

Complexités d'approches éducatives envers des personnes atteintes de maladies et troubles psychiques ou avec un double diagnostic.

Entre la fermeté structurante et la flexibilité empathique.

I. Introduction

Le travail éducatif que j'effectue depuis plusieurs années dans une institution visant l'intégration sociale des personnes en situation de handicap suscite chez moi toujours autant d'enthousiasme et de passion que de questionnements. Et heureux sont ceux qui continuent de se les poser car à mon avis, du moment que nous agissons de manière routinière, et avec l'entière conviction de ne pas se tromper c'est là où l'ignorance, l'autoritarisme et l'abus pointent le bout de leurs nez. Nous disposons à l'heure actuelle de beaucoup de connaissances théoriques et de méthodes pratiques qui sont censées nous aider dans notre travail éducatif: dans le domaine des sciences sociales, de l'éducation et de la psychologie ainsi que de la médecine. Rien n'est néanmoins applicable tout simplement et demande une évaluation réfléchie, adaptée à une personne ou une situation particulière qui arrive souvent, de manière fortuite. Nous avons droit de nous tromper, et de toute façon ceci est inévitable. Nous nous trompons chaque jour et dans chaque métier. Néanmoins, dans ma vision d'exercer le mien, il me semble nécessaire de revenir sur l'erreur avec une analyse intérieure personnelle, en équipe et/ou en supervision. Sans retour, sans réflexion et questionnement sur notre pratique, rien ne peut évoluer favorablement. Cela concerne toute action programmée ou fixée sur l'objectif. Comme un bateau qui part pour une destination mais dont la navigation n'est pas surveillée ou n'est pas ajustée au fur et à mesure: il pourrait se briser contre un rocher et naufrager, ou dans le meilleurs des cas atteindre un port mais pas celui de la destination souhaitée. Selon moi, le retour sur la pratique permet de mener une meilleure orientation du projet qui est confié à moi et mes collègues éducateurs - l'éducation et accompagnement des adultes en difficulté d'intégration.

Lorsque je dispensais mes cours en tant que formatrice pour les assistants socio-éducatifs, je trouvais toujours nécessaire d'évoquer le destin des personnes atteintes des troubles psychiques dans le passé. Ce qui semble actuellement possible ne fût envisageable qu'à partir des années 50. Les malades devaient être souvent isolés dans les asiles psychiatriques et subissaient des pratiques jugées aujourd'hui comme inhumaines. Malheureusement, la contention était souvent la seule possibilité de retenir une personne malade de se faire du mal ou de nuire à autrui. Avec le progrès de la médecine et l'introduction des médicaments psychotropes, surtout au début de la deuxième moitié du XX siècle les malades pouvaient commencer à sortir des hôpitaux et essayer de vivre d'une manière plus ou moins satisfaisante. Ceci représente un parcours du combattant: une personne

atteinte d'une maladie psychique grave comme la schizophrénie rencontre dans sa vie plein de grandes difficultés. Si ce ne sont pas des difficultés sociales, économiques, interpersonnelles, affectives ou sexuelles, ce sont des questionnements identitaires qui les mettent en difficulté. Il arrive qu'un malade ne puisse ni se fier à ses propres sens, ni avoir confiance en lui-même en étant victime d'hallucinations en tout genre. Parfois il ne peut non plus se détendre en étant pourchassé par ses angoisses, ni même rassembler des parties dissociées de sa propre personnalité. Tout cela avec comme effets: les troubles du sommeil (induisant un rythme de vie inversé - actif la nuit, passif la journée), la négligence de l'hygiène corporelle, la malnutrition, la non ou la mauvaise gestion de l'argent, l'inactivité physique ou encore l'aliénation sociale.

Même si la maladie psychiatrique reste un fardeau dont on ne peut pas se débarrasser complètement, il est actuellement possible de vivre d'une manière digne et de bénéficier d'aide et d'accompagnement. Je parle ici de l'opportunité qu'offre notre société qui est une société occidentale, européenne, suisse en l'occurrence d'où vient ce partage de mon expérience. Ceci est le cas de la résidence pour personnes en situation de handicap psychique atteintes de maladies et de troubles psychiques. Il arrive que ces personnes soient aussi touchées par la déficience cognitive. Cette population est concernée par le double diagnostic - la maladie psychique et le handicap mental léger. Selon le CAMH dont la définition me paraît le plus pertinente ici « Un double diagnostic est posé lorsqu'une personne a simultanément une déficience intellectuelle (limitations importantes du fonctionnement cognitif) et un problème de santé mentale. »¹

Il faudrait situer l'endroit au centre d'une ville cosmopolite d'environ cinq cent mille habitants, dans un quartier extrêmement bruyant, exposé à la vente des substances illicites et du commerce sexuel. Paradoxalement, certains aspects de cette ambiance « libertine » sont favorables à nos résidents et leur permettent de ne pas se distinguer du tableau avec l'apparence ou des comportements excentriques voire « bizarres ». Fondre dans ce décor au quotidien aide étonnement dans le processus d'intégration. Le côté moins avantageux de cet emplacement se présente lorsqu'on accueille une personne avec des addictions (drogue, alcool), ou celle qui présente une grande vulnérabilité aux influences (des personnes malveillantes) ou à l'hyper-stimulation citadine.

