon copain, Morgane et particulièrement à Sarah pour sa patience et son soutien dans les moments difficiles. Ils m'ont apporté les ressources nécessaires à l'aboutissement de ces études et m'ont permis de consacrer de nombreuses heures à l'élaboration de cet écrit.

Table des matières

1.INTRODUCTION	7
2.PARTIE THÉORIQUE	9
2.1.Le métier du travailleur social auprès de sujets dépendants états-limites	9
2.1.1.Le métier de l'assistant(e) social(e)	9
2.1.2.La construction identitaire professionnelle et le paradoxe du travail social	10
2.2.Le patient état-limite, dépendant de substances toxiques	12
2.2.1.La personnalité état-limite	12
2.2.2.La toxicomanie	14
2.2.3.L'interaction entre la dépendance et personnalité état-limite	15
2.2.4.La prise en charge	17
2.3.Le vécu des travailleurs sociaux dans la prise en charge des patients états-limites, dépendants de substances toxiques	19
3.MÉTHODOLOGIE	24
3.1.Population	24
3.2.Outils de traitement	24
3.3.Procédure	26
3.4.Questions de recherche	27
3.4.1.Comment le choix professionnel de l'assistant social s'inscrit dans son histoire personnelle ?	27
3.4.2.Quelle est l'influence de cet accompagnement psycho-social sur le vécu des assistantes sociales ?	28
3.4.3.Quels mécanismes sont mobilisés chez les intervenants pour se protéger de certains comportements des patients ?	30
4.RÉSULTATS ET ANALYSE	31
4.1.Analyse des données et traitement des hypothèses	31
4.1.1.Katja	31
4.1.2.Monja	40
4.1.3.Pierre	47
4.1.4.Sophie	58
4.1.5.Florence	66
4.1.6.Daniel	72
4.1.7.Clara	80

5.DISCUSSION	88
5.1.Comment le choix professionnel de l'assistant social s'inscrit dans son histoire personnelle ?	89
5.2.Quelle est l'influence de cet accompagnement psycho-social sur le vécu des assistants sociaux ?	93
5.3.Quels mécanismes sont mobilisés chez les intervenants pour se protéger de certains comportements des patients ?	96
6.CRITIQUE SUR LA DÉMARCHE ET LE TRAVAIL	102
7.CONCLUSION	103
8.BIBLIOGRAPHIE	105

1. Introduction

Dans notre société actuelle, la thématique de dépendance ainsi que celle des troubles de la personnalité état-limite, fréquemment associées, occupent une place omniprésente au sein des structures psychiatriques. Au travers de cette recherche, nous souhaitons découvrir l'impact de l'instabilité affective et relationnelle de ces patients sur le vécu et les représentations des travailleurs sociaux.

Ma motivation à m'investir dans ce travail de recherche est le fruit d'une curiosité dans le domaine des psychopathologies. La thématique de ce mémoire s'est concrétisée par différentes expériences pratiques vécues en stages ainsi que par plusieurs apports théoriques découverts tout au long de mes dernières années d'études à l'Université de Liège.

Pendant mes stages en tant qu'assistante en psychologie, j'ai eu, pour la première fois, l'occasion de travailler avec des personnes dépendantes souffrant de ce trouble de la personnalité. J'avais l'impression que cette patientèle était porteuse de stigmatisations et de représentations majoritairement négatives. La réaction de l'équipe et la place énorme que ces patients prenaient dans leur discours ainsi que dans leurs interventions m'ont impressionnée et ont suscité mon intérêt.

Le sujet de mon travail de fin d'études de la Haute Ecole était d'ailleurs déjà porté sur la thématique du développement d'une relation de confiance thérapeutique. Dès lors, la complexité d'installer une relation professionnelle avec un bénéficiaire état-limite dépendant m'avait interpellée.

Le transfert et le contre-transfert me paraissent être des outils de travail essentiels pour aboutir à un accompagnement de bonne qualité dans lequel le soignant propose un cadre sécurisant et bienveillant. Malgré la position principale du patient dans la relation au contexte thérapeutique, je pense qu'il ne faut pas négliger l'aidant qui est, lui aussi, un individu avec ses limites et sa propre personnalité ne lui permettant pas toujours d'être dans une relation de qualité.

Nous avons constaté le manque de recherches sur la thématique traitant du vécu de l'intervenant social en interaction avec cette patientèle spécifique dans le domaine de la psychologie clinique. Il nous semblait donc intéressant d'investiguer cette problématique sous un angle différent de celui posé habituellement, c'est-à-dire sans grille interprétative pré-organisée.

Afin de faciliter la lecture de ce mémoire, nous souhaitons éclaircir l'utilisation des pronoms personnels « Je » et « Nous ». Le « Je » désigne ma personne, en tant que mémorant, afin de préciser que certaines étapes de recherche, comme le choix de la thématique étaient réalisées par mes soins. Le « Nous » englobe ma promotrice et moi-même, permettant de refléter le travail collaboratif pour tous les éléments d'analyse et de réflexion. En ce qui concerne les termes incluant les professionnels

de la santé mentale, l'usage du masculin se veut globalement générique dans un but de simplification. Vous trouvez en annexes l'ensemble des retranscriptions des entretiens menés avec les sept participants.

Bonne lecture à vous.

2. Partie théorique

Dans un premier temps, nous allons tenter de définir brièvement la profession d'assistant social en tenant compte des subtilités associées, de l'action sociale et du travail social.

Le vécu du travailleur social se voit influencé par plusieurs facteurs, entre autres le contexte professionnel. Un autre élément d'influence serait le paradoxe avec lequel l'assistant social est continuellement confronté. Nous tentons d'explicitier cette complexité par la suite. Alors que durant les dernières années, les études et la littérature scientifique sur l'intervenant social ainsi que les difficultés rencontrées sur le terrain prennent de plus en plus d'ampleur, les écrits en psychodynamique sur cette thématique restent moins abondants.

En égard à notre sujet de mémoire, nous avons jugé utile de développer les thématiques de la personnalité état-limite et de la toxicomanie, leur interaction ainsi que la prise en charge pour comprendre l'impact de la relation sur le vécu de l'assistant social. Une attention particulière sera portée à la construction des objets internes au sein de l'économie et de la dynamique psychique du patient état-limite ainsi que de la personne toxicomane. Ce phénomène alimente le processus identificatoire et relationnel, ce qui nous semble nécessaire à la compréhension du vécu de nos participants. Ces aspects sont exclusivement abordés à l'aide de l'approche psychodynamique.

Nous aimerions préciser que l'emploi des termes « toxicomane » ; « personne dépendante » ;

« personne état-limite » ou « personne borderline » ne renvoient pas à une personne qui 'est' état-limite ou toxicomane, mais qui présente une problématique de dépendance ou un trouble de la personnalité limite. Ces dénominations ont pour cause une fluidité du récit et une clarté de rédaction.

2.1. Le métier du travailleur social auprès de sujets dépendants états-limites

2.1.1. Le métier de l'assistant(e) social(e)

La profession de l'assistant social, qui s'inscrit dans le domaine du secteur social, a connu une progression importante au cours des dernières années avec un accroissement du nombre d'emplois. Les structures d'accompagnement et de soins diversifiés ont vu le jour pour répondre au mieux à la complexité de la demande d'aide. Le plan gouvernemental d'action pour les professions du secteur social définit une large énumération des fonctions du métier : l'aide aux personnes et aux familles tant au niveau matériel que social et psychologique, le conseil, l'orientation, l'information, la participation à l'élaboration de projets, l'aide aux démarches et la prévention. (Bouquet et Garcette,

1999) La pratique professionnelle fortement développée implique des prises de décisions et comporte des missions de représentation ou d'encadrement qui entraînent une responsabilité importante. (Chopart, 2000) Pourtant, l'opinion publique réduit souvent leurs fonctions à une simple instruction des décisions qui permet aux personnes en difficultés l'accès ou le non-accès aux aides et aux prestations.

Avec d'autres intervenants (psychologues, économistes, sociologues, éducateurs, etc.), ils participent au diagnostic social et économique ainsi qu'à la mise en place d'interventions répondant aux problèmes en lien avec le contexte socio-économique actuel.

Pour l'obtention du diplôme de bachelier d'assistant social, trois années de formation sont nécessaires. Des cours théoriques ainsi qu'une expérimentation de la vie professionnelle en stage permettent à l'étudiant de capitaliser un certain nombre de ressources. Leur formation contient des bases théoriques dans le domaine de la psychologie, de la communication, de l'économie, de la psychosociologie, de la législation sociale comme dans le domaine des méthodes d'intervention en service social.

Nous souhaitons mettre en évidence la signification de l'action sociale, afin de mieux cerner la mission de l'AS. Par définition, l'action sociale présente un caractère global et volontariste. Elle crée une offre socialisée de biens pour un territoire ou un public spécifique. L'objectif constitue l'aide par l'insertion ou la réinsertion des personnes dépourvues et exclues de la collectivité.

2.1.2. La construction identitaire professionnelle et le paradoxe du travail social

Il nous semble intéressant de prendre en compte les écrits de Granja, qui évoquent la construction identitaire et l'affirmation identitaire de la profession du travailleur social. Il définit la construction d'identité comme « un processus continu qui commence par la formation et se consolide dans les dynamiques processuelles et interactives de l'espace structuré des pratiques. » (Granja, 2008, p.21) Celle-ci nécessite une interaction dynamique entre la réalité sociale du terrain, la pratique professionnelle et la théorie. L'identité professionnelle constitue une ressource qui permet au travailleur social de donner un sens à son action, d'identifier sa mission et de légitimer son rôle. L'identité constitue alors une condition essentielle de l'action professionnelle.

L'intervenant social se trouve toujours dans une conflictualité dans laquelle il est amené à se questionner sans arrêt sur ses relations sociales, l'exercice du pouvoir, ses savoirs, ses perspectives d'évolution ainsi que sur la distance présente entre son rôle professionnel souhaité et attribué. L'une des difficultés réside dans le fait que l'intervention de l'assistant social est « limitée » aux conséquences sociales des problématiques ; il n'a aucun droit d'action sur les origines, ce qui génère des

ambivalences et des contradictions. En outre, les professionnels sont confrontés à des difficultés de plus en plus interdépendantes et complexes accompagnées d'un environnement turbulent et d'un futur pénible en prévision. En conséquence, ils remettent en question la suffisance de leur savoir, permettant de déployer une pratique adaptée. Granja identifie comme source de tension supplémentaire : la relation d'aide et de proximité.

Voici, des exemples de ces paradoxes résultant de cette dualité relationnelle :

- Exercer un contrôle social tout en réclamant l'autonomie alors que la plupart des sujets se trouvent déjà dans une dépendance installée ;
- Se débattre entre les techniques, les valeurs éthiques, les fonctionnements des différentes institutions et les règles ;
- Former des acteurs collectifs¹ en se confrontant à des réponses et des ressources insuffisantes ;
- Valoriser la participation à des mouvements sociaux et en même temps, s'opposer à des stratégies contradictoires provenant du système social même qui vise la survie des populations ;
- Utiliser les savoirs théoriques sur les origines et conséquences des complexités sociales tout en ayant des difficultés à contrôler un ethnocentrisme² ;
- Fournir des ressources et faire respecter les droits ainsi que parallèlement s'opposer aux conséquences perverses en protégeant le bénéficiaire mis à mal par le système social.

Autès (2013) ajoute à ces paradoxes une nouvelle difficulté liée à la définition même du travail social, car celui-ci s'articule constamment entre l'intermédiaire de l'économie (production et circulation des richesses, administration des choses), de la politique (pouvoir, domination et gouvernement des hommes), de la protection sociale et du droit du travailleur.

Comme type de soutien face à ce paradoxe, l'auteur identifie l'accès au savoir permettant d'agir de manière plus sûre et d'affronter les contraintes de l'action. La formation théorique est citée comme

¹ « acteur collectif est un groupe de personnes organisé, mobilisé à partir d'expériences, d'intérêts et de solidarités convergentes autour d'un projet commun qu'il tente d'imposer, par le biais de l'action collective. L'acteur collectif exerce donc des pressions sur les institutions pour amener le changement » (Duperré, 2004)

² Ethnocentrisme : « Tendance à privilégier les normes et valeurs de sa propre société pour analyser les autres sociétés ». (Larousse, 2018)

ressource centrale. Selon Granja, une autre ressource réside dans l'expérience personnelle permettant la consolidation du savoir d'action et des schémas de rationalité liés aux structures cognitives et à la mémoire émotionnelle. Comme dernier élément protecteur, Granja évoque le discours entre pairs qui a comme bénéfice de reconstruire les fondements identitaires. Le discours provoque par le développement d'un langage commun, un sentiment collectif de valeurs, des rituels associés et des références identitaires. Des représentations semblables et des communications réciproques dans le contexte de travail forment la base des interactions entre ces professionnels.

On peut imaginer que ces difficultés se complexifient face à la population traitée dans cette recherche. Au travers de notre écrit, nous tentons de mieux comprendre le vécu de l'AS dans cette relation d'aide complexe sans oublier que les résultats de cette recherche doivent être compris par le biais d'une patientèle spécifique

2.2. Le patient état-limite, dépendant de substances toxiques

2.2.1. La personnalité état-limite

C'est à la psychanalyse que l'on doit le concept 'état-limite'. En 1945, Otto Fenichel fut l'un des premiers à insister sur l'existence de ce trouble. Kernberg proposa le terme d'organisation-limite pour indiquer que l'état limite est durable et stable. Avec le temps, le fonctionnement limite s'est individualisé pour exister à présent en tant que tel dans les classifications des maladies psychiques. Cette conformité ne va pas de soi, vue la multiplicité des termes qui tentent de définir au mieux cette unité complexe.

Cette pathologie se définit comme étant à la frontière entre la structure névrotique et la structure psychotique. En général, elle se manifeste dans le transfert et la régression des particularités du système défensif. Cette entité clinique se caractérise par l'instabilité relationnelle et identitaire, l'impulsivité et la dégradation émotionnelle. Souvent considéré comme difficile à traiter, la littérature soutient de plus en plus le bon pronostic de ce trouble, en particulier lorsque les comorbidités sont faibles.

Nous souhaitons à présent illustrer la particularité de la relation à l'objet de ce public spécifique afin de déceler au mieux le vécu du travailleur social en interaction avec cette patientèle.

Au regard de la porosité des limites du Moi, il existe une difficulté à différencier le Moi de l'objet, l'extériorité de l'intériorité, le dedans du dehors. La clinique des organisations limites indique une problématique de la distance relationnelle causée par des angoisses d'intrusion et d'abandon. (M. Corcos et P. Jeammet, 2010) Ces angoisses en lien avec les concepts de pénétration et de castration

sont consécutives à l'éloignement de l'objet aimé ou la présence intolérable de celui-ci. La présence de l'objet est susceptible de provoquer un sentiment d'envahissement et la disparation au sein de l'espace de perception est vécu comme une perte, un abandon, un arrachement. Une défaillance du fonctionnement auto-érotique et du système de pare-excitation semble être la source de problèmes insistants de l'expression incontrôlée d'émotions ainsi que de l'emploi du mécanisme de déni d'autres affects. Le modèle de l'auto-érotisme paraît utile pour mieux cerner la construction des frontières entre soi et l'objet. Pour cela, il nous semble nécessaire d'aborder la théorie de Winnicott autour de l'objet transitionnel. L'auteur souligne la capacité psychique à ramener à la présence intérieure de l'individu un objet absent dans la réalité extérieure. Cet objet peut être défini comme 'un tenant-lieu' de la mère interne. Un manque d'expériences sécurisantes et valorisantes amène une défaillance dans la construction d'un 'bon objet interne' qui favoriserait l'endurance des affects frustrants dans les moments d'absence de l'objet externe. Ce mécanisme s'établit habituellement à l'aide de l'activité hallucinatoire et fantasmatique du sujet. Pour cela, il est nécessaire de parvenir à oublier l'objet et de pouvoir s'en séparer afin de rendre présent un objet absent dans le champ perceptif. Cet exercice se présente comme très difficile, voire impossible pour la personnalité état-limite. Le rapport disparu/apparu dans l'espace extérieur semble établir une équivalence au plan de l'espace psychique avec le rapport mort/vivant. La nécessité de la vision se cristallise. Pour vérifier l'existence de l'autre au-delà de son absence physique, le téléphone peut être utilisé compulsivement.

Le mécanisme du clivage est souvent soutenu par le pragmatisme dans la cognition. Dès que la personne est confrontée à une déception personnelle, les traits positifs du sujet décevant font l'objet de l'oubli. Ce fonctionnement inconscient sert à établir une cohérence avec les sensations internes. Sur ces entrefaites, l'objet est devenu 'mauvais'. Ce fonctionnement psychique met à mal l'activité d'interprétation, ainsi que l'opération cognitive d'un raisonnement plus nuancé. Le style relationnel est donc animé par une alternance entre l'idéalisation et la dévalorisation, entre l'investissement extrême et l'effacement de l'objet. Les liens plus superficiels ouvrent la porte à des contacts plus faciles. Plus, ces relations se caractérisent par l'intimité, plus elles deviennent conflictuelles. On peut alors remarquer une attitude à transformer des situations potentiellement positives en un chaos relationnel où la souffrance domine. (Cazaubon, 2012)

Ces patients se trouvent donc dans une certaine incapacité à évaluer de façon réaliste les autres ou de ressentir de l'empathie à leur égard. L'efficacité de la prise en charge psychique ne peut passer que par une transformation des différentes relations d'objet activées dans le transfert. Il est nécessaire de pouvoir permettre au patient de rectifier les représentations imaginaires les plus angoissantes.

Nous avons l'impression que cette tâche attribuée aux travailleurs sociaux semble être un défi particulièrement difficile, vue l'exposition des intervenants à l'oscillation rapide entre l'idéalisation et la totale déception à leur égard.

2.2.2. La toxicomanie

Il nous semble nécessaire de préciser que la toxicomanie ne constitue pas une quatrième structure psychique. Dès l'analyse plus profonde du fonctionnement de la personne toxicomane en état d'abstinence, on rencontre la vraie structure de la personnalité. Marcary-Garipuy (2010) évoque comme points communs dans leurs fonctionnements psychiques un rapport particulier à la castration et à un certain type de jouissance. Les personnes dépendantes expriment implicitement un 'non' à la castration et une adhésion à la jouissance. Cependant, ce qui constitue la souffrance de la personne, représente aussi bien sa jouissance. En ce qui concerne l'amitié et l'amour, ces personnes préfèrent vagabonder tout en se fixant à un type de jouissance répétitif. Leur milieu social se définit par des personnes également adhérentes aux substances desquelles on peut dire que ce sont moins des liens sociaux qu'elles établissent mais des interrelations autour du produit avec d'autres toxicomanes.

Le désir pour le produit apparaît souvent à la période de l'adolescence. Les écrits de Marcary-Garipuy (2010, p.18) tentent de l'expliquer : « Si pour Freud la puberté peut être une période favorable au déclenchement de la névrose parce qu'il y a accroissement de la libido et donc frustration et régression possible-parce que le corps est agité par la mise en place hormonale-, ce qui est déterminant en ce temps, c'est que le sujet effectue des choix : non pas de structure, comme le soutient Bergeret par exemple, mais d'objet. » On peut dire que cet amour pour le produit se développe au moment où l'objet de désir se présente en tant qu'accessible.

Comme pour la thématique des états-limites, nous souhaitons aborder la défaillance de l'objet transitionnel interne, afin de concevoir dans quel contexte relationnel le travailleur social intervient.

Nous découvrons à l'aide d'apports théoriques que la problématique de base du toxicomane est similaire à celle de l'organisation limite, à savoir une défaillance de l'objet interne. Une réponse non adéquate au sein du système primaire relationnel amène une non satisfaction du besoin sécuritaire de l'enfant. Un ressenti envahissant ainsi qu'une sensation d'abandon sont à l'origine d'une sensibilité particulière environnementale à défaut d'une élaboration d'un espace psychique. Une complication au sein des relations sentimentales est due à une fragilité d'investissement des figures parentales, laquelle éveille une perte d'énergie narcissique afin d'essayer de combler ce manque. Le toxicomane essaie à travers l'intoxication de traiter les représentations angoissantes ou agres-

sives et d'appréhender les objets internes. L'intoxication exprime alors un échec de la fantasmatisation et de l'internalisation de l'objet. La drogue représente alors un substitut de l'objet transitionnel.

« Le recours au produit vient restaurer « une trame narcissique qui demeure en quelque sorte trouée, les trous étant occupés par les objets externes » » (Jeammet, 1991 cité par Miel, 2002, p.13) La substance toxique est utilisée afin de maîtriser la relation objectale. Cette régularisation se traduit par la tentative d'atténuer les angoisses résultant de l'impression de perdre l'objet ou d'être persécuté par celui-ci. L'auteur interprète ce phénomène comme une pathologie du lien objectal, suite à une dépendance narcissique aux objets externes. Le point déterminant étant que la perte ou la menace de perdre l'objet d'étayage déclencherait des comportements addictifs. La substance a donc comme fonction de restaurer une blessure narcissique. En général, on peut dire que le toxicomane influencerait son environnement, autant que ce dernier aurait une influence sur la personne dépendante.

2.2.3. L'interaction entre la dépendance et personnalité état-limite

La dépendance est un symptôme fréquent de la personnalité limite. Dervaux et Laqueille (2016) mettent en avant la fréquence élevée de cette comorbidité. Ils constatent que les patients présentant ce double diagnostic sont significativement plus jeunes, plus souvent féminins et majoritairement porteurs de troubles de l'attention à l'âge adulte. Une autre étude (Grant et al., 2008, cité par Dervaux et Laqueille), montre que 45,3% des personnes diagnostiquées 'borderline' sont également touchées par la toxicomanie. Cela représente un facteur de risque supplémentaire dans l'élaboration d'une relation constructive et de qualité.

Généralement, l'intoxication serait plus compulsive chez ces patients. La majorité des patients borderline consommerait plusieurs substances, surtout les médicaments sédatifs (benzodiazépines), l'alcool et le cannabis. Les symptômes repris dans le DSM comme des comportements auto agressifs et des conduites suicidaires sont plus fréquents suite à l'effet désinhibiteur de la prise des différentes substances. (Thomasuis , 2004)

Les recherches ont également démontré que les patients borderline avec addiction ont plus fréquemment des antécédents de troubles post-traumatiques, ainsi que des troubles de l'attachement de type insécure-évitant, insécure-désorganisé, insécure-ambivalent que les patients borderline sans abus de substances. Les patients borderline présentant une addiction rapportent également des niveaux d'impulsivité plus élevés (relation bidirectionnelle entre impulsivité et addiction).

Une autre comorbidité compliquant le travail avec ces personnes est l'alexithymie qui se définit par une difficulté à identifier et à décrire les émotions, à en comprendre les origines et à les contrôler.

La tentative de gestion d'émotions à l'aide de substances psychoactives pourrait être considérée comme une stratégie adaptative de ces patients à la réalité externe. (Gunderson, 2009, cité par Der-vaux et Laqueille) La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que les conduites addictives sont consécutives aux troubles de personnalité borderline, notamment dans une perspective d'automédication, de la dysrégulation émotionnelle, des troubles de l'attachement et des troubles post-traumatiques.

Dans l'article de Thomasius (2004), l'auteur nous informe du fait qu'il n'y a pas de psychodynamique générale concernant cette patientèle, mais qu'on peut constater une structure de personnalité typique. Dans son livre « Les troubles limites de la personnalité », Kernberg décrit ces personnalités addictives comme des formes de « pathologie sévère où il y a une éruption permanente et répétée d'une impulsion qui satisfait les besoins pulsionnels, d'une manière non syntone au moi en dehors de ces épisodes impulsifs, mais qui se trouve syntone au moi et ainsi source de plaisir au cours des épisodes eux-mêmes. » (Kernberg, 1979, p.9) L'approche analytique considère que leurs comportements hautains, leurs faits de manipulations, constituent une défense contre les aspects paranoïaques. Ces personnes présentent des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi qui se traduisent en résumé par un manque de tolérance à l'anxiété, un manque de contrôle pulsionnel ou un manque de développement des voies de sublimation. Malgré cela, il est difficile de distinguer phénotypiquement les dépendants les plus endurcis des personnes borderline. La différence vient du fait que la structure de base d'une personne dépendante ne fonctionne pas majoritairement avec la stratégie défensive du clivage « bien-mal ». Au niveau du diagnostic, on doit remettre en question la fonction spécifique de la substance psychotrope pour chaque cas individuel :

- *La réduction des affects* : Aussi bien chez les personnes borderline que chez les dépendants, la prise de substance peut servir de défense pharmacologique induite contre certains affects, surtout s'il y a un besoin de réduction des émotions qui sont vécues comme globales et indifférenciées, comme de la colère écrasante, de la panique destructrice ou un sentiment de vide total.
- *L'autodestruction* : A côté des patients névrotiques et des patients présentant une faiblesse du Moi, on trouve dans le groupe des dépendants, des personnes dont les tendances autodestructrices se trouvent au premier plan. Dans la biographie de ces patients, on identifie des expériences traumatiques comme le décès d'un proche, l'abus sexuel/psychique ou une consommation excessive de drogue ou d'alcool des parents. Ce sont des patients qui, souvent, ont frôlé la mort. On ressent qu'il s'agit ici de questions et de processus existentiels (être ou ne pas être). Comme constaté auparavant, l'approche analytique démontre qu'un

manque d'objet sécurisant interne empêche de profiter de la vie. Dans ce cas, la psychodynamique de la dépendance est marquée par un changement permanent entre l'introjection et la projection. La substance toxicomanogène qui représente le substitut de l'objet externe, est incorporée et ses éléments destructifs se répartissent dans le corps. Même si la substance toxicomanogène représente en fait le 'mauvais objet', le dépendant fantasme la substance en 'bon objet' apportant la relaxation, le silence et la libération. Seulement après avoir dévoré la substance, elle se transforme en mauvais objet qui attaque le corps et qui apporte un cycle de défaillance, de désespoir et de faute. Dans cette ambivalence, le dépendant reste prisonnier.

- *La gestion des conséquences traumatiques* : Beaucoup de patients borderline avec un mécanisme de défense stable de clivage présentent un passé traumatique. Les comportements dissociatifs représentent souvent la seule possibilité de se protéger. L'utilisation de substances peut être utilisée comme stratégie de coping supplémentaire.
- *La régulation proximité-distance* : Beaucoup de dépendants et aussi certains patients borderline montrent un trait de caractère phobique. Des obligations et des structures externes sont vécues comme étouffantes, tout particulièrement des proximités avec d'autres personnes. La relation semble être mise au même niveau qu'une dépendance intrusive qu'il faut éviter. Une quête envers un objet protecteur se met en place. Cet objet protecteur, ici symbolisé par une substance psychotrope, une fois trouvé, le sujet se soumet à celui-ci. Le dépendant se retrouve par la suite coincé dans une situation paradoxale : suite à une immense angoisse, la personne cherche refuge auprès d'un protecteur supposé, qui devient en même temps une nouvelle menace.

2.2.4. La prise en charge

Plusieurs auteurs ont souligné l'intérêt d'une prise en charge intégrée d'addictions et de troubles de la personnalité limite. Cependant, très peu d'études ont évalué l'efficacité des traitements médicaux et des psychothérapies chez les patients qui présentent cette comorbidité. L'intervention psychothérapeutique y apparaît généralement comme le traitement de première ligne et les médicaments auraient un rôle complémentaire. Le travail de fond vise à développer chez les patients des capacités adaptatives autres que le recours aux toxiques et à les aider à reconnaître les états émotionnels chez eux et chez les personnes de leur entourage. La négation de la dépendance par les personnes concernées, par les membres de la famille, par le partenaire ou autre, ainsi que l'insuffisance de volonté concernant la limitation de consommation sont des raisons pour lesquelles le comportement d'addiction s'étale, la plupart de temps, sur des années. Ce n'est qu'à un stade avancé que la personne développe une disposition de traitement. Un dépendant vit plusieurs fois un cycle

suite aux récurrences. Les périodes de récurrence deviennent plus courtes en fonction de l'âge tandis que les phases d'abstinence plus longues. Pour ces raisons, les interventions thérapeutiques de motivation sont conseillées pour les personnes borderline qui souffrent d'une dépendance. Thomasius (2004) cite les indices suivants qui se sont avérés importants pour un succès de la thérapie :

- Une thérapie régulière suivie jusqu'à la fin ;
- Une consommation réduite au début de la thérapie ;
- Des facteurs sociaux protecteurs (des amis abstinentes, une situation familiale protectrice, une perspective dans la sphère professionnelle) ;
- Un faible niveau d'autres comorbidités psychiatriques ;
- L'utilisation d'offres de suivi post-traitement.

Linehan et Dimeff ont développé 'la thérapie comportementale dialectique' (DBT) destinée aux patients borderline présentant des addictions. Le principe de cette approche est de se focaliser sur le rôle de la consommation dans les tentatives de contrôle des tensions et des débordements émotionnels, ainsi que sur la verbalisation et l'analyse des expériences émotionnelles interpersonnelles. Dans cette optique, la diminution de la consommation est préférée à l'abstinence. Il est également important de travailler les capacités adaptatives et la reconnaissance des états émotionnels chez eux et chez les autres. (Dervaux et Laqueille, 2016)

Selon la littérature scientifique, la relation thérapeutique aux soignants est directement liée à l'efficacité du traitement de ce trouble. Cailhol et Ragonnet (2012, p.101) mentionnent que

« la relation thérapeutique désirée par les patients est de type collaboratif, égalitaire, non jugeant, avec une affirmation cohérente des limites du thérapeute et un engagement fiable dans le temps. » Généralement, les patients perçoivent une certaine hostilité envers les services de soin. Quand ces personnes se trouvent en période de crise, elles éprouvent une nécessité de réponses bienveillantes. Les patients se rejoignent quant au besoin d'une disponibilité importante des professionnels pour parler et recevoir des conseils. Habituellement, la permanence téléphonique est valorisée et les médicaments sont plutôt ressentis avec réticence.

En concluant, la plupart des auteurs sont en consensus sur le fait que la combinaison d'une approche psychothérapeutique, d'un support émotionnel et d'un traitement médicamenteux est nécessaire pour augmenter l'efficacité du traitement.

2.3. Le vécu des travailleurs sociaux dans la prise en charge des patients

états-limites, dépendants de substances toxiques

La littérature scientifique semble s'accorder sur le fait que soigner des individus dépendants avec un trouble de la personnalité limite peut être très difficile au niveau émotionnel. Par l'investigation dans la partie théorique suivante et par notre recherche, nous allons tenter de mettre en lumière cette thématique sous tous ses aspects. Afin d'illustrer l'importance du travail effectué par les acteurs sociaux auprès de cette patientèle, nous recourons à l'article de M. Hesse (2005) qui met en avant les facultés des travailleurs sociaux à évaluer un diagnostic de trouble de la personnalité. En effet, par un contact plus intense dans de nombreux settings thérapeutiques, leur connaissance limitée dans le domaine des psychopathologies est rééquilibrée. Ils ont la chance d'observer des comportements que les psychologues ou psychiatres ne perçoivent probablement pas. Par conséquent, les intervenants sociaux sont à même de reconnaître des informations pertinentes sur le fonctionnement psychique global des patients contribuant à une image clinique plus compréhensible.

