

Groupe de conversation thérapeutique auprès des personnes itinérantes avec un problème de santé mentale

— Résumé —

Ce texte fait partie d'une banque de 50 récits de pratiques d'intervention en itinérance qui ont été réalisés avec quatre *Équipes Itinérance* du Québec (Hurtubise et Babin, 2010) et les trois équipes cliniques du projet *Chez soi* à Montréal (Hurtubise et Rose, 2013).

Ce récit décrit la mise en place d'une intervention de groupe s'adressant aux personnes itinérantes atteintes d'un trouble de santé mentale. Il nous est proposé par l'instigateur du projet qui est psychiatre au sein de l'Équipe. Nommé « groupe de conversation thérapeutique », ce projet se veut une façon différente de faire de la thérapie auprès d'une clientèle souvent réfractaire aux services usuels de psychiatrie.

« Graduellement, un collectif commence à se construire, permettant aux individus de sortir de leur solitude. Les participants constatent qu'ils ne sont pas les seuls à vivre certaines situations difficiles. »

Équipe itinérance
CSSS Jeanne-Mance

Une idée qui germe : le potentiel thérapeutique du groupe pour aider les personnes itinérantes

Selon le psychiatre de l'équipe, le vécu d'itinérance est en soi une culture particulière. Cette culture mérite d'être considérée et écoutée dans une perspective de co-construction du savoir et dans un rapport non hiérarchique. Le groupe de conversation thérapeutique apparaît ainsi tout désigné pour atteindre ces objectifs.



aprilbell, 2008. Certains droits réservés. CC

Quand j'ai commencé à intervenir auprès des personnes itinérantes, je me suis rendu compte qu'il y avait une grande majorité de migrants internes. Par migrants internes, j'entends des individus qui sont nés dans une ville au Québec, mais qui se retrouvent dans une autre ville. Comme les migrants externes (ceux qui viennent d'un autre pays), ils ont tout de même un vécu de migration.

Ce vécu est fait de solitude et d'isolement. Ces personnes perdent leurs repères, et elles se retrouvent souvent seules ou dans des réseaux inadéquats. **L'idée consiste à tenir compte de leurs référents culturels et sociaux pour co-construire l'intervention.** Je préfère, à ce titre, utiliser le terme conversation thérapeutique plutôt que celui de thérapie. Dans une thérapie, il y a un thérapeute et donc une hiérarchie de savoir : le thérapeute détient le savoir et le patient doit apprendre. **Dans une conversation thérapeutique, il y a un échange de savoir, une réciprocité.**

Présentation du projet de conversation thérapeutique à l'équipe

Après avoir réfléchi à la pertinence de mettre en place un groupe pour personnes itinérantes, le psychiatre demandera l'aval de ses collègues de l'équipe, afin que le projet se concrétise. Le psychiatre devra expliquer la pertinence de son approche et présenter les objectifs poursuivis.

J'ai décidé de proposer à l'Équipe un projet de groupe de conversation thérapeutique pour personnes itinérantes. **Puisque l'approche ethnopsychiatrique était méconnue des intervenants de l'Équipe, j'ai rédigé un document présentant l'approche et les objectifs poursuivis.** J'ai ensuite rencontré quelques collègues de l'Équipe pour leur expliquer pourquoi je considérais que l'approche pouvait être pertinente auprès des personnes itinérantes. Le projet implique une participation active au

groupe de conversation thérapeutique de la part de certains intervenants de l'Équipe. Je crois que c'est surtout cela qui suscitait certaines réticences parmi les membres de l'Équipe. Finalement, celle-ci a décidé de tenter l'expérience.

Par la suite, nous avons réfléchi aux modalités de participation des intervenants de l'Équipe. Dans un premier temps, il devait y avoir un représentant de chaque discipline, soit un travailleur social et une infirmière. Afin de ne pas augmenter à outrance la charge de travail des intervenants et de donner l'opportunité à tous d'expérimenter la technique d'intervention, nous avons établi qu'il y aurait une rotation d'intervenants aux deux séances. Cependant, afin de préserver une certaine continuité pour les participants au groupe, un seul intervenant serait remplacé à la fois lors de la deuxième séance. La présence de deux nouveaux intervenants à chaque séance aurait pu compromettre la dynamique du groupe. Notons, de plus, que nous avons prévu d'inclure les stagiaires en médecine, en nursing, en psychoéducation et en service social.



timobalc, 2010. Certains droits réservés. CC

Cerner la clientèle cible pour optimiser le fonctionnement du groupe

Afin d'assurer un fonctionnement optimal du groupe, le psychiatre identifie le type de trouble psychiatrique ou de personnalité qui, de par sa nature psychopathologique, risquerait de contribuer à l'échec du processus thérapeutique.