II. Le cadre et le rôle de la fermeté structurante.

¹ The Center for Addiction and Mental Health, <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/double-diagnostic#:~:text=L'expression double diagnostic désigne,un problème de santé mentale.>

La vie sociale consiste à jouer des rôles en incarnant différents personnages tout comme dans un théâtre. Parfois, elle incite voire même oblige, à porter des masques. Il n'est pas étonnant qu'Augusto Boal², inspiré par l'éducation de Paulo Freire, a utilisé l'activité théâtrale comme outil pédagogique de transformation sociale, avec l'effet thérapeutique, pour rendre le participant plus conscient et l'inciter à chercher des solutions aux problèmes personnels et sociaux.

Il me semble donc adéquat de proposer une comparaison du cadre éducatif à une scène de théâtre: la scène ce sont les locaux prédestinés et aménagés en fonction; les artistes ce sont les résidents et les membres de l'équipe éducative; la pièce à jouer est inscrite dans un script comme le règlement institutionnel prédéfini les règles du « jeux » à la résidence. Comme dans un théâtre il y a un public: celui de la résidence est constitué des représentants légaux et de la famille, ainsi que des autres intervenants, qui ne participent pas la plupart de temps aux « répétitions » mais se réunissent pour le « spectacle final » qui est organisé périodiquement en tant que réunion de réseau. Dans le théâtre d'Augusto Boal le public joue un rôle actif tout comme les participants du réseau éducatif - comme dans un spectacle interactif où le public intervient quand le moment lui semble indispensable et la situation nécessite le changement. Et comme dans le théâtre - lors des « répétitions » à la résidence les improvisations se présentent aussi et il faut jouer en fonction de leurs apparitions.

Le cadre éducatif qui délimite le champ de manœuvre d'une résidence est un espace spacio-temporel vital et créatif, celui qui vise à rendre la vie de ses pensionnaires agréable et épanouissante, tout en les dirigeant vers une évolution. C'est un cadre avec des participants - d'un côté des résidents qui sont des personnes avec des diagnostics de troubles et de maladies psychiques et certains avec un double diagnostic. De l'autre côté, ce sont des éducateurs et des assistants socio-éducatifs.

Le succès d'un spectacle théâtral repose en très grande partie sur le travail de toutes les personnes plus ou moins invisibles - des régisseurs, des gestionnaires, des maquilleuses (eurs) ou costumières (ers). Il en est de même dans les coulisses d'une résidence éducative où se trouvent des participants qui ne sont pas toujours perceptibles sur le terrain mais qui sont tout aussi importants surtout dans les moments clés ou les moments d'urgence. Il s'agit de la hiérarchie institutionnelle, du piquet pédagogique, du service technique ou encore d'autres services sans lesquels la résidence ne pourrait pas fonctionner correctement. Le cadre est donc constitué d'un espace où s'exerce un travail avec des personnes pour atteindre un objectif. Il n'y pas de travail éducatif sans but. Il est nécessaire pour donner du sens à l'effort à chacun des participants et pour mesurer le résultat au moment de l'évaluation. Dans le cas de l'éducation spécialisée ici décrite, l'objectif atteint ou en partie atteint, devrait être selon moi un moment de jubilation et de fierté du résident concerné. C'est un moment où il ne faut pas hésiter à le féliciter. Ceci est aussi un moment de satisfaction pour l'éducateur même si la charge de travail

² Augusto Boal, Théâtre de l'opprimé, éditions « La découverte » 2007

reste souvent encore importante. On pourrait dire que cela paraît une évidence mais ce n'est pas toujours le cas. Il arrive que le travail non reconnu et non quittancé de cette manière fatigue non seulement le résident mais aussi l'éducateur. Au lieu de se sentir comme le Phénix qui renaît de ses cendres et de déployer une nouvelle énergie pour un nouvel objectif, les personnes impliquées peuvent se sentir comme Sisyphe essoufflé et épuisé, écrasé par la charge, par sa roche qui le repousse toujours en bas de la colline. La délicate responsabilité des félicitations de la tâche accomplie revient en plus grande partie à l'éducateur lui-même (ainsi qu'à l'équipe et au responsable hiérarchique). Il entraîne en effet tel un coach sportif une envie et une tonicité d'esprit de relever un autre défi. La positivité de l'éducateur et sa résistance au stress et à l'épuisement sont des éléments importants pour continuer dans le métier. On ne peut pas se passer de la discipline mentale dans la pratique du travail éducatif. Elle aide non seulement à garder le calme lors de l'arrivée des situations complexes et souvent engorgées d'une forte charge émotionnelle, mais elle est aussi indispensable dans le processus éducatif pour introduire la fermeté structurante.

Ma définition de la fermeté structurante est la suivante : c'est la posture éducative suffisamment ferme et affirmée pour proposer le cadre et promouvoir à son adhésion. Ceci aide à garantir ainsi le développement d'une nouvelle structure de vie ou l'essai de la reconstruction de la structure abandonnée. Je parle de l'essai car c'est souvent le souhait-rêve de la personne malade : revenir à la vie d'avant la maladie. Même si ce souhait reste illusoire car la vie continue et on ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve, l'envie du retour à la « normalité » apporte déjà en soi des bénéfices. Cette « normalité » symbolise une vision de vie ancrée dans la société valide et relativement autonome. La fermeté structurante a également comme objectif de sécuriser la personne dans des états d'éclatements psychotiques ou des comportements défis. La fermeté structurante se trouve au nord de la panoplie des postures éducatives qui passent par tout un spectre en rejoignant la chaleur du sud. La fermeté structurante peut paraître froide mais en réalité elle rafraîchit et raffermi les structures atteintes par la maladie. Elle est à l'opposition de la flexibilité emphatique qui se trouve au sud et dont le tableau va être décrit plus tard dans ce récit.