A présent, nous proposons d'éclaircir le vécu des assistants sociaux, façonné par la réalité du terrain et les difficultés qui en découlent. Le contact quotidien avec la misère sociale, la souffrance, les conséquences de la déqualification sociale et le manque de ressources peut provoquer un malaise chez l'intervenant social. Un affaiblissement affectif et un arrêt du travail peuvent être les conséquences de ce mal-être. (Autès, 2013) Une étude de Dunne E. et Rogers B. (2012) menée aux Etats-Unis montre que les intervenants sociaux qui travaillent avec les personnes diagnostiquées borderline sont perpétuellement négligés par les services de santé mentale. Par la suite, ils demandent plus de support pour assurer leur propre bien-être. Cette recherche a montré que seulement un tiers des intervenants semble satisfait de l'accomplissement de leur tâche professionnelle et qu'il existe un manque de communication entre la patientèle et l'équipe de travail. Les auteurs sont d'avis qu'il est nécessaire d'inclure tous les soignants dans les réunions dans lesquelles l'équipe discute des plans de traitements afin de pouvoir jouer un rôle actif dans l'évolution de la maladie des patients. Il y aurait également un manque de connaissances au niveau théorique de la psychopathologie de personnalité limite, perçu comme frustrant par les acteurs sociaux, qui sont souvent amenés à effectuer des recherches sur Internet pour trouver des explications par rapport au diagnostic. De plus, la population toxicomane-borderline se présente habituellement en état d'urgence et sollicite une aide élargie sur plusieurs domaines de vie tant sur le plan personnel, occupationnel, familial que social. Le professionnel est donc amené à développer tout un éventail d'habiletés dans sa pratique, à savoir des capacités de travailler avec des groupes, des membres de familles et des couples. (Gagnon, 1992) De plus, cette patientèle demande souvent aux aidants d'agir à leur place, tout en revendiquant leur

liberté d'opérer, ce qui amène des situations complexes pour le personnel concerné. La prise en charge des personnes présentant ce double diagnostic est donc considérée comme difficile et nécessite du personnel expérimenté avec des compétences multiples. Une de ces qualités de prise en charge des patients à double diagnostic, que plusieurs articles accentuent, est l'importance de repérer et de maîtriser les mouvements contre-transférentiels souvent intenses. Beaucoup d'auteurs font consensus du fait que le cadre thérapeutique doit être animé par une quête continuelle de la bonne distance relationnelle. L'article de Nadeau (1985) met, par exemple en évidence, la nécessité d'un savoir-faire directif à travers la mise en place de règles de vie strictes dans les communautés thérapeutiques pour toxicomanes. L'auteur prétend que la prise de conscience proviendrait avant tout d'un changement antérieur de certaines habitudes de vie à travers la mise en place de limites comportementales par les intervenants sociaux. Nadeau affirme qu'un intervenant non directif provoquerait chez le toxicomane devenu abstinent une nouvelle adhérence à un mode de vie tout aussi pauvre que celui lié à la dépendance à une substance toxique. L'efficacité de cette pratique directive peut évidemment être remise en question, cependant nous soulignons le manque de littérature sur cet aspect traitant des compétences relationnelles attendues dans l'accompagnement de cette patientèle.

Les représentations des sujets dépendants états-limites constituent une autre influence importante du vécu affectif des intervenants. C'est la raison pour laquelle ces perceptions font partie intégrante de nos analyses. Diverses recherches cliniques ont souligné le phénomène que les intervenants fournissent souvent des réponses d'une extrême intensité émotionnelle à cette patientèle. Toute leur attention serait focalisée sur une rupture ou des conflits relationnels pouvant surgir à tout moment. Bodner et al. (2015) traitent cette thématique plus en détails. Les patients borderline auraient une mauvaise réputation. Ils créeraient inconsciemment une hostilité et une certaine agressivité, se blesseraient eux-mêmes, menaceraient de se suicider, contrarieraient l'équipe, abandonneraient le traitement et pourraient même harceler leur thérapeute. Ils sont souvent perçus comme difficiles, agaçants, manipulateurs et comme « mauvais » à défaut de la reconnaissance de leur trouble. Les attitudes du personnel de la santé mentale à l'égard de l'hospitalisation et du traitement des patients borderline peuvent affecter la gestion des soins et peuvent également dégénérer en un cercle vicieux de malentendus et entraîner un taux élevé d'abandon de traitement. Ils ont découvert que les travailleurs sociaux ont la vue la plus optimiste concernant l'efficacité du traitement psychothérapeutique contrairement aux psychiatres qui présentent eux, une préférence pour le traitement médicamenteux. Les infirmiers ont obtenu le taux le plus faible en optimisme et en empathie envers ces patients. Markham (2003) ajoute une étude qui avait pour but d'évaluer les effets du diagnostic personnalité borderline sur les attitudes et perceptions des membres de l'équipe. Les résultats montrent que les infirmiers expriment moins de rejet social envers les patients schizophrènes qu'envers

les patients états-limites, ils percevraient la patientèle état-limite comme plus dangereuse que les autres. Cette distinction serait perçue comme moins importante de la part des travailleurs sociaux. En général, tous les collaborateurs éprouveraient davantage de sentiments négatifs et frustrants envers cette population durant les expériences professionnelles.

Il nous semble également important d'accentuer l'impact du travail sur la vie quotidienne des intervenants. Les soignants rapportent une influence significative du travail sur leur style de vie. Ils énoncent qu'ils ne sont plus la même personne qu'ils étaient avant, à bien des égards. Les intervenants se décrivent comme des travailleurs qui occupent un rôle à temps plein, 24h sur 24h. Cet aspect limite leur vie privée et le temps consacré à leurs loisirs et à leurs propres familles. « Je passe mon temps libre à la maison en train de réfléchir et de m'occuper des patients, j'en oublie mes propres besoins. » dit un soignant.

L'article de M. Delhaye et F. Lotstra (2007) nous donne accès à une réflexion intéressante autour des différents stades émotionnels par lesquels passe le soignant en interaction avec la patientèle souffrante. Malgré que cet écrit englobe la population générale des soignants, il nous apporte un matériel théorique captivant permettant de comprendre plus spécifiquement le vécu de nos intervenants sociaux. Les auteurs tentent de décrire les différents stades maturatifs du travailleur social en tenant compte de la complexité relationnelle que cette pratique implique. Au début de son parcours professionnel, l'acteur social pourrait être bouleversé par la confrontation aux diverses pathologies et souffrances psychiques. L'affectivité peut se trouver irritée et les auteurs parlent du développement d'une probable 'pseudo-empathie' qui est susceptible de déstabiliser le professionnel de la santé. En effet, le terme 'pseudo-empathie' est employé car le travailleur social débutant se trouve dans l'incapacité de ressentir l'empathie idéale pour cause d'une subjectivité défensive et d'émotions teintées de projections de sa part vis-à-vis de la patientèle. Ces mécanismes ne sont pas plus détaillés à travers cet écrit, mais nous essayons de les découvrir à travers nos analyses. Une hyperémotivité et/ou une confusion émotionnelle peuvent être générées à ce stade maturatif appelé 'le stade d'immersion'. Puis, le stade de 'l'empathie souffrante' s'installe à savoir une prise de conscience plus sensible pour le bénéficiaire qui risque d'éveiller un sentiment de compassion. L'article de M.Thorkildsen, K. Eriksson et M-B. Raholm (2014) spécifie ce phénomène contre transférentiel et donne un aperçu de l'intensité sentimentale. Les auteurs parlent d'un certain 'amour' se développant lors du soin des personnes qui souffrent d'une addiction. L'amour peut être compris comme un sacrifice. Cette implication est fondamentale pour atténuer la souffrance des toxicomanes et pour promouvoir leur santé. Cette approche constitue un aspect central dans la philosophie de soin. Cet amour peut être compris par l'un et l'autre, comme un mouvement de donner et de recevoir, un peu de la même manière qu'un cadeau, ce qui peut donner de l'énergie pour travailler dans ce domaine.

Malgré cet aspect positif, la confrontation quotidienne plus intime avec le fonctionnement du patient pourrait également engendrer une réactivation des conflits infantiles archaïques. Les états de détresse des patients sont quant à eux susceptibles d'éveiller une recherche d'amour et de reconnaissance non assouvie auparavant chez les soignants. Cette réactivation est à l'origine d'aménagements défensifs puissants car l'affectivité peut se présenter comme difficilement supportable. Ensuite, pendant l'avant dernière étape appelée le 'stade de la mise à distance', l'acteur social tente de se dégager de cet amalgame d'émotions. L'attitude défensive de celui-ci le pousse à prendre une distance relationnelle afin d'atténuer sa vulnérabilité psychique. Par le centrage sur la technique et la démarche professionnelle, le soignant adopte une position de repli émotionnel. Une problématique s'installe lorsque le soignant reste coincé dans ce phénomène de déni émotionnel, mais dans la plupart des cas, une sublimation prend son chemin au prochain. Enfin, dernier stade : 'le stade de la maturation'. Une maîtrise des affects et le relâchement d'inhibitions défensifs amènent à nouveau à un humanisme façonné par un savoir-être et un savoir-faire de la part de l'aidant. Le patient auparavant plutôt vu comme un objet manipulable se transforme en individu souffrant, pensant et ayant des désirs relationnels personnalisés.

Face à cette complexité, nous voulons à présent aborder les différents types de soutien souhaités par les intervenants afin d'aboutir à un meilleur accompagnement social.

Cailhol et Ragonnet, C. (2012) ont mené une étude en France dont les résultats figurent dans l'article : « Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite ». Dans cet article, les professionnels soulignent l'importance d'une organisation structurée de la prise en charge, durant laquelle les travailleurs partagent une philosophie commune.

- Le groupe focus multidisciplinaire de cette étude met le point sur la nécessité de relations thérapeutiques stables mais non figées et l'importance du soutien d'une équipe pluridisciplinaire.
- Le groupe focus infirmière souligne le besoin d'une amélioration de leurs compétences par des formations ainsi que des cadres de soins stables permettant une écoute, une disponibilité et une adaptation à l'état du patient.
- Le groupe focus psychologue annonce la nécessité d'un point d'attache stable et juge les besoins de cette patientèle comme non-spécifiques, tout comme leur traitement majoritairement basé sur la relation transférentielle. Le groupe plaide de pouvoir occuper une place plus importante, en vue de favoriser une vision du fonctionnement psychodynamique de la personne.

- Le groupe focus acteurs sociaux souligne le défaut de connaissance sur le sujet et le besoin d'un accompagnement stable et sans contrainte.

Ils ajoutent que les travailleurs désirent plus de communication avec le système de santé mentale, plus d'informations afin de pouvoir gérer plus efficacement certaines situations et conflits. Cependant, les données dans ce domaine sont encore très rares. Ceci nous a motivés à construire une question de recherche autour de ce sujet.

Si nous assemblons les aspects théoriques vus auparavant, nous pouvons présumer la complexité et l'intensité des vécus affectifs auxquels les travailleurs sociaux sont soumis.

3. Méthodologie

3.1. Population

Dans cet écrit, nous avons choisi de travailler avec des intervenants sociaux afin d'étudier leur vécu et leurs représentations en lien avec la pratique au côté de personnes dépendantes états-limites. Nous avons effectué des entretiens avec divers professionnels qui exercent auprès de personnes toxico-manes depuis un laps de temps différent, c'est à dire entre 2 et 39 ans. Nos participants pratiquent au sein d'institutions psychiatriques générales, dans des services spécialisés aux traitements, mais aussi dans des services d'habitations protégées ayant comme mission l'hébergement d'adultes présentant une problématique psychiatrique ou alors ils s'investissent dans la prévention et la réduction des risques en matière d'assuétudes. Ce travail est né suite à une envie personnelle. Nous voulions découvrir leur pratique et leurs ressentis que nous imaginions déjà très complexifiés et parfois même frustrants vu le contact rapproché avec cette patientèle. Dans les institutions psychiatriques et les différents services auxquels nous nous sommes adressés, les intervenants sociaux accompagnent les patients de manière quotidienne, incluant les moments de progression et de rechutes. Etant donné que la plupart des recherches se concentrent sur le vécu du patient, il me tenait à cœur de proposer un point de vue différent de ce qu'on a l'habitude et de se concentrer sur le soignant, l'oublié mais dont le rôle me semblait primordial, considérable et certainement très difficile. Au début de mes recherches, je souhaitais élargir mon champ d'intervention à différentes professions (éducateurs, assistants sociaux et infirmières), mais les réponses à ma demande se sont limitées à la profession d'assistant social. A travers les différentes analyses et à l'aide d'apports théoriques, nous essayons de comprendre cet intérêt relatif à ce métier spécifique.

3.2. Outils de traitement

Notre outil de traitement se base sur plusieurs thématiques de recherche notamment sur des entretiens individuels semi-structurés. Ces thématiques se sont modifiées à plusieurs reprises, afin de correspondre à nos attentes. Nous avons choisi de réaliser ces entretiens d'après les thématiques que nous avons construites en confrontation avec différentes réflexions des personnes ressources :

- La motivation personnelle de se trouver à cette place et dans cette institution ;

- Le vécu psychoaffectif du travailleur social et les répercussions du travail sur sa vie quotidienne et sur ses relations;
- L'exploration du contre-transfert dans ses pratiques;
- Les mécanismes de défense utilisés par l'intervenant social;
- Les difficultés ressenties par l'intervenant en rapport à la prise en charge ;
- L'étayage et les pratiques mises en place pour soutenir le travailleur social.

Afin d'aiguiller nos observations, nous nous sommes basés sur la méthodologie du 'récit de vie', à savoir, une expression orale aperçue dans un rapport d'interlocution direct. Contrairement à une autobiographie spontanée, le récit de vie est initié dans ce cas, par une demande venant de notre part. Nos sept participants ont alors la possibilité de s'exprimer librement sur leurs pensées, sur leurs idées et sur leurs expériences passées associées à la thématique de recherche. En général, l'entretien semi-directif permet d'encadrer la personne, ce qui apporte une liberté d'espace de parole. Un autre avantage est que cette méthodologie nous permet de pouvoir comparer les données entre elles. Cette étude qualitative en forme d'entretien semi-structuré a pour objectif de comprendre le vécu psycho-affectif et les représentations des intervenants sociaux. Nous nous sommes intéressés à la réalité psychique de nos participants en étudiant le contenu verbal (les émotions exprimées, les expériences, les représentations, les connaissances sur les thématiques...). Nous avons également pris en compte le contenu non verbal (les émotions exprimées par le corps, les temps de latence, le langage corporel, ...).

Il nous semble nécessaire de préciser que ce sont les participants, durant les différents entretiens, qui déterminent de ce qu'ils nous font part, consciemment ou inconsciemment. Notre présence a systématiquement un impact sur le contenu de leur partage car les entretiens se déroulent sous forme de dialogue. Nos analyses se sont façonnées à l'aide de nos trois questions de recherche. Lors de ces interprétations, nous avons eu l'occasion d'aller rechercher et d'observer le vécu et les représentations inconscients de nos participants. La démarche clinique et les fondements théoriques sont majoritairement orientés par l'approche psychanalytique. Nos analyses personnelles sont obligatoirement influencées par nos perceptions et notre affectivité comme le démontrent les mécanismes tels que le transfert et encore plus particulièrement le contre-transfert. Malgré cela, nous étions continuellement préoccupés d'essayer de rester le plus objectif possible durant nos analyses.

3.3. Procédure

Notre dispositif de recherche comporte des étapes obligées, que nous décrivons comme suit :

1. L'initiative d'adresser une demande à un participant potentiel. Après l'envoi des lettres d'information et le feedback reçu, un premier contact a eu lieu avec la direction de l'institution à laquelle j'ai expliqué les objectifs de la recherche. Après l'obtention de l'accord, j'ai envoyé la lettre d'information aux participants, c'est-à-dire aux travailleurs sociaux. C'est pendant cette étape que l'intérêt spécifique venant des assistants sociaux s'est cristallisé.
2. L'entretien s'est déroulé sur le lieu de travail et pendant les heures prestées, dans une pièce à l'écart du bruit. Le matériel se composait d'un magnétophone, d'une grille d'entretien avec les thématiques préparées ainsi que d'une feuille de consentement.
3. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et mot par mot.
4. Une analyse interprétative des entretiens en fonction de nos questions de recherche a été faite. Ces entretiens retranscrits tels quels ont donc fait l'objet d'un certain nombre d'opérations transformatrices.
5. Les analyses ont été comparées afin de percevoir les similitudes et les différences en ce qui concerne le vécu et les représentations des travailleurs sociaux. Une discussion au sein de laquelle des liens théoriques et des constatations interagissent clôt cette recherche.

Afin de respecter au mieux les règles d'éthique et de déontologie propres au métier du psychologue, nous avons pris la précaution de recevoir l'accord du comité d'éthique avant de débiter cette démarche. J'ai informé la direction des différentes structures ainsi que chaque participant sur la thématique de nos recherches, sur nos façons de récolter des données dans le respect de la personne et j'ai garanti d'assurer l'anonymat. Les intervenants sociaux ont également été informés de leur droit de refuser la participation ou de ne répondre qu'à certaines questions. Nous soulignons que le matériel enregistré sur le magnétophone sera supprimé après la rédaction du travail et que personne d'autre n'y aura accès.

3.4. Questions de recherche

Nous souhaitons mettre en évidence que ces questions de recherche ont été modifiées à plusieurs reprises au cours de ce travail. Etant donné que le matériel d'analyse a été recueilli en un seul entretien, ces éléments d'analyse, comme tous les autres, ne constituent que des interprétations. Cet écrit aura pour but d'apporter un éclairage sur les questions de recherche suivantes :

3.4.1. Comment le choix professionnel de l'assistant social s'inscrit dans son histoire personnelle ?

Le futur assistant social s'oriente vers un métier bien singulier. Nous nous interrogeons sur les déterminants de ce choix. Cette démarche formatrice en direction d'une population souffrante spécifique nous semble sans doute en relation avec son histoire personnelle passée. Nous ne pouvons donc pas faire l'abstraction des variables du fonctionnement psychique de l'intervenant, car nous voulons découvrir les raisons de cette orientation. Nous partons de l'idée que le choix professionnel est animé par des motivations internes et/ou externes. Parfois, le motif est conscient et est donc le résultat d'une réflexion, d'une élaboration intellectuelle ou d'un calcul. Et parfois, c'est d'ailleurs cet aspect qui nous intéresse particulièrement, la cause reste inconsciente et s'inscrit plus ancrée dans l'activité psychique profonde de l'individu. Ce fonctionnement est évidemment façonné par l'histoire personnelle du sujet. Le terme de 'motivation' se rapporte à des facteurs affectifs et cognitifs et englobe dans cet écrit tout ce qui pousse la personne vers cette orientation professionnelle. Il nous semble important de préciser que cette question inclut également les représentations qu'a l'intervenant social de sa mission au sein de la structure. Ceci nous semble fortement lié aux motivations qui contribuent de manière importante au choix professionnel.

Afin d'appréhender au mieux cette notion qui constitue un aspect notable de nos analyses, nous définissons le terme de représentation comme : « ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée et en particulier la reproduction d'une perception antérieure » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 414)

Les représentations des sujets répondent à un désir inconscient du psychisme des participants. Ils sont donc en lien avec le choix d'orientation professionnelle ainsi qu'avec la motivation de poursuivre ce travail d'accompagnement.

3.4.2. Quelle est l'influence de cet accompagnement psycho-social sur le vécu des assistants sociaux ?

Quelles sont les représentations que les assistants sociaux ont de la relation avec cette patientèle et leur pathologie ?

Cette question de recherche prend en considération l'investigation des participants du système perception-conscience. Cette partie traite plus les éléments conscients qui se retrouvent à la surface de l'appareil psychique.

Freud montre bien que toute représentation mentale implique nécessairement une rencontre initiale avec un objet, ici représenté par le patient dépendant état-limite. Ceci semble d'abord avoir été, en son temps, source de satisfactions. Il est clair que cette activité de représentation du Moi qui s'enracine dans la présence de l'objet ne correspond pas forcément à une réalité du terrain, car ce n'est qu'une des activités perceptives du Moi parmi bien d'autres.

Quelles sont les affects qui surgissent dans le travail avec les patients états-limites, dépendants ?

Cette question traite davantage les éléments inconscients et les affects qui sont partiellement provoqués par les représentations des travailleurs sociaux. De l'étude de la pathologie hystérique, Freud déduit que l'affect n'est pas toujours lié à la représentation. Il existe alors une représentation sans accompagnement d'un affect et un affect sans représentation qui, tous les deux, ont des destins différents. Il exprime que toute pulsion s'exprime dans les deux registres de l'affect et de la représentation.

Pour Laplanche et Pontalis (1967, p.12), l'affect se définit comme « tout état affectif, pénible ou agréable, vague ou qualifié, qui se présente sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale. (...) L'affect est l'expression qualitative de la quantité d'énergie pulsionnelle et de ses variations ». Freud énonce que l'affect est caractérisé par la traduction subjective de la quantité d'énergie pulsionnelle.

Selon Kernberg et al. (1995), plusieurs composantes interdépendantes de la pathologie limite suscitent chez les intervenants des sentiments et des comportements particulièrement difficiles à gérer et le basculement rapide des états affectifs provoque des réactions complexes chez ces derniers. Pour ces raisons, nous considérons qu'un autre concept contribue de manière inévitable au ressenti de l'assistant social : le transfert et contre-transfert.

Afin de mieux identifier ces mécanismes transférentiels, nous souhaiterons définir ces concepts psychodynamiques :

Entre 1900 et 1909, le terme « transfert » a été introduit par Sigmund Freud et Sandor Ferenczi pour nommer un processus constitutif de la cure psychanalytique. Les désirs inconscients du patient concernant des objets extérieurs se répètent en se projetant sur la personne de l'analyste dans le cadre de la relation thérapeutique. Freud considère le transfert comme instrument de la guérison, car il réactualise les désirs inconscients. Mais on ne peut pas nier que le transfert peut également constituer une résistance au traitement, au moment où les éléments qui, dans l'enfance, ont provoqué le refoulement, vont être activés et déplacés sur la personne du thérapeute.

Freud ajoute que les sentiments inconscients sont des expressions d'une relation refoulée aux images parentales. C'est la répétition de prototypes infantiles qui se réactualisent. Il différencie le transfert positif qui inclut des affects de tendresse, d'amour, de gratitude et d'estime et le transfert négatif fait de sentiments hostiles, agressifs comme la haine, le mépris et la jalousie. A ces deux formes de transfert, il ajoute le transfert mixte qui se compose d'affects ambivalents. On peut également différencier le transfert en fonction de la pathologie. Ce qui nous intéresse particulièrement ici, c'est le transfert de l'état limite ou anaclitose de transfert ou transfert de base. Une autre subdivision concerne la manière dont l'objet est perçu : le transfert paternel/masculin et le transfert maternel/féminin.

C'est à l'occasion d'une expérience négative avec une de ses patientes (cas de Dora), que Freud découvre la matérialité du transfert. Il refuse d'incorporer l'objet de transfert amoureux de sa patiente, qui a eu pour conséquence un retour du transfert négatif. Par après, il nomme ce phénomène relationnel 'contre-transfert' et définit ce concept comme « l'ensemble des manifestations de l'inconscient de l'analyste en relation avec celles du transfert de son patient » (2000, p. 199) Mélanie Klein explique le mécanisme par lequel le patient agit sur le psychisme de l'analyste par le terme 'identification projective'. Le patient projette sur son thérapeute une partie de son propre psychisme. Green ajoute que le contre-transfert ne se limite pas aux émotions positives ou négatives, mais qu'il englobe tout le fonctionnement mental de l'analyste.

Ferenczi précise qu'on peut observer ces deux phénomènes dans toutes les relations humaines, comme chez le travailleur social et le patient dépendant-état-limite. Il va donc de soi que ces deux notions représentent une composante importante qui colore d'une manière non négligeable le vécu de l'assistant social

3.4.3. Quels mécanismes sont mobilisés chez les intervenants pour se protéger de certains comportements des patients ?

Quel type de soutien recherchent-ils dans la réalité pour réaliser leur travail ?

Dans cette partie, nous souhaitons découvrir les objets sur lesquels le participant s'appuie afin de soutenir les pulsions auto-conservatrices du Moi. Freud a nommé le type de choix d'objet par étayage.

Quels mécanismes de défenses sont activés au sein du fonctionnement psychique des assistants sociaux ?

Afin de compléter le point de vue psychodynamique de cette analyse, nous allons aborder l'aménagement défensif, tel que nous l'avons perçu.

Il nous paraît important de recourir à une brève explication des mécanismes de défense, car ils constituent un point notable dans nos analyses.

Les mécanismes de défense sont des processus mentaux inconscients et automatiques qui contribuent aux résiliences, à la capacité d'atténuer des tensions internes et externes, à faire face aux conflits et aux dangers perçus à l'intérieur et à l'extérieur de nous. (Chabrol, 2005) L'aménagement défensif relativement stable caractérise le fonctionnement psychique d'une personne. Ces phénomènes peuvent être des processus adaptatifs, fonctionnels ou mal adaptatifs en fonction du type de défense, de la durée de sa mobilisation et de l'intensité. Le contexte externe ou interne de leur mise en jeu contribue également à leur fonctionnalité.

4. Résultats et analyse

4.1. Analyse des données et traitement des hypothèses

Ce chapitre contient les différentes analyses qui ont été réalisées d'après les récits que nous avons recueillis. Ces récits retranscrits se trouvent en annexe. Les analyses ont été rédigées suivant les hypothèses opérationnelles que nous venons de développer.

Il est évident que ces éléments d'analyse ne constituent que des interprétations, elles ne représentent donc pas des certitudes ou des vérités, mais sont à prendre comme des réflexions personnelles et des questionnements. Ils ne sont pas suffisamment consolidés pour établir des hypothèses confirmées, mais peuvent pourtant aboutir à des pistes d'investigation et à certains questionnements. De plus, nous tenons à préciser que les prénoms des participants et toute autre information qui serait susceptible d'amener à l'identification des sujets ont été modifiés. Dans un souci de discrétion et de respect, la dénomination des différentes institutions est remplacée par une explication globale du fonctionnement du service.

Dans cette partie, les guillemets et la police italique sont utilisés pour spécifier les propos des participants issus des entretiens.

4.1.1. Katja

Présentation de la personne et rencontre

Katja est une femme de 56 ans qui exerce depuis 25 ans dans le service des habitations protégées. Ce service a comme mission l'hébergement d'adultes présentant une problématique psychiatrique ne demandant pas une présence d'encadrement constante.

Elle est employée comme assistante sociale et a suivi une formation de thérapeute familiale. C'est son collègue Daniel, également un participant de ma recherche, qui lui avait demandé si elle serait d'accord de participer à cet écrit. Elle m'a contactée après avoir lu ma lettre d'information. Katja m'a reçue le matin. Son bureau a attiré mon attention car il y avait une décoration africaine avec beaucoup de couleurs chaudes. J'ai trouvé que le mobilier diffusait une certaine chaleur et je me suis directement sentie à l'aise. Katja ne passe pas inaperçue, ses cheveux sont teints d'un rouge flash et elle porte de grands bijoux en bois coloré. Lors de la rencontre, Katja était très souriante et dynamique. Après une brève explication du déroulement de l'entretien, elle m'a posé des questions

assez personnelles. Ce questionnaire m'a donné l'impression que dès le début, la participante cherchait à instaurer une certaine complicité ce qui a engendré une position plus amicale de ma part, comparé aux autres entretiens. Tout au long du discours, je ressentais une certaine sympathie pour cette femme chaleureuse.

Elle faisait quelques blagues et rigolait beaucoup. Surtout durant la première partie de l'entretien, elle amenait des réponses assez complexes avec plusieurs éléments, ce qui lui laissait une possibilité de ne pas se figer sur un élément de réponse. Par sa manière de s'exprimer, elle bénéficiait d'une certaine liberté. Elle amenait une introspection qui me semblait assez riche et faisait beaucoup d'associations intéressantes entre sa personnalité et son travail en tant qu'assistante sociale.

L'entretien

- **L'histoire personnelle et le choix professionnel**

En réponse à la question de départ, Katja évoque comme premier élément l'éducation, puis elle enchaîne avec l'histoire de sa famille (en lien avec le passé), l'histoire qu'on transporte (présent), l'histoire qu'on construit (futur) et les rencontres.

Ceci témoigne que Katja est capable de créer un ensemble autour des constituants temporels pour se construire une identité psychique cohérente. Cette identité reste très en lien avec le système familial antérieur et actuel.

Par après, la notion de désir est abordée par une représentation du travail d'aide qui répond à un besoin d'être actif dans la société, permettant à Katja de trouver une satisfaction dans la reconnaissance de son rôle comme aidante dans la société. Nous avons l'impression que la participante éprouve un désir de se sentir valorisée par le regard d'autrui afin d'atteindre une estime de soi sécurisante. Il s'agit de créer une image satisfaisante qui la rassure sur sa propre valeur. Une de ses valeurs semble être le contact culturel, qui apparaît surtout à travers son attirance pour l'Afrique, ce qui l'amène à un premier souhait professionnel : travailler en Afrique comme agronome. Ce désir ne s'est pas réalisé à cause d'une comparaison de la part de son père avec le frère qui lui, étudiait beaucoup lors de ses études à l'Université. Son père prend une position castratrice en lui interdisant de faire des études à l'université et la renvoie à une incapacité. Elle abandonne ce projet en acceptant dans un premier temps la limite imposée par son père. Par après, on peut interpréter le fait d'avoir adopté deux enfants d'Afrique comme une tentative d'esquiver cette castration symbolique. La particularité de son discours à ce moment semble souligner ce fait, car elle dit « *avoir résolu ce problème* » en adoptant deux enfants de ce pays. De plus, la danse africaine fait partie de ses loisirs. Ces éléments peuvent être vus comme une compensation.

Katja semble expliquer son orientation professionnelle par un ‘non-choix’ qu’elle explique par les paroles suivantes « *Si je ne pouvais pas faire l’Unif comme mon frère, je voulais faire assistante sociale comme ma sœur.* » En tenant compte du complexe d’œdipe, on peut se demander si le fait de suivre les traces de sa sœur dans le domaine social n’est pas plutôt lié à cette castration symbolique qui amène à un processus d’autonomisation par l’identification primaire interfamiliale. Selon Laplanche et Pontalis (1967, p.88), l’identification primaire se définit comme « *Mode primitif de constitution du sujet sur le modèle de l’autre, qui n’est pas secondaire à une relation préalablement établie où l’objet serait d’abord posé comme indépendant.* » Cette imitation semble signifier que Katja se limite à des comportements déjà éprouvés, sans risque d’erreur grave et en respectant des normes familiales générales et bien établies. En général, on peut dire que le choix professionnel s’inscrit plus dans l’histoire familiale du sujet en répondant à un script répétitif d’identification à l’autre, en acceptant les limites de la castration symbolique liée à une non-puissance féminine. Cette hypothèse se renforce par le fait que la fille de la participante a également suivi le même chemin professionnel. L’engagement de Katja dans une formation en thérapie familiale peut être vu comme une tentative de comprendre ce fonctionnement systémique.

De cette réflexion, une fonction de son travail qui semble représenter une mobilisation psychique provenant d’un niveau inconscient plus profond résulte : le travail comme soumission à la castration symbolique de son père. Un sentiment d’impuissance et une frustration qui, tardivement, aboutissent à des affects forts dépressifs.

Elle continue son récit par l’association suivante : « *Les interactions dans ce travail au niveau relationnel, que ce soit avec les résidents, avec l’équipe ou extra-équipe, qui sont amenés à ce que je les rencontre dans le cadre de ce travail- là, éclairent, enrichissent, interpellent, mettent en difficulté, euh, interrogent sur soi, sur autour de soi* ». Tout au long de l’entretien, on remarque l’importance du lien à l’autre, ce fonctionnement vient alors mettre en évidence la représentation du travail qui permet de rester en relation avec l’autre. Cette dynamique relationnelle permet à Katja d’évoluer et semble lui procurer un sentiment d’existence.

La représentation du travail ayant comme fonction de recadrer se cristallise par après : « *Je dirais quelque chose que le travail m’a appris et continue à m’apprendre, c’est peut-être de rester plus dans un cadre et de mettre un cadre aux autres. Voilà, ce n’est pas toujours facile, il y a des allées et des retours, mais peut-être que de plus en plus, j’arrive à sentir le sens du cadre et à pouvoir le maintenir* ». Cet apprentissage de recadrage comme protection émotionnelle semble être une nécessité pour Katja et pour les patients afin de diminuer des angoisses et de réguler les états affectifs trop intenses. Elle apprend à travers les patients état-limites à faire face à des difficultés qu’elle semble avoir déjà rencontrées dans sa vie privée, surtout en ce qui concerne la mise en place des

limites dans l'éducation de ses enfants adoptés, explique-t-elle. Elle compare leur fonctionnement psychique avec le fonctionnement « *abandonnique* » de ses patients qui, tous les deux, « *testent la relation* ».

Un autre aspect qui lie ces deux domaines, vie familiale et professionnelle, est la fonction protectrice qu'elle occupe. Ceci vient alors mettre en évidence la représentation du travail permettant un positionnement maternant. On peut faire l'hypothèse que ce désir psychique l'a déjà animée à choisir le travail précédant dans un home avec des enfants placés par le juge. Au premier abord, elle justifie le changement d'emploi par des raisons pratiques et par le fait qu'elle n'était pas spécifiquement intéressée à travailler avec des troubles psychiatriques. Elle enchaîne en élaborant sa réflexion et parvient à se questionner sur le sens plus profond de son changement vers le milieu psychiatrique et contredit son 'non-intérêt' pour les troubles psychiatriques. Ses paroles sont accompagnées d'hésitations, de relâchements verbaux et d'un certain flou du discours, ce qui semble traduire un vécu angoissant. On peut se demander si les raisons inconscientes de la réorientation, ne relèvent pas d'un registre narcissique où les pulsions intérieures plus profondes angoissent Katja. Pour s'en protéger, elle met fin à la conversation « *Je ne sais pas, je crois que ça peut être une piste à laquelle je peux réfléchir par après. Mais pour le moment, non, c'est difficile à dire* ».