Le groupe de conversation thérapeutique s'adresse aux personnes itinérantes aux prises avec un problème de santé mentale au sens large. Cependant, nous allons exclure les personnes itinérantes ayant un diagnostic sévère sur plan de la santé mentale. Par exemple, il est contre-indiqué d'inclure des individus qui ont un syndrome paranoïde. **Il faut savoir juger de la sévérité de la pathologie et du niveau de confiance du participant envers autrui.** Il est contre-indiqué d'inclure des individus avec un trouble de la personnalité antisociale ou sévèrement narcissique, puisqu'ils vont accaparer toute l'attention dans un groupe. Ils risquent de susciter beaucoup de sentiments négatifs au

sein du groupe, ce qui va nuire à l'obtention des effets recherchés.

Présentement, il y a neuf personnes inscrites au groupe. Ces participants ne sont pas tous présents à chaque séance. Nous avons déjà réalisé une séance avec seulement deux participants. Puisque les intervenants et les stagiaires participent aux séances, il est possible de les tenir avec un nombre restreint de personnes itinérantes. La participation est volontaire, mais nous insistons parfois auprès de ceux qui ne sont pas venus depuis plusieurs séances. Il est souhaitable d'avoir un certain degré d'implication de leur part.

La formation dans l'action des intervenants de l'équipe : une implication active

Le bon fonctionnement du groupe nécessite une participation active des intervenants de l'équipe. Le psychiatre agit à titre de formateur pour les intervenants qui, après avoir appris par observation (« modeling ») et effectué des lectures dirigées sur le sujet, vont graduellement participer à l'animation d'autres groupes de conversation thérapeutique.

Lors des premières séances de groupe, cela a été plus exigeant pour mes collègues intervenants puisque c'était de l'inconnu. Ça impliquait pour eux de réfléchir à ce qu'il fallait dire et à la manière de se comporter dans le groupe. J'encourage les intervenants à s'engager dans les conversations et à susciter des réactions chez les participants. Susciter des points de vue divergents est souhaitable puisque cela amène les participants à dialoguer de façon ferme et à argumenter.

Après chaque séance, nous prévoyons une demi-heure de retour entre intervenants et stagiaires. Ensemble, nous l'analysons en faisant un tour de parole. L'objectif consiste à porter un regard sur la dimension contre-transférentielle ou, en d'autres mots, sur ce que nous font vivre les participants. Cela s'avère profitable pour les intervenants, les outillant pour voir différemment les participants qu'ils rencontrent individuellement dans leur bureau. C'est pour eux un outil de travail exceptionnel, leur permettant d'avoir un portrait plus complet de leurs clients.

Petit à petit, les intervenants prennent de l'expérience dans ce type de séance de groupe. Nous sommes en période de rodage. Éventuellement, nous prévoyons que certains intervenants formés animent un second groupe.

Processus, principes et contenus reliés au groupe de conversation thérapeutique

Le psychiatre expose certains processus et principes inspirés de son expérience d'intervention et de son adhésion à l'ethnopsychiatre. La circulation de la parole, le langage indirect, les associations libres, la catharsis, la référence au sacré, la résilience sont ainsi évoqués.

Le principe central repose sur la circulation de la parole. Nous devons cependant utiliser un langage indirect. Nous n'allons pas exposer directement au groupe notre vécu personnel. Les participants n'ont pas besoin de connaître ma vie, de savoir, par exemple, que j'ai vécu telle difficulté avec mon père. Dans son fantasme, le participant a besoin d'être écouté et de faire sienne l'histoire qui est exposée. Pour cela, si j'ai à apporter au

groupe une expérience personnelle, je dois la formuler sous une forme indirecte. Par exemple, « j'ai connu quelqu'un qui vivait telle situation ». Donc, cela pourra stimuler le vécu d'un participant qui va parler de son expérience à lui. Graduellement, un collectif commence à se construire, permettant aux individus de sortir de leur solitude. Les participants constatent qu'ils ne sont pas les seuls à vivre certaines situations difficiles. Le groupe peut aussi inspirer des solutions face aux problèmes vécus.

Dans le cadre de ces séances, il y a un conducteur, moi-même en l'occurrence, qui est le porte-parole du groupe et qui canalise les questionnements des participants. Les thèmes de conversation sont libres, et cela, dans la perspective de susciter des associations libres. Il faut se rappeler que l'ethnopsychiatrie puise ses origines dans la psychanalyse. Nous n'utilisons pas le divan, mais ça demeure de la pensée analytique avec de la libre association. Ainsi, va commencer à émerger un thème de groupe.

Même si les contenus sont libres, je dois m'assurer, sur le plan de la forme, que certaines limites soient respectées. Par exemple, je ne dois pas tolérer qu'un participant insiste pour qu'un

autre réponde à sa question, alors que ce dernier ne le veut pas. De plus, il y a un cadre temporel : les séances sont d'une durée d'une heure.

Il y a des thèmes très profonds qui ont émergé à quelques reprises, tels que « pourquoi je suis dans la rue? » et « vivre au quotidien dans la rue ». Nous avons même vécu une séance collective de catharsis contre le système social. Le groupe doit permettre cette forme de libération du refoulé, car c'est ce qui conduit à la guérison.