Au niveau institutionnel, le cadre est désigné par trois éléments principaux : le respect du règlement interne, le suivi psychiatrique régulier et la collaboration au sein du réseau social (curateurs, intervenants thérapeutiques, famille) et, si cela concerne la personne accueillie, aussi professionnel. Dans ce cadre est représentée la fermeté structurante dont les personnes atteintes de troubles et de maladies psychiques et du double diagnostic ont indubitablement besoin. Ceci pour vivre et évoluer ou pour gagner en autonomie. Le cadre avec la fermeté structurante est également indispensable pour que les éducateurs puissent effectuer leur travail.

Si je devais décrire la fermeté structurante éducative de cette résidence je dirais qu'elle est pratiquée dans un cadre aussi flexible que possible et aussi ferme que nécessaire. Il est adapté aux besoins de l'individu mais limité par les besoins des

autres membres de la co-location. Il donne un abri à chacun individuellement dans son espace personnel et l'occasion de pratiquer la co-location sécurisée et plutôt confortable. Je la considère comme confortable car régulée par la présence éducative qui veille à la résolution des conflits. Je dirais « plutôt » car les échanges interpersonnels ne sont pas toujours pacifiques et l'ambiance ne peut pas aspirer chaque jour au calme monastique. Cette fermeté dont on parle structure et limite les débordements des émotions négatives (frustration, colère et même rage) qui apparaissent en forme de comportements inadéquats ou débordants par des accès de violence.

Les vignettes, avec des noms d'emprunt, ont été anonymisées et approuvées par les personnes concernées.

Madame Thérèse est une jeune femme qui a déjà un riche parcours institutionnel. On lui a détecté le double diagnostique: un handicap mental léger et une schizophrénie. Elle entend des voix régulièrement et mène avec elles des dialogues à haute voix. Dans son avant dernier lieu de vie elle a demandé de pouvoir rejoindre un lieu où elle pourrait mener une vie plus autonome. Sa demande a été acceptée et elle s'est retrouvée dans une résidence avec un encadrement plutôt souple - une habitation avec l'accompagnement éducatif allégé. Au début Thérèse était heureuse mais avec le temps elle se sentait plutôt délaissée à elle-même. Son intégration au sein de ses colocataires n'était pas satisfaisante probablement à cause de son faible estime d'elle-même, de ses problèmes d'élocution et ses quêtes identitaires qui occupaient son esprit. Sa personnalité introvertie, cachottière, avec tendance aux fabulations ne facilitait pas son parcours. Finalement, après une importante prise de poids, elle a été orientée vers notre résidence et a décidé de l'intégrer. Après une année sa vie a changé de tournure : elle se sentait épanouie, plus heureuse car mieux encadrée. Elle a reconnu que les activités proposées c'était droit de ce qu'elle avait besoin et son hygiène et son alimentation étaient surveillées de plus près. Elle a réussi à perdre du poids. Ses qualités ont pu remonter à la surface grâce à l'attention adéquate qu'on lui accorde. C'est une personne qu'on peut admirer pour sa motivation et sa curiosité intellectuelle car ses connaissances de la culture générale peuvent être surprenantes.

Le suivi psychiatrique ambulatoire est indispensable et fait partie du cadre. Premièrement il aide à reconnaître et à traiter la maladie qui est très souvent refoulée et niée. Après une diminution des symptômes (ou disparition apparente) le patient peut se sentir euphorique et libéré en pensant qu'il n'a plus besoin de médication. Le résultat des comptes est, qu'après un arrêt de traitement les symptômes reviennent en force et cette situation va souvent nécessiter l'introduction d'une mesure d'obligation des soins. Deuxièmement, le suivi psychiatrique aide à poser les limites à la maladie. La personne vivant dans le foyer s'appelle « résident » et non pas « patient » ce qui aide à donner la place à la partie saine de son identité. Cette partie saine peut se développer et évoluer dans un encadrement adapté en résidence. De l'autre côté, la partie « malade » est

donc délimitée et confiée au centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie.

Madame Arianne ne se considère pas en tant que malade. Pourtant, elle souffre d'une schizophrénie et des troubles obsessionnels compulsifs. Elle a une aversion, voire une phobie des taches et des verres ébréchés. Dès qu'on lui pose un verre devant elle, elle vérifie s'il est impeccable. Si ce n'est pas le cas elle se lève et tâte tous les autres verres pour trouver un verre idéal à son goût. Pour la question d'hygiène et pour limiter son TOC de contrôle, l'équipe a décidé de lui acheter quelques beaux verres tentés en rose, différents des autres, destinés à sa propre utilisation. Arianne accepte la proposition et utilise au quotidien les nouveaux verres sans grimace.

Un jour, un des collègues éducateur est de retour de vacances. Il n'est pas au courant qu'Arianne a ses verres à elle, qui se distinguent des autres. En participant à préparer la table pour le repas il s'étonne en demandant pourquoi elle a un privilège d'avoir des verres « privés ». Je lui réponds que ce n'est pas un privilège mais l'adaptation à son handicap. Le collègue a tout de suite compris et a validé mais Arianne en entendant depuis sa chambre notre échange a exprimé son désaccord à haute voix: « Je ne suis pas handicapée. »

A une époque où l'écologie et l'envie du retour à la nature occupent une place importante dans le conscient et aussi dans l'inconscient collectif la médication psychotrope soulève beaucoup de voix critiques. Ceci parce qu'elle touche le fonctionnement du cerveau. Ainsi, les sens et la perception d'un être humain subissent les changements souhaités avec des effets secondaires qui sont parfois lourds à porter. C'est l'un des outils psychiatriques qui a pris la place principale dans la prise en charge des psychoses.