Quand elle aborde la thématique des rechutes, elle nous donne accès à une réflexion concernant l'évolution de son rôle dans le travail pour en arriver à la représentation du travail où le patient porte la responsabilité et le travailleur social aide par sa présence bienveillante sans culpabiliser en cas de rechute. Avec les années dans ce service, son rôle actif s'est plutôt transformé en une position passive de soutien dans les moments difficiles. Ceci semble protéger Katja d'une souffrance psychique alimentée par la présence de sentiments d'impuissance.

Elle termine avec une représentation du travail qui laisse une trace pour chaque personne impliquée par un lien de réciprocité qui perdure au-delà de l'accompagnement dans le service. Ce discours semble mettre en évidence son propre plaisir narcissique d'une stabilité de la relation nouée dans le temps : « *se dire qu'un petit moment dans leur vie, et eux dans la nôtre, on a fait un bout de chemin ensemble et qu'il en reste quelque chose* ».

- **Le vécu et les représentations**

Elle aborde la première représentation du sujet qui ne personnifie pas « une fleur », qui n'est pas plus développée par après, mais qui laisse penser qu'elle fait référence à la complexité de la personnalité des patients et la dureté du travail. Ceci donne accès à un sentiment d'impuissance et de déplaisir.

Une représentation des sujets « tellement attachants » est entendue, celle-ci lui permet alors à nouveau de se focaliser sur son monde interne en mettant en avant la proximité du lien. Katja privilégie son propre plaisir narcissique face à ce désir relationnel. On peut se demander si elle ne fait pas preuve d'une identification projective par rapport à cette représentation. Ce mécanisme se traduit par des fantasmes où le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet (Laplanche et Pontalis, 1967, p.192)

Par après, elle met en évidence une représentation des sujets avec lesquels on ne peut pas rester statique. Ceci est à mettre en lien avec la symptomatologie frappante d'instabilité psychique des patients état-limite dépendants. Ces interactions « *bousculent, chamboulent dans un sens, dans un autre, on avance, on recule, on change, je crois, on change* ». Elle souligne la nécessité d'un effort d'adaptation face aux patients, sinon elle ne « *peut pas tenir le coup* ».

La représentation des sujets « pauvres » amène une certaine victimisation du patient, qui met à mal toute responsabilité de la part de la patientèle. Avec cette représentation, elle se met dans une position supérieure face à quelqu'un qui est dépourvu de quelque chose.

Elle oppose alors une représentation contrastée d'un sujet semblable, qui est animée également par le désir d'une proximité relationnelle stable. Ceci met en évidence la création d'un lien bienveillant vis-à-vis des patients. Comme déjà décrit auparavant, les patients états-limites dépendants semblent être dans la même quête du cadre extérieur, sécurisant et imposant des limites.

Il en découle une autre représentation des sujets qui « vous apprennent rapidement à mettre le cadre ». Ceci suggère chez elle un effort d'apprentissage constant. Elle laisse sous-entendre qu'elle rencontre également des difficultés à poser des limites aux autres et à rester cadrée surtout dans le spectre relationnel et émotionnel. Elle insiste sur la nécessité du cadre quand la personne présente cette comorbidité (dépendance et trouble de la personnalité) : « *Avec une personne « que » toxicomane, il faut penser le cadre un peu plus souple. Autant maintenant, avec notre expérience avec la personne borderline, le cadre est le cadre et s'il y a consommation, stop! Mais déjà en se disant qu'il est borderline, Olala. On n'en veut qu'un par maison. Sinon on va se dire qu'on va mourir, on va être en burn-out...* »

La représentation du sujet qui « malheureusement rechute » est accompagnée d'affects de tristesse, d'impuissance et de frustration, étant donné qu'elle semble associer la récurrence à un manque de confiance de la part du patient. La rechute est alors vécue comme une déception personnelle. A ce moment précis, son discours devient flou, nous n'arrivons plus à percevoir quand la personne est exclue du service et quand elle bénéficie d'un accompagnement prolongé. Nous arrivons à déceler petit à petit, que la malhonnêteté de la personne en cas de rechute semble être le critère d'exclusion.

Le règlement interne semble permettre à Katja de contrôler et d'alléger l'angoisse suscitée par la rechute du patient. Cette limite à laquelle l'équipe se réfère semble être pour Katja également une manière de garder une distance nécessaire face au personne toxicomane et face à sa rechute.

Elle enchaîne : « *Ça a commencé par : j'ai raté quelque chose peut-être et puis, c'est devenu : on a raté, enfin, il y a quelque chose qui ne s'est pas fait et là aujourd'hui, j'en suis à dire : ok, c'est d'abord sa responsabilité et moi, je suis là* ». Au niveau cognitif, elle fait preuve d'une évolution qu'elle met en lien avec son ancienneté où le niveau de responsabilité s'est déplacé (je-nous-tu), mais elle reste fort touchée au niveau affectif où une certaine indifférenciation entre le Moi et le Non-moi persiste. Le sentiment de culpabilité a diminué et les pulsions agressives sont minimisées, afin d'aboutir à un profond sentiment de tristesse et d'impuissance à travers lequel elle partage la souffrance psychique avec la personne. « *C'est souffrant d'accompagner ces personnes-là, c'est pénible (...) il faut être fort, il faut être courageux, il ne faut pas se laisser démonter parce qu'elles mettent fort à mal les émotions de l'autre, plus qu'un autre. (...) En fait on devrait soigner les soignants.* »

Il en résulte la représentation du sujet contagieux. « *On est parfois un peu des éponges. Il y a des émotions fort contagieuses, je trouve.* » On remarque une certaine porosité des limites entre le Moi et l'objet par le partage d'un ressenti semblable. A un autre moment, elle concrétise cette hypothèse en se comparant à un yoyo, cette image mentale paraît symboliser sa dépendance émotionnelle.

Elle continue le récit en donnant une représentation des sujets qui « nous mettent toujours des contradictions ». Elle explique les contradictions par un mélange d'émotions qui semblent majoritairement liées à des pathologies différentes : La joie représente pour elle le côté positif de son travail, elle associe celui-ci à une fascination et une curiosité pour les personnes psychotiques « *l'autre en face de moi qui a tout ça dans sa tête* ». Elle donne l'impression d'une idéalisation de la représentation de cette pathologie. « *Ben, un vrai schizophrène, j'adore, ils sont extraordinaires* » Elle évoque comme émotions opposées la tristesse, la fatigue et l'impuissance qui sont plus en lien avec les toxicomanes état-limite. On peut se demander si elle ne réduit pas une personnalité complexe à la pathologie par un mécanisme de clivage de l'objet.

Dans le même sens, elle aborde une représentation du sujet manipulateur par une action de culpabilisation pour expliquer son déplaisir au travail lié à un ressenti d'épuisement et d'une fatigue. « *Ils le font payer d'une manière ou d'une autre soit par un passage à l'acte juste pour nous dire : « tu vois, tu ne fais pas ce que j'attends » et ils testent tout le temps la relation.* » La relation semble alors déclencher un sentiment de persécution. L'atteinte narcissique provoquée par ces comportements, met en évidence des pulsions agressives où la solution envisagée semble une mise à distance et une rupture du lien « *Par moments, on a envie de les envoyer péter et dire : « ça suffit ! »* ». Nous

pouvons supposer que cet accrochage à la perception d'une manipulation serait une manière de se dégager de tout fonctionnement similaire.

- **Les types de soutien et mécanismes de défense**

Comme type de soutien extérieur, Katja met fortement en avant l'équipe, grâce à laquelle les affects négatifs semblent avoir trouvé un cadre externe sans générer une angoisse massive qui pourrait lui faire perdre ses repères identitaires. Dans le fonctionnement du service, elle apprécie surtout les réunions d'équipe qu'elle décrit comme « *un lieu où on peut se poser* » et les supervisions par une psychologue extérieure au service. Elle souligne l'importance de ce soutien pour « *pouvoir un peu décharger* » et qui permet « *de déposer des choses personnelles* ». Le partage avec autrui semble assumer une fonction de miroir, ce que lui permet de se remettre en question : « *l'autre nous interpelle sur notre façon d'être* ».

Elle ajoute que « *la discussion extra-cadre* » ne lui apporte aucune aide particulière en justifiant « *que c'est trop compliqué à expliquer et que c'est fatigant* » et qu'elle ne souhaite pas « *déposer trop de choses sur l'autre* ». On peut émettre l'hypothèse qu'elle ne veut pas partager son vécu émotionnel déclenché par la proximité relationnelle car celui-ci est d'une intensité et d'une nature semblable à la sphère familiale. Elle semble rechercher un partage avec quelqu'un qui connaît la situation et le patient pour rester à un niveau de continuité émotionnelle avec la personne concernée.

Un autre type de soutien semble être le cadre thérapeutique du service, ceci représente un objet extérieur étayant et sécurisant qui impose des limites. L'importance de l'application du règlement semble être mise en évidence face à tout débordement émotionnel.

A plusieurs reprises, elle souligne la nécessité de son expérience professionnelle avec cette patientèle « *L'expérience et le temps permettent aussi de mettre les choses à leur place* », « *je me sens moins responsable (...) Je vieillis* »

Un autre type de soutien constitue la pratique de la méditation Zen qui lui permet de « *se recentrer* » et de « *trouver une joie intérieure* ». Comme nous l'avons déjà constaté auparavant, elle semble 'absorber' les émotions des autres. C'est ici où le mot « recentrer » prend toute son importance. Cette pratique, qui est connue pour son mécanisme d'introspection et de régulation émotionnelle, semble un pilier nécessaire pour éviter le débordement affectif. Katja souligne que, depuis toujours, elle a une passion pour cette pratique inspirée par l'ancienne tradition bouddhiste. Ceci lui permet de trouver un équilibre et de « *revenir un peu à soi finalement et donc forcément à l'autre* ». Elle ajoute que la méditation permet « *soit d'évacuer plus facilement, soit de mieux se protéger* ».

Du point de vue de l'aménagement défensif, nous percevons principalement l'utilisation de la séduction, du refoulement des pulsions agressives, de la projection et du clivage.

Il nous semble percevoir une séduction à travers l'ambiance relationnelle pendant l'entretien. Je me laisse envoûter par sa façon d'être et sa décoration qui diffuse une certaine chaleur. Il y a aussi une certaine forme d'humour tout au long de l'entretien et en plus, sa façon de s'habiller avec ses bijoux énormes et sa couleur de cheveux qui ne passe pas inaperçue, peuvent représenter des détails narcissiques à valeur de séduction. Sa façon de parler, des petits sourires et ses questions assez personnelles nous laissent également penser à un symbolisme transparent.

Tout au long de l'entretien, nous relevons un refoulement de l'agressivité envers les patients état-limite dépendants. Nous posons l'hypothèse d'un conflit relationnel qui survient à plusieurs reprises, lié à différentes thématiques, comme par exemple la déception personnelle dans les rechutes ou la représentation des sujets manipulateurs dans laquelle l'agressivité a un rôle important. Ce conflit met en évidence des pulsions agressives et un désir de proximité relationnelle stable, mais ceux-ci sont mis à mal par le patient. A certains moments, surtout à la fin de l'entretien, on observe un retour du refoulé où les pensées sont exprimées de manière brute sans précautions verbales : « *il m'emmerde encore à trois heures du matin !* » ou « *on a envie de les envoyer péter et dire : ça suffit. Je ne suis pas le yoyo quoi.* » Très vite, elle installe un discours autour d'un mécanisme d'intellectualisation. La symbolisation introduit une distance par le recours au fictif tout en marquant la conscience d'interpréter. Ce mécanisme intervient comme un recours ponctuel, prélude au déploiement du conflit (Brelet-Foulard et Chabert, 2003)

Concernant l'idéalisation des personnes psychotiques et la désidéalisation des personnes dépendantes états-limites, nous faisons l'hypothèse d'un mécanisme de clivage de l'objet qui sépare les patients en bon et mauvais objets. Les qualités de « bon » et de « mauvais » leur sont attribuées en fonction de leur diagnostic, en résultant un caractère gratifiant ou frustrant. Ce mécanisme pourrait constituer un facteur qui se trouve à l'origine de l'alternance émotionnelle. Cette défense est en lien avec le mécanisme de projection, car le sujet projette sur l'objet des pulsions libidinales et destructrices.

On peut donc conclure, qu'un certain mécanisme de projection est observé également dans la relation aux patients, elle s'effectue majoritairement vers les représentations. Surtout celle des sujets *tellement attachants* montre l'expulsion et la localisation d'une caractéristique méconnue de Katja. Il est important de noter que cette représentation substitutive n'influence pas pour autant la nature des enjeux affectifs.

Intégration des données

Le discours de Katja met en évidence de nombreuses représentations contrastées, tout en référant régulièrement à un discours dévalorisant des patients toxicomanes états-limites. Nous percevons les efforts de Katja pour maîtriser toute pulsion agressive qui pourrait apparaître dans la relation au patient.

Sa pensée et ses comportements semblent majoritairement dictés par les affects venant empêcher toute prise de distance avec certains patients qui lui permettraient de retrouver son rôle d'assistante sociale. Comme nous pouvons le constater, l'impossibilité de prendre une distance émotionnelle saine face à cette patientèle, décrite comme « *contagieuse* », amène un manque de différenciation et une porosité des limites entre le Moi et l'objet. La perception d'un défaut de contenance dans le fonctionnement psychique de Katja nous permet de comprendre l'importance de trouver un objet externe étayant. Le travail comme assistante sociale accompagné des interactions qui ont lieu dans un cadre sécurisant ont amené à une véritable croissance psychique et une construction du self suffisamment stable.

Un autre aspect intéressant est que cette contagion émotionnelle se trouve au niveau de la conscience, ce qui lui permet une régulation affective dans ce travail à travers la pratique de méditation Zen. Le récit de Katja laisse apparaître d'autres ressources psychiques, comme une introspection riche, une remise en question, une capacité d'adaptabilité et un désir de compréhension à travers de nombreuses associations intéressantes entre sa personnalité, son choix professionnel et le travail effectué. Le règlement interne et la présence de l'équipe bienveillante ont alors pour fonction d'éviter au sujet de se confondre dans cet objet de plaisir, qui incarne son propre désir narcissique de proximité à l'autre. Comme déjà indiqué plus haut, Katja est confrontée à travers les patients états-limites à des difficultés qu'elle semble avoir déjà rencontrées dans sa vie privée, surtout en ce qui concerne la mise en place des limites protectrices. De ce fait, on peut se poser la question, n'y aurait-il pas un désir de réparation chez l'autre pour pouvoir combler ce qui fait défaut chez elle ? Ceci nous permet de comprendre l'importance pour notre participante d'apprendre à mettre un cadre dans ce soutien afin de garder une distance avec le sujet état-limite toxicomane. Les représentations dévalorisantes des patients peuvent être comprises comme une solution pour se protéger d'une certaine identification accompagnée d'une porosité de limites entre le Moi et non-Moi.

En ce qui concerne son choix professionnel, on peut faire l'hypothèse que celui-ci semble répondre à toute une série de désirs qui sont liés aux différentes fonctions que nous avons tenté de préciser dans la première partie de l'analyse. En général, sa motivation paraît trouver ses origines dans le complexe d'œdipe qui ne serait que partiellement résolu. La castration symbolique de son père tente à être refoulée à travers son loisir et de l'adoption de ses enfants en lien avec la culture africaine.

Ce motif inconscient pourrait être, entre autres, à l'origine de ses sentiments d'impuissance. Ceux-ci mènent à nouveau vers une frustration qui introduit un ressenti dépressif.

Afin de se préserver d'un débordement pulsionnel et d'un effondrement narcissique, nous percevons principalement l'utilisation des mécanismes de défense suivants : La séduction, le refoulement des pulsions agressives (retour du refoulé à un moment dans le récit), la projection et le clivage.

4.1.2. Monja

Présentation de la personne et rencontre

Monja est une assistante sociale de 44 ans, elle exerce sa profession de manière constante depuis 13 ans dans le service de prévention d'assuétudes et de gestion autonome de la vie des bénéficiaires. Ce service a pour fonction de coordonner des programmes de prévention dans les écoles primaires et secondaires, les familles, les communes, les lieux de travail et de loisirs. Ils assurent un suivi ambulatoire des personnes dépendantes, collaborent avec d'autres services et collectent des données épidémiologiques.

J'avais envoyé la lettre d'information au service après contact téléphonique avec la secrétaire. Monja a confirmé sa participation par mail. A l'accueil, elle s'est présentée comme une personne assez froide. Elle n'avait pas l'air d'avoir lu ma lettre d'information, elle n'a pas pris le temps de lire la feuille de consentement et ne m'a pas posé de questions. Je lui ai expliqué le déroulement de l'entretien et je lui ai signifié les points cruciaux de ma recherche. Elle ne semblait pas très intéressée et a dit « commençons ». Monja est une femme corpulente, un peu masculine. Elle était habillée de manière légère en plusieurs couches. J'ai été un peu interpellée par sa posture non-verbale : pendant tout l'entretien, elle avait les bras croisés et les genoux contre le bord de la table. Elle montrait une grande assurance, qui pouvait presque passer pour une attitude arrogante. Elle parlait à voix haute et d'un ton imposant. Une certaine impulsivité se retrouvait dans son parler, tout comme dans son attitude et ses intonations.

Pendant l'entretien, elle a regardé plusieurs fois son téléphone portable et perdait dès lors le fil de son discours. Il me paraît important de préciser mon sentiment de frustration tout au long de l'entretien, résultant de l'accès limité à son ressenti, du flou du discours qui, à certains moments se contredisait, mais aussi du refus de parler explicitement des raisons du choix professionnel. J'ai l'impression que ce fait a conduit à un entretien plus court.

L'entretien

- **L'histoire personnelle et le choix professionnel**

Dès ma première question, elle installe son récit sur un mode d'inhibition et de défense. Elle commence en expliquant son parcours professionnel. *« Je fais du travail social depuis 26 ans, j'ai commencé à 18 ans dans un abri d'urgence pour personnes dépendantes à l'héroïne comme travailleur de nuit. J'ai travaillé à cet endroit jusqu'à mon déménagement à 'nom de la ville' il y a 15 ans, donc un peu plus de 10 ans. Après cela, j'ai travaillé dans une maison thérapeutique d'aide aux dépendants à 'nom de la ville' également en travaillant la nuit et les week-ends mais les gens étaient déjà « clean ». J'ai fait une année de travailleur social de rue, streetwork à 'nom de la ville' et je suis depuis 13 ans maintenant ici dans ce service, dont 6 ans comme gérante. Sur le plan professionnel, c'est en tout cas l'expérience professionnelle durant toutes ces années qui a fait de moi la personne que je suis. Ces expériences ont été très vastes et variées, mon but premier est en tout cas d'aider les personnes le plus vite possible. »* Ce discours nous paraît presque appris par cœur et dépourvu de toute émotion. Elle reste très superficielle et semble fonder son identité psychique sur son expérience professionnelle dans différents services sociaux, tous en lien avec la problématique de dépendance. Ceci nous amène à identifier une première fonction de son travail : la profession qui sert à la construction d'une identité.

Monja ne parle que très peu de son histoire personnelle. Dès que des éléments de sa vie privée surgissent pendant l'entretien, elle présente une tendance généralisée à la restriction qui se traduit par différentes formes (silence, tendance refus, etc...). La réaction la plus violente se montre justement à ma question, qui la confronte à sa motivation qui relie sa vie privée à son choix professionnel : *« Hmm... (silence...) Parce que ça m'a toujours intéressée de travailler avec des personnes et je crois peut-être que cet intérêt vient de ma famille et de ma vie privée en général où j'ai également connu des problèmes de dépendance. Mais bon, c'est très personnel. Je n'ai pas trop envie de parler de ça. »* On peut imaginer que ce refus la protège d'une prise de conscience de quelque chose qui n'est pas encore prêt à être décortiqué. L'apparition de ce désir inconscient, en lien avec son passé semble déstabilisant pour Monja. Les informations que nous avons sur sa vie privée se résument en 3 points :

Premièrement, elle a connu des problèmes de dépendance au sein de la famille et de sa vie privée en général. Le fait de ne pas préciser ce qu'elle entend par vie privée en général laisse place à des questionnements : La dépendance a-t-elle touché ses parents, ses amis ou autre ? A-t-elle souffert d'une dépendance elle-même ? Quelle forme de dépendance ? Cette dépendance est-elle encore d'actualité ? ... Le choix du travail peut alors être animé par un désir narcissique d'une reprise de

contrôle qui lui a manqué durant son histoire personnelle. Une première fonction possible se déduit : le travail qui permet de combler un manque de contrôle dans d'autres domaines de vie.

Deuxièmement, à travers des exemples venant du domaine professionnel, elle nous laisse comprendre qu'elle est une mère. La réponse à mon questionnement sur une expérience qui l'a spécialement marquée était : « *Moi, j'hésitais à me teindre les cheveux à cause de l'ammoniaque qui pourrait arriver dans le sang et nuire au bébé et elle (la patiente) pensait que si elle s'injectait de l'héroïne à la place de prendre de la cocaïne, ce serait déjà bien.* » Sa tonalité anxieuse à cet instant m'a interpellée. Elle enchaîne en abordant que le désespoir de ces mères l'a fortement touchée. C'est un parmi plusieurs exemples qui montre que le fait d'être confrontée à la maternité de ses patientes, engendre chez elle un vécu sentimental angoissant : un mécanisme d'identification projective peut être à l'origine d'une confusion de la limite entre le moi et non-moi. Cette parole laisse apparaître à la fois une porosité de limite de son corps et une fragilité des frontières entre le Moi et l'objet. On peut émettre l'hypothèse que le travail amplifie une angoisse de perte qui peut se manifester face à cette limite instable. Cette angoisse nous paraît diffuse et se réfère à l'objet. Cet objet prend forme à travers la patientèle des toxicomanes et conserve une certaine continuité au sein de sa vie psychique par le biais de son travail.

Troisièmement, elle nous laisse savoir implicitement qu'elle a vécu une séparation avec le père de ses enfants ; « *Je trouvais cela tellement dommage de perdre un jour de mon temps libre avec mes enfants qui, la semaine après, repartaient chez leur père.* » De plus, à son premier travail, Monja avait comme fonction de s'occuper des personnes dépendantes sans domicile fixe et elle y a répondu d'une manière plutôt maternante : elle veillait à leurs repas quotidiens, à leur sommeil régulier, soignait leurs blessures et regardait la télévision en leur compagnie. Ces relations considérées comme relativement proches ont souvent été brisées. En journée, les personnes toxicomanes poursuivaient leur consommation et quittaient le service, certains ne revenaient plus et d'autres décédaient même. Ce vécu d'abandons répétés dans le premier service et le fait d'avoir travaillé avec des personnes dépendantes qui préfèrent le produit comme premier objet d'amour, ont probablement influencé l'organisation psychique de notre participante. Etant donné qu'actuellement, elle choisit encore d'être confrontée au même public et que son choix de partenaire de vie s'est tourné vers quelqu'un ayant aussi une dépendance à l'alcool peut être interprété avec prudence comme un résultat d'une pulsion de mort. Pour nous, ce phénomène de répétition se laisse difficilement réduire à une tentative de maîtriser les expériences déplaisantes dans son passé et à la recherche d'une satisfaction libidinale. Ceci n'exclut pas que Monja ressente une certaine jouissance narcissique dans la pratique de son travail.

En ce qui concerne la perception de sa mission, elle aborde la représentation d'un métier dans lequel on doit toujours être joignable et continuellement s'adapter à ses patients. Ceux-ci ont reçu son numéro de téléphone portable privé, afin qu'ils puissent la contacter même pendant les vacances. Elle spécifie que la clé de son travail consiste en un accompagnement soutenu, afin que les bénéficiaires « *arrivent à leur but personnel. C'est-à-dire améliorer leur qualité de vie, avec ou sans dépendance* ». Ceci nous montre que Monja s'investit dans la relation interpersonnelle au prix de sa propre liberté. Il semble exister une confusion entre sa vie privée et sa vie professionnelle, qui se traduit par plusieurs exemples dont celui où elle aborde sa journée de congé gâchée par une patiente en crise pour laquelle Monja abandonne tous ses plans, en allant jusqu'à laisser ses enfants seuls à leur domicile. Cette flexibilité demande un effort important qui lui fait perdre ses repères, (elle fait une crise de colère dans l'institution psychiatrique) au moment où elle prend conscience « *que ça n'a rien apporté finalement* ». Une instabilité émotionnelle fait surface et aboutit alors à une agressivité qui est déplacée de l'objet (la personne toxicomane) au contexte situationnel.

- **Le vécu et les représentations**

Pour clarifier cette partie de l'analyse, il nous paraît important de spécifier que les représentations de Monja concernent majoritairement des personnes toxicomanes et que les deux derniers sont en rapport avec les personnes dépendantes qui présentent également un trouble de la personnalité limite. Ceci nous permet de constater une différence notable : l'interaction avec les personnalités limites dépendantes semble mobiliser une certaine rivalité, voire une agressivité en contraste avec des représentations des sujets toxicomanes qui sont, la plupart du temps, valorisantes.

La première représentation des sujets toxicomanes apportée par Monja, découle de sa conviction qu'une adaptation continue est attendue de sa part. Elle présente alors une image des patients qui sont prioritaires, pour lesquels il n'y a pas de délai d'attente et où elle se présente comme très flexible et ouverte. L'effort non négligeable et l'énergie que cet investissement demande, aboutissent à des difficultés qui se traduisent par la phrase suivante : « *Ce n'est pas toujours facile de voir quand les limites sont atteintes* » C'est la première et la dernière fois, que le flou des limites est questionné de manière explicite.

Ceci est une des constatations qui nous permet de noter que la temporalité constitue un repère important pour notre participante. A plusieurs reprises, elle met l'accent sur la notion temporelle : « *mon but premier est en tout cas d'aider les personnes le plus vite possible. Chez nous, il n'y a pas de délai d'attente, nous sommes très flexibles* » ; « *le travail me vole tout mon temps, toujours* » ; « *Pourquoi ils ne le disent pas tout de suite alors ? Le patient attend...ça m'a très énervé* ». Il

semble que le temps représente un repère externe qui comble un éventuel manque de repères internes.

Une représentation des sujets non soignables s'enchaîne à mon intervention à propos du côté touchant de sa profession qui se solidifie tout au long de l'entretien. « *Je peux intervenir tant que je veux, il y a des gens qu'on ne peut pas sauver, point. Ce n'est pas une défaite personnelle, il y a des gens qui n'arrivent pas à vivre d'après les revendications de la vie et les ressources qu'ils ont et de ce qu'ils ont vécu. Je ne peux rien y faire.* » On repère la fonction défense de cette banalisation, elle diminue un sentiment d'impuissance en déplaçant la responsabilité sur un pouvoir supérieur extérieur, c'est-à-dire « *leur destin* » qui est voué à l'échec. Un autre mécanisme vient renforcer cette protection : l'intellectualisation. « *5 % de la société est pacotille et je ne peux rien y faire* ». Elle se réfère à une expérience collective afin d'éviter une confrontation à son implication personnelle.

Avec la représentation du sujet « n'importe qui dans n'importe quel état », elle fait allusion à l'agressivité des toxicomanes. La violence est emballée d'un mécanisme d'anonymat des personnages. L'évitement de l'implication personnelle est renforcé par les mots suivants : « *Ce n'est pas contre ma personne* ». Elle évoque l'agressivité sans intention malveillante, mais comme consécutive à la dépendance. Cette perception met en évidence une déresponsabilisation face à leur agressivité. On peut se poser la question si justement, elle ne se dégage pas d'une angoisse, en soulignant à plusieurs reprises l'absence d'une peur face à des personnes « *qui ont l'air dangereux des fois* ».

Une perception qui inclut les individus ayant une personnalité limite est amenée dans le discours : Les personnes présentant une personnalité limite sont représentées féminines, c'est à dire dépourvues et faibles. La prudence est de mise, car selon ses dires, ces femmes sont source de conflits. La dévalorisation de l'objet (femme état-limite) permet une différenciation sujet/objet, donc une délimitation identitaire dans un contexte où les affects de rivalité et d'agressivité émergent et laissent place à des relations conflictuelles animées par une certaine rivalité. « *Chez les hommes, ce n'était pas comme ça, ils étaient plus détendus. Peut-être qu'elles voyaient en moi la petite Jeune, sans la moindre expérience de vie qui voulait exiger d'une femme qui vit dans la rue depuis 30 ans de débarrasser son assiette. (...) c'était plus compliqué avec les femmes en général, c'est certain. En plus, dès qu'on savait si on avait affaire à une femme borderline, on était plus prudent.* » Ce processus semble servir d'écran contre un effondrement émotionnel résultant d'une angoisse liée à la différenciation des sexes. Pour nous, son apparence masculine vient souligner cette tentative d'atténuer cet inconfort psychique face à l'identification avec le sexe moins puissant.

Un autre élément qui concerne la patientèle dépendante état-limites est qu'elle pense reconnaître le fonctionnement psychique par un ressenti particulier qu'elle ne précise pas. « *On ne peut pas toujours connaître les diagnostics, mais on les sent...* » La brièveté et le manque d'éclaircissement de cet énoncé laissent transparaître une forme de mal-être suscité par cette représentation.

- **Les types de soutien et mécanismes de défense**

Comme type de soutien, elle souligne à plusieurs reprises un savoir sur la thématique de dépendance, qui s'est développé grâce à son expérience professionnelle passée. Ceci semble justifier une prise de position supérieure face aux membres de l'équipe actuelle. Elle distingue implicitement ses collaborateurs actuels de ses collègues antérieurs, avec lesquels elle entretenait des relations symétriques, qui ont plus servi comme soutien sécurisant. « *J'ai fait mes études de travailleur social et j'ai appris la pratique sur le terrain au sein du travail le plus dur. J'étais entourée d'une très bonne équipe. (...) On était toujours à deux pour la nuit et encore une personne pour aider, souvent des stagiaires ou des personnes qui faisaient leur service civil à l'époque. On a beaucoup parlé entre nous.* »

Rapidement, elle met en évidence sa place spéciale, valorisante au sein de la structure de travail actuel « *J'ai des clients qui ne sont pas orientés vers l'abstinence, je suis la seule ici à les prendre en charge, les autres désespèrent avec eux.* » Cette position lui procure une certaine aisance au sein de son travail. Monja dévalorise ses collègues qui n'ont pas ses connaissances, celles acquises grâce aux expériences faites auparavant. On remarque une certaine proclamation d'auto-suffisance dans le travail actuel.

La dévalorisation d'une part de l'équipe professionnelle et d'autre part des autres services sociaux, peut être interprétée comme une mise à distance des objets perçus comme castrateurs, engendrant une limite dans la relation fusionnelle entre elle et les patients atteints de toxicomanie. Il en résulte des conflits animés par une pulsion agressive « *ça m'a très énervé, d'ailleurs je ne téléphone plus là-bas et je crois qu'ils ne décrocheraient plus s'ils reconnaissaient notre numéro (Rires).* On a déjà eu des conflits à plusieurs reprises avec eux. »

Le fait d'avoir recours à un nombre limité de ressources extérieures peut renvoyer à un repli de la pulsion du moi et un investissement libidinal portant sur le self, afin de réparer des failles narcissiques éventuelles.

Nous envisageons maintenant les mécanismes défensifs que nous avons pensé percevoir tout au long du récit.

Nous pouvons noter des mouvements massifs d'inhibition, venant régulièrement interrompre le discours et surgissant en écho de la charge des pulsions sous-jacentes et d'émergences de processus

primaires. Ce phénomène met en évidence une perméabilité intrapsychique. Cette inhibition prend plusieurs formes durant l'entretien : Précisions temporelles, intellectualisation, précautions verbales, etc. Son attitude non-verbale diffuse également une certaine rigidité et renvoie éventuellement à un mouvement de mise à distance et à une tentative de contrôle. En général, ceci conduit à un investissement limité de la réalité interne.

Ces tendances générales à la restriction renvoient au mécanisme de refoulement, plus spécifiquement aux pulsions agressives envers les toxicomanes. L'exemple de la situation où Monja a conduit une patiente à l'institution psychiatrique en dehors des horaires de travail, affleure le retour du refoulé où elle se met en colère à tel point que le personnel croit que c'est elle la nouvelle admission. Cette agressivité est directement déplacée sur l'objet substitutif : le contexte situationnel. Ce mécanisme de déplacement permet de circonscrire l'anxiété à une situation évitable et de résoudre ce conflit d'ambivalence.