Bien que ce ne soit pas nécessairement le cas de tous les ethnopsychiatres, je travaille beaucoup avec la dimension du sacré. J'essaie d'aller chercher cette dimension dans chaque participant. Certains lisent la Bible alors que d'autres ne veulent pas entendre parler de l'Église. Je les amène à prendre conscience que le sacré n'est pas synonyme de religion ou d'institution religieuse. Le sacré est davantage une notion de spiritualité, c'est-à-dire ce qui rend l'être humain... humain. Selon moi, toute personne a accès à un lieu ou à un objet où le sacré peut se manifester. Le sacré et la spiritualité influencent aussi le regard que je porte sur les problèmes vécus par certains participants au groupe. Par exemple, nous devons

composer avec des participants qui ont une dépendance à l'alcool ou à la drogue. Il est parfois difficile de constater que certains fassent une rechute après avoir passé plusieurs mois sans se prostituer ou consommer. Il faut porter un regard de compassion sur ces personnes. Il s'agit d'un sentiment où l'autre est vu comme faisant partie du même univers.



krappweis, 2012. Certains droits réservés. CC

Accompagner la personne dans sa quête du sacré permet aux participants de tracer leur propre chemin.

De plus, je m'inspire fréquemment de mes lectures de Boris Cyrulnik et de son concept de résilience. Il faut aller chercher cette résilience et le groupe permet cela. Le groupe vient se substituer à la famille que les participants ont perdue. Ceux-ci vont alors créer des liens qui, parfois, vont se maintenir à l'extérieur du groupe.

L'apport de l'ancrage théorique pour le développement d'une pratique

Sur le plan théorique, l'ethnopsychiatrie désire arrimer les dimensions culturelles et intrapsychiques de l'individu. Sur le plan pratique, un seul thérapeute ne peut analyser à la fois le psychisme et la culture d'un individu. L'approche de groupe, à travers le principe de la réciprocité circulaire, permet de développer une pratique en cohérence avec les fondements de l'ethnopsychiatrie

L'ethnopsychiatrie, signifie « soigner l'âme » de «l'être culturel». Le concept d'ethnopsychiatrie a été développé par le psychanalyste et anthropologue, Georges Devereux à la suite de ses recherches sur les tribus Mohaves aux États-Unis. Devereux voulait appliquer l'approche psychanalytique à l'étude de ces tribus. Lorsqu'il voulait analyser l'intrapsychique des Mohaves, il se rendait compte qu'il perdait de vue toute la dimension culturelle de ces individus. À l'inverse, lorsqu'il prenait une posture d'anthropologue, il n'était pas en mesure de porter un regard sur l'intrapsychique.

Empruntant le principe d'incertitude en physique quantique, Devereux constate qu'il est impossible d'observer deux phénomènes à la fois. Ses travaux ont donc consisté à développer une théorie qui tienne compte de façon complémentaire de la culture et de l'intrapsychique. C'est ce qui a donné naissance au concept d'ethnopsychiatrie.

Tobie Nathan s'est inspiré de la théorie de Devereux pour développer l'ethnopsychiatrie clinique. Nathan considérait qu'il était impossible d'analyser le psychisme d'un individu alors qu'il ne comprenait pas sa culture. Il considérait donc qu'il fallait changer la traditionnelle psychanalyse basée sur une relation entre un expert et un patient allongé sur un divan pour se tourner vers une approche de groupe. Par l'entremise d'une approche de groupe et du principe de la réciprocité circulaire, on pouvait ainsi résoudre le problème de l'observateur expert unique qui intervient en fonction de son registre culturel. Dans ce type de groupes, les individus avec leurs cultures différentes, sont égaux; il n'y a pas de hiérarchie de savoir provenant d'une culture considérée supérieure à une autre.

En conclusion : le groupe redonne aux participants le sentiment d'exister

Le groupe est, selon moi, un dispositif qui permet de canaliser l'angoisse et la révolte. Mais surtout, **c'est un dispositif qui permet de trouver l'humain dans chaque personne, cet humain qui est à l'écart de la société et qui en vient à penser qu'il n'est plus humain.** Un commentaire évocateur à ce sujet a été livré par un participant au groupe. Il a dit : « Dans la société, il y a le riche, la classe moyenne, le pauvre puis l'itinérant... mais nous... nous n'existons pas! ». Or, grâce au groupe, la personne itinérante se permet d'exister face aux autres. En citant Winnicott je dirais en traduisant librement : « Le bébé n'existe pas sans sa mère et la mère n'existe pas sans son bébé ». Les deux existent parce qu'il y a dans le regard de l'un le regard de l'autre.

Équipe itinérance CSSS Jeanne-Mance

Mots clefs : Isolement, réseau social/proches, psychiatrie, outil d'intervention.