Durant ma pratique professionnelle j'ai eu l'occasion d'observer différents phénomènes. Ceci entre autres, qu'il n'est pas encore rare, que les parents ou les proches des personnes souffrant de graves maladies psychiques aient le fantasme de croire que le traitement à base de plantes ou de compléments alimentaires a le pouvoir de soigner ce type de pathologies. A l'opposé de cela il arrive que certains éducateurs, qui ne sont pourtant pas formés en pharmacologie, restent convaincus que seule l'augmentation d'un traitement neuroleptique peut diminuer ou arrêter la présence des symptômes. Il arrive aussi qu'un médecin en consultation ambulatoire peine à stabiliser son patient en changeant son traitement sans effet satisfaisant et se reposant seulement sur ce que le patient lui rapporte. Dans ce cas, consulter le lieu de vie (la résidence) aurait été plus avantageux pour ce médecin afin de mesurer l'impact thérapeutique réel de son ordre médical.

Les phénomènes décrits ci-dessus apparaissent d'une manière plutôt exceptionnelle et disparaissent la plupart du temps si la collaboration en réseau est efficace. En donnant place à la pratique régulière des réunions de réseau la communication apporte des bénéfices. Ce sont justement ces réunions qui

constituent l'élément pilier d'un programme éducatif - rassembler toutes les parties impliquées dans le processus pour désigner le cap et orienter vers des objectifs.

L''image du réseau d'un résident est propre à son image - plus la personne est désintégrée intérieurement plus son entourage est aussi éclaté. Autrement dit, ceci est en lien avec ses difficultés d'intégration tant extérieures qu'intérieures. Il est observable que le réseau d'une personne avec un ou plusieurs traits de personnalité troublée présente beaucoup d'obstacles en lien avec les éventuels clivages et par un phénomène, souvent observé, de triangulation. Ceci était le cas de Madame Danielle qui est arrivée avec son addiction à l'alcool, au cannabis, sa déficience intellectuelle légère, le TDAH et avec son statut de SDF mais qui selon sa mère et son curateur n'avait pas besoin du traitement... Après un parcours sinueux et marqué par des hauts et des bas Madame Danielle (et son réseau) a évolué jusqu'au retour à la sobriété, l'estime de soi et à l'intégration socio-professionnelle. L'équipe éducative a accompagné l'évolution progressive de Danielle qui se présentait comme si plusieurs couches de sa personnalité se révélaient et ses comportements auto et hétéro destructeurs devaient se libérer au fur et à mesure. Malheureusement la dernière couche, celle à la tendance sociopathique, est tombée d'une manière tempétueuse en imposant l'exclusion de Madame Danielle de la communauté. Elle couvrait vraisemblablement une problématique psychotique (hallucinations auditives observées à la résidence) qui n'était pas encore diagnostiquée et qui aurait dû être examinée dans un milieu hospitalier. Hélas, Madame Danielle n'a pas donné son accord à l'hospitalisation volontaire ordonnée par son médecin psychiatre et a dû être hospitalisée en PLFA (Privation de Liberté A'fin d'Assistance).

III. Difficultés des résidents.

Dans le cadre des règles de vie communautaire, chaque résident dispose de sa propre approche éducative personnalisée et son programme individualisé est fait « sur mesure ». Les informations recueillies du réseau, les observations de l'équipe éducative et les souhaits des résidents sont ainsi pris en compte pour les accompagner au mieux dans l'atteinte de leurs objectifs. Durant ce parcours de nombreuses difficultés font leur apparition et elles concernent, à différents niveaux et à différentes étapes, pratiquement toute la population accueillie. Si l'on parle des difficultés des résidents on peut s'imaginer que ce sont inévitablement les difficultés, aussi, des éducateurs.

Délires et fabulations. Que sont ces phénomènes psychiques et quelle posture adopter vis-à-vis de leur présence?

Je ne risque pas l'exagération en disant que la plupart des gens n'aiment pas se laisser mener en bateau par des supercheries, des ruses ou des fake news. Pour cela, il est nécessaire de se mettre en mode « vigilance » et « esprit critique ». Il faut monter la garde tant dans le monde réel que dans l'usage des médias. Dans leur travail les éducateurs doivent aussi faire face aux diverses informations. Elles sont fournies par les résidents et ne sont pas toujours vérifiables sur le moment. Ces informations, tôt ou tard, passent par le processus de vérification et d'analyse comme le corps humain qui passe par un scanner et le médecin radiologue analyse les données de cet examen. Progressivement, le récit se clarifie et on arrive à séparer ce qui est objectivement juste ou faux. Je précise que ce qui est juste ou faux pour une personne dont les sens et surtout le cerveau fonctionnent d'une manière plutôt³ fiable ne l'est pas pour une personne atteinte d'une maladie psychique. Cet aspect se manifeste sous forme de délire - d'un discours qui signifie selon Larousse une « perte du sens de la réalité se traduisant par un ensemble de convictions fausses, irrationnelles, auxquelles le sujet adhère de façon inébranlable »⁴. Dans le cadre d'une vie en résidence, le délire très actif et virulent est toujours signalé au personnel médical et peut, selon l'avis du médecin, être traité dans un milieu hospitalier. Le délire sous forme douce et « inoffensive » en l'occurrence fait partie de la vie quotidienne dans ce genre de lieu de vie et porte en soi son aspect poétique. Pour moi, il ne représente pas uniquement le produit d'un cerveau malade mais avant tout un fruit des recherches imaginaires d'une personne avec sa sensibilité et sa vision unique du monde. Pourrions-nous refuser la beauté à la poésie de Charles Baudelaire même si on sait qu'il a probablement souffert d'un trouble bipolaire et d'une dépendance à l'opium ?