Nous percevons une minimisation des affects et une banalisation du vécu affectif. Toute réflexion et toute évocation d'affects sont rapidement inhibées et aboutissent à quelques banalités et généralisations. Par exemple : « *Oui, ça me touche, mais depuis des années je suis de l'avis que 5% de la société est pacotille et je ne peux rien y faire. (...) Je suis parfois irritée ou agacée par des clients. Je crois que j'ai pété les plombs une seule fois...ou plus souvent. Non...* » Dans le même registre d'évitement du conflit et de l'inhibition, l'anonymat des personnages est mis au service.

Par ailleurs, nous pensons déceler un mécanisme de clivage de l'objet. Une certaine idéalisation peut être observée, ceci amène également une formation réactionnelle contre l'agressivité envers l'objet, qui vise à réduire la culpabilité. Cette formation réactionnelle renforce le refoulement de l'agressivité ; puisque l'objet (le toxicomane) est considéré comme idéal, elle n'a plus raison de lui faire des reproches et de lui en vouloir. L'équipe antérieure semble soumise au même mécanisme d'idéalisation. Au contraire, les personnes dépendantes, état-limites et les autres services sociaux, comme ses collègues actuels, subissent plutôt une dévalorisation amenant une inévitable conflictualité. Ce clivage de l'objet montre qu'il semble exister une complication à intégrer les aspects positifs et négatifs de l'autre dans des images cohérentes.

- **Intégration des données**

Les représentations majoritairement valorisantes et parfois même idéalisantes des sujets toxicomanes et, à l'opposé, la position plutôt agressive envers les dépendants présentant un trouble de la personnalité, semble mettre en évidence un mécanisme de clivage de l'objet. Cette dévalorisation n'aurait-elle pas pour fonction une mise à distance afin de nier tout fonctionnement semblable, alimenté par une impulsivité émotionnelle et une absence de limites relationnelles ?

On peut également noter un transfert négatif qui aboutirait à une certaine rivalité envers les autres services et ses collègues, étant présentés comme moins compétents. Cette dévalorisation semble mettre en évidence un imaginaire parental qui est transféré sur les autres services et ses collègues. Ces imaginaires parentaux incarnent la castration symbolique qui installerait une limite par rapport aux interactions dépourvues de limites avec les personnes dépendantes.

En ce qui concerne les différentes fonctions de son travail en lien avec son choix professionnel, nous avons fait l'hypothèse que sa profession semble lui permettre de combler un manque de contrôle dans d'autres domaines de sa vie où elle était déjà confrontée à la problématique de dépendance. En conséquence, on peut constater que, de façon contradictoire, le travail pourrait aggraver une angoisse de perte qui peut se manifester face à une limite instable entre l'objet et le Moi. Ceci peut amener le sujet à tenter de réprimer toute agressivité envers les personnes dépendantes. Le choix professionnel contraint Monja à s'investir à nouveau dans des situations où l'objet est suggestible, instable et qui pourrait, à tout moment, amener une nouvelle rupture relationnelle motivée par l'adhérence au produit ou le fonctionnement psychique limite. Ces répétitions des patterns relationnels peuvent être dues à une tension interne tendant à l'autodestruction : la pulsion de mort.

La décharge pulsionnelle se fait sur un mode impulsif et tous les mécanismes de défense semblent alors tourner autour de la régulation de cette décharge et le maintien d'un Self suffisamment stable, qui, à certains moments, est mis à mal par une limite poreuse entre l'objet et le Moi. Nous pensons percevoir majoritairement les mécanismes défensifs de refoulement, de clivage, d'inhibition, de déplacement et de minimisation et de banalisation des affects. Tout comme la formation réactionnelle et le clivage de l'objet.

L'angoisse de perte réelle d'objet de plaisir qui s'intéresse plus au produit, semble être à l'origine des limites poreuses entre le Moi et le Non-moi et entre dedans et dehors.

4.1.3. Pierre

Présentation de la personne et rencontre

Pierre est un assistant social de 60 ans. Depuis 27 ans, il travaille dans un centre thérapeutique pour toxicomanes de courts séjours. C'est un accueil résidentiel en milieu fermé mais sur base volontaire. L'objectif du centre est la rupture progressive avec le produit, la remise en forme physique, le sevrage sous surveillance médicale et/ou l'administration de méthadone à doses dégressives dans le cadre d'un traitement initialisé à l'extérieur du centre ainsi que la stabilisation de l'abstinence. Ils réalisent des bilans d'ajustements sociaux et collaborent avec le patient pour arriver à une prise de

conscience de l'asservissement au produit. Ce travail qui vise à l'autonomisation de la personne, s'effectue nécessairement en coordination avec d'autres structures.

J'ai eu un contact téléphonique avec le psychologue qui m'a directement confirmé la participation de Pierre. Au moment de la rencontre, Pierre était très prévenant et m'a proposé un café. Il était posé et avait une posture mature. Au niveau de l'apparence physique, il n'y a rien qui m'a interpellée au premier abord. Son style vestimentaire est très classique et simple. Il a une clarté d'énonciation et répondait de manière très naturelle aux questions. Il faisait preuve d'une certaine liberté au niveau de sa parole, enrichie de beaucoup d'associations qui ne nécessitaient que peu d'interventions de ma part. Etant donné que le français n'est pas ma langue maternelle, j'ai parfois éprouvé des difficultés à comprendre certaines expressions liées à son dialecte. J'ai été surprise d'apprendre son âge, surtout en raison de l'emploi d'un langage plutôt jeune. A la fin de l'entretien, il m'a proposé de me faire visiter le centre et découvrir les différentes activités pratiquées par les patients.

L'entretien

- **L'histoire personnelle et le choix professionnel**

A ma question de départ, Pierre répondit : « *Aha, ben...c'est un parcours classique à mon avis (silence...) j'ai toujours recherché en tout cas... au niveau... pendant que je faisais mes études d'assistant social, ce que je souhaitais, c'était la proximité avec les personnes avec qui j'allais travailler, déjà ça.* » Le flou du discours et les différentes interruptions syntaxiques nous semblent être le résultat d'un choc dû à la question. L'énoncé du suivi d'un parcours classique peut être interprété comme une banalisation qui amène à un évitement de s'investir dans la complexité de sa personne en se référant à une norme extérieure. La notion de plaisir apparaît très vite comme constituant de son identité professionnelle animé par un désir de s'investir dans une proximité relationnelle. Ceci explique son choix professionnel par une représentation du travail qui autorise une proximité relationnelle avec les patients. Il enchaîne en précisant qu'il n'a jamais voulu « *se retrancher derrière un bureau* » et souligne son souhait de se montrer en tant que personne et de ne pas se protéger par une mise à distance dans la relation à l'autre. On peut même le comprendre comme un défi auto-imposé et se questionner sur l'origine de ce puissant désir.

Après ses études, Pierre a travaillé dans une auberge de jeunesse où il était engagé pour des tâches éducatives. Ensuite, il a travaillé dans une entreprise d'apprentissage professionnel. Par après, il a été engagé auprès d'enfants sourds où il enseignait entre autres via un nouveau programme informatique. Il justifie la raison de son travail actuel avec des personnes dépendantes par « *un hasard* », il a rencontré un ancien collaborateur qui lui a proposé une place dans ce service. Il nuancera

ce hasard plus tard par un intérêt préexistant à la thématique de l'assuétude à cause de son passé. Certains de ses amis « *proches* » étaient touchés par cette problématique et en sont morts. Il nous semble fort possible que Pierre ait été confronté à un sentiment d'impuissance et une souffrance psychique par le passé, lesquels se seraient manifestés face à une perte de contrôle et une détresse en lien avec les décès de ses amis. Le choix professionnel pourrait alors être interprété comme une tentative de reprise de contrôle et une réparation d'anciennes blessures narcissiques. On peut étayer l'hypothèse que ceci pourrait être à l'origine de son désir de proximité avec les personnes dépendantes, afin de pouvoir diminuer un éventuel sentiment de culpabilité face aux décès de ses amis.

La deuxième explication à la raison de son choix professionnel vient renforcer notre hypothèse : « *la proposition de travail était vraiment intéressante parce qu'on me proposait de travailler et de vivre avec ces personnes-là et de travailler avec elles vraiment, en les côtoyant de près pour pouvoir justement les suivre et voir les changements* ». On peut noter, que plus tard dans le récit, Pierre utilise les mêmes mots pour spécifier la relation avec ses amis du passé. L'impossibilité de résoudre ce conflit intrapsychique généré par le désir refoulé émerge au niveau de la conscience à travers un lapsus qui suit : « *Au début, c'est une approche évidemment folle...eh... je voulais dire une approche évidemment fascinante, mais quand-même difficile à entreprendre* ».

Suite à une réflexion élaborée autour de la signification du mot « réussite », Pierre évoque la représentation du travail qui ne constitue qu'un passage. Il justifie cette perception en se référant aux objectifs du centre. Il explique que le chemin des toxicomanes vers l'abstinence serait caractérisé par des aller- retours qui pourraient prendre des années. On peut imaginer que cette représentation a pour fonction de diminuer un sentiment d'impuissance par un déplacement de la responsabilité vers d'autres structures d'aide, comme les centres de réinsertion ou de postcure qui forment « *la deuxième étape* ». Une autre fonction protectrice de cette représentation serait probablement la diminution des attentes vis-à-vis des résidents et par la même occasion une atténuation d'un sentiment de déception qui pourrait accompagner ces rechutes. Il termine en expliquant que si la personne venait déjà « *simplement se ressourcer, c'est à dire, dormir, manger, se retaper, reprendre des forces et puis repartir à la rue et reconsommer* », ce serait déjà une réussite en soi. Il souligne qu'avec l'expérience, ses objectifs de travail ont changé et que pour lui, le plus important semble être la réflexion des personnes dépendantes en ce qui concerne leur comportement et qu'ils reviennent plus tard « *avec d'autres envies et d'autres projets* ». Il ne semble pas viser l'abstinence des résidents, qui est vue comme plutôt utopique. La rechute serait alors vue comme élément inévitable appartenant au libre choix de la personne.

A travers le discours, Pierre laisse apparaître deux représentations totalement contradictoires de son travail. Nous remarquons qu'il installe son raisonnement autour de deux positionnements différents :

le non-savoir/le doute et le savoir/la certitude. Ceci entraîne une oscillation du participant entre des paroles qui, d'une part laissent apparaître un questionnement autour des conduites addictives et criminelles des résidents, des tentatives de comprendre ces comportements et des quêtes continues de la vérité derrière les mots et d'autre part, des certitudes, des représentations plutôt négatives persistantes mettant à mal toute ambivalence à travers l'objet, une certaine rigidité. Nous essayons de résumer ces moments qui mettent en avant ces paradoxes à partir de paroles qui ne sont pas directement associées dans son récit :

« C'était que dans le doute d'une personne qui aurait consommé à la maison ou pas, il y a toujours ce doute. (...) A partir du moment où des personnes ont l'air de sortir de ces comportements et ont l'air de s'accrocher (...) les personnes qui semblent avoir des chances à arriver un peu plus loin (...) Il y a plein de choses où on ne sait pas à l'avance où ça va toucher (...) » Ces paroles mettent en avant une espèce d'espoir avec une possibilité d'évolution du patient, une motivation, une recherche de sens qui amène à une activation de la part de Pierre. Son travail paraît prendre un sens et son sentiment d'impuissance semble diminué.

« Je pense que c'est la vie d'un toxicomane et je ne pense que ce n'est pas en faisant ça (claquement des doigts) que ça va guérir tous leurs maux et tous les problèmes. Non, à ce niveau-là, je n'ai plus d'état d'âme (...) Leurs discours, c'est du vent (...) On n'arrivait à rien, de toute façon, ils se retrouvaient quand même dehors. Donc, tout ça c'est fini, on ne discute plus, on ne parle plus, on essaye de ne pas perdre du temps dans des discussions qui n'amènent à rien. (...) ; Je sais que je suis toujours manipulé » Ceci souligne le côté déplaisant animé par un désespoir, un sentiment d'impuissance et de frustration où le sens de son travail semble embrumé, car le patient paraît être en incapacité d'évoluer.

Nous pouvons également noter, une identification à un parent bienveillant qui se manifeste pour la première fois dans sa façon de s'exprimer en utilisant des renforcements positifs qui amènent à une certaine infantilisation de la patientèle. *« Regarde, c'est bien, tu sais faire ci, tu sais faire ça, tu peux l'utiliser. »* Il exprime éprouver une jouissance narcissique lorsqu'il se met dans une position maternante en se souciant du bien-être des toxicomanes par le fait de cuisiner pour eux alors que, c'est eux qui sont sensés s'occuper du repas. *« Je sais que ça leur fera plaisir, ils sont contents, ils ont envie de connaître la recette, il y en a qui veulent m'aider. »* Cette reconnaissance amène un sentiment valorisant. Pierre nous donne l'impression d'éprouver un désir de valorisation dans un contexte social spécifique en obtenant des toxicomanes des satisfactions de prestige et de considération probablement dans le but d'acquérir une estime de soi sécurisante. Ce positionnement se concrétise par après où il tente de faire part de son expérience éducative en lien avec sa paternité. Au début de sa carrière, la demande de réagir en bon père de famille l'a marqué. Cela ne lui disait rien à ce

moment, mais à travers l'expérience acquise, il reconnaît la similitude fonctionnelle « *Parfois c'est comme si c'étaient des enfants et il faut les cadrer, il faut les remettre dans le chemin* ». Ceci se renforce encore par une comparaison entre l'âge de ses enfants et l'âge moyen des toxicomanes.

- **Le vécu et les représentations**

Il a suivi différentes formations sur le trouble état-limite et il en conclut que pour lui, toutes les personnes dépendantes ont cette personnalité limite. Ainsi, il nous paraît important de préciser que dès que Pierre nous donne accès à une représentation d'une personne dépendante, il fait en même temps référence à une personnalité limite.

La première représentation des sujets toxicomanes qui mentent et manipulent souligne le côté déplaisant de son travail. Cette perception apparaît à plusieurs reprises. Elle semble même la représentation la plus dominante à travers laquelle Pierre dévalorise des sujets dépendants par un mécanisme de généralisation. Ceci signifie que la relation à l'autre est investie, même si c'est de façon précaire. La souffrance psychique de la patientèle nous donne l'impression d'être niée et il ne les juge qu'en fonction de ses plaisirs et déplaisirs. Au début, il minimise l'impact de ces comportements et utilise des circonlocutions humoristiques « *on se faisait rouler dans la farine à tout bout de champs* » pour diminuer les pulsions agressives.

Tout au long de l'entretien, dans le contenu manifeste, Pierre insiste sur le fait qu'avec le temps l'atteinte narcissique provoquée par la représentation du sujet manipulateur semble avoir diminué. « *Ça ne me touche plus en tout cas euh, personnellement, dans ma vie, ça ne me touche plus. Ça m'a fort perturbé les premières années euh, j'ai ramené les problèmes à la maison.* » Nous avons l'impression que le contenu latent révèle plutôt le contraire à travers une fixation à cette représentation. Les comportements manipulateurs et le manque de sincérité des sujets paraissent influencer l'investissement de Pierre dans la relation ce qui aboutit même à une rupture du lien pour réorienter l'énergie vers d'autres personnes qui ne présentent pas ce comportement : « *Quelque part, on laisse tomber ceux qui continuent à manipuler, à mentir et on se focalise plus sur ceux qui nous paraissent plus essentiels dans le travail* » La communication non-verbale laisse apparaître une certaine agressivité qui a comme conséquence un comportement de punition à travers une froideur émotionnelle. Pierre diminuerait-il son investissement narcissique afin de laisser place à une certaine indifférence ? La culpabilité pouvant surgir face à cette sorte d'abandon est diminuée en partageant la responsabilité de cette décision en terme de 'on' et 'nous'. « *J'ai arrêté de lutter contre ça, comme d'autres personnes ici dans l'équipe* ». A un moment donné, il évoque la possibilité que leur problématique d'addiction et le fonctionnement du centre ne soient pas cohérents. Il développe sa réflexion par l'incompatibilité des critères d'accueil (présenter une motivation pour l'arrêt de toute consommation) avec la fausse prétention des personnes voulant être admises au centre. Ceci se concrétise

encore plus par après : « *ils racontent des bobards pour pouvoir être ici* » Ceci laisse apparaître une critique implicite envers la structure pouvant être également comprise comme une tentative de justifier les mensonges des résidents. On peut sous-entendre qu'il suppose que ces comportements malhonnêtes constitueraient une sorte d'adaptation aux attentes du service.

La représentation des sujets qui « sont nulle part » et qui « n'ont pas de projet » est justifiée par la définition même du centre « *on reste un centre de sevrage, un centre de crise* ». La perception des sujets perdus et en crise est surtout présente au début, lorsque les sujets arrivent au centre. Celle-ci augmente la probabilité que le résident évolue par après avec l'aide de son soutien. Ceci a comme effet bénéfique une augmentation du sentiment d'efficacité accompagné d'une certaine valorisation de son travail.

Il enchaîne avec une représentation du sujet qui au début « ne pense qu'au produit et à la façon de se le procurer ». Ceci lui permet à nouveau de renforcer une valorisation de son accompagnement par la possibilité de changement des sujets pendant le séjour dans le centre. Il enchaîne : « *Parce que toute leur vie tourne autour de ça. Donc, si on arrive déjà à changer ce mode de pensée et ce mode de comportement et de vie, on pourra peut-être aller plus loin.* » Cette réduction de la personnalité à un mode de comportements d'auto procuration pour satisfaire leurs pulsions s'avère nécessaire pour prévoir tout acte et ainsi le contrôler.

Une autre représentation des sujets en souffrance peut être sous-entendue à travers plusieurs expressions dans le récit : « (...) *dans son combat contre la dépendance ; (...) pour arriver à sortir de cet enfer ; (...) qu'il faut voir aussi le côté positif, même s'ils sont au fond du trou ; (...) guérir tous leurs maux et tous leurs problèmes* ». Cette image reste implicite et n'est pas élaborée en détails. En plus, ces paroles sont constamment entourées d'accents portés sur la fonction d'étayage qui est remplie par l'accompagnement de Pierre. Ce mécanisme de défense sera analysé plus en détails dans la prochaine partie. On peut en conclure qu'il existe une difficulté de reconnaître cet aspect de son travail, soit par un risque déclencheur d'affects trop difficiles à supporter, soit par cette représentation qui reste incompatible avec les autres perceptions majoritairement dévalorisantes. On peut supposer que si Pierre reconnaissait la souffrance psychique de ses résidents, un sentiment de culpabilité pourrait surgir face à ses descriptions généralement négatives qui dominent son discours.

La thématique des rechutes amène une annulation de toute implication émotionnelle de la part de Pierre. Ceci met alors en évidence une représentation des sujets pour lesquels il décide de ne plus éprouver de l'empathie ou d'investir sa confiance. Par après, il nous donne l'origine de ce désinvestissement émotionnel par un exemple où « *le sentiment emphatique était peut-être trop poussé* ». Des résidents ont essayé de voler la voiture de sa femme ce qui a engendré un sentiment d'être « *utilisé pour leur business, comme un élément, un pion dans leur vie* ». Il explique : « *J'étais mal*

avec ça ». Cet état pénible causé par une atteinte narcissique a mené Pierre à un questionnement sur un éventuel arrêt de son travail. Dans le passé, l'empathie et la confiance ressenties pour les toxicomanes se sont révélées comme trop dangereuses et susceptibles de provoquer un repli narcissique. Suite à des discussions entre collègues, il s'est rendu compte que : *« je suis là pour ces missions-là et pas pour autre chose, pas pour m'investir plus, personnellement »* A la place de ce ressenti affectif 'trop dangereux', il essaie de resserrer le mécanisme contre-transférentiel en se contentant de leur renvoyer leurs ressources et incapacités, afin d'arriver à une évolution. *« Ici, je dirais : « oui, tu es capable de faire ceci ou cela » ou « tu n'es pas encore capable de... » »*.

Une autre conviction vient assurer cette modalité défensive. *« Maintenant je suis sûr que, si la personne se plante, ce n'est qu'à elle seule qu'elle doit en vouloir et ce ne sera qu'elle qui sera punie ou mise dehors »*. Une représentation du sujet responsable est donc présentée. Pierre semble alors se libérer d'un sentiment d'impuissance et de culpabilité par cette responsabilisation du toxicomane, allant jusqu'à une certaine intentionnalité quand le sujet échoue. Il prétend que la colère probable résultant d'un échec doit être dérivée sur la personne en elle-même et pas sur sa propre personne. La conséquence de ceci sera alors la rupture définitive du lien, par une mise à l'écart définitive. Il reconnaît la fonction protectrice de ces cognitions et on peut supposer que les représentations plutôt négatives lui facilitent cette défense ce qui lui permet de continuer à travailler avec cette population.

L'ébauche d'une représentation des sujets violents, instables et criminels est amenée pour décrire les conduits transgressifs des résidents qui ont volé la voiture de sa femme, et d'autres qui sont entrés par effraction chez lui. Il semble alors s'appuyer uniquement sur son vécu personnel pour généraliser ces caractéristiques sur toute la population des toxicomanes. Les règles et la liste noire paraissent lui procurer une sécurité et allègent *« ces états d'âmes »*, qu'il ne précise pourtant pas. Cette représentation inquiétante qui résulterait éventuellement d'un fantasme de violence associé aux toxicomanes, revient par après : *« La violence, ça peut inclure pas seulement de la violence dans les actes, ça peut être aussi la violence dans les paroles. Euh, je pense qu'ils réfléchissent au moins deux, trois, quatre fois avant de passer à l'acte parce qu'ils savent qu'ils seront exclus à vie. »* A nouveau, Pierre met en avant le bénéfice de la règle explicite de l'exclusion définitive, qui joue un rôle préventif par sa fonction castratrice.

- **Les types de soutien et mécanismes de défense**

Un type de soutien qui apparaît très vite dans le discours, est un savoir qu'il a accumulé tout au long de sa profession à travers l'expérience professionnelle et différentes formations. Ce savoir semble lui procurer une sécurité dans le contact avec les résidents. La formation théorique est citée comme ressource pour une meilleure compréhension du trouble de la personnalité limite.

Pierre a rencontré des situations dans sa carrière professionnelle qui ont transgressé la limite entre sa vie privée et professionnelle. Pierre affirme que les comportements manipulateurs des patients le touchent moins. Il aurait appris à « *mettre les priorités ailleurs* ». A chaque situation difficile, il prétend que la discussion avec l'équipe l'a aidé à prendre une distance et à se remettre en question pour après prendre des mesures protectrices. L'équipe représente alors un autre type de soutien qui lui sert de référence. La notion de plaisir se retrouve dans une position symétrique avec celle-ci. Il décrit une ambiance bienveillante et le partage d'une même philosophie de travail. L'équipe peut être vue comme objet sécurisant. Elle est souvent abordée sur un mode indifférencié qui s'exprime par l'utilisation fréquente des pronoms 'on' et 'nous'. Il décrit une équipe pluridisciplinaire, ayant les mêmes tâches où les obligations comme par exemple l'administration sont remplies par chaque collaborateur. Il souligne : « *On est tous à égalité (...) On n'allait pas se différencier directement dans le travail, avec une étiquette reconnaissable.* »

Nous avons également l'impression que l'équipe lui sert de référence pour justifier certains comportements 'abandonniques' et un positionnement plus passif. (« *J'ai arrêté de lutter contre ça, comme d'autres personnes ici dans l'équipe* », « *et je ne parle pas que pour moi, on avait décidé de travailler comme ça au début, ensemble.* » etc.)

Le cadre institutionnel incluant d'une part, des missions bien définies et, d'autre part une certaine liberté d'agir sans contrainte hiérarchique semble contribuer d'une manière importante à la prolongation de son travail dans ce service. Le règlement implicite et le cadre sont perçus comme sécurisants. Il nous semble important de citer un abstract qui indique à quel point le cadre institutionnel empêche la confusion entre le moi et l'objet : « *Il a fallu se mettre un cadre dans la tête, sinon on ne s'en sort pas... si on n'a pas un truc bien précis et alors... c'est pour ça que l'institution ici, si on se base sur les objectifs pour lesquels elle a été créée, ça devient facile entre guillemets. C'est-à-dire pour certaines missions mais pas pour se mélanger et aller dans tous les sens euh, bon voilà.* » La rupture du discours et le ton excité paraît mettre en avant une angoisse qui peut surgir face à la possibilité de perdre les repères identitaires face à un amalgame entre soi et l'autre. En général, il conçoit son métier par l'organisation privilégiant les forces de chaque collaborateur. Les membres de l'équipe décident quelles activités ils veulent mettre en place, en fonction de leurs plaisirs. Une fonction d'étayage semble être remplie par la liste noire, c'est-à-dire l'exclusion définitive du toxicomane, liste à laquelle il se réfère dans les moments où un conflit relationnel risque de provoquer un débordement émotionnel, tant chez Pierre que chez son interlocuteur. Elle entraîne une rupture irrévocable d'une relation dans laquelle les émotions négatives prennent le dessus.

A plusieurs reprises, il se base sur les bénéfices qu'apporte le fait d'accomplir le rôle d'un maître de stage ou d'un lecteur de mémoires. Cet acte lui permet de prendre une distance en parlant de son

travail à un tiers neutre. « *Ça m'a permis de prendre du recul parce que je devais parler du travail et en parlant, je me suis rendu compte que ça aidait aussi.* » La parole et les réflexions associées semblent lui procurer une possibilité de redéfinir le cadre et de remettre en question ses actes professionnels. Il ajoute qu'il apprécie le retour extérieur pour ne pas « *être tout le temps, tout le temps plongé là-dedans* ». Par cette occasion, il mentionne pour la première fois qu'un sentiment de fatigue peut apparaître si cette possibilité de se référer à une personne extérieure du service n'existait pas. Selon ses dires, sans cette opportunité, il ne pourrait plus être objectif par rapport à certaines situations ou face à certaines personnes et ne saurait plus prendre de bonnes décisions.

Comme mécanismes défensifs, nous percevons principalement l'utilisation du refoulement, de l'isolation, de la minimisation des affects, de la dédramatisation, de la rationalisation, des procédés antidépressifs et une tendance au clivage de l'objet.

A travers ses paroles, nous relevons un refoulement de l'aspect émotionnel de la relation avec les résidents. Nous soulignons la véhémence avec laquelle il prétend que les comportements manipulateurs ne le touchent plus du tout et le fait qu'il juge toutes les émotions susceptibles d'apparaître sur son lieu de travail comme dangereuses (« *Il y a l'affectif qui entre en ligne de jeu et là, c'est fini quoi* ».) Sa décision de ne plus s'investir personnellement s'y ajoute. La composante affective semble rester consciente mais détachée des représentations qui lui sont associées, c'est pour cela que nous avons décidé de ne pas l'interpréter comme un mécanisme de déni. Le refoulé, bien qu'il ne soit pas accessible à la conscience, peut se manifester par son sentiment de fatigue et par l'inhibition dans le discours. Le lapsus au début de l'entretien témoigne également d'un retour du refoulé.

Quand l'affectif remonte à la surface, Pierre semble se protéger d'un débordement émotionnel en minimisant les affects et en dédramatisant l'impact de certaines situations dans lesquelles les résidents mettent en place des comportements manipulateurs, criminels ou autres. Souvent, les affects sont évoqués, mais rapidement atténués par rapport aux souvenirs ou représentations auxquels ils s'associent. Par exemple : « *ça m'a fort perturbé les premières années euh, j'ai ramené les problèmes à la maison. C'était un peu difficile.* » Dans ce même registre, on peut également parler du mécanisme de l'isolation, car on observe une certaine perte de contact avec les sentiments associés à une idée donnée, alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent. L'isolation de l'affect peut ainsi être vue comme un refoulement de l'affect, sans refoulement de la représentation.

Tout au long de l'entretien, on rencontre des procédés antidépressifs. Ils sont mobilisés afin d'éviter tout débordement émotionnel face à des scénarios de perte ou de déception personnelle suite à des conduites criminelles, malhonnêtes ou des rechutes. Souvent, Pierre fait preuve d'une capacité à

soulever diverses fonctions de soutien ayant probablement pour but de lutter contre tout affect négatif qui pourrait apparaître dans le suivi de personnes dépendantes. L'humour est souvent utilisé dans des moments où il évoque des situations difficiles. Ce mécanisme semble stabiliser le récit et soutenir la pensée pour contenir l'émotionnel. De plus, nous avons l'impression que les moments où il rit ont comme effet de pouvoir se dégager de l'enlèvement. Ce mécanisme semble lui permettre de se défocaliser du contenu d'une représentation, car il semble relié à des affects difficilement supportable.

Un autre mécanisme de défense observé est la rationalisation. Cette défense est observée notamment, quand Pierre expose ses motifs à vouloir prendre une position plus passive avec le temps et à s'investir moins dans la relation avec les patients. Nous hypothétisons que ce mécanisme donnerait à Pierre l'occasion de reprendre le contrôle et d'avoir un sentiment de maîtrise sur des choses qui lui échappent.

Pour terminer, nous décelons une tendance au clivage de l'objet. On remarque que ses affects sont majoritairement influencés par des représentations pouvant être perçues comme des étiquetages. Ceux-ci ont pour fonction de protéger Pierre à travers un désinvestissement dans la relation. Ce clivage semble également avoir comme objectif une protection d'anciennes blessures narcissiques en lien avec la thématique de la dépendance.

Intégration des données

En tenant compte de son passé et de sa confrontation probablement douloureuse à la problématique de dépendance, le choix professionnel peut être interprété comme une mise en pratique d'une restauration d'anciennes blessures narcissiques et d'une reprise de contrôle.

Différentes représentations des toxicomanes et le rôle perçu par l'assistant social dans ce centre, ont pour fonction d'atténuer un sentiment d'impuissance et de frustration. Sa position active et l'investissement dans le lien relationnel semblent évoluer en laissant place à une certaine indifférence. Pierre se protège des émotions douloureuses en essayant de limiter le contre-transfert.

Il est important de souligner qu'il réduit les sujets dépendants et état-limite à leurs comportements manipulateurs en minimisant toute notion de souffrance à laquelle le sujet peut être soumis. La notion de déplaisir semble alors constituer un paramètre nécessaire pour décrire ces patients. La critique apparente du discours manipulatif du sujet toxicomane, semble révéler une tentative infructueuse à nier son effet sur le Moi.

La dévalorisation de l'objet (personnes dépendantes états-limites) permet une différenciation sujet/objet, donc une délimitation identitaire dans un contexte où le refoulement des affects semble

servir d'écran contre un effondrement émotionnel. Celui-ci serait quant à lui lié à une angoisse de perte, qui semblerait être une des conséquences des ruptures antérieures avec ses amis dépendants. Paradoxalement, on prend conscience qu'une identification à un parent bienveillant pourrait avoir lieu, mais celle-ci risquerait de mettre en péril la stabilité psychique de Pierre.

La référence à l'équipe amène une justification de la prise d'une position plus passive dont le but premier n'est plus la « réussite ». Cette position aurait comme fonction la régulation émotionnelle. Le plaisir de son travail se retrouve entre autres dans une position symétrique avec l'équipe, où le collaborateur fait partie d'un tout avec une complémentarité permettant d'éviter un sentiment de culpabilité et de frustrations. Le règlement institutionnel, surtout la liste noire qui régit dans le fonctionnement de l'équipe, semble procurer un espace délimité sécurisant pour Pierre. Un autre aspect important consiste en la possibilité de s'en référencer à un tiers extérieur neutre (stagiaires, mémorants, ...), pour trianguler une relation conflictuelle avec les toxicomanes.

Concernant les défenses perçues, nous avons pensé au refoulement, à l'isolation, à la minimisation des affects, à la dédramatisation, à la rationalisation, aux procédés antidépressifs et à une tendance au clivage de l'objet.

Les modalités défensives mobilisées peuvent sous-tendre un processus de lutte contre l'agressivité dans les relations avec les personnes dépendantes et contre l'angoisse de perte d'objet anaclitique. A travers différents exemples dans lesquels Pierre était confronté à une souffrance psychique suite à une proximité relationnelle qui l'a quasiment amené à quitter son lieu de travail, il décide de ne plus s'investir émotionnellement. Nous émettons l'hypothèse que, par la majorité des procédés, Pierre empêcherait l'extériorisation d'affects douloureux à l'encontre de la patientèle pour éviter de se confronter à l'angoisse d'abandon. En général, nous concluons qu'un éventuel conflit psychique tourne autour de pulsions agressives et d'un désir de reconnaissance.

Tout au long de l'entretien, nous observons une remise en question et une réflexion qui se concrétise par l'aide de la parole et qui l'amène à reconnaître différentes fonctions protectrices de son comportement et de sa pensée.