Qu'en est-il des fabulations et quel est le lien avec les délires ? En l'occurrence, sur le plan de l'information, le résultat de l'un et de l'autre est identique car une fabulation selon Larousse est une « action de présenter comme réels des faits purement imaginaires, de donner une version romanesque des faits »⁵. Dans ma pratique, j'observe que le délire désigne plutôt le fonctionnement d'une personne psychotique donc atteinte de schizophrénie tandis que la fabulation apparaît plus fréquemment dans le fonctionnement d'une personne avec le double diagnostique. Il est évident que les fabulations peuvent passer inaperçu dans le cadre thérapeutique où le patient peut raconter des sornettes à son psychiatre qui n'a ni le temps ni la possibilité de procéder à une vérification. Il n'en est pas de même dans le cas d'une résidence où la fiabilité de l'information doit être établie pour le bien et la sécurité du résident et de la communauté entière. Cette sécurité peut d'autant plus être mise à mal que les personnes confiées à l'institution

⁴ Je relativise le mot « plutôt » car l'être humain a à priori tendance à interpréter la réalité au profit de sa propre construction psychique et avec ses mécanismes psychologiques de défense. Ainsi nous disposons tous d'une fiabilité cérébrale plus ou moins défailante.

⁵ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/delire>

⁶ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fabulation/32554>

peuvent arriver avec un article du code pénal ou du PLAF⁶ et la responsabilité repose sur l'équipe éducative.

Comme les délires, les fabulations peuvent prendre une forme relativement anodine bien que toujours témoignant d'un dysfonctionnement psychique. Dans ce cas, le compromis s'impose. Même si les fabulations sont fréquentes, l'éducateur ferait mieux de relativiser et de savoir lire entre les lignes tout en laissant la place au bénéfice du doute. Il est primordial, à mon avis, de soutenir l'estime de soi d'un résident dont la personnalité est touchée par le trouble de la mythomanie. Il s'agit de trouver une certaine finesse et de ne pas stigmatiser la personne et en lui proposant notre version de la réalité ou d'un fait précis. Une confrontation farouche entre le vrai et le faux n'est pas toujours nécessaire si l'enjeu est faible ou inexistant. L'estime de soi par contre est un enjeu inestimable et la préserver ou la renforcer est pour moi le premier objectif dans mon approche éducative. On ne peut pas oublier que la personne qui ment essaie de survivre. Via sa réalité distordue, elle essaie ainsi de ne pas tomber dans le néant de l'insignifiance de son vrai moi. Ce clivage de la personnalité fait souffrir car, en fin de compte, les efforts fabulateurs sont voués à l'échec. La psychanalyste Michèle Bertrand le décrit ainsi : « La compulsion à mentir, à fabuler plutôt, révèle d'une pathologie narcissique, prenant sa source dans le conflit entre le moi et son idéal, vestige de la mégalomanie infantile. »⁷

Monsieur Georges est une personne à qui on a posé un double diagnostic. Il lui arrive de fabuler - faire recours à son imagination quand il n'arrive pas à affronter une situation ou quand il échoue à tenir parole suite à un engagement. Madame Christine souffre de la schizophrénie paranoïde et d'un TOC. Elle se trouve souvent confuse entre ce qui se passe réellement et ce qui est le produit de son rêve éveillé. Son délire est alimenté par des hallucinations.

Un matin, je les rejoins tous les deux à table et on prend le petit déjeuner ensemble. Je demande à Christine pourquoi hier soir elle a fait sonner l'alarme feu en alertant toute la résidence et sollicitant inutilement les pompiers. Elle me répond tout naturellement: « C'est Jésus qui m'a demandé de le faire ». A ce moment, Monsieur Georges s'offusque : « Arrête de mentir! C'est un mensonge. » Christine en gardant l'air stoïque a haussé innocemment les épaules: « Cela m'est égal si tu me crois ou pas. »

Je me suis rendu compte de ô combien j'adore ces petits déjeuners surréalistes !

Hgiène corporelle et son importance. Aide-t-elle à améliorer ou à stabiliser le psychisme?

Dès l'Antiquité, l'hygiène faisait partie de la médecine. Hygie, la déesse dont le nom est à la source du mot hygiène, était la fille d'Asclépios - dieu de la médecine.

⁷ Placement à des fins d'assistance

⁷ Michèle Bertrand, « Mensonge pathologique et clivage du moi », <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2015-1-page-108.htm>

Il a eu six filles et trois fils - tous impliqués dans les soins médicaux. Hygie est « la déesse de la santé, de la propreté et de l'hygiène. Dans la mythologie grecque « elle représente la santé préservée et symbolise également la médecine préventive. »⁸ Son rôle était de veiller sur les mortels et de soutenir leur instinct de vie. Ceci pour prévenir qu'ils ne tombent à nouveau malades et en préservant ainsi son père, Asclépios, d'une charge de travail trop importante. Quel rapport avec le travail d'éducateur ? Je dirais qu'il est très proche, à tel point que l'on pourrait l'appeler hygiéducateur. Pour cela, Hygie, quant à elle, mériterait d'avoir sa belle statue en son honneur au sein de la résidence, avec une fontaine rafraichissante, si la place le permettait.