A la fin de l'entretien, Pierre fait preuve de réflexions intéressantes qui nous semblent résumer son dilemme : *« Donc il y a toujours des moments qui nous permettent d'avoir une relation qui paraît moins professionnelle, moins stricte, moins cadrée et ça, ça permet aussi d'avoir un peu de souplesse dans le travail. Tout en sachant qu'il y a quand même ce cadre dont il ne faut pas trop déborder. Il y a les deux côtés... (...) Ce n'est pas facile de mettre un cadre, des limites, mais quand même donner quelque chose de sa personnalité authentique »*

4.1.4. Sophie

Présentation de la personne et rencontre

Sophie, âgée de 30 ans travaille depuis 3 ans en tant qu'assistante sociale dans un centre de cure et de postcure. C'est un institut spécialisé dans la réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance vis-à-vis de produits psychotropes légaux et illégaux.

Sophie s'est montrée très intéressée à participer à mon projet de recherche. Elle m'a accueillie en souriant, elle est sympathique, mais me paraissait également timide dans le contact. Après un dialogue durant lequel elle m'a posé des questions sur mon parcours professionnel, l'ambiance est devenue très conviviale. J'ai découvert une femme qui au premier abord me paraissait plus jeune. Elle est toute mince et au niveau corporel, elle avait l'air fragile. Dès le début, j'ai ressenti un besoin de la protéger et d'être attentive à ce qu'elle se sente à l'aise vis-à-vis de ma présence. Elle avait une voix douce et mélodieuse. J'ai été étonnée par son ouverture dès ma première question. A la fin de l'entretien, j'ai eu l'impression qu'elle était soulagée d'avoir pu partager son vécu.

L'entretien

- **L'histoire personnelle et le choix professionnel**

Face à ma question de départ, Sophie répond en mettant l'accent sur l'aspect professionnel. Elle explique que les motivations de travailler avec des personnes dépendantes viennent d'une expérience de stage dans ce service. Sophie désigne les pratiques récoltées pendant ce stage comme étant les plus formatrices du fondement de sa personne. Après ses études d'assistante sociale, quelques années de contrat à durée déterminée se sont écoulées dans plusieurs CPAS et ASBL. Elle a été recrutée à 5 reprises dans le service actuel avant d'y être engagée pour une durée indéterminée. On peut questionner son importante motivation à vouloir intégrer ce service, cette équipe avec cette patientèle spécifique. Le travail semble être une réponse à un désir narcissique profondément ancré qui pour le moment, nous semble encore énigmatique.

Pour éclaircir ce point, nous continuons en nous référant à son discours dans lequel elle explique qu'elle n'aurait pas rencontré la problématique de dépendance dans son milieu familial, mais au sein de son cercle d'amis où « *des choses circulent* ». Elle poursuit en expliquant que la confrontation avec ce public l'a aidée à ne pas succomber à « *certaines folies de jeunesse* ». Elle qualifie ce moment dans son parcours de recadrage. Celui-ci a engendré plusieurs changements notables dans sa vie privée. Au niveau implicite, elle nous laisse sous-entendre qu'elle était à la recherche de

limites afin de ne pas se perdre dans une instabilité psychique et environnementale. Le choix professionnel peut alors être perçu comme une tentative de reprise de contrôle, ce qui a engendré une confrontation avec cette problématique à travers la patientèle du service.

Elle semble cerner la nécessité d'une part, d'établir des limites en ce qui concerne son investissement émotionnel dans la relation à l'objet et d'autre part, d'accepter ses failles narcissiques. « *Les limites que je dois vraiment me mettre, c'est de ne pas reprendre tout à la maison, de ne pas vouloir sauver le monde entier à...une grosse difficulté que j'ai moi, c'est que je m'investis beaucoup dans le lien avec les personnes et donc du coup c'est comme si le lien se poursuivait même s'ils ne sont pas là.* » Nous pouvons mettre l'accent sur sa capacité d'introspection et la remise en cause de son fonctionnement psychique pour se protéger d'un débordement émotionnel.

En se référant à ses paroles « *de ne pas aller plus loin dans certaines folies de jeunesse* », on peut imaginer qu'elle-même a été confrontée à la consommation de substances dans son passé. Le fait d'opter pour un positionnement plus distancié et plus 'professionnel', l'a probablement confrontée à un conflit psychique entre deux tendances pulsionnelles contraires : Le ça, qui inclut la pulsionnalité et qui incarne éventuellement une compulsion vers une satisfaction libidinale par la consommation de substances et le surmoi, qui reflète des interdits, comme par exemple : les défendus parentaux qui lui interdirait cette manière de calmer ses tensions internes. Par le contact avec la réalité extérieure, le moi tente de trouver un compromis à travers son choix de travailler avec ce public en assurant une maîtrise sur le monde pulsionnel. Cette solution atténue l'influence du monde extérieur et met le principe de réalité à la place du principe de plaisir. Nous ne pouvons cependant pas détailler ceux-ci étant donné que nous n'avons pas plus d'éléments en notre possession concernant la rencontre de notre participante avec le produit dans son passé.

Une autre hypothèse centrale apparaît à travers ses paroles : la confrontation avec les sujets toxico-manes qui pourrait avoir comme objectif de remplir une fonction d'effet miroir. Ceci permet à Sophie de s'identifier à un objet et de se rapprocher de la thématique par une mise à distance, qui la protège d'une implication émotionnelle pouvant engendrer une souffrance psychique. L'effet miroir est la réflexion de soi à travers le regard de l'autre. Il favorise l'introspection qui aide à un développement personnel en continu et lui permet également de capter et de mieux cerner l'image de soi utile à l'autocorrection. De plus, Sophie se décrit comme perfectionniste et elle a conscience que ce trait de caractère est mis à mal par l'incompatibilité avec la lassitude des personnes dépendantes. La population lui renvoie l'impossibilité d'être parfaite et l'effet de miroir rempli à nouveau son rôle.

Dans ce paragraphe, nous souhaitons aborder les conséquences de son choix professionnel qu'elle décrit comme « un déclic » entraînant avec lui plusieurs ruptures relationnelles. Elle a mis fin à la

relation avec son conjoint dans laquelle elle était depuis 6 ans, elle a « *trié* » son cercle amical. Elle ajoute qu'elle s'est « *vachement calmée parce qu'on voit les conséquences, mais on voit aussi ce qui peut amener rapidement à aller dedans* ». Une certaine méfiance par rapport à elle-même apparaît lorsqu'elle entend ses patients parler de leurs histoires personnelles qui les ont amenés au centre. Les ruptures notables au sein de sa vie privée seraient-elles à l'origine d'un investissement doté d'« *une énergie folle* » dans le lien avec les personnes dépendantes où l'empathie est considérée comme une base nécessaire de son travail ?

En effet, la représentation de son rôle comme « porteur d'espoir » renforce notre impression d'une présence d'un surinvestissement dans la relation avec la patientèle. On peut émettre l'hypothèse qu'un mécanisme de déplacement de la libido du Moi sur la relation à l'objet est mis en œuvre. Nous présumons que cette représentation est à l'origine d'un apport d'énergie pulsionnelle dans la relation d'aide. En outre, Sophie admet ressentir une perte de sens de son travail en l'absence ce contre-transfert. Nous pouvons déduire que cet engagement lui procure une valorisation par un sentiment d'utilité dans son travail.

On peut supposer que le processus d'adaptation transitoire à ces nouvelles situations provoquées par différents changements dans sa vie privée, a entraîné une importante remise en question qui a amené un effondrement narcissique. En effet, Sophie était en période d'épuisement durant 4 mois pendant lesquels elle était dans l'incapacité d'approcher son lieu de travail. Cette période de maladie était accompagnée de sentiments de culpabilité « *de ne pas être présente, de ne pas correspondre aux attentes* ». En se référant à son côté perfectionniste, nous avons l'impression que ce terme « *attentes* » surgit surtout de son fonctionnement psychique et est projeté sur l'autre (la patientèle et le service en incluant l'équipe professionnelle et les responsables). A ma demande de précision, elle explique que l'élément déclencheur a été une maladie cardiaque qui a engendré un coma d'un de ses patients qu'elle trouvait « *assez sympathique* ». Cette situation l'a amenée à déclencher cette souffrance psychique qui était en lien avec des situations semblables dans son milieu familial : son père et son beau-père avaient également subi des infarctus peu avant. Ceci et les éléments analysés auparavant nous laissent penser qu'il existe une confusion entre les deux domaines de vie : familial et professionnel. A un moment plus tard dans son récit, cette difficulté prend un niveau de conscience remarquable : « *Je dirais que ça fait toujours appel à quelque chose qui est en nous dans mon parcours de vie, dans mes difficultés du moment ou bien dans ce que j'ai déjà connu.* » Vu qu'un processus nouveau est souvent caractérisé par un bouleversement émotionnel coloré d'anxiété venant d'une remise en question, ne peut-on pas considérer comme évident cette réaction à un processus transitoire d'adaptation à de nouvelles situations ?

Une autre supposition est que la période d'épuisement traduit la forme qu'emprunte le conflit intrapsychique inconscient (ça-surmoi) pour être admis à la conscience. Ce retour du refoulé peut être compris comme une formation de compromis par la symptomatique non précisée. Par cette formation de symptômes, Sophie semble satisfaire à la fois aux exigences du désir refoulé, mais aussi aux exigences défensives. Les répercussions se traduisent par un réaménagement pratique : une modification de sa mission et de son cadre de travail décidé par les responsables. Avant, Sophie s'occupait de l'admission du centre et était chargée des entretiens préliminaires et par après, elle a suivi l'encadrement du sevrage. Elle précise : « *Ce n'est pas ça qui me soulage en terme de charge de travail mais en tout cas en terme de...* (Rupture dans le discours) ». Ceci peut être interprété par une mise en lien qui apparaît plus tard au cours de son récit dans lequel elle souligne que l'intérêt porté pour ce travail est également dû à une possibilité de changement de tout individu. Durant l'admission, les personnes dépendantes sont en souffrance psychiques causées par l'addiction aux substances. La période de sevrage amène un certain processus d'évolution qui est en lien avec un certain plaisir éprouvé lors d'un développement positif.

On peut imaginer que pour des raisons de protection du surgissement du conflit intrapsychique refoulé, Sophie justifie son choix professionnel par des raisons pratiques. En effet, elle nous fait part que la notion de plaisir est également liée à la diversité que lui apporte le travail. Le côté administratif du métier ne reste qu'une partie de sa tâche quotidienne. Elle apprécie les activités d'animation en groupe. Il semble nécessaire pour Sophie, de rencontrer les bénéficiaires dans un cadre abolissant les différences et les barrières professionnelles, partageant pleins d'activités du quotidien pour renforcer ce lien relationnel. En plus, elle ajoute la proximité entre son lieu de vie et son lieu de travail. L'association qui suit ces explications dans l'entretien souligne le fait que la satisfaction libidinale primaire reste liée à l'aspect relationnel qui semble se baser sur son fonctionnement psychique.

Elle ébauche une représentation de son travail qui s'organise comme dans une micro-société. La dynamique de groupe est perçue également comme formatrice d'une part de sa personnalité. Un sentiment de valorisation transparait à travers un sentiment d'appartenance à une « *communauté* » que des règles bien définies régissent. L'échange et la concertation dans l'équipe pluridisciplinaire sont mis en avant. La tendance communautaire semble être alors également une motivation à s'investir dans ce travail. La recherche de contact avec les autres et le souhait d'élaborer des schémas de conduites communs reflètent un besoin individuel de sécurisation et de protection.

- **Le vécu et les représentations**

Sophie nous donne accès à une représentation valorisante des toxicomanes avec lesquelles « le lien passe très bien. » Cette perception met rapidement en évidence un plaisir éprouvé au contact de cette patientèle. Comme déjà mentionné auparavant, cette représentation met en évidence un surinvestissement libidinal dans la relation à l'autre. Elle explique que si une sympathie est établie, une vigilance règne ces interactions : « *à être plus derrière eux, à les motiver, à les réencourager, à être attentive à ce qui se dit d'eux...* »

Une représentation des sujets menteurs/manipulateurs semble venir contrer cette représentation valorisante. Elle peut indiquer une manière de se dégager d'une attirance pour les personnes dépendantes. Sophie décrit ce fonctionnement en lien avec la thématique de rechutes où « *ils se remettent dans leur schéma où on ment* » Ces infractions viennent mettre à mal cette relation proche et rétablissent à nouveau des positionnements asymétriques devant assumer son rôle comme assistante sociale qui « *n'oublie pas* ». Implicitement, on repère une blessure narcissique accompagnée d'une agressivité qui mène à un recentrage de l'énergie pulsionnelle sur le Moi, ceci responsabilise à nouveau le patient 'malhonnête'. Elle énonce : « *on coupe court vite à leur fonctionnement. On va plus vite droit au but ou on dit les choses d'une manière un peu plus clash peut-être, il faut moins y faire attention* » Elle semble alors se dégager d'un sentiment d'impuissance et se protéger d'un effondrement émotionnel face à cette déception personnelle. On peut faire l'hypothèse d'un mécanisme d'introversion pour conceptualiser le détachement de la libido de ses objets extérieurs (les patients) et le retrait sur le monde intérieur de Sophie. La libido se détourne de la réalité qui a perdu sa valeur pour notre participante, du fait de la frustration obstinée qui résulte de la rechute et des comportements manipulateurs.

Elle aborde un exemple qui illustre cette représentation. Un patient décrit comme « *affabulateur, menteur, mythomane* » qui mettait Sophie dans l'incapacité de continuer son travail : « *je trouvais plus juste de m'arrêter avec lui, de lui dire ce que je pensais de lui et de notre relation et que ça me faisait aussi des choses à moi.* » Dès ce moment, le lien a changé : l'empathie s'est développée et maintenant, il a fini sa cure. Elle évoque « *une fierté immense* » face à cette évolution où elle a exprimé sa colère en reprenant position et remettant le mandat. Ce mandat est défini comme une aide où on « *trouve quand même un lien qui nous attache* ». Ceci montre à quel point cette représentation aboutit à une distance intersubjective inacceptable qui place le sujet dans l'incapacité d'accomplir son rôle d'assistante sociale. Une représentation des patients dépendants état-limites avec qui le travail est « plus pénible et plus lourd » se dessine par après. Elle énonce qu'avec cette patientèle le respect du cadre pose plus de problèmes et qu'elle s'attend à priori à ce que l'accompa-

gnement soit plus compliqué « *pour plein de raisons* » qu'elle précise postérieurement. Une augmentation de la charge de travail résulte entre autres des contacts plus nombreux avec d'autres services, ce qui demande plus d'énergie de sa part. Subséquemment, elle généralise ce vécu à tous les membres de l'équipe pour contrôler ou pour minimiser des sentiments perturbants. De cette manière, Sophie paraît éviter de se confronter à son implication personnelle dans des situations potentiellement conflictuelles avec ces patients. Elle banalise son ressenti en s'en référant à l'expérience collective de l'équipe.

- **Les types de soutien et mécanismes de défense**

En générale, on peut constater que Sophie semble bénéficier d'une sécurité par les interdits, les règles explicites et implicites du fonctionnement institutionnel comme par exemple l'exclusion du centre lorsque la personne ne dit pas la vérité en ce qui concerne une rechute. Ceci amène une limite qui aboutit à une distance utile, au cas de transgressions des règles.

Un autre type de soutien qui s'est avéré bénéfique pendant sa période de maladie représente la supervision extérieure. Un suivi psychologique est proposé par l'institution. La participante évoque que ce suivi a contribué à son rétablissement. On peut imaginer que cette offre de l'employeur amène une reconnaissance de la difficulté de son travail. Ceci apporte une valorisation narcissique qui semble avoir également participé à surmonter cette souffrance psychique. Les responsables ont pareillement décidé de modifier sa mission afin de faciliter son retour sur son lieu de travail. On peut alors avancer l'hypothèse que la direction incarne un imago paternel rassurant et bienveillant pour Sophie.

L'équipe pluridisciplinaire apparaît à plusieurs reprises comme type d'étayage notable. « *Le fait d'être dans une équipe pluridisciplinaire, ça apporte tellement d'échange, tellement de points de vue différents que c'est porteur quoi* » Elle met en avant l'échange et la concertation au sein de celle-ci et la décrit comme formidable. L'équipe semble représenter un cadre suffisamment sécurisant afin de rendre possible une remise en question conduisant à un développement personnel. L'existence d'« *un soutien immense* » est cité, puisque « *on se tracasse les uns pour les autres* ». Sophie se sent soutenue, aidée et portée par cette équipe. On peut supposer qu'il existe un manque de différenciation au sein de la structure, une idéalisation et une croyance en la bienveillance inaltérable de l'équipe.

Sa petite fille est également vue comme un soutien, qui l'aide « *à passer à autre chose* ». On peut constater que seule une autre relation parvient à installer une certaine distance émotionnelle dans cet amalgame causé par des relations considérées comme trop proches. Le soir quand sa fille est

couchée, elle explique que les cogitations reviennent. Nous avons l'impression qu'elle se trouve dans l'impossibilité de faire face sans faire appel à un autre objet qui l'aide à établir une distance.

Un autre appui qu'elle met en avant est la réussite des patients quand ils arrivent à la fin de cure. Elle explique « *quand on voit qu'ils vont jusqu'au bout, ça apporte énormément pour eux, comme pour nous. (...) Chaque semaine, on voit des personnes partir par la grande porte et pour notre bien-être dans l'équipe, ça fait du bien* ». Apparemment, cette clôture positive apporte une satisfaction libidinale par une augmentation d'un sentiment de valorisation et de reconnaissance de son travail.

Du point de vue de l'aménagement défensif, nous percevons principalement l'utilisation des tendances générales à la restriction, du déplacement, de la rationalisation, du clivage de l'objet et du refoulement.

Tout au long de l'entretien, on rencontre des tendances générales à la restriction. A plusieurs moments, elle arrête son discours et me renvoie à la nécessité d'intervenir en posant des questions pour préciser des paroles non élaborées. « *Même si ce sont des choses qui sont difficiles des fois et qu'on voudrait s'en passer. (Rires) (Silence...)* ». Il y a également plusieurs ruptures syntaxiques, par exemple : « *en épuisement l'année dernière, notamment dû à un certain...* » L'inhibition paraît affecter différentes modalités du fonctionnement psychique de Sophie : les conflits probables, les affects moins tolérables, les représentations et les processus de pensée.

Par ailleurs, nous semblons percevoir un certain déplacement lorsque Sophie se met à décrire le déclencheur de sa période de maladie. Elle semble transférer les sentiments adressés aux membres de sa famille à un autre objet substitutif (le patient). Nous faisons également l'hypothèse que la libido du Moi est déplacée sur la relation à l'objet, par ce surinvestissement décrit auparavant.

De plus, nous notons une certaine tendance à la rationalisation lorsqu'elle décrit les raisons pratiques (diversité de travail et moins de trajet) de son choix professionnel. Ces explications nous semblent dissimuler les motivations réelles de son choix professionnel derrière des explications plus rassurantes.

Ses relations d'objet semblent sous l'égide du clivage, ce qui entraîne une incapacité de réaliser l'unification des introjections et des identifications positives et négatives. La représentation du sujet menteur avec lequel le travail n'est plus possible et la représentation du sujet où le lien est surinvesti semblent rendre la coexistence en un objet total impossible. Ce conflit refoulé animé par cette différenciation en objets partiels tend à devenir conscient à un moment donné et semble susciter un vécu angoissant que l'on discerne à un flou du discours, aux hésitations, aux arrêts et aux tentatives de justifications. L'idéalisation de l'équipe serait due au même mécanisme.

Certains affects comme l'agressivité et la frustration semblent refoulés et détachés de leur objet et viennent se fixer exclusivement sur la représentation des sujets menteurs avec lesquels elle se trouve dans l'impossibilité de travailler.

Intégration des données

Tout d'abord, nous pouvons souligner un contraste entre les représentations hétérogènes des sujets dépendants qui semblent déterminer majoritairement la qualité de la relation et du travail. Toutes ces perceptions semblent signaler que des états contradictoires dominant alternativement le ressenti de Sophie. Ces états affectifs basculant entre la colère et l'affection semblent provenir de ces représentations contradictoires où l'unification dans un objet total paraît impossible. La représentation négative du sujet menteur aboutit à une distance intersubjective inacceptable qui place notre participante dans l'incapacité à accomplir son rôle. Les patients dépendants état-limites sont associés à une représentation du travail décrit comme plus pénible et plus lourd. Une augmentation de l'investissement personnel serait due à un élargissement de la charge de travail avec cette patientèle.

Nous avons constaté un surinvestissement dans la relation à l'objet où la libido paraît déplacée du Moi sur l'autre. Cet attachement ferme la voie non seulement à d'autres attachements, mais également à des satisfactions substitutives incarnées par l'équipe, les responsables et sa petite fille. Nous pensons que cet apport d'énergie pulsionnelle intense pourrait représenter une cause de son effondrement narcissique pendant sa période de maladie tout comme la remise en question importante due à la confrontation avec cette thématique.

Le travail qualifié comme recadrage semble être une réponse à un désir narcissique profondément ancré de recherche de limites. L'arrivée au service a engendré plusieurs changements notables dans sa vie privée et une certaine méfiance envers elle-même. Ainsi, le choix professionnel peut être vu comme une tentative de reprise de contrôle. Une autre hypothèse de notre part serait que le Moi tente de trouver un compromis à travers son choix de travailler avec ce public en assurant une maîtrise sur le monde pulsionnel. Cette solution atténue l'influence du monde intérieur et met le principe de réalité à la place du principe de plaisir. En ce sens, le principe de réalité semble pousser notre participante vers des activités professionnelles déterminées et socialement approuvées, tout en la protégeant contre des pulsions plus dangereuses. La perception du service qui paraît répondre à ses tendances communautaires nous semble lui procurer un sentiment de solidarité, de sécurité et d'appartenance.

Les interdits, les règles explicites et implicites du fonctionnement institutionnel semblent procurer un sentiment de sécurité par une éventuelle fonction de castration symbolique. Une fonction semblable peut accomplir les tiers neutres auxquels Sophie se réfère souvent pendant son entretien en décrivant leur support durant les moments difficiles : l'équipe, le psychologue extérieur, les responsables et sa petite fille.

Malgré son entrée directe dans l'expression et l'évocation des affects intenses, l'ensemble du récit est placé sous le signe de l'inhibition. On découvre des tendances générales à la restriction, tout comme des mécanismes de déplacement, de la rationalisation, du clivage et du refoulement. Une capacité d'introspection et de remise en question peuvent également être repérées.

4.1.5. Florence

Présentation de la personne et rencontre

Florence est une assistante sociale de 59 ans. Depuis 39 ans, elle travaille dans un centre de cure et de postcure. Elle m'a téléphoné pour confirmer sa participation à ma recherche. Elle m'a demandé si elle pouvait obtenir les questions avant l'entretien pour pouvoir se préparer. Je lui ai expliqué que cela n'était pas possible, car il s'agissait d'un entretien libre où il n'y a pas de réponse exacte ou fausse.

Florence est une femme très soignée avec des cheveux courts et blonds, elle porte des lunettes noires marquantes. Je n'ai pas ressenti de malaise de sa part à répondre à mes questions. J'ai même été surprise par son ouverture. Au début de l'entretien, Florence m'a donné l'impression d'être un peu nerveuse, elle jouait avec son stylo. Son intonation était quelque fois dramatisée et insistante.

L'entretien

• L'histoire personnelle et le choix professionnel

Cet entretien se différencie du fait que dès le début, Florence mentionne sa vie privée sous un angle ambivalent car elle cite des « *choses faciles* » et « *moins faciles* » tout en restant très vague. On peut interpréter ceci comme étant une autorisation de sa part de nous donner accès à son histoire personnelle. Sa première association où elle explique qu'elle a été longtemps en supervision souligne sa grande nécessité d'être étayée. Par des énoncés comme « *comme toute personne* », « *ça fait partie d'une évolution normale* », elle banalise son vécu en affichant une certaine mise à distance de son ressenti personnel.

Florence nous explique qu'une longue hésitation à propos de son choix d'étude a eu lieu. Par ses paroles, on remarque une dévalorisation de soi vu qu'elle se décrit comme quelqu'un de pas doué, ayant deux mains gauches qui l'ont empêchée de se tourner vers des études artistiques. Elle explique par la suite qu'elle ne dispose pas des capacités intellectuelles requises pour suivre des cours d'université. Sa décision d'entreprendre des études d'AS résulte de son attirance pour l'accompagnement d'autrui qu'elle justifie par sa provenance d'une famille nombreuse. Sa capacité d'écoute des autres s'accompagne explicitement d'un état de fatigue car elle se sent sans cesse sollicitée par son entourage. Au niveau implicite, on identifie un certain agacement qui transparait par des paroles comme « *j'en ai marre* » ou « *qu'on me foute la paix* ».

Etant donné que le sujet a été confronté à des problèmes de toxicomanie au sein de sa famille, nous pensons que son travail sert de réparation des anciennes blessures narcissiques et d'une tentative de reprise de contrôle. Probablement qu'à travers sa supervision, Florence a conscience de ce fonctionnement. Elle évoque une fascination pour la population dépendante en s'appuyant sur la similitude avec les problématiques vécues dans son entourage familial. Une remise en question antérieure est amenée : « *Est-ce que, déontologiquement, je suis capable d'aider, sachant d'où je viens, cette population ou pas ?* » L'atténuation de se doute a été possible grâce à son suivi thérapeutique sur 10 ans. Cet accompagnement des personnes dépendantes est perçu par notre participante comme une possibilité de surmonter les « moments de déprime » en amenant une image plus positive de soi. L'objet d'amour semble déplacé des imagos parentaux à la population des toxicomanes par la ressemblance de la problématique. Ce mécanisme, par lequel Florence semble chercher à restaurer les effets sur son objet d'amour substitutif aide à la diminution d'éventuels fantasmes destructeurs. Ce mécanisme est lié à l'angoisse et à la culpabilité dépressive qui probablement font surface dans ces moments d'effondrement émotionnel.

Auparavant, Florence avait travaillé dans le domaine du handicap ainsi qu'avec des personnes dépendantes du CPAS. Cette expérience de travail est décrite comme une non concordance entre ses valeurs personnelles et le fait de représenter une position de toute puissance dans la relation asymétrique entre le travailleur social et les bénéficiaires. Elle déplore la position de pouvoir, qu'elle avait comme mission d'incarner; en ayant, par exemple, l'opportunité de donner ou de retirer de l'argent au public assisté. Elle développe qu'elle a choisi cette pratique avec telle population car celle-ci est apte à lui renvoyer ses limites : « *Ils me disent quand ils ne sont pas d'accord, quand je les ai blessés. Donc la relation est pour moi plus égale et ils peuvent partir quand ils veulent* ». Elle continue en partageant qu'elle apprécie la possibilité qu'ils ont d'exprimer un désaccord avec le traitement et avec la manière dont elle analyse leur situation sociale. On peut interpréter que Florence est à la recherche de limites castratrices et sécurisantes qui ont probablement manqué dans son passé suite

à l'éducation des personnes présentées comme toutes puissantes. En effet, nous interprétons les comportements dépendants, violents et incontrôlés comme l'existence de manifestation d'une pulsion d'emprise régnant sur le fonctionnement de l'objet d'amour. Ceci nous semble engendrer chez Florence un désir de renoncement actuel à une position de toute puissance. Ce renoncement amène à savoir comment poser, s'imposer et imposer les limites : c'est la notion d'interdit qui semble primordiale dans la relation à cette population.

Dans le même registre, elle nous donne accès à une représentation métaphorique de son travail qu'elle symbolise comme un jeu de lego. Elle met l'accent sur un travail en commun où le patient, Florence et les intervenants extérieurs participent. Elle précise que quelque chose se construit et que cela prend toute une vie. Cette image de son travail satisfaisant prend alors une valeur élective dans la constitution du désir et semble lui procurer un sentiment d'utilité par une valorisation narcissique.

Florence nous fait part d'une autre perception de son travail, de n'être qu'« *une parenthèse dans la vie des gens* ». Son accompagnement est perçu comme une étape passagère. Elle définit son mandat par une aide aux personnes qui sont elles-mêmes responsables d'un état d'abstinence durable. Par cette déresponsabilisation de soi, Florence paraît atténuer son sentiment d'impuissance.

- **Le vécu et les représentations**

Nous souhaitons préciser que les deux premières représentations concernent les personnes dépendantes et les suivantes la population dépendante, état-limites.

Une première représentation du sujet toxicomane présenté comme une victime semble découler d'une identification accompagnée d'une porosité des limites entre soi et l'autre. Florence amène la nécessité de différencier « *ce qui est à nous et ce qui est à l'autre* » en exprimant sa difficulté à y parvenir avec cette population spécifique. Les toxicomanes se retrouvent très souvent dans un rôle de victimes, explique-t-elle. Par la généralisation qui suit « *ce qu'on est tous d'ailleurs. On est tous victimes de quelque chose, d'événements ou de faits ou de personnes et ça alimente leur toxicomanie* », elle déresponsabilise la personne dépendante en faisant une justification de la toxicomanie par cette position de victimes causée par un objet inconnu. Selon ses dires, ces personnes ont été victimes de maltraitance, de violences verbales ou physiques, d'instabilité ou de manque de structures. Un passage labile dans le récit par un flou des identifications semble traduire un défaut de différenciation intersubjective entre elle et sa patientèle. Ce constat devient encore plus visible à la fin de l'entretien quand elle énonce qu'elle ne se sent « *pas tellement différente* » des personnes toxicomanes. Ce mécanisme trouve son origine dans des blessures similaires probables. Selon nous, les identifications instables et la représentation de personnes toxicomanes en tant que victimes amèneraient une atténuation des pulsions agressives. Ceci nous semble avoir comme objectif d'éviter

l'apparition d'affects dépressifs fondamentalement déterminés par l'angoisse de perdre l'amour de la part de l'objet.

En abordant des valeurs personnelles telles que le respect de l'autre, la véracité et l'authenticité, elle ébauche sur une autre représentation de sujets malveillants. Florence décrit des attitudes manipulatrices, violentes et incontrôlées comme non supportables. Elle revient continuellement sur son anxiété suscitée par ces comportements sans qu'il n'y ait une progression dans le récit. Ceci traduit l'existence d'une peur insurmontable qui semble bloquer ses capacités cognitives. Elle donne un sens à cette peur en mettant l'accent sur plusieurs expériences antérieures où des membres de sa famille se sont comportés violemment sous consommation. Elle évoque un autre spectre émotionnel engendré par ces situations : la colère et la méfiance envers autrui.

A travers un exemple, Florence nous fait part d'une représentation qui se rapporte aux bénéficiaires dépendants état-limites : les sujets « abandonniques ». Elle définit la difficulté relationnelle en expliquant que ces personnes se servent sans cesse de la relation pour justifier leur scénario : *« de toute façon, je suis mauvais, l'autre est mauvais, il va m'abandonner etc. »* Cette interprétation semble avoir comme objectif d'atténuer un sentiment de culpabilité et de détresse. Ce fonctionnement du patient justifie la rupture relationnelle causée par l'exclusion du bénéficiaire. *« Donc, c'était tout le temps : je vais pousser, pousser l'autre jusqu'à la dernière limite et puis finalement, il va me mettre à la porte. »*

On peut constater une certaine ambivalence envers l'objet :

D'une part, elle nous présente un enthousiasme notable pour ce public à travers un cas clinique où elle relève des caractéristiques valorisantes de cet homme état limite. Pour la première fois, nous constatons un désaccord au sein de l'équipe professionnelle car par allusion, Florence nous fait part de son implication émotionnelle en soutenant le patient pendant que d'autres membres de l'équipe le décrivent comme profiteur. Elle décrit les sujets demandeurs d'un lien sécurisant et stable. La nécessité de s'investir personnellement se cristallise afin de créer un attachement que, d'après ses dires, ils n'ont jamais eu. Le seul moyen d'apporter une aide restauratrice semble la prolongation de l'accompagnement.

D'autre part, elle met en évidence la complexité de l'accompagnement de sa patientèle : *« C'est plus facile avec les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, dépressions, certaines psychoses, des maniaco-dépressifs mais les borderlines, ça c'est dur. »* Elle amène une nouvelle représentation de personnes non sincères et séductrices qui ne respectent pas les règles. Comme celle-ci n'est pas élaborée dans son récit, on peut émettre l'hypothèse que cette perception déplaisante amène un vécu angoissant.

- **Les types de soutien et mécanismes de défense**

Dès le début du récit, elle se base sur sa propre expérience thérapeutique grâce à la supervision. A plusieurs reprises, le soutien de cette formation de longue durée en approche psychanalytique est mis en valeur. Cette expérience lui a permis de façonner sa personnalité, de comprendre et de prendre ses responsabilités sur ce qui lui est arrivé. Cela a contribué à la prise de conscience de ses ressources qui l'aident à surmonter certaines situations professionnelles qu'elle décrit comme « *parfois dramatiques* ».