Dans la vie sociale, l'hygiène du corps est une activité indispensable pour entretenir une relation saine et respectueuse avec les autres êtres humains et se préserver des maladies infectieuses. Le rôle des éducateurs est de transmettre ce message et d'inciter les résidents à se laver régulièrement. Ceci n'est pas une mince affaire, en sachant que les personnes atteintes de maladies et de troubles psychiques ont très souvent un problème avec la motivation à accomplir cet acte de la vie quotidienne. D'où vient ce problème ? Il est lié aux symptômes de la maladie. Dans le cas de la schizophrénie, les hallucinations et la désorganisation mentale freinent l'initiative de s'occuper de son propre corps. Le résident peut avoir des appréhensions, de la peur et présenter des blocages qu'il faut l'aider à surmonter. Sous l'effet de l'eau qui coule sur son corps, il peut se sentir morcelé ou même démembré en craignant que des parties de son corps puissent partir dans les égouts. Dans le cas des personnes avec le double diagnostic, l'évitement peut aussi prendre sa source dans la négligence et la sous-estimation de l'importance d'hygiène. Quel que soit la problématique, l'éducateur est censé aider la personne à surmonter ses obstacles. Il est donc premièrement indispensable de comprendre le noyau du problème, de chercher une solution et ensuite de la proposer au résident concerné. Parfois, les recherches mènent à des solutions surprenantes, voire excentriques, mais en fin de compte c'est leur efficacité qui l'emporte. Néanmoins, à long terme, le secret ne se trouve pas dans les solutions uniques et miraculeuses. Il relève de la recherche permanente qui suit l'évolution du résident. C'est un travail de longue haleine.

Un autre aspect positif que l'eau et les soins d'hygiène peuvent avoir dans la promotion de la santé d'un résident est l'aspect du retour à l'amour propre. Il s'agit de la prise en charge de son corps, très souvent livré à l'abandon durant la maladie. La reconnexion à son soi en chair - son enveloppe physique - le ramène au moins partiellement à la vérité de sa vie terrestre au lieu de le laisser errer dans son imaginaire. En effet, l'eau en tant qu'élément purificateur, est connu depuis la nuit des temps et garde toujours son rôle symbolique dans les rites religieux - chez les chrétiens c'est le baptême qui purifie le péché originel et chez les musulmans ce sont les ablutions qui préparent à la prière. Ce sont donc des rites qui poursuivent le même but : s'occuper du corps pour élever l'esprit vers Dieu. C'est

⁸ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Hygie#>:

un acte de respect envers soi-même et envers le créateur. Comme un processus de sublimation pour chasser les impuretés indignes du corps, cela semble être une envie de s'éloigner également de cette partie animale qui habite l'extérieur du corps : poils, transpiration, peaux mortes. Dans cette vision, l'eau n'est pas un élément seulement naturel mais aussi divin et mystique. Ce mysticisme de purification à l'eau transmis dans l'inconscient collectif à travers des siècles porte à mon avis un grand pouvoir guérisseur dont il faut puiser les bienfaits. Dans le cas d'un résident, son esprit peut ainsi atteindre plus d'estime pour soi-même, d'assurance sociale et s'ouvrir aux divers intérêts culturels.

Cela donnait l'impression d'être un casse-tête sans solution: Monsieur Steve avait une grande aversion envers les soins corporels et, de par son double diagnostic, une irrésistible tendance à fabuler. Le matin, très souvent il s'habillait avant que l'éducateur n'ait eu le temps de vérifier qu'il a pris une douche. A la question posée, il répondait qu'il l'avait prise au lever, plus tôt dans la matinée. Personne ne pouvait le confirmer. Le problème était d'autant plus préoccupant que Monsieur Steve portait des protections à cause des fuites urinaires et fécales. Des odeurs s'en dégageaient et le suivaient là où il se déplaçait. Il était impossible de ne rien dire, mais plus les éducateurs lui demandaient d'aller se laver (et de signaler son départ à la salle de bain), plus il se braquait. Cela a pris une grande ampleur et a coûté à Monsieur Steve et aux éducateurs beaucoup d'énerverment. Que faire ? Comment attirer monsieur Steve sous la douche sans qu'il ne se sente blessé dans son égo et qu'il dise que c'est ridicule de signaler sa douche. Son éducatrice référente a proposé une solution basée sur le renforcement positif. Elle a établi un tableau de 14 cases vides pour que Monsieur Steve puisse ramasser des tampons à chaque douche effectuée avec un signalement préalable. Le système devait imiter le système des points ramassés dans les centres commerciaux et le prix devrait être attractif. Pour Monsieur Steve, une sortie individuelle avec un éducateur de son choix pour boire un verre dans le quartier, semblait alléchant. D'abord sceptique, il s'est pris au jeu et le problème a disparu, au moins temporairement, en rendant le calme bienheureux aux matinées de la résidence.

Troubles, compulsions alimentaires et mauvaise nutrition. Comment bien manger pour stabiliser la santé psychique ?