Elle cite comme ressources extérieures la famille, les amis, le sport et la qualité de vie. Celles-ci sont associées à sa capacité de se tourner vers les autres, dans le sens de recevoir mais surtout de donner.

L'équipe comme moyen d'échange est explicité comme un autre type d'étayage important. Elle est perçue comme bienveillante et soutenante, aucune pulsion agressive ne semble se refléter sur celle-ci. Les conflits, seulement énoncés au niveau implicite, sont rapidement minimisés. La communication dans les moments de débriefing autour du vécu des membres, afin d'évacuer les tensions, semble prépondérante. Un besoin individuel de sécurisation et de protection semble être à la base de ce type de soutien qui diminue son sentiment de solitude. Une autre fonction remplie par l'équipe est la pose de limites sécurisantes. En d'autres termes, une fonction castratrice qui cadre une relation accompagnée d'une probable évolution fusionnelle. « *Enfin, rappelé à l'ordre par les collègues qui disent : « Attention, tu es trop investie, fais attention... » »* ».

L'institution présentée comme une instance protectrice permet de ne pas être confrontée à des situations susceptibles de provoquer un effondrement narcissique dû aux problématiques similaires vécues par le passé. Les responsables de la structure lui ont laissé le choix de travailler au sein de l'étape de réinsertion afin de ne pas devoir mener les entretiens préliminaires et d'être ainsi confrontée aux personnes en « *état d'imprégnation* ». L'institution paraît incarner une position surmoïque, capable de fixer des limites tout en gardant une attitude bienveillante.

Un autre aspect soutenant est un savoir acquis par l'expérience de vie, l'âge et la maturité. La qualité du travail est valorisée par un degré d'ancienneté permettant de gérer les conflits présents. L'habitude de se retrouver confrontée aux comportements destructifs des patients a permis d'amortir son état psychique anxieux.

Nous abordons maintenant les mécanismes de défense perçus à travers l'analyse du discours de Florence.

Pour nous, c'est le mécanisme de refoulement qui est à l'œuvre, principalement en ce qui concerne l'expulsion de la conscience des affects agressifs intolérables. Ces pulsions agressives semblent attribuées à des patients anonymisés, afin de se distancier de ces affects insupportables. Une angoisse envahissante est associée à ces comportements agressifs.

La rationalisation intervient pour justifier le contre-transfert sur le patient animé par des émotions intenses. Ce processus de pensée logique et rationnelle permet d'opérer une liaison logique et plus rassurante entre le besoin de proximité de ces patients et son investissement personnel. Ce mécanisme témoigne donc fondamentalement d'un conflit entre la dimension pulsionnelle et la réalité représentée par le Surmoi. Les motivations inconscientes de l'investissement personnel dans le lien à la patientèle dépendante état-limite ne peuvent qu'être posées en hypothèse.

Nous pensons dès lors que le processus inconscient d'identification projective constitue la cause de cette valorisation tant des toxicomanes en général, que des patients dépendants états-limites. Comme déjà mentionné auparavant, nous estimons que les blessures similaires, comme la confrontation à la problématique de dépendance, constituent la base de cette projection. Amenant avec elle une liaison émotionnelle dans laquelle Florence éprouve des affects intenses, comme une souffrance quand le patient ne va pas bien et une euphorie quand celui-ci quitte le service en ayant abouti sa cure de désintoxication.

Dans ce sens, on constate une dramatisation de son récit où elle met en avant le spectre émotionnel. Le monde interne de notre participante est investi à plusieurs reprises par la mise en scène de situations relationnelles. Son intonation est accentuée et ne laisse aucune place à la monotonie.

A l'encontre de ce fonctionnement qui témoigne plutôt d'une perméabilité intrapsychique, le discours manifeste également des banalisations. Ces procédés défensifs contribuent à une tentative de reprise de contrôle sur son vécu psychoaffectif en se référant à des expériences collectives. Le sujet tente de mettre en place une mise à distance.

Intégration des données

Nous émettons l'hypothèse d'un conflit pulsionnel dans lequel l'agressivité joue un rôle important. Ce conflit mettrait en jeu des pulsions agressives et un désir d'amour et de reconnaissance de la part des patients toxicomanes. La confrontation à cette population paraît avoir comme objectif de réparer d'anciennes blessures narcissiques. Ce fonctionnement, par lequel le sujet tente également de dissocier les fantasmes destructeurs de son objet d'amour est lié à l'angoisse et à la culpabilité dépressive : la réparation fantasmatique de l'objet parental permettrait de surmonter la position dépressive en assurant au moi une identification stable à l'objet bénéfique. Le choix de travailler avec cette

population aurait également comme fonction la tentative de renoncer à la toute-puissance, par la quête des limites castratrices à travers cet objet d'amour substitutif.

L'anxiété intense qui surgit face à des comportements impulsifs, non contrôlés de la part des patients pourrait être une angoisse renvoyant à la problématique œdipienne où l'autre est perçu comme tout-puissant. De plus, nous avons l'impression que le vécu angoissant serait encore renforcé par un autre motif : la peur de perdre l'amour de l'objet. Il semble s'ajouter une difficulté à se différencier d'autrui dû à un mécanisme d'identification projective.

Le suivi d'une thérapie en psychanalyse est visible dans son discours par une capacité d'introspection et un niveau de prise de conscience remarquable. Cette lucidité semble jouer un rôle notable dans la dynamique du conflit, elle permet d'éviter consciemment l'aspect professionnel désagréable comme la confrontation à des tentatives de suicide, par exemple. Cette prise de conscience sert également de régulation plus discriminatrice du principe de plaisir mais elle ne peut être définie comme un des pôles en jeu dans le conflit défensif.

Concernant les représentations contradictoires des sujets dépendants états-limites, nous constatons une capacité d'appréhender l'objet d'amour comme totalité. L'objet paraît composé de caractéristiques de nature contradictoire.

Nous observons que Florence ressent une grande nécessité à être étayée par plusieurs types de soutiens différents (équipe, institution, famille, psychologue extérieur...). Ceci pourrait témoigner d'intenses pulsions auto-conservatrices du moi mises à l'œuvre ayant pour but la préservation de l'intégrité du fonctionnement psychologique.

Comme aménagement défensif, nous repérons des procédés de rationalisation, banalisation, dramatisation, refoulement et des identifications projectives.

4.1.6. Daniel

Présentation de la personne et rencontre

Daniel est un homme de 43 ans qui travaille depuis 2 ans comme assistant social dans le service des habitations protégées.

Il a répondu à ma lettre d'information en manifestant un réel intérêt à participer à cette recherche. Son apparence physique était soignée et il était bien habillé. Daniel est un homme impressionnant par sa carrure athlétique et son attitude chaleureuse. Il était souriant, très à l'écoute, favorisant la parole et il a créé un climat agréable. Son discours était fluide et il s'est présenté assez sûr de lui avec un caractère affirmé sans pour autant s'imposer. Le ton de sa voix était posé. Il a ajouté qu'il

attendait les résultats de ma recherche et m'a proposé de rencontrer sa collègue pour un entretien. Ses réponses sont réfléchies et semblent laisser place à une certaine remise en question.

L'entretien

• L'histoire personnelle et le choix professionnel

Daniel n'aborde pas spontanément sa vie privée, l'important est donc d'effectuer une analyse autour de la négativité en lien avec les quelques aspects que nous avons. Mais vu ses nombreuses associations spontanées, ses réflexions intéressantes et l'accès important à son monde affectif, nous avons décidé de garder cet entretien pour l'inclure dans notre recherche.

Comme réponse à ma première question, Daniel s'exprime autour de plusieurs précautions verbales « *toutes les expériences de vie (...) autant professionnelles que personnels* ». Il reste superficiel et ne rentre pas dans des explications plus précises. On peut interpréter cela comme une tendance générale à la restriction en lien avec l'évitement face à une question personnelle qui demande un investissement cognitif sur sa trajectoire individuelle. Alors très vite, j'essaie de relancer son discours et il enchaîne en se focalisant sur le côté professionnel. Il définit son parcours comme « *drôle* » et « *atypique* » en se référant à un sens commun concernant un parcours professionnel 'normal'. Ceci nous laisse penser que face à une nécessité de prendre une décision importante, Daniel a trouvé un compromis entre le principe de réalité et le principe de plaisir. On peut imaginer que le mot 'drôle' se réfère également au « *hasard* » qui a fait qu'il a commencé ses études en tant qu'assistant social, car il était inspiré par un ami qui a suivi ce même parcours. « *Je me suis dit : tant qu'à faire des études, autant faire ça avec des potes et voilà quand j'en ai parlé autour de moi, les gens ne me voyaient pas du tout comme assistant social, disant ah tiens tu vas soi-disant aider les autres et donc ils ne me voyaient pas là-dedans. Et puis ben voilà, trois ans après, j'étais diplômé et je pense que j'ai trouvé quelque part un peu ma voie.* » Il précise que jusqu'à ses 18-19 ans, il ne savait absolument pas ce qu'il voulait faire. Ceci signifie que la relation à l'autre est investie par une identification à ses amis pour combler un éventuel vide intérieur où il n'existait pas encore de propres intérêts. On peut alors parler d'une identification primaire où il existe une confusion entre le moi et l'objet. En plus, il explique que le changement de travail était animé par un souhait de nouer un contact plus proche avec les bénéficiaires. Ce désir narcissique nous semble former la cause principale du choix de ce travail. On revient à une première fonction de sa pratique : le travail qui permet d'être en relation avec l'autre. L'importance du lien relationnel se montre encore par après à plusieurs reprises.

Son premier lieu de travail était un service résidentiel pour des personnes autistes au sein duquel il avait effectué son stage pendant sa dernière année d'études. Durant 20 ans de pratique dans ce service, il est devenu directeur des ressources humaines. *« Et puis, j'en avais un peu jusque-là. (Montre sa tête) Je n'étais pas en burn-out, mais pas loin et je me suis dit qu'il fallait que je change de milieu et puis ben je suis arrivé ici. Donc dans les habitations protégées, il y a un peu moins de deux ans maintenant, voilà. »* Il justifie ce changement par des raisons pratiques qui ont comme conséquences une plus grande disponibilité de temps et une responsabilité réduite. Paradoxalement, il se rend compte que le côté administratif de son ancien poste lui manque parce que ceci lui a peut-être permis de garder une certaine distance tout en régulant ses émotions négatives ce qui lui semble plus difficile avec la population actuelle.

Une autre représentation de son rôle vient appuyer ce choix de travail avec moins de responsabilités et plus de temps libre : un système où le bénéficiaire occupe la place active. Ceci peut être vu comme une tentative de se dégager de son sentiment d'impuissance face à cette patientèle dont il *« attend »* qu'un résident vienne chercher son aide. L'autre côté de la médaille vient en surface suite à cette mise en retrait : un sentiment de solitude. Il nous semble également important de préciser qu'un sentiment de culpabilité peut surgir vu ce positionnement passif. Cette supposée culpabilité est directement mise à distance par le changement de pronom : *« donc je...on attend »*. Il semble renforcer cette défense par une indifférence face à un échec : *« Je les laisse vraiment se responsabiliser et si ça foire, tant pis ça foire et on travaille sur ça. »*

Ensuite, Daniel nous donne accès à une représentation de sa mission en tant qu'assistant social dans ce service : accompagner des personnes qui sortent de psychiatrie vers un projet d'autonomie. Il explique le fonctionnement du service et développe une réflexion autour de la signification du verbe 'accompagner' *« Ça peut être au niveau administratif, au niveau social, au niveau... je dirais, moi je n'aime pas, ma collègue dirait au niveau thérapeutique mais non, je ne suis pas thérapeute mais voilà, au niveau de leur vie quotidienne, donc en effet, les accompagner parfois dans leurs angoisses, dans leur maladie. »* Plus loin, dans le récit, nous remarquons une légère dévalorisation de soi liée à un non-savoir dans le domaine psychiatrique qui peut expliquer pourquoi il n'aime pas élargir ses tâches au niveau thérapeutique.

Il continue en nous donnant une autre perception : le travail qui dépend essentiellement de la personne. Il perçoit la nécessité d'ajuster son écoute et d'effectuer un travail personnel adapté à la particularité de chaque patient. De plus, on ressent qu'il fait une distinction nette entre les patients dépendants et les autres plus autonomes. Implicitement, il nous laisse comprendre qu'il faut faire preuve d'une adaptabilité.

Il différencie son vécu avec celui de l'autre en expliquant qu'il a « *l'impression de servir à rien* », mais que le patient est « *content d'être là* ». Malgré son sentiment de frustration et d'impuissance, les résidents semblent assouvir son besoin de se sentir utile. On peut penser qu'il ne peut que se sentir frustré tout en sachant qu'il est valorisé par l'autre, comme si à un niveau plus raisonnable, il serait capable de reconnaître l'utilité de son travail, mais au niveau émotionnel la frustration prime. Cette dialectique cognitive témoigne d'une complexité psychique animée par des contradictions internes et un vécu très complexe.

Quand il aborde la thématique des soutiens, il expose une autre représentation de son métier dans lequel il faut pouvoir sortir de ses émotions, être suffisamment solide, se contenir et garder une certaine distance. Ce défi semble provenir de l'instance du surmoi. Il ajoute que « *ça fait vraiment du bien de se lâcher* » dans le contexte des supervisions. La pulsionnalité du ça ne paraît acceptable que lorsqu'elle s'exprime dans un contexte contenant et sécurisant. Par ce relâchement, les tensions internes semblent diminuées en laissant place à un soulagement.

Par après, une représentation du travail qui influence sa vie privée nous apparaît. Il explique que quand il y a des journées plus difficiles, il rentre chez lui « *de mauvaise humeur* », « *plus irritable parce que ce sentiment justement d'inutilité entre guillemets qui peut être là toute une journée ou l'après-midi, voilà, ça pèse.* » Daniel décrit un besoin d'une limite temporelle entre la vie professionnelle et familiale pour tempérer. On peut supposer qu'il passe le temps du trajet à réfléchir. Ceci montre une capacité de pare-excitation pour atténuer la lourdeur des affects d'impuissance. La voiture peut représenter un moyen de transition qui permet de ne pas couper brutalement avec le lieu de travail, mais de profiter d'un 'cocon' pour investir l'espace intrapsychique. Spontanément, il associe cet impact de sa pratique sur sa vie privée à la thématique de garde qui renforce encore la difficulté à rompre avec le travail. Le fait de devoir être tout le temps disponible semble être vécu comme intrusif. A travers des dénégations, il nous dit qu'il y parvient, mais au niveau formel, on perçoit une difficulté à déterminer des limites bien claires dans ce contexte où justement une absence de limites est souvent constatée. Il énonce que si le téléphone sonne, il « *souffle* ». Cette expression amène une ambiguïté où les émotions ne sont pas explicitement nommées.

- **Le vécu et les représentations**

La première représentation des sujets « avec une énergie fort, fort basse (..) » et « un rythme beaucoup plus lent », qui « *ne vont jamais bien en fait* » s'applique à tous les résidents. Ceci aboutit à un sentiment de frustration, malgré toutes ses tentatives d'inhibitions avancées dès le début du récit. La constatation de cette immuabilité d'un dynamisme réduit des patients met également en avant un sentiment de fatigue. Une référence à un élément sécurisant vient contenir ce vécu difficile à

supporter, décrivant la possibilité de « *heureusement* » participer à des supervisions. A nouveau, il nous paraît intéressant de souligner la spontanéité d'évocation de son vécu affectif.

Une deuxième représentation s'associe au trouble de la personnalité limite : Les sujets avec lesquels il noue une relation plus proche, plus riche, mais également plus épuisante. Etant donné que, à ce moment, le récit s'organise autour des affects contrastés, nous pouvons considérer que l'objet est perçu comme non clivé en fonction de ses comportements gratifiants ou déplaisants. Il lie le côté épuisant au fait que les résidents état-limites sont les plus grands profiteurs de garde. Il énonce qu'« *ils rentrent vite dans la bulle* », ils sont alors perçus comme étant intrusifs, car ils traversent une limite personnelle. Il explique qu'ils émettent plus de demandes et « *ont besoin qu'on les accompagne, qu'on les écoute* ». On peut supposer que ce comportement s'implante à son désir narcissique de se sentir utile. Nous émettons alors l'hypothèse que la recherche de proximité et d'aide des patients état-limite amène une valorisation qui à son tour provoque un plaisir dans le contact avec ces patients. Il ajoute qu'« *on s'entend plus (...) on se connaît mieux (...) on construit quelque chose de différent, d'intense* ». Une autre manière d'interpréter cette perception ambivalente de l'objet serait de présumer l'existence d'un conflit intrapsychique qui se joue sur un mode interpersonnel avec ces résidents. Cette représentation qui incorpore l'ambivalence des sentiments, le conflit entre les désirs de proximité relationnel et le souhait de se sentir utile, témoigne d'une liaison entre les affects et les cognitions. L'accent est mis sur le ressenti du sujet en termes de plaisir/déplaisir.

Une troisième représentation concerne les résidents états-limites dépendants chez lesquels les rechutes font « *partie de leur parcours* » Cette représentation semble remplir une fonction de diminution d'un sentiment de culpabilité. Il aborde une évolution où « *l'échec* » appartient de plus en plus à la personne. Une remise en question, qui au début tente d'être évitée par une proclamation d'indifférence face à la rechute apparaît (« *moi, je m'en fous, mais on sait que ce n'est pas bon pour eux* »). Il insiste sur le fait que ce comportement est plus excusable à partir du moment où les personnes dépendantes « *sont honnêtes* » et donc la relation d'aide peut se poursuivre. Il résume cette thématique par une réflexion intéressante : « *C'est un équilibre qu'on doit trouver : ne pas trop s'auto critiquer dans son travail parce que ça reste quand même de la responsabilité de la personne, mais quand même de pouvoir remettre son travail en question...* » Il enchaîne en se comparant à une « *roue libre* » en cas d'absence de cet équilibre. Il nous paraît intéressant de mettre l'accent sur cette substitution analogique, qui souligne son sentiment de solitude et de manque de soutien. En général, une roue libre n'a rien sur quoi s'appuyer. Le fait d'être en roue libre décrit celui qui n'est ni entraîné, ni dirigé et donc sans contrôle. Par après, il fait allusion à la possibilité qu'un attachement à un résident peut être trop intense. Il y a alors une ambivalence qui naît suite à l'évocation

d'un investissement personnel trop approfondi. Par après, la personne pourrait faire une rechute et une tristesse apparaîtrait, ce que Daniel considère comme non adéquat.

- **Les types de soutien et mécanismes de défense**

Un type de soutien auquel Daniel se réfère souvent durant l'entretien est le fonctionnement du service. Il fait allusion aux règles implicites et explicites du service et décrit largement la pratique, le cadre et la mission.

On remarque que l'action prend une place notable dans ses explications. Il laisse sous-entendre que le manque d'action renforce son sentiment de solitude face à l'autre qui est occupé. « *Il n'y a personne à la maison, ils sont tous en activité et moi, je suis là toute l'après-midi, ben, je fais de l'administratif, je m'arrange, mais je ne vois personne parce qu'ils n'en ont pas besoin.* » La seule réaction face à ces situations est de s'occuper du côté administratif afin de ne pas rester inactif. Ce mécanisme émis par Daniel englobe les comportements actifs mais également son isolation qui représente à nouveau une forme d'agir. Chabrol (2005) interprète le mécanisme de l'action comme une défense contre une expérience subjective intolérable et contre la prise de conscience d'un conflit intrapsychique. On peut supposer que d'éventuels ressentis comme l'agressivité, la culpabilité ou la tristesse semblent plus difficilement supportables et sont donc refoulés afin d'éviter la prise de conscience de certains conflits intrapsychiques. Ce désir narcissique que nous avons développé auparavant est susceptible de créer un conflit car il est à l'origine d'une position de dépendance à l'autre.

La parole semble également remplir une fonction d'étayage. Ceci se montre d'une part, par la façon dont il se sert de l'entretien. Pour illustrer, lorsque je lui demande de me donner une situation marquante de sa vie professionnelle, Daniel n'hésite pas à parler de son ressenti coloré de différentes émotions négatives sans me donner une situation concrète. D'autre part, il souligne les bénéfices de l'échange avec sa collègue qu'il place dans une position de savoir grâce à son ancienneté. Il énonce qu'il « *se sert de son expérience* ». Un autre échange important constitue les discussions avec les secrétaires du service avec qui il communique moins sur les résidents, mais plutôt sur ce que l'on ressent. La parole semble aboutir à une décharge pulsionnelle. Comme déjà mentionné auparavant, nous pensons que ce mécanisme pourrait servir d'atténuation des tensions internes et procurer un sentiment de soulagement.

Comme type de soutien supplémentaire, nous identifions les supervisons menées par un psychologue extérieur au service qu'il décrit comme « *très posé* ». Implicitement, Daniel nous laisse percevoir que les supervisons aident d'une part, à la prise d'une position plus distanciée au niveau affectif, ce qui favorise une réflexion constructive et d'autre part, à se débarrasser des affects plus

pénibles, comme l'agressivité qu'il ne peut « *heureusement* » pas exprimer auprès des résidents. La nécessité de prévoir des endroits sécurisants permettant l'évacuation de ressentis pénibles animés par un sentiment d'agacement, d'irritation ou de colère devient de plus en plus visible. Directement après cet énoncé indirect, il se ressaisit. En conséquence, on peut supposer qu'il existe une difficulté à exprimer l'agressivité de façon plus explicite. Est-ce lié au fait que cet affect moins tolérable est trop fort et insupportable ?

Il nous fait part d'un autre moyen lui permettant d'affronter les difficultés de son métier : la nécessité de recevoir de la reconnaissance d'une part, des résidents et d'autre part, des autres professionnels. Daniel donne lui-même des formations autour de la thématique de reconnaissance et explique : « *Je suis attentif à ça, donc, je sais ce dont j'ai besoin comme signe de reconnaissance et je sais par qui j'en ai besoin. Et heureusement, moi, des petits signes au niveau des résidents, j'en ai besoin et je les ai.* » Cette valorisation fondée sur des signaux communicatifs aurait comme fonction l'identification mutuelle qui mobilise un plaisir dans la relation à l'autre. On revient à l'importance du lien intersubjectif pour Daniel, car la reconnaissance est vue comme un processus d'appartenance et d'intégration à un groupe social. Cette reconnaissance semble intervenir dans la vie affective intrapsychique du participant (augmentation de l'estime de soi et de la gratitude) et semble influencer la formation de l'intersubjectivité et de l'altérité.

Nous arrivons à notre interprétation de certaines paroles relatives à d'éventuels mécanismes de défense perçus dans le récit.

Nous observons à plusieurs reprises des dénégations et des annulations. Ils apparaissent à des moments dans le récit où des affects négatifs font surface ; par exemple : « *Voilà, c'est ça qui permet de, je ne vais pas dire de tenir le coup parce que ce serait négatif, mais voilà d'être là et d'être là de nouveau pour eux.* » Dans la première proposition, la possibilité d'un conflit et l'effondrement narcissique probable sont évoqués et la seconde vise à l'annuler.

Un autre processus défensif notable semble être le refoulement d'affects frustrants. Daniel met rapidement et explicitement l'accent sur les sentiments d'impuissance, de frustration et de solitude. La colère, l'agacement, l'irritabilité et la tristesse sont manifestés beaucoup plus tard d'une manière implicite entourée de procédés de type obsessionnel (doutes, annulation, formation réactionnelle, etc..).

Un autre mécanisme du même registre est la minimisation des affects, surtout de l'agressivité. Il nous laisse entendre qu'il reçoit de l'agressivité des patients « *Et parfois, j'ai d'autres signes qui sont moins positifs mais...un résident qui me téléphone et qui est en colère parce qu'il ne s'est pas*

senti écouté à une réunion ou quelque chose comme ça. » Il ne parle pas explicitement de l'agressivité rencontrée quand il évoque cette thématique. Nous remarquons seulement des petites allusions à travers de nombreuses précautions.

On rencontre également plusieurs procédés qui, sous des formes différentes, s'inscrivent dans une référence à la réalité externe quand Daniel explique son choix d'avoir suivi des études d'assistant social. (Référence au sens commun et social, description du fonctionnement du service en s'attachant à des détails, précisons temporelles ...) Ceci montre un investissement du cadre perspectif tout en activant parallèlement un mouvement de mise à distance. On peut émettre l'hypothèse que ces procédés, relativement souvent utilisés, renvoient à l'utilisation de la réalité externe pour lutter contre les émergences de la réalité interne.

Intégration des données

Malgré les difficultés accompagnées d'affects désagréables et rencontrées dans son travail, une motivation semble l'animer à surmonter ses états d'âmes pour continuer ce travail : le désir narcissique de nouer une proximité relationnelle avec les bénéficiaires. A travers l'analyse formelle, nous constatons que le lien interpersonnel prend une place notable dans le fonctionnement psychique de Daniel. Le participant semble attentif à l'individualité de chaque résident et perçoit la nécessité d'ajustement à la particularité de toute personne. Dans ce sens, un plaisir semble émerger à travers une valorisation fondée sur des signaux communicatifs. Nous soulignons son besoin d'être reconnu par l'autre et de sentir utile.

Le discours de Daniel met rapidement en évidence les représentations de sujets ayant un rythme plus lent « *qui ne vont jamais bien* ». Cette perception serait à l'origine d'un sentiment de solitude et d'impuissance du participant qu'il exprime d'une manière explicite contrairement aux sentiments d'agressivité et de tristesse moins tolérables. On remarque l'importance de l'aspect affectif pratiquement omniprésent. L'épuisement et l'irritabilité face à une représentation des patients états-limites dont les demandes sont en constante augmentation, ne peuvent que s'exprimer dans un cadre contenant et sécurisant : les supervisions. Il lie ce côté épuisant et intrusif à l'aspect plus valorisant en incluant une satisfaction libidinale dans la relation avec cette patientèle. Il en résulte une perception ambivalente de l'objet.

On peut repérer qu'il adopte une position paradoxale entre le sentiment de solitude et de frustration et le fait de présenter une certaine passivité qui aurait pour but de responsabiliser les bénéficiaires.

Nous nous posons donc plusieurs questions : Le refoulement de certains affects douloureux ne serait-il pas trop intense ? Ce refoulement ne provoquerait-il pas à son tour un éventuel repli narcissique aboutissant à ce sentiment de solitude et de frustration ?

Les mécanismes de défense, comme les dénégations, les annulations, le refoulement et la minimisation des certains affects moins tolérables, ainsi que les multiples références à la réalité externe relèvent d'une tentative de reprise de contrôle. A cette même fin, une représentation de son travail évoque également un mode d'aménagement : une pratique professionnelle au sein de laquelle il est important de pouvoir se détacher de ses émotions, être suffisamment solide et garder une certaine distance. Cette lutte contre les émergences affectives peut mettre en évidence des conflits pulsionnels laissant parfois apparaître des pulsions agressives contre l'objet.

La perception de Daniel relatif à son métier est orientée majoritairement sur l'occupationnel. L'action semble former une réponse aux conflits intrapsychiques et au stress, ce mécanisme englobe l'action comportementale et le retrait. Tout comme l'acte de parole qui représente également une valeur cathartique. Tout à la fin de l'entretien, nous découvrons un énoncé qui laisse apparaître un questionnement intéressant autour de cette thématique : « *Qu'est-ce qu'on peut mettre en place ? Et si on ne peut rien mettre en place, est-ce qu'on prend le risque ?* »

A plusieurs reprises, il évoque la nécessité d'étayage pour réaliser ce travail. Le recours à un tiers neutre s'avère indispensable pour pouvoir exprimer des affects pénibles. A l'aide de ce tiers, une triangulation pourrait se former favorisant la mise en place d'une relation plus distanciée entre lui et le patient. Les supervisions, les discussions avec sa collègue et les secrétaires du service ainsi que le fonctionnement du centre représentent des types de soutien notables. En général, nous percevons une haute capacité de contenance et une recherche active d'étayage lui permettant d'effectuer ce travail. De plus, nous constatons également une aptitude de liaison entre la pulsionnalité et les difficultés rencontrées sur son lieu de travail.

4.1.7. Clara

Présentation de la personne et rencontre

Clara âgée de 53 ans est une assistante sociale qui travaille dans une clinique psychiatrique, depuis 30 ans dans le service général et depuis 2 ans dans le service de désintoxication.

Clara est une femme d'une corpulence plutôt forte qui se vêt avec coquetterie. Elle montre par ses paroles, le ton de sa voix et sa posture un caractère affirmé, mûr et rigoureux. Au début, le contact

était plus distant, mais une certaine bienveillance émanait de Clara lorsque je l'ai rencontrée. L'entretien a débuté avec des réponses assez courtes ce qui m'a amenée à intervenir pour relancer son discours. Plus nous avançons, plus elle se permettait d'approfondir ses réponses et d'amener des éléments personnels. Elle semble avoir besoin de temps pour créer un contact plus confidentiel. A la fin, elle m'a posé quelques questions personnelles et m'a demandé un retour de ma recherche.

L'entretien

- **L'histoire personnelle et le choix professionnel**

Le récit, d'allure très défensive au début, commence par une description critique et remâchée sur le fonctionnement actuel du centre qui a subi une restructuration. Celle-ci a entraîné un nouveau cadre de travail qu'elle compare avec l'ancienne structure idéalisée. Dans la première partie de l'entretien, Clara fait abstraction de l'aspect interrelationnel avec la patientèle et de son vécu subjectif.

En ce qui concerne son choix professionnel, elle s'était dirigée durant l'école secondaire vers les sciences afin d'entreprendre des études d'infirmière comme toutes ses copines de l'époque. C'est seulement vers la fin de son parcours scolaire que Clara a décidé de se réorienter dans le social en citant comme cause sa difficulté à la confrontation avec la vue du sang, les piqûres qu'elles qualifient comme agressives et intrusives. Elle reconnaît le fait de travailler avec des êtres humains comme un choix conscient causé par des liens intenses avec les membres de sa famille et son investissement dans les activités communautaires et les mouvements de jeunesse. Elle ajoute « *je crois que c'est vraiment plus au niveau de mon éducation, de ce que j'ai vécu comme enfance et comme adolescence quoi.* » Par une association courte qui nous empêche d'en savoir plus sur les interactions entre son passé et son choix professionnel, elle s'abstient de révéler plus sur sa motivation d'avoir choisi ce métier. Elle explique qu'au début de sa carrière son intention n'était pas du tout de travailler avec des toxicomanes. Elle était plus intéressée par les maladies psychiatriques comme la psychose. Cette curiosité provient des cours de psychologie qu'elle a suivis pendant ses études d'AS. On peut étaler l'hypothèse que l'attrance pour cet univers naît de son désir de déceler un sens derrière tout ce qui, à première vue, paraît incompréhensible ou énigmatique. A plusieurs reprises, elle insiste sur la nécessité personnelle de comprendre et de mettre du sens à des faits perçus comme indéchiffrables.

Elle explique que le changement dans le service de désintoxication a été également causé par son souhait de travail qui « reste en lien avec sa conviction personnelle », c'est-à-dire d'appréhender la personne dans sa globalité et de ne pas la voir qu'au travers du symptôme. Clara juge la nouvelle façon de concevoir le domaine de la psychiatrie qui à ses yeux met les personnes dans « *des espèces*

de cases ». D'après ses dires, le fonctionnement du service actuel garantit mieux cette prise en charge plus humaine.

Une perception de son travail où « on est notre propre outil de travail » se cristallise par après. Elle associe cette représentation au fait d'avoir entamé une démarche pour aller en supervision à l'extérieur de l'institution, afin d'« *essayer de comprendre ce qui touche notre personne* ».

Ces deux dernières représentations nous semblent aller de pair avec valeur d'authenticité dans le contre-transfert. La notion d'authenticité est étroitement liée à celle de congruence, que Clara met également en avant : « *justement je pense, la congruence a fait en sorte qu'on puisse avancer avec ce genre de personnes* ». Nous décidons de questionner plus en profondeur cette valeur qui nous semble être en lien avec des éléments transférentiels importants. Le premier auquel nous pensons est le désir narcissique de sécurité qui apparaît également à travers la description de sa personnalité. Un autre élément indispensable à l'établissement d'une relation authentique serait la confiance dans la relation avec autrui, celle-ci étant aussi en lien avec ce besoin de sécurité. Supposé que, la satisfaction du besoin de sécurité favoriserait la sphère dans laquelle la confiance pourrait s'établir, nous croyons que cette dernière nécessite du temps pour s'installer. Ceci apparaît également lors du déroulement de l'entretien pendant lequel Clara ne se révèle que petit à petit et présente surtout au début, un aménagement défensif intense.