La réponse à cette question semble complexe. Qui peut prétendre avoir une recette universelle pour désigner quoi et comment il faudrait manger pour être en bonne forme physique et psychique ? La situation alimentaire mondiale porte souvent à confusion. A l'ère de recherches écologiques accrues pour « sauver notre planète », nous sommes fortement poussés à changer nos habitudes alimentaires. Ceci, parfois avec un effet de culpabilisation concernant notamment la consommation de viande ou de produits ayant été amenés par avion. De l'autre côté, une partie de la population se laisse séduire par les dictats de la mode en

prônant la maigreur. De plus, avec toute sorte de névroses alimentaires (telle que l'orthorexie p.ex.) de plus en plus fréquentes dans la population et les allergies nouvelles provoquées par la nourriture industrielle, trouver un bon rapport à la nourriture n'est pas une mission facile. Sans parler de l'épidémie d'obésité qui atteint la société occidentale. Une chose est sûre, les médecins nutritionnistes et les diététiciens ne sont pas prêts d'être au chômage dans les années à venir.

Les personnes souffrant de maladies psychiques et avec le double diagnostic ont d'autant plus de peine à avoir un rapport équilibré à la nourriture que cela fait partie des symptômes de leurs maladies. Cela s'exprime par des comportements comme l'hyperphagie, l'anorexie, l'addiction au sucre, la compulsions, la potomanie et d'autres dérèglements du comportement alimentaire. Prenons l'exemple de l'anxiété ou de l'angoisse qui peuvent pousser à ingérer de la nourriture d'une manière compulsive et à provoquer un étouffement. Dans ma carrière, j'ai été confrontée à ce type de situation à plusieurs reprises en portant secours par le biais d'une manœuvre Heimlich. Heureusement, avec succès !

Sauf avis médical contraire, dans le cadre résidentiel, le régime alimentaire est identique pour tous. La directive alimentaire est assez simple et repose sur trois repas journaliers en se basant sur le principe de la pyramide alimentaire.⁹ Cette dernière propose une assiette équilibrée avec trois types d'aliments - des protéines et des matières grasses, des féculents, des légumes. Le menu principal est suivi d'un fruit ou d'un dessert sucré. Les bienfaits d'un repas communautaire reposent sur plusieurs éléments. Tout d'abord, la présence éducative qui a pour objectif de garantir une bonne ambiance et la convivialité avec un échange verbal adéquat, sans débordements. Le repas est rythmé par une tendance au ralentissement qui favorise une meilleure digestion. Ensuite, il garantit des portions raisonnables et promeut l'ambiance communautaire et ainsi aide à la socialisation. Il est déjà démontré que ce que le résident mange durant les repas, il le complète moins en grignotant. D'ailleurs, si besoin, le grignotage et autres problèmes alimentaires occupent la place dans l'entretien hebdomadaire d'un résident avec son référent. Si le problème dépasse les compétences de l'éducateur, comme par exemple une prise de poids alarmante, ce dernier dirige la personne concernée vers un spécialiste. Chaque résident est invité, s'il le souhaite, à développer ses compétences culinaires en confectionnant avec l'aide éducative un repas communautaire. Il peut ainsi apprendre et évoluer en autonomie : choisir un menu, prévoir les quantités nécessaires, faire les courses d'une manière adéquate, couper les aliments, utiliser et maîtriser les appareils, respecter les étapes, veiller sur la cuisson, etc... Tout cela au niveau des capacités de chacun. Cet apprentissage aide à prendre une posture proactive au mangeur compulsif qui au lieu de se remplir en quantité disproportionnée, apprend la gestion de la nourriture, améliore ses qualités gustatives et développe sa conscience du processus nutritionnel.

⁹ Pyramide alimentaire, https://www.sge-ssn.ch/media/Feuille_d_info_assiette_optimale-1.pdf

Quand Madame Marie s'est rendu chez le médecin elle a appris que son poids a encore augmenté depuis la dernière visite et qu'elle se trouvait à la limite de l'obésité. Pour cette quinquagénaire, le risque cardio-vasculaire n'était pas à exclure surtout qu'elle présentait aussi des premiers signes d'hypertension. Ayant connaissance que sa patiente souffrait également de graves problèmes psychiques (patiente avec un double diagnostic - schizophrénie et déficience mentale), le médecin lui a demandé de faire des efforts sans pour autant pratiquer un régime particulier. En analysant la situation avec son éducateur référent, Madame Marie a pris la décision de limiter les boissons sucrées dont elle était une habituée : elle a décidé de ne plus boire de boissons sucrées sauf le samedi. Le début du sevrage fût assez difficile et Madame Marie a été surprise à plusieurs reprises avec un soda à la main. Avec le temps, elle s'est appliquée dans sa résolution jusqu'au point de perdre l'habitude d'acheter une boisson sucrée le samedi. Elle l'oubliait tout simplement. Du côté des repas, elle suivait son alimentation habituelle. Mois après mois, son généraliste observait une perte de poids progressive qui après une année, a donné lieu à une perte de 9 kilos. Son poids s'est stabilisé par la suite et son hypertension a disparu. Du côté psychique, elle ne montrait pas de décompensation suite à la privation du sucre. Au contraire - ayant appris sa petite victoire sur son surpoids - avec l'aide de son éducateur référent elle a refait sa garde-robe en achetant plusieurs nouveaux habits.

Réprésentation mentale de l'argent. Comment introduire une stimulation éducative par le biais de l'argent ?