La pratique de son travail avec la population dépendante état-limite nous paraît remplir une fonction de l'atténuation de son fonctionnement qui tend vers la rigidité. Elle explique que les situations au niveau professionnel lui ont permis « *d'être moins dans la rigueur, dans des idées qu'on avait de prises en charge et où les patients nous mènent tout à fait ailleurs quoi*. » Par la suite, elle nous fait part qu'elle est surtout préoccupée par l'angoisse personnelle de ne pas être « *une bonne assistante sociale* ».

A la fin de l'entretien, elle se décrit comme très pudique et réservée. Ces traits de caractère semblent aboutir à un sentiment de solitude intense et un mécanisme d'incorporation. Clara explique que si une situation n'est pas exprimée verbalement, il y a « *une forme d'agression personnelle* » qui s'installe. Elle énonce qu'elle va manger davantage dans ces moments-là et que l'apparition d'un cancer, ainsi que « *des rhumes qui durent* » sont causés par son caractère renfermé. « *Je pense que, quand on n'arrive pas à verbaliser certaines choses, ça passe par le corps. Il n'y a rien à faire* ». Ces éléments pourraient étayer l'idée de la présence d'un Surmoi écrasant. A un moment donné, une remise en question en lien avec ces éléments se manifeste : « *Ce qu'il y a de nouveau là aussi, c'est pourquoi est-ce que pour moi, c'est une priorité que tout ça soit bien en ordre etc. ?* » Elle pousse cette réflexion en se référant à un désir de respecter le mandat donné par l'institution.

Nous repérons une dernière perception de son travail qui consiste en un accompagnement du patient qui vit seulement « une période passagère ». Clara qualifie ses séjours dans la clinique comme « *une expérience d'abstinence* » où ce serait inadapté de juger les rechutes. Cette représentation semble avoir comme but de diminuer ses attentes. En conséquence, les blessures narcissiques et son sentiment d'impuissance tendent également à décroître.

- **Le vécu et les représentations**

Une première représentation des sujets dépendants avec une personnalité limite apparaît à travers un exemple donné : des personnes qui ont « *l'art de diviser les équipes* ». Cette perception semble s'appuyer sur les comportements de différenciation engendrés par les mécanismes de clivage, fréquemment utilisés par cette patientèle. : « *Elle faisait des alliances et les autres...ce n'était pas nécessairement le top quoi* ». Un déplaisir se dégage et on peut supposer qu'une blessure narcissique en résulte. On présume un refus de la part de notre participante d'incarner le mauvais objet, destiné à subir les projections des pulsions agressives. « *Il fallait quand même que je comprenne un petit peu pourquoi* ». Pour gérer cette situation inconfortable, Clara mettait en place plusieurs entretiens, afin d'apaiser ce conflit relationnel. Elle ajoute : « *La preuve, c'est qu'elle vient encore me voir tous les mois maintenant* ». Cette relation continue semble lui procurer une valorisation et une satisfaction libidinale assez importantes dues au fait de se retrouver dans une position plus gratifiante.

En abordant la thématique de rechute, Clara nous donne accès à une représentation des sujets déstructurés. Clara explique que dans le service actuel, la difficulté majeure est de faire face aux rechutes, d'être confrontée à leur envie de reconsommer et à leur nervosité. Ces comportements créent une ambiance explosive au sein de la structure. Elle ajoute que le manque de structure et de cadre chez les états-limites seraient également « *difficiles à gérer* ». On peut constater que ces caractéristiques reflètent le pôle opposé de sa personnalité, qu'elle désigne comme très structurée, rigide et contrôlée. On peut imaginer que ces conduites peuvent réactiver un sentiment d'insécurité dans la mesure où l'objet serait vu comme imprévisible.

La problématique de rechute et l'exclusion qui en découle, entraîne un mouvement défensif insistant dans le registre des annulations et des formations réactionnelles contre un malaise et des affects dépressifs. Dans un premier temps, elle se protège par une mise en avant de sa maturité et de l'expérience que les jeunes ne possèdent pas et sont pour cette raison plus enclin à éprouver de la colère. Par après, elle annule cette indifférence émotionnelle « *ça me touche quand même* » et met en avant un amalgame d'émotions provenant de deux registres différents : l'agressivité liée à une blessure narcissique face à l'échec de son investissement professionnel « *vous mettez plein de choses en place (...) j'ai fait du boulot* » et la tristesse se rapportant à l'aspect plus emphatique « *La pauvre, elle vit de nouveau un échec, elle se met à mal au niveau physique etc.* » Face à cet état difficilement

supportable, elle regrette à nouveau le manque de soutien de l'équipe actuelle, ce qui entraîne un sentiment de solitude intense.

Ensuite, une certaine représentation de victime émerge dans le discours. Cette perception semble permettre à Clara d'évincer tout affect agressif pouvant détériorer la relation positive avec les patients. « *Les toxicomanes, c'est quand même beaucoup plus lourd, parce que leurs vies sont...c'est incroyable quoi.* » Elle déplace les affects négatifs sur leurs situations de vie qui sont décrits comme contenant de « *l'agressivité terrible* ». Dans ce contexte, elle nomme pour la première fois une émotion spécifique : celle de la tristesse qui est générée par un lien emphatique envers les toxicomanes.

Une autre représentation lie l'aspect dépendant au trouble de la personnalité état-limite : ces sujets consomment de manière « éclaté » et provoquent des réactions négatives chez les intervenants sociaux. Elle énonce que « *Les infirmières disent : Oh, la, la, encore un état limite, mais moi, je ne le perçois pas tellement.* » On peut se demander si elle ne projette pas sur l'autre ces propres sentiments ou impulsions perçus comme inacceptables ou déplaisants.

Une dernière représentation des sujets « déracinés » englobe toutes les personnes souffrantes d'une maladie psychiatrique. Cette perception nous semble utile pour mieux comprendre le fonctionnement psychique de notre participante. Clara nous donne deux exemples de situations qui l'ont bouleversée à tel point qu'elle ressentait la nécessité de consulter un psychologue. A la recherche de la cause de ce bouleversement émotionnel qu'elle ne précise pourtant pas, on tombe sur la thématique des racines : la première situation difficile se rapporte à une femme en pleine crises psychotique. Elle venait d'Afrique et ne connaissait pas ses racines. La deuxième situation débute par la phrase suivante : « *une dame belge qui a vécu des années en Afrique, de nouveau, on est en lien avec les racines* ». Cette deuxième patiente prétendait que ses parents étaient morts et Clara devait faire la démarche de vérifier la véracité de cette déclaration. Les raisons de ces évocations et la souffrance psychique déclenchée par ces deux cas nous paraissaient énigmatiques, vu que l'expression des affects est très pauvre et ses expositions situationnelles sont plus factuelles. A un autre moment, elle signale clairement que les personnes déracinées la touche sans donner de précisions. En lien avec l'analyse de la première partie (son travail qui remplit probablement une fonction de l'atténuation de son fonctionnement plus rigide), on peut étaler l'hypothèse qu'une personne sans racine engendre une angoisse profonde et insupportable pour Clara. Cette angoisse semble liée à ce manque de cadre et de structure qui se présente comme tellement contenant pour Clara. On peut aussi se questionner sur les caractéristiques de ses propres racines, incarnées par ses figures parentales. Dans cet entretien, ceux-ci font l'objet de la négativité. Donc, nous ne pouvons pas détailler ce point, étant donné que, nous n'avons pas plus d'éléments en notre possession.

- **Les types de soutien et mécanismes de défense**

Comme type de soutien, Clara met en évidence l'unité de la prise en charge antérieure. Elle présente cette ancienne équipe de manière idéalisée. L'élément qu'elle souligne à plusieurs reprises est les réunions qu'elle décrit comme « *des discussions très, très longues et très intéressantes avec des appuis scientifiques* ».

Durant les moments compliqués, une supervision à l'extérieur de l'institution a contribué à surmonter son mal-être. Elle explique que sans cette démarche, sa pratique professionnelle devenait impossible. Ce choix d'aller à la rencontre de soi peut être interprété comme un désir de rééquilibrer son fonctionnement psychique. L'objectif probable est d'améliorer la qualité de l'acte professionnel dont elle est responsable, de façon à assurer la plus grande cohérence possible entre les référentiels et les pratiques. Un apport supplémentaire est la meilleure connaissance de soi par une remise en question à l'aide d'un tiers neutre.

Par après, elle aborde la stabilité de son milieu privé : « *Si on travaille ici en psychiatrie et si en plus, à l'extérieur, on est en difficulté, c'est compliqué quoi.* » Clara qualifie sa vie comme « *relativement stable, que ce soit au niveau des enfants ou au niveau du couple etc..* ». On peut questionner la signification du mot 'stabilité'. Nous supposons que cette évocation traduit un désir de non-changement, afin de garder une maîtrise et d'équilibrer cette instabilité qui règne sur son lieu de travail.

Durant l'évocation de thématiques susceptibles d'engendrer des affects déplaisants, un autre type de soutien est mis en avant, l'expérience et le savoir théorique. Nous avons l'impression que cette valorisation narcissique peut contribuer à mieux gérer son sentiment de solitude.

Du point de vue des défenses, nous percevons principalement l'utilisation de l'incorporation, des rationalisations, des intellectualisations, des dénégations, des annulations, des formations réactionnelles, du refoulement, de la projection et un procédé antidépressif.

Le fait d'exprimer les conflits intrapsychiques par des phénomènes psychosomatiques révèle un mécanisme d'incorporation. Ce mécanisme est en relation avec la formation du Surmoi qui nous semble assez développé chez Clara.

Au début de l'entretien, une certaine impression d'une distance polie se dégage en raison de l'évitement de Clara à répondre à mes questions en insistant plus sur le mode sentimental, les conflits et les tensions. Pendant ses premières paroles, les affects semblent réprimés par des rationalisations et des intellectualisations, qui inhibent les discours.

On rencontre également de multiples dénégations qui ont comme objectifs de nier que des désirs, des pensées ou des sentiments spécifiques lui appartiennent.

Une formation réactionnelle nous semble à l'œuvre pour développer des tendances contraires à celles qui sont réprouvées. Ce mécanisme produit l'investissement d'un ensemble de complexité variable, qui contrebalance les aspects de l'organisation pulsionnelle refusée par le surmoi. A nos yeux, ces variables sont par exemple : la valeur d'authenticité en paradoxe avec son caractère réservé et sa retenue émotionnelle. La thématique de rechutes amène d'autres formations réactionnelles, tout comme des annulations.

Dans ce même registre, un refoulement de la sphère émotionnelle semble également présent par le peu d'éléments affectifs émergeant du discours. Par moment, des motions libidinales et agressives apparaissent dans la conversation. Par exemple, quand elle explique pourquoi elle n'a plus voulu exercer le métier d'infirmière (les piqures qui sont vues comme agressives et intrusives) ou encore ses démarches pour vérifier la véracité des paroles d'une patiente également décrites comme agressives et intrusives. Ces affects sont perçus comme inacceptables et sont rapidement mis à distance.

Le fait que Clara utilise fréquemment des injonctions de fin de phrase comme « *hein* » et « *quoi* » en prenant une tonalité sollicitante me donnait l'impression de devoir lui renvoyer un renforcement positif par un hochement de tête. Nous interprétons cette demande de probation comme un procédé antidépressif : appel au clinicien. Ce mécanisme permet de soutenir la pensée de notre participant et de le dégager partiellement de l'enlèvement. Cet aménagement défensif fige la possibilité d'élaboration, mais avec le temps, Clara se déploie et nous laisse apercevoir une part de son monde affectif.

Un mécanisme projectif peut être observé lorsque Clara insiste sur la représentation négative que les autres membres de l'équipe ont des patients dépendants états-limites. La pulsion agressive semble être attribuée à autrui. La projection a pour but de détourner le moi d'une réalité déplaisante en lien avec un sentiment d'hostilité inacceptable envers cette patientèle.

Intégration des données

Surtout au début de l'entretien, Clara présente une attitude un peu raide et formelle, avec une sorte de neutralité affective.

Les traits de caractère comme la rigidité, le besoin de structure, la réserve émotionnelle peuvent être compris comme une lutte contre les pulsions primaires. L'agressivité nous semble en général, très inhibée, ne peut s'exprimer directement. Parfois, elle se manifeste de manière plus détournée,

par la valorisation narcissique à travers la mise en avant de son expérience professionnelle. En conséquence, ceci amène une dépréciation indirecte des membres de l'équipe plus jeunes et une rébellion contre la nouvelle autorité de l'institution. Le sadisme et l'agressivité, qui sont perçus comme inacceptables, nous semblent remplacés par le respect de l'autre, des valeurs relationnelles et l'aide de l'autre en difficulté. La représentation du sujet victime semble remplir la même fonction de diminuer les pulsions agressives.

En ce qui concerne les motivations d'avoir choisi ce métier, nous pouvons souligner un désir de déceler un sens derrière tout ce qui paraît incompréhensible ou énigmatique. Pendant ces études, elle était attirée vers tout ce qui renvoie à la maladie psychiatrique qui pourrait représenter un univers non-compréhensible.

La confrontation à la population des toxicomanes états-limites entraîne une remise en question de son fonctionnement psychique animé par une certaine exigence d'ordre et de structure. Le mécanisme de clivage fréquemment utilisé par ce type de patientèle semble provoquer un déplaisir chez Clara lorsqu'elle se trouve à la place de l'objet sur lequel se projettent les pulsions destructrices du patient. La seule solution envisagée par rapport à ce conflit semble la transformation de sa personne en un bon objet. La contenance du lien semble lui procurer une valorisation et une satisfaction libidinale. La représentation des sujets déstructurés traduit une difficulté à faire face aux rechutes, à être confrontée à leur envie de reconsommer et à leur nervosité. On peut supposer que ces conduites peuvent réactiver un sentiment d'insécurité dans la mesure où l'objet serait vu comme imprévisible.

En ce qui concerne les situations où la thématique du manque de racines a provoqué des basculements affectifs non précisés, nous pouvons supposer qu'une personne sans racines engendrerait une angoisse profonde face à un manque de structures. Les supervisons à l'extérieur ont aidé à surmonter ces moments vécus comme problématiques.

Le souhait d'une stabilité dans son milieu privé ainsi que la nécessité d'avoir confiance en l'autre pourraient être compris comme un besoin de sécurité et une crainte de tout changement.

On peut constater un moi très actif qui utilise de nombreux mécanismes de défense. Outre le refoulement, la rationalisation et l'intellectualisation, on trouve chez notre participante des procédés complexes, comme la formation réactionnelle, l'annulation, l'incorporation et la projection.

5. Discussion

Tout d'abord, nous tentons de comprendre pourquoi seulement les assistants sociaux ont rendu réponse à notre demande de participation. Il nous semble nécessaire de mettre en lien la complexité de la définition du métier d'assistant social incluant une large énumération de fonctions avec la diversité des demandes d'accompagnement de la patientèle dépendante état-limite. Comme la littérature nous montre, cette population sollicite davantage une aide élargie sur plusieurs domaines de vie différents, à savoir au niveau personnel, occupationnel, familial et social. Les paradoxes de la dualité relationnelle du travail social et les nombreuses compétences attendues, comme expliqué dans la partie théorique, s'ajoutent. Il semble en résulter une complexité et un manque de clarté concernant leur mandat qui s'intensifieraient face à cette patientèle perçue comme 'accaparante'.

Tout cela semble avoir des répercussions sur le ressenti et les cognitions de nos participants. Ceci se transmettrait sur plusieurs représentations de leur pratique, qui nous paraissent fortement exigeantes et susceptible d'entraîner un effondrement émotionnel. Monja amène par exemple une perception de son travail où l'on doit être joignable 24 heures sur 24 et continuellement s'adapter à sa patientèle ou Sophie qui se définit comme 'porteur d'espoir' pour tous ses patients. Katja, de son côté, souligne à plusieurs reprises, la nécessité d'un effort d'apprentissage et d'adaptation continu qui la confronte à ses limites personnelles. Daniel expose une représentation de sa pratique dans laquelle il faut pouvoir sortir de ses émotions, être suffisamment solide, se contenir et garder une certaine distance. L'affectivité découlant de ces défis poussés paraît se manifester par un sentiment d'impuissance et de frustration en interaction avec cette population spécifique. Ceux-ci sont repérables chez tous les participants. En conséquence, l'impossibilité pour l'assistant social de satisfaire son idéal de soin par la confrontation à la réalité du terrain semble provoquer une certaine désillusion. Cette désillusion se montre surtout dans les paroles de Pierre, qui prétend, qu'avec l'expérience, ses objectifs de travail se sont modifiés : sa position active et l'investissement dans la relation avec les patients semblent évoluer vers une certaine indifférence. Ce certain détachement de l'idéal de soin, se montre davantage par la représentation du travail que plus de la moitié des participants mettent en avant, à savoir l'accompagnement comme une étape passagère où la responsabilité se déplacerait vers les patients qui sont eux-mêmes responsables d'un état d'abstinence durable et vers d'autres structures d'aide. Les objectifs professionnels des assistants sociaux se focaliseraient donc sur le court-terme, afin d'atténuer leur sentiment d'impuissance. Une autre fonction de cette interprétation serait la diminution des attentes vis-à-vis de soi et par la même occasion une

atténuation des sentiments de déception aboutissant à des blessures narcissiques qui pourraient accompagner les échecs thérapeutiques. Nous nous demandons si la déception par rapport à la non satisfaction de leur idéal d'accompagnement ne se renforcerait pas par le fait de devoir subir des projections d'un ressenti similaire de la part des bénéficiaires. En effet, la quête impossible de cette patientèle d'un substitut d'objet interne sécurisant ne trouve que momentanément un apaisement dans la perception primaire de l'assistant social comme sauveur. Suite au mécanisme de désidéali-sation de la part de la patientèle états-limites dépendantes, la relation se trouve donc souvent trou-blée et colorée par des affects négatifs des deux parts. Les patients dépendants états-limites pour-raient donc mettre fin au traitement par le rejet de l'objet pouvant être perçu comme trop dangereux par son altérité. Le quotidien de l'assistant social serait alors teinté d'un vécu frustrant résultant d'une tentative de gestion des mécanismes d'investissement et de désinvestissement.

Ces réflexions expliqueraient éventuellement l'exclusivité des réponses venant de ce métier spéci-fique. Les entretiens de recherche semblent leur avoir procurer un moment de parole afin d'alléger leurs tensions internes. Une autre hypothèse concernant ce phénomène serait que les assistants so-ciaux rencontreraient des difficultés en contact avec cette patientèle précise, car ils assurent égale-ment la mission de gérer l'organisation administrative afin de contribuer à une stabilité socio-éco-nomique des bénéficiaires. Comme nous avons constaté auparavant, les toxicomanes états-limites présentent fréquemment une instabilité émotionnelle et relationnelle, une polyvalence symptoma-tique, ainsi qu'un penchant pour la transgression du cadre en mettant à mal les règles sociétales. Ces comportements nous semblent difficilement accordables avec les missions de l'assistant social.

Suite à nos analyses, nous allons à présent tenter de déceler les points convergents et divergents observés chez nos participants dans leur pratique auprès de personnes dépendantes états-limites. Pour ce faire, nous avons choisi de nous baser sur nos trois questions de recherche. Cette partie contient des réflexions hypothétiques ainsi que des mises en relation avec des éléments théoriques à propos les résultats de notre recherche.

5.1. Comment le choix professionnel de l'assistant social s'inscrit dans son histoire personnelle ?

Cette question nous semble être la plus dépendante de l'individualité subjective ainsi que de la variabilité du fonctionnement psychique de chaque intervenant social. Malgré cette subjectivité, nous constatons des similitudes dans les motifs qui ont participés à l'orientation professionnelle.

Nous avons constaté que les représentations de la pratique des sujets répondent à un désir inconscient du psychisme des participants. Ils sont donc en lien avec le choix d'orientation professionnelle ainsi qu'avec la motivation de poursuivre ce travail d'accompagnement.

Nous partons de l'idée que nos participants n'ont pas choisi leur profession de manière spontanée, mais ont été animé par des motivations, qui nous semblent profondément ancrées dans leur fonctionnement psychique façonné par leurs histoires personnelles. Les motivations incluent tout ce qui pousse le sujet à développer des comportements adaptés, afin d'atteindre certains buts et certaines orientations. Inspiré par les écrits de Collette (1990), nous avons choisi de départager les différents motifs en trois désirs psychologiques fondamentaux contribuant à nos yeux aux choix professionnels des assistants sociaux :

Le désir de sécurité psychologique :

Dans ce registre, le choix professionnel est interprété comme une réponse à un besoin d'équilibre du moi. Le moi cherche à former un compromis entre deux instances de forces, les forces de l'inconscient et les forces du milieu. Ce mécanisme se cristallise surtout par l'analyse de Sophie où le moi tente de trouver un compromis à travers son choix de travailler avec ce public spécifique en assurant une maîtrise sur le monde pulsionnel. Dans cet exemple, le ça incarne éventuellement une compulsion vers la satisfaction libidinale par la consommation de substances et le surmoi interdirait probablement cette manière de calmer ces tentions internes. Nous pensons que le choix professionnel peut être alors vu comme une solution qui atténuerait l'influence du monde intérieur. Il mettrait le principe de réalité à la place du principe de plaisir en la poussant vers des activités professionnelles déterminées et socialement approuvées.

L'assistant social atteint la sécurité psychologique grâce au maintien de l'intégralité du moi à travers sa pratique auprès des personnes dépendantes états-limites. Katja semble avoir orienté son choix professionnel, afin de se soumettre à la castration symbolique de son père. En respectant des normes familiales déjà établies, elle semble former un compromis pour aboutir à une stabilité psychique. En ce qui concerne Florence, nous pensons que l'origine de son choix professionnel constitue une tentative de renoncer à une toute puissance par la recherche de limites castratrices à travers l'objet d'amour substitutif, à savoir la patientèle. Nous étalons également l'hypothèse que ce travail rempli pour quatre participants une fonction de recadrage. La confrontation à la patientèle dépendante état-limite nécessite un cadre bien défini qui amène une protection émotionnelle pour les deux interlocuteurs, afin de diminuer les angoisses et de réguler les états affectifs trop intenses.

Le désir d'affection, de valorisation et d'acceptation :

Nous constatons que la totalité des participants manifestent implicitement ou explicitement un désir de nouer un lien de réciprocité avec le bénéficiaire. Cette quête relationnelle nous semble être une motivation considérable pour la pratique auprès de ce public. Chez quatre participants, nous avons identifié comme impulsion prépondérante la recherche d'une relation proche ainsi qu'une attirance pour l'accompagnement d'autrui. Cette dynamique relationnelle semble permettre d'évoluer et même de procurer un sentiment d'existence. Chez les trois autres, nous percevons un plaisir narcissique dans le partage d'activités pendant lesquelles on ne perçoit plus de différences identitaires. Ces moments de partage sont valorisés par la plupart des participants et semblent également servir d'apaisement des pulsions agressives qui sont susceptibles de créer une distance entre le patient et l'assistant social.

Cette motivation de choix de profession nous semble animée par le désir d'affection qui apporte aux assistants sociaux à la fois une protection, une acceptation par le milieu social ainsi qu'une reconnaissance de l'individu par les autres. Trois participants mettent clairement en évidence une satisfaction dans la reconnaissance de leur rôle comme aidant qui renforce leur sentiment d'utilité. Un désir de valorisation à travers le regard d'autrui afin d'atteindre une estime de soi sécurisante subsiste. Les sujets tentent alors, par l'obtention de considération de la part des autres professionnels ainsi que des patients, de créer une image satisfaisante dans un contexte social, pour permettre d'écarter toute éclosion de sentiments d'infériorité.

Dans ce sens, nous observons une haute tendance communautaire chez ces assistants sociaux. Celle-ci pousse le sujet à rechercher le contact avec le public dans le but de créer un sentiment de solidarité, d'appartenance et de sécurité. Souvent, le fonctionnement des structures semble valorisé par l'identification à une micro-société animée par des liens niant toute distance relationnelle, où régissent des règles bien définies. Sophie traduit même explicitement cette organisation par le terme de 'communauté'. L'échange et la concertation avec l'autre sont mis en avant. En concluant, nous identifions la recherche de contact et le souhait d'élaborer des schémas de conduites communs reflétant un besoin individuel de sécurité et de protection, comme une puissante motivation à s'investir dans cette pratique.

Le désir de réparations d'anciennes blessures narcissiques :

Le choix professionnel peut être vu comme une attitude réparatrice d'anciennes blessures narcissiques par un mécanisme qui servirait de tentative de reprise de contrôle étant manquant dans d'autres domaines de vie. Chez quatre participants, nous percevons ce phénomène qui nous paraît

avoir contribué en grande partie au choix de ce métier. En nous appuyant sur les travaux de Delhaye et Lotstra (2007), nous pouvons supposer que l'orientation professionnelle représente une attitude compassionnelle, dont les conséquences seraient d'abord bénéfiques voire thérapeutiques pour le soignant lui-même en considérant qu'il porte en lui des blessures qui saignent encore à l'heure actuelle. Une histoire personnelle passée à caractère douloureux a été observée auprès de plusieurs assistants sociaux. Celle-ci tente d'être digérée par un positionnement d'objet étayant auprès de personnes ayant vécus des souffrances similaires. En représentant un objet bienveillant, l'assistant social semble contrôler ses propres fantasmes et angoisses. La présence, le soutien et la sensibilité de l'intervenant réparerait à la fois l'instabilité de l'objet interne des patients et par le même mécanisme, leur propre blessures psychiques. A titre indicatif, Florence est la seule à avoir conscience de cette influence sur son choix professionnel et indique une fascination pour la population dépendante en s'appuyant sur la similitude avec les problématiques vécues dans son entourage familial. Ce fonctionnement observé, par lequel les assistants sociaux tentent de dissocier des fantasmes destructifs de leur objet d'amour, nous semble fortement en lien avec l'angoisse et la culpabilité dépressive. La restauration fantasmatique de l'objet parental, permettrait de surmonter une position dépressive en assurant au moi une identification stable à l'objet étayant. Pierre, à son tour, a vécu dans son entourage plusieurs décès d'amis toxicomanes. Cette confrontation douloureuse à la problématique de dépendance a probablement engendré un sentiment d'impuissance et une détresse psychologique. Il nous semble que par son choix de métier, il tente d'atténuer ce ressenti négatif. Pour Sophie, la confrontation à la patientèle a amené d'autres répercussions comme une remise en question qui a abouti à plusieurs ruptures relationnelles.

Pour la majorité de nos participants, la rencontre avec cette problématique état-limite accompagnée d'une symptomatologie dépendante a comme fonction l'effet miroir. Les sujets semblent s'identifier à l'objet et donc se rapprocher de la thématique par une mise à distance qui servirait de protection d'une implication émotionnelle trop intense susceptible d'engendrer une souffrance psychique. La pratique dans les diverses structures favorise une introspection qui aide à un développement personnel et lui permet de mieux cerner l'image de soi utile à l'autocorrection. Des caractéristiques propres à la personnalité différente des assistants sociaux comme par exemple la rigidité, le perfectionnisme ou encore une certaine instabilité qui tendrait vers des addictions font l'objet d'une remise en question de la part de l'intervenant concerné.

Nous clôturons la thématique de la motivation du choix professionnel par une énumération brève de certains arguments venant de la part de deux participants. Ceux-ci nous semblent être le résultat d'une rationalisation ayant comme finalité l'écartement des véritables motivations à l'investissement dans ce travail. Premièrement, Sophie qui justifie son choix professionnel par des raisons

pratiques afin de se protéger d'une apparition d'un conflit intrapsychique refoulé. Deuxièmement, Daniel qui justifie son changement professionnel par une plus grande disponibilité de temps et une responsabilité réduite. Ces motifs pratiques nous semblent plutôt masquer un désir personnel réprimé.

5.2. Quelle est l'influence de cet accompagnement psycho-social sur le vécu des assistants sociaux ?

Le vécu et les représentations des assistants sociaux en étroite relation avec les personnes toxicomanes sont l'objet de découvertes précisées dans cette question. Nous avons décidé de ne pas séparer les représentations du vécu affectif, car ceux-ci nous semblent s'influencer réciproquement.

Nous identifions tout d'abord une prévalence en ce qui concerne la représentation des sujets manipulateurs, menteurs et agressifs. Une difficulté semble visible relative à la gestion des pulsions agressives venant des personnes toxicomanes états-limites. Pour chaque participant, un déplaisir au sein de leur pratique quotidienne est rattaché à cette perception dévalorisante. La relation à l'autre est investie, même si c'est de façon précaire. Cette interprétation aboutit à un ressenti d'épuisement, de colère, de fatigue, de méfiance et chez certains même une impression de persécution où toute souffrance psychique de la patientèle semble être niée. L'atteinte narcissique provoquée par les comportements venant de cette patientèle, perçus comme malveillants mettent en évidence une conflictualité colorée par une certaine hostilité. Ces conduites créent une ambiance explosive au sein de la structure et activent un sentiment d'insécurité dans la mesure où l'objet sera vu comme imprévisible. La solution envisagée par plusieurs participants est la mise à distance de l'objet par un désinvestissement dans la relation. Nous émettons l'hypothèse que cette focalisation sur la perception de manipulateur serait une manière de se dégager de tout fonctionnement similaire afin de se différencier de l'objet. Cette différenciation nous paraît être un processus délicat pour certains de nos participants, car nous constatons chez plusieurs d'entre eux, une porosité des limites entre soi et l'objet qui amène une confusion avec l'autre. L'identification projective suit donc son cours et paraît déterminer des états psychiques accompagnés d'affects intenses. Ce moment suppose une régression suffisante de la part du soignant afin d'accepter la confrontation à cette confusion identitaire, également présente chez son interlocuteur. Nous lions ce phénomène à la problématique de la patientèle, celle-ci éprouve également une difficulté d'accepter l'altération d'autrui. Le recours à une substance toxique représente un compromis, afin d'éviter toute angoisse suscitée par cette différenciation. Tout éloignement ou rapprochement de la part du travailleur social est susceptible de confronter le patient à ses propres fantasmes inquiétants. L'identité différenciée nous semble donc

être affectée par le contact avec cette patientèle qui s'articule à une complexité des trajectoires identificatoires de la part des assistants sociaux. Nous repérons à travers nos analyses, une alternance permanente entre l'identification narcissique et l'identification à l'objet d'amour ou de haine, incarné dans ce cas par la patientèle. Dans certains cas, nous observons même un surinvestissement dans la relation à l'objet où la libido paraît déplacée du Moi sur l'autre.

Le refoulement de leur propre agressivité et leurs tendances destructives semble être une nécessité pour ne pas que les conflits relationnels deviennent trop importants. Nous voyons à travers les différents participants à quel point tout ressenti agressif ne peut être que minimisé, afin d'éviter un débordement émotionnel. A titre exemplaire, Monja emballe la violence de ces personnes à l'aide d'un mécanisme d'anonymat. Elle évoque l'agressivité sans intention malveillante et met en place une déresponsabilisation des patients. Pierre est le seul sujet soulignant explicitement les conduites transgressives des résidents. Une maîtrise des débordements pulsionnels engendrés par l'hostilité provenant des assistants sociaux vis-à-vis de certaines attitudes du patient devient le centre des préoccupations. Ceci peut expliquer l'utilisation massive des mécanismes défensifs d'inhibition observés chez tous les participants. La répression des tendances agressives peut être également interprétée comme une répercussion d'une angoisse de perte de l'objet d'amour. Un autre vécu angoissant que nous avons pu observer chez certains de nos participants semble plutôt lié à cette angoisse de perdre l'objet d'amour par une séparation entraînant une différenciation artificielle dû à un échec du traitement ou une exclusion du patient de la structure d'aide. Cette angoisse de perte initiale des patients états-limites dépendants serait-elle à l'origine de la peur éprouvée par l'assistant social due à une relation déséquilibrée ? Roux (2011) affirme un transfert massif de cette angoisse sur la figure du professionnel.

Chaque représentation incluant une certaine hostilité envers l'objet est même contrée d'une perception valorisante de la patientèle. Cinq participants nous donnent accès à des représentations valorisantes, toutefois cette perception ne se présente pas sous la même forme d'un participant à l'autre. Ces perceptions mettent rapidement en évidence un plaisir éprouvé au contact de cette patientèle à travers la création d'un lien bienveillant. La nécessité d'un investissement personnel à travers un attachement émotionnel semble dépendre de ces interprétations. En effet, quatre de nos participants emploient majoritairement des représentations valorisantes en décrivant les sujets toxicomanes. Ces perceptions traduisent une certaine attirance accompagnée d'un enthousiasme pour la patientèle. Nous pensons qu'une identification projective de la part de ces intervenants a eu lieu, afin de tenter de maîtriser un vécu traumatique survenu dans le passé. Étant donné qu'un défaut de différenciation intersubjective entre l'intervenant social et la patientèle trouverait son origine dans des blessures similaires probables. Ces représentations amèneraient une atténuation des pulsions agressives. De

plus, elles permettraient d'éviter la formation d'affects dépressifs qui pourraient apparaître suite à l'angoisse de perdre l'amour de l'objet. L'objet partiel, clivé, porteur de caractéristiques uniquement positives, ne peut servir de surface, sur laquelle des sentiments de colère ou d'hostilité, seraient déchargés. Le fait que cet effort non négligeable et l'énergie psychique engendré par cet investissement aboutissent à une souffrance se montre surtout par l'exemple de Sophie et Monja. Dans ces cas, nous soulignons les propos de Turrel (2007, p.84), qui se pose la question : « *La souffrance serait-elle devenue le pont fragile et invisible qui relie aujourd'hui les travailleurs sociaux et les personnes en situation difficile ?* »

Dans ce même registre, quatre participants nous font part des représentations des sujets victimes. Cette perception permettrait aux assistants sociaux d'évincer tout affect agressif pouvant détériorer la qualité de leurs apports soutenant. Cette victimisation met à mal toute responsabilisation de la part de la patientèle. Chez certains, une tristesse surgit, mais ce ressenti semble généralement plus difficilement supportable. Serait-il trop 'dangereux' pour la stabilité psychique des intervenants de laisser émerger une certaine tristesse ?

C'est peut-être pour cette raison que nous constatons un défaut de reconnaissance de la souffrance du public toxicomane état-limite. Cette impossibilité de légitimer la douleur morale du bénéficiaire serait-elle le reflet d'angoisses trop intenses ? Par définition, l'intervenant incarne la place de 'l'acteur social' dans l'accompagnement. Ne pourrait-on pas supposer que les ressentis de caractère hostile face à la patientèle susciterait une position plus active, contrairement au vécu compassionnel par lequel le sentiment d'impuissance se renforcerait ?

Neuf représentations se basent uniquement sur leur propre ressenti coloré d'intenses émotions de nature diverse. Un basculement affectif fortement accentué semble être lié spécifiquement à cette population. Katja nous donne par exemple accès à un ressenti frustrant suite aux rechutes des bénéficiaires, lesquelles sont perçues comme un résultat d'un manque de confiance de la part des sujets. Sans approfondir son discours, Monja prétend reconnaître le fonctionnement du patient grâce à un ressenti particulier. Pierre nous avoue ne plus vouloir ressentir d'empathie ou d'investir sa confiance au public suite à des atteintes narcissiques. Celles-ci ont suscité des questionnements concernant sa voie professionnelle. Afin de se protéger d'un repli narcissique, il tente de resserrer le mécanisme transférentiel. Clara, quant à elle, déplace son ressenti négatif et déplaisant sur les autres membres de l'équipe. En concordance avec la littérature scientifique, nous observons que le soin des personnes dépendants états-limites peut constituer un défi émotionnel compliqué, par des réponses d'une extrême intensité émotionnelle envers cette patientèle. L'intervenant nous semble perpétuellement confronter à la nécessité d'ajuster à chaque moment la distance relationnelle en s'appuyant

sur son propre ressenti qui paradoxalement peut se trouver troublé par différents facteurs transférentiels.

En ce qui concerne les différences entre les représentations des toxicomanes porteurs du trouble de la personnalité limite et des toxicomanes sans ce trouble, nous constatons une stigmatisation plus importante en ce qui concerne les personnes dépendantes états limites. En effet, les participants travaillant avec plusieurs maladies psychiatriques, à savoir Daniel et Katja, s'accordent sur la dévalorisation prépondérante de ces sujets en comparaison avec les personnes porteuses d'autres maladies psychiques. L'analyse de l'entretien de Monja montre que la représentation des toxicomanes états-limites met en évidence une certaine rivalité, voire une hostilité en contraste avec les perceptions des toxicomanes qui sont la plupart du temps valorisante. Les résultats de l'étude de Bodner et al. (2015) démontrant que les personnes présentant un trouble de la personnalité état-limite ont une mauvaise réputation se trouve donc confirmé par nos constats.

En conclusion, nous observons que le nombre des représentations augmente selon le degré d'ancienneté dans les structures traitant la problématique de l'addiction. Daniel et Sophie, chacun actif depuis deux ans au sein de leur service, nous donnent seulement accès à trois représentations concernant ces patients. Katja, Pierre et Florence qui travaillent déjà depuis plus de vingt-cinq ans auprès de cette population nous amènent plusieurs perceptions de nature diverse. Une hypothèse de notre part en ce qui concerne ce phénomène est que les représentations constituent peut-être une protection, une défense en soi. 'Une contrainte à la représentation' est soulignée par Aisenstein (2010) pour expliquer une compulsion venant du psychisme du soignant. Nous pensons que les cognitions jugeant l'objet ont comme bénéfice d'apporter une certaine sécurité à l'intervenant, étant donné que l'objet devient prévisible et connu. L'énergie psychique serait donc déplacée sur l'autre, afin de détourner l'attention de son propre vécu douloureux. Les intervenants sociaux semblent acquérir une plénitude de sens en se servant d'un réseau de représentations très vaste de leurs actes professionnels et des comportements de leurs bénéficiaires.

5.3. Quels mécanismes sont mobilisés chez les intervenants pour se protéger de certains comportements des patients ?

Quels types de soutien recherchent-ils dans la réalité pour réaliser leur travail ?

Nous concluons que le recours à divers types de soutien s'est montré indispensable au bien-être des assistants sociaux. Nous avons constaté une diversité restreinte des éléments apportés par nos participants concernant cette question de recherche.

La totalité des participants met en avant l'importance de l'étayage par l'équipe professionnelle. La notion de plaisir se retrouve majoritairement dans une position symétrique avec celle-ci. Nous prenons également conscience que les notions du vécu similaire, du partage, comme de la présence des valeurs semblables paraissent importantes dans l'esprit des assistants sociaux. Pierre par exemple met en avant l'importance de la même philosophie de travail. L'ambiance bienveillante semble répondre aux attentes des sujets, sauf pour deux participants qui distinguent clairement le fonctionnement actuel du fonctionnement de l'équipe antérieure.

L'équipe est souvent abordée sur un mode indifférencié qui s'exprime par l'emploi fréquent des pronoms 'on' et 'nous'. Nous constatons une certaine idéalisation de cet ensemble de professionnels et une croyance inébranlable en la bienveillance de celle-ci. Dans la majorité des cas, aucune pulsion agressive ne semble être refléter sur celle-ci. Lors des récits, les conflits, abordés uniquement de manière implicite, sont rapidement minimisés. La transformation de l'équipe en objet partiel perçu comme idéalement bon serait-elle donc nécessaire, afin d'équilibrer les relations instables aux bénéficiaires et de trouver une certaine sécurité dans la pratique ?

La dynamique du groupe professionnel représenterait donc une condition nécessaire au maintien de leur stabilité psychique auprès de cette patientèle. Les discussions, pendant les moments de debriefing, sont comprises comme un moyen de prendre une distance plus objective et de se remettre en question, afin de conduire à un développement personnel, ainsi qu'à la prise de mesures protectrices auprès de cette population. La communication entre collègues semble permettre l'expulsion de certaines tensions internes. Comme nous avons déjà évoqué dans la partie théorique, le discours entre pairs permet de reconstruire les fondements identitaires du travailleur social. L'équipe paraît incarner l'objet contenant. Ciccone (2001) explique que le plus important est « *l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue.* » L'équipe paraît amortir les pensées destructives, que le travailleur social ne peut contenir et penser tout seul, à travers les échanges. Dans la plupart de cas, la communication entre collègues semble transformer les émotions, les angoisses et les conflits, afin qu'ils demeurent plus supportables.

Un autre type de soutien est mis en évidence par cinq participants : le cadre institutionnel. La permanence du cadre institutionnel et des limites intangibles de l'accompagnement garantisse une sécurité pour les assistants sociaux tel que pour la patientèle. L'intérieur de la structure d'aide symboliserait un cocon sécurisant pour chaque interlocuteur. Cela pourrait représenter une symbolisation de la fonction alpha où les angoisses inconscientes seraient métabolisées par cette recherche perpétuelle de soutien par le cadre institutionnel. Les affects négatifs seraient compensés par un

cadre externe sans générer d'angoisse massive qui, à son tour, pourrait provoquer une perte des repères identitaires.

Les penchants des toxicomanes états-limites vers la transgression des règles seraient confrontés à la frontière de l'interdit établie par les structures sociales. La possibilité d'exclusion définitive des patients est soulignée par plus de la moitié des participants. L'excitation pulsionnelle est contrôlée par un risque de punition de ces conduites non souhaitées. Surtout Pierre met en avant la nécessité de cette rupture irrévocable, à savoir une cassure d'une relation où les affects négatifs prennent le dessus. Le règlement interne des institutions semble dans la plupart des cas servir d'étayage par son intransigeance et sa stabilité dans le but de contrôler tout débordement d'excitation des participants et des patients. Une autre hypothèse concernant la fonction sécurisante de ces limites imposées par les diverses structures d'aide serait la castration symbolique. Celle-ci limiterait les relations soignant/soigné, face au risque d'une évolution vers une certaine fusion, tenant en compte la problématique de cette patientèle. Les limites castratrices seraient-elles une nécessité, face à cette patientèle au sein de laquelle règne généralement un manque de frontières interrelationnelles ? A travers ces différents éléments que nous venons de mettre en exergue, nous constatons une tendance vers la confirmation des dires de Nadeau (1985) qui met en évidence l'importance de règles de vie strictes dans les structures de prise en charge des toxicomanes.

Pour Sophie, l'attente continuelle de la valorisation par la direction manifesterait un besoin de sécurité liée à une imago parentale, tutélaire et rassurante. Florence de son côté, présente la hiérarchie institutionnelle comme une instance protectrice permettant de ne pas se trouver confronter à des situations susceptibles de provoquer un effondrement narcissique. L'institution paraît incarner une position surmoïque, capable de fixer des limites tout en gardant une attitude bienveillante. Chez les autres assistants sociaux, la hiérarchie semble plutôt occuper une position discrète, permettant une certaine autonomisation des intervenants. Cette responsabilisation semble, en même temps, contribuer à la raison pour laquelle nous repérons un sentiment de solitude fort présent chez certains participants.

Cinq participants soulignent l'importance de l'expérience professionnelle et du savoir théorique. Ce savoir procure aux participants une sécurité dans le contact avec les patients, à travers une meilleure connaissance de la problématique de dépendance et du trouble de la personnalité limite. Florence établit implicitement un lien entre la qualité de travail et le degré d'ancienneté permettant de mieux gérer des conflits. Pour Monja, l'expérience professionnelle paraît fournir une opportunité de justifier la prise de position supérieure face aux membres de l'équipe actuelle. Concernant Clara, nous avons l'impression que le fait de désidéaler ses collègues plus jeunes contribue à une meilleure gestion de son sentiment de solitude par une certaine valorisation narcissique. Par conséquent,

nous pouvons confirmer les propos de Granja (2008) qui identifie l'accès au savoir et à l'expérience comme ressources centrales. Sophie et Daniel ne mettent pas en avant ce point, nous supposons que c'est dû à leur position novice dans les structures. Daniel se dévalorise clairement face à l'expérience plus riche de sa collègue. Dans ce sens, nous pouvons confirmer les résultats de l'étude de Cailhol et Ragonnet qui affirment que les acteurs sociaux mettent en avant un défaut de connaissance sur le sujet et le besoin d'un accompagnement stable et sans contrainte.

Nous pouvons identifier un autre type de soutien chez quatre de nos participants, la supervision à l'extérieure de la structure. A plusieurs reprises, l'étayage par un thérapeute externe est mis en valeur. Florence par exemple a suivi une thérapie à longue durée. Elle prétend que cette expérience a façonné sa personnalité et lui a permis de prendre ses responsabilités sur ce qui lui arrive. Ce suivi thérapeutique a amené un autre point positif, à savoir la prise de conscience de ses ressources. Pour Sophie, cet étayage à l'extérieure lui a permis de surmonter sa souffrance psychologique pendant sa période de maladie. Daniel nous laisse percevoir que cette démarche a favorisé une réflexion constructive par une prise de position plus distanciée. Par ce moyen, il réussit à se débarrasser des sentiments pénibles et bénéficie d'un endroit sécurisant où il a la possibilité d'exprimer ses sentiments d'irritation, d'agacement et de colère. Clara prétend que sans ces supervisions, sa pratique professionnelle deviendrait impossible.

Nous concluons donc que le recours à un tiers neutre semble bénéfique pour la plupart des assistants sociaux. Notre hypothèse se base sur une possible triangulation de la relation, qui des fois peut être vécue comme intrusive ou chargée d'une agressivité trop intense. Comme nous avons constaté auparavant, exemplairement chez Katja où les limites entre le Moi et l'objet s'estompent, cette relation soignant/soigné est susceptible de tendre vers une union anaclitique, inquiétante. Cette évolution semble alimenter des fantasmes de persécution des assistants sociaux. Ce tiers neutre semble incarner la fonction de séparateur, de différenciateur. Le terme de tiercéité, introduite par A. Green, pose comme condition nécessaire à la cure des patients limites, la triangulation par une dimension tierce. Pouvons-nous généraliser une nécessité de ce phénomène afin de créer une distance plus saine à toute notre population d'étude ?

De plus, nous pensons que le recours à un tiers amène une ouverture à la dimension symbolique par l'empreinte du langage. On peut penser que le langage permettrait de lier le registre imaginaire et registre symbolique ayant pour but d'aider à digérer les expériences difficiles vécues dans leurs lieux de travail. La narration constitue un moment où les événements forment un enchaînement non pas forcément chronologique, mais un enchaînement où les choses prennent place, se lient les unes aux autres et s'éclairent par l'aide d'un tiers neutre. La communication semble également leur permettre d'apaiser des angoisses suscitée par les interactions avec les patients.

Nous nous questionnons sur la référence insuffisante aux éléments extérieurs soutenant comme par exemple en ce qui concerne Monja. Cependant, nous remettons également en cause leur usage massif, comme c'était le cas chez Florence et Sophie qui présentent une grande nécessité d'être étayé par plusieurs types de soutien extérieurs. Cet appui excessif témoignerait-il d'un échec de la transformation des fantasmes archaïques douloureuses par le langage, qui parviendrait à rendre la scène intérieure plus supportable ? Ce mécanisme pourrait également témoigner des intenses pulsions auto-conservatrices du moi, pour équilibrer le fonctionnement psychique des sujets.

En général, nous pensons que la majorité de nos participants ont accès à un soutien extérieur riche et « suffisamment bon » pour pouvoir exercer leur pratique auprès de cette population. Les objets étayant semblent présenter des capacités régulatrices pour amortir les excitations en provenance du monde professionnel.

Quels mécanismes de défense sont activés au sein du fonctionnement psychique des assistants sociaux ?

Nous souhaitons préciser que tous les mécanismes défensifs du moi agissent également comme motivations inconscientes provoquant des comportements, ainsi que des paroles que nous avons eu l'occasion d'observer lors de nos entretiens. Il nous a paru intéressant de les étudier auprès des assistants sociaux vu que les actions les plus socialisées et les conduites les plus désirables peuvent naître dans des motifs inconscients. Notre autre intérêt de l'étude concernant l'aménagement défensif de nos participants réside dans le but de découvrir si l'interaction permanente avec ce public spécifique provoquerait une protection particulière.

Chez la majorité des participants, nous pensons observer un mécanisme de refoulement en ce qui concerne l'expulsion de la conscience des divers sentiments désagréables, des désirs narcissiques, comme des conflits intrapsychiques. Freud a déjà insisté sur le caractère universel de cette défense psychique. Une partie de nos participants présente également un retour du refoulé qui témoigne de l'insuffisance ou la défaillance de ce processus. Nous jugeons ce mécanisme comme nécessaire à la lutte contre des affects dépressifs et agressifs, afin de pouvoir continuer à exercer leur pratique auprès de cette population provoquant un ressenti bouleversant.

Un autre mécanisme de défense observé chez six participants est la rationalisation. Nous avons l'impression que ce processus de pensée logique et rationnelle permet aux participants de leur procurer un sentiment de maîtrise sur des éléments leur échappant. Souvent, ce processus nous semble être la cause de leurs explications en réponse au questionnement sur l'origine de leur choix profes-

sionnel. Nous supposons que ces justifications, de nature plus rassurante, dissimulent les motivations réelles et probablement inquiétantes. Daniel, de son côté, se réfère en plus à la réalité externe en renforçant ce mouvement de mise à distance pour lutter contre les émergences de la réalité interne.

Les mécanismes de la minimisation, de la banalisation et de l'annulation sont observés chez cinq de nos participants. Ce fonctionnement témoigne généralement d'une perméabilité intrapsychique. Souvent les affects sont évoqués, mais rapidement atténués en rapport avec des souvenirs ou des représentations auxquels ils sont liés. Chez Monja, nous repérons la plus grande intensité de cet aménagement défensif. Toute réflexion et toute évocation d'affects sont rapidement inhibées et aboutissent à quelques banalisations et généralisations.

Concernant l'idéalisation et la désidéalisation des bénéficiaires et des membres de l'équipe, nous faisons l'hypothèse d'un mécanisme de clivage de l'objet chez cinq assistants sociaux. Les qualités de « bon » ou de « mauvais » leur sont attribués en fonction de leur caractère gratifiant ou frustrant. Nous repérons une alternance entre des mouvements d'idéalisation, façonnant le chemin à une passion, voir une amour pour l'objet et des mouvements de désidéalisation où l'objet subit une stigmatisation notable, comme c'était le cas chez Pierre. L'ambivalence ne paraît pas jouer son rôle de tempérance des émotions. Daniel est le seul participant à présenter une ambivalence concernant ses représentations de la patientèle. Nous étalons l'hypothèse que ce mécanisme pourrait constituer une réaction aux comportements instables des patients. Les intervenants se verraient confronter à l'attribution d'une place d'un objet partiel venant des patients et nous pensons donc que ce mécanisme constituerait plutôt une réponse ayant pour but de supporter ces projections massives de la part des patients. Ce mécanisme pourrait également constituer un facteur se trouvant à l'origine de l'alternance émotionnelle observée chez certains de nos participants.

Le mécanisme de clivage est en lien avec celle de la projection, car les sujets projettent sur eux les pulsions destructives et libidinales. Il nous semble qu'une identification projective est particulièrement observée chez trois assistants sociaux. L'utilisation fréquente des mécanismes du clivage et de l'identification projective renverraient à la prise d'une position schizo-paranoïde introduite par M. Klein. Cette prise de position aurait comme but de défendre l'intégralité psychique des assistants sociaux des affects dépressifs.

D'autres réflexions auraient probablement pu être abordées au sein de notre discussion, cependant, nous avons choisi, dans un souci de synthèse, de traiter ces thématiques que nous estimons particulièrement significatifs en regard des questions de recherches et la littérature proposée.

6. Critique sur la démarche et le travail

Nous avons conscience que cet écrit se focalise sur un groupe de travailleurs sociaux particuliers ce qui nous empêche d'établir des certitudes et des liens de cause à effet. Etant donné que nous n'avons effectué que sept entretiens individuels et que notre choix n'est donc pas forcément un échantillon représentatif du public, nous sommes dans l'incapacité de généraliser les résultats sur toute une population d'assistants sociaux. Les résultats doivent être comprises comme des hypothèses menant à des réflexions et questionnements intéressants autour de cette thématique.

Nous avons pu remarquer durant la réalisation de cette recherche que notre thématique paraissait fortement ciblée et que cela complexifiait notre démarche. Vu qu'il s'agit d'un travail de fin d'étude universitaire, nous déplorons le fait que la multiplicité des thèmes a restreint l'élaboration détaillée de chaque sujet au sein de la partie théorique. Une autre complication dû à cette spécificité de la thématique était qu'une confusion entre la pathologie état-limite et la toxicomanie se présentait quelquefois dans les représentations des assistants sociaux.

Il nous semble également important de mettre en évidence le fait que nous appréhendons le ressenti et la vie fantasmatique de l'assistant social exclusivement au sein d'un contexte particulier à savoir au sein de la structure professionnelle et à travers leur pratique auprès de cette population spécifique.

Des éléments rendant notre échantillon plus hétérogène sont la diversité des structures de travail incluant des fonctionnements internes changeant ainsi que le niveau distinct d'ancienneté des intervenants sociaux. Ces paramètres non négligeables nous semblaient influencer tout autant l'état psychique de nos participants.

Une cinquième limite serait due à notre préférence pour un outil de traitement psychodynamique, à savoir l'entretien semi-structuré. Cet outil nous semble susceptible de renforcer l'aspect subjectif de notre interprétation. De plus, notre position novice dans le domaine de la psychologie clinique et particulièrement dans la psychanalyse empêche un bagage plus étendu qui nous aurait permis d'établir davantage de liens ainsi que d'aller encore plus en profondeur dans l'analyse du contenu.

7. Conclusion

La réalité psychique des assistants sociaux se construit par le contact avec les personnes dépendantes états-limites et nous avons eu l'occasion d'en avoir un aperçu lors de nos analyses.

Nous avons observé plusieurs modes de fonctionnements différents chez nos participants. Malgré leur subjectivité, des similitudes liées à leur pratique nous sont apparues.

Comme résultat à notre première question de recherche, à savoir « Comment le choix professionnel de l'assistant social s'inscrit dans son histoire personnelle ? », nous avons décelés plusieurs motivations, conscients ainsi qu'inconscients, à l'orientation professionnelle. Ces différents motifs nous ont semblés animés par trois désirs psychologiques fondamentaux, à savoir le désir de sécurité psychologique, le désir d'affection, de valorisation et d'acceptation ainsi que le désir de réparation d'anciennes blessures narcissiques.

Notre deuxième question de recherche concerne l'influence de cet accompagnement psycho-social sur le vécu des assistants sociaux. Par l'étude des représentations, nous avons constaté la prévalence des représentations des sujets manipulateurs, menteurs et agressifs. Cette perception nous semblerait avoir pour but de se différencier de la patientèle. La présence de pulsions agressives, liée à un sentiment d'insécurité et à une conflictualité relationnelle, animerait un vécu de colère, d'irritation ou d'agacement souvent refoulé. Les intervenants mettent également en lumière des représentations de la patientèle valorisantes, liés à un plaisir éprouvé dans le contact avec celle-ci. Cette interprétation favoriserait à son tour, une atténuation des pulsions agressives, des affects dépressifs ainsi que de certaines angoisses surgissant chez l'assistant social. Les représentations des sujets victimes auraient un but similaire. A cette occasion, nous constatons un déni général de la souffrance psychique des patients, ainsi qu'une difficulté à éprouver un sentiment de tristesse. Plusieurs de leurs représentations se basent uniquement sur le propre ressenti des assistants sociaux. Ces représentations nous donnent accès à des émotions d'une extrême intensité alternant entre le spectre affectif d'« amour » et de « haine ». En général, nous repérons une difficulté constante des assistants sociaux d'assurer une distance fiable à cette population perçue comme sollicitante. Les intervenants nous donnent l'impression d'être constamment dans une quête de la bonne distance relationnelle.

Comme types de soutien externes, nous repérons majoritairement l'importance de l'étayage par l'équipe professionnelle, le cadre institutionnel, le savoir théorique à travers l'expérience ainsi que la supervision à l'extérieure. La nécessité d'un étayage extérieur est observée chez tous les participants.

L'analyse de l'aménagement défensif met en évidence l'usage fréquent des mécanismes de refoulement, de la rationalisation, de la minimisation, de la banalisation, de l'annulation, du clivage de l'objet et de l'identification projective.

Il nous semble que ces analyses montrent les tendances principales décelées tout au long de la réalisation de cet écrit, cependant, nous n'avons pas la prétention d'affirmer que nous avons pris en compte tous les facteurs influençant le ressenti des assistants sociaux. Tout compte fait, nous pensons que nos résultats présentent un certain intérêt pour appréhender le vécu et les représentations des assistants sociaux, à condition de les nuancer par plusieurs éléments. Tout d'abord, notre méthode de recherche particulière qui consiste en l'analyse d'un entretien unique, malgré notre impression d'avoir récolter des récits riches en éléments de recherche. Nous devons donc rester prudent quant à la généralisation de nos hypothèses. Par après, il convient d'être conscient de la complexité de notre thématique, à savoir des multiples facteurs qui sont susceptible d'influencer le vécu de nos participants.

Des perspectives complémentaires concernant cette recherche pourraient être une prolongation de ce travail en se référant à d'autres groupes de professionnels afin de, par la suite, pouvoir donner accès à un apport plus enrichissant par un comparatif des résultats obtenus. Nous pourrions aussi compléter ce travail par une analyse se focalisant sur d'autres facteurs, comme par exemple des répercussions de situations marquantes survenues au sein du milieu privé de l'assistant social sur la qualité relationnelle de l'accompagnement.

Nous restons dans l'espérance que la lecture de ce travail à titre subsidiaire, permettant de consolider les vécus des assistants sociaux en interaction avec cette patientèle spécifique, aura su répondre à vos attentes. Tout au long de cet écrit, nous avons tenté de garder un esprit critique animé par plusieurs apports théoriques.

Nous vous remercions du temps et de l'énergie que vous avez consacrés à la lecture de ce mémoire.

8. Bibliographie

- Aisenstein, M. (2010). Les exigences de la représentation, Summary, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen. *Revue française de psychanalyse*, 74(5), 1367-1392. <https://doi.org/10.3917/rfp.745.1367>
- André, J. (2011). *Les 100 mots de la psychanalyse : « Que sais-je ? » n° 3854*. Presses Universitaires de France.
- Baijot, P. (2008). Etude du vécu de la maternité adoptante. Analyse du processus psychodynamique de prise de décision. Mémoire de master en psychologie non publié, Université de Liège, Liège, Belgique.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T. & Lancu, L. (2015). The attitudes of psychiatric staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMCPsychiatry*, 15, 1-12. doi: 10.1186/s12888-014-0380-y
- Bouquet, B., & Garcette, C. (1999). *Assistante sociale aujourd'hui*. Paris: Maloine.
- Brelet-Foulard, F., Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Cailhol, L. & Ragonnet, C. (2012). Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. *Annales Médico-Psychologiques*, 171, 100-103. doi: 10.1016/j.amp.2012.06.025
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, (82), 31-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>
- Chopart, J. N. (Éd.). (2000). *Les mutations du travail social: dynamiques d'un champ professionnel*. Paris: Dunod.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques, Summary. *Cahiers de psychologie clinique*, (17), 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Collette, A. (1990). *Introduction à la psychologie dynamique. : 9ème édition (9e tirage)*. Bruxelles: Université de Bruxelles.

- Delhaye, M., & Lotstra, F. (2007). Soignants... soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant, Summary. *Cahiers de psychologie clinique*, no 28(1), 49-59. <https://doi.org/10.3917/cpc.028.0049>
- Dervaux, A. & Laqueille, X. (2016). Troubles de personnalité borderline et addictions. *L'information psychiatrique*, 92, (1), 38-44. doi:10.1684/ipe.2015.1432
- Dunne, E. & Rogers, B. (2012). "It's us that have to deal with it seven days a week" : carers and borderline personality disorder. *Community Ment Health*, 49, 643-648. doi : 10.1007/s10597-012-9556-4
- Duperré, M. (2004). L'organisation communautaire : la mobilisation des acteurs collectifs. Presses Université Laval.
- Estellon, V. (2012). Figures et formes des états limites. *Le Carnet PSY*, (160), 26-30. <https://doi.org/10.3917/lcp.160.0026>
- Gagnon, R. (1992). Quelle serait la spécificité du travail social, en contexte de justice pénale, dans l'intervention de réadaptations du comportement d'assuétude?. Retrieved from http://centre-laboussole.ca/travail_social_et_toxicomanie_et_contexte_justice_penale.pdf
- Hesse, M. (2005). Social workers' ratings of comorbid personality disorders in substance abusers. *Addictive Behaviors*, 30, 1241-1246. doi :10.1016/j.addbeh.2004.12.002
- Kernberg, O. (2016). Les troubles limite de la personnalité. (D. Marcelli, Trad.) Paris : Dunod. (Œuvre originale publiée en 1979).
- Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsberg, H., Carr, A. & Appelbaum, A. (1995). La thérapie psychodynamique des personnalités limites. (C. Thompson & R. Jouvent, Trad.) Paris : Presses Universitaires de France. (Œuvre originale publiée en 1989).
- Kosten, T. A., Kosten, T. R., & Rounsaville, B. J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(3), 163-168. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(89\)90003-2](https://doi.org/10.1016/0740-5472(89)90003-2)
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967). Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : Presses Universitaires de France
- Larousse, É. (s. d.). Définitions : ethnocentrisme - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 25 mai 2018, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ethnocentrisme/31406>
- Lateltin, S. (2011). Travailler auprès d'une population toxicomane : Le vécu psychoaffectif des éducateurs travaillant en centre d'accueil et de prévention et en centre d'hébergement avec

- sevrage. Mémoire de master en psychologie non publié, Université de Liège, Liège, Belgique.
- Lauret, M. (2010). Intérêts de la prise en charge psychanalytique dans le trouble de la personnalité borderline. *Psychologie Clinique*, 29,(1), 74-89. <http://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-2010-1-page-74.htm>.
- Lecourt, E. (2006). *Découvrir la psychanalyse*. Paris: Eyrolles.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595-612. <https://doi.org/10.1080/09638230310001627955>
- Miel, C. (2002). La toxicomanie ou la quête impossible de l'objet, Abstract. *Psychotropes*, 8(1), 7-21. <https://doi.org/10.3917/psyt.081.0007>
- Nadeau, L. (1985). Quand la communauté thérapeutique pour toxicomanes devient-elle maltraitante? *Santé mentale au Québec*, 10(1), 65. <https://doi.org/10.7202/030269ar>
- Naziri, D. (2017). PSYC1009-1 :Introduction à la Psychologie Dynamique. Université de Liège, Belgique.
- Rizzuto, A.-M. (2002). La psychanalyse : une transformation du sujet par la parole. *Topique*, no 78(1), 65-86. <https://doi.org/10.3917/top.078.0065>
- Roudinesco, E., & Plon, M. (2000). *Dictionnaire de la psychanalyse* (Nouv. éd. augm). Paris: Fayard.
- Roux, A. (2011). Se défaire de l'identification narcissique, Overcoming the narcissistic identification. *Revue française de psychanalyse*, 75(2), 419-431. <https://doi.org/10.3917/rfp.752.0419>
- Thomasius, R. (2004). Zum Umgang mit Substanzmissbrauch in der Borderline-Therapie. *Persönlichkeitsstörungen : Theorie und Therapie*. 8, 31-36.
- Thorkildsen, K., Eriksson, K. & Rahlm, M-B. (2014). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 353-360. doi : 10.1111/scs.12171
- Wapp, M., Van de Glind, G., Van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Verspreet, S., Carpentier, P.J., ... Moggi, F. (2015). Risk factors of borderline personality disorder in treatment seeking patients with a substance use disorder: An international multicenter study. *Eur Addict Res*, 21, 188-194. doi : 10.1159/000371724

Résumé

Ce projet de recherche qualitative concernant le vécu des travailleurs sociaux en interaction avec les personnes toxicomanes diagnostiquées état-limite a été réalisé dans une approche psychodynamique. A travers plusieurs entretiens individuels semi-structurés, nous avons rencontrés sept assistants sociaux travaillant dans des structures d'aide accompagnantes de personnes toxicomanes. Afin d'aiguiller nos observations, nous nous sommes basés sur la méthodologie du 'récit de vie', à savoir une expression orale aperçue dans un rapport d'interlocution direct.

En première instance, nous avons choisi d'étudier l'origine du choix professionnel en lien avec l'histoire personnelle de l'intervenant. Par la suite, nous nous sommes intéressés à l'influence de cet accompagnement psychosocial sur le vécu des assistants sociaux à travers plusieurs représentations concernant cette population spécifique. Celles-ci ayant un impact direct sur leur monde affectif. En dernier recours, nous avons tenté de déceler les types de soutien recherché dans la réalité afin de pouvoir pratiquer auprès de ce public spécifique. L'aménagement défensif de nos participants était un élément supplémentaire ayant suscité notre intérêt de recherche.

Ces analyses ont abouti à plusieurs réflexions hypothétiques ainsi qu'à des questionnements autour de notre thématique. Nous avons choisi délibérément de ne pas afficher nos résultats de recherche au sein de ce résumé vu leur nature complexe et l'impossibilité de les retirer de leur contexte. Dans l'espérance que ce sommaire vous donne l'envie d'approfondir votre lecture.