La symbolique de l'argent et la charge du pouvoir qu'il porte en lui est immense. Rappelons que l'argent ne se trouve pas dans le porte-monnaie d'une manière si naturelle et prodigieuse que le feuillage se trouve sur les arbres au printemps. Il est une invention purement liée au développement humain et ainsi à la civilisation. Prenant ses origines du troc, donc d'échanges de bons procédés, il a évolué depuis l'Antiquité au fil des siècles. Tout d'abord s'incarnant dans du bétail ou dans une pierre précieuse, il a été transformé en monnaie pour prendre la forme d'un simple bout de papier par la suite. Actuellement, il est aussi virtuel et circule sur internet utilisé ainsi pratiquement partout dans le monde.

Le rapport à l'argent est lié étroitement à nos besoins primaires qui selon les experts de la psychanalyse se trouvent dans les stades du développement humain : oral, anal et génital. Notre rapport à l'argent montre à quel niveau nous avons évolué dans notre conscientisation de nos besoins et à quel niveau nous sommes en harmonie dans leur assouvissement. A l'opposé, le rapport pathologique à l'argent s'exprime par de l'avidité, de la prodigalité ou encore par l'envie de toute-puissance. Ou encore, il relève d'une fausse croyance que tout est vendable et que tout s'achète par le biais de l'argent. On observe que le rapport pathologique à l'argent ne touche pas simplement des individus mais peut atteindre des sociétés entières comme par exemple la société capitaliste par l'excès de la consommation. Pour synthétiser, on peut dire que l'argent peut d'un côté servir à assouvir nos besoins et de l'autre à pousser à la folie de nos désirs à la recherche

de la toute-puissance : « Il reste que notre époque assiste plutôt à une forme d'emballage maniaque qui conduit les individus à se jeter sur l'avoir pour se donner consistance, pour s'imaginer omnipotents. Pour le psychanalyste il s'agit d'une régression, l'expression d'un déficit identitaire, lié probablement aux effets pervers d'une autonomie trop angoissante. On assiste sans doute à une pathologie générée par la liberté... »¹⁰ De cet extrait il est à mon avis important de retenir « l'angoisse » qui vient de l'excès de « la liberté » car ce sont des éléments nuisant au psychisme surtout à celui qui est instable. On peut dire que parfois c'est aussi le cas de certains de nos résidents.

Le rapport à l'argent chez une personne atteinte de troubles et de maladies psychiques est la plupart de temps lié à la compulsivité et à l'excès comme on peut l'observer dans la manière dont elle s'alimente. Ceci est lié à l'angoisse de manquer donc à l'envie de remplir le vide. La maladie et la non-connaissance de ses propres besoins et limites poussent à aller au-delà du vrai besoin. Dans la définition du « vrai besoin » on peut comprendre et inclure les besoins prioritaires de la pyramide de Maslow: physiologiques, liés à la sécurité et au sentiment d'appartenance, d'estime et de réalisation de soi. Le travail éducatif est à la base de la promotion de cette vision d'assouvissement des besoins en limitant ainsi le recours aux substituts (en forme de tout type de drogues, d'alcool, etc). Dans cette perspective, le rôle de l'éducateur sert à aider à réguler et à temporiser la distribution de l'argent de poche. Ce dernier est un outil indispensable qui contribue à la réalisation de l'autonomie et de l'autodétermination du résident et qui l'aide à le dissuader d'acquiescer de l'argent d'une manière illégale ou périlleuse (p.ex. vol ou prostitution). Le travail d'éducateur aide à disposer de son argent afin de ne pas épuiser son compte en un claquement de doigt. Ceci soulage le curateur qui subit souvent des pressions de son pupille et qui tâche en même temps à économiser les fonds de celui-ci pour qu'ils lui servent tout au long de sa vie. La collaboration entre le curateur et l'éducateur s'avère indispensable. Une autre fonction que l'argent joue dans un milieu éducatif est la fonction de responsabilisation et de favorisation des comportements adéquats au bon fonctionnement d'un résident ainsi que celui de sa communauté. Chaque résident est responsable d'une ou de plusieurs tâches hebdomadaires qu'il est sensé accomplir. Différer la distribution de l'argent de poche peut s'avérer indispensable et fait partie de la stimulation. Cette méthode expose le sujet à de la frustration qui doit toujours être mesurée et adaptée aux capacités de tolérance de chacun. La frustration lui est très souvent difficile à accepter et à vivre et suscite des réactions débordantes d'émotion. Il est important de ne pas dépasser la limite de l'exigence au-dessus du seuil de la tolérance à la frustration. Elle fait partie indissociable de l'apprentissage à la vie et fait donc partie de l'éducation. Au fil du temps, le sens des responsabilités d'un résident dans le foyer commence à être intégré à son fonctionnement courant. Ceci lui apprend à comprendre que l'acquisition de l'argent n'est pas inconditionnelle mais doit se mériter.

¹⁰ Ilana Reiss-Schimmel, Dialogue 2008/3 (N°181) pages 7 à 14, éditions Erès, <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2008-3-page-7.htm>

Le rapport à l'argent est encore plus complexifié pour les personnes concernées par le double diagnostic. Dans ce cas, il ne s'agit pas seulement des difficultés décrites précédemment mais aussi de celles liées à la déficience cognitive. Une telle personne n'arrive ni à avoir accès à son « vrai besoin » ni, à cause de ses lacunes cognitives, à faire les calculs nécessaires pour gérer l'argent. De mon expérience l'utilisation d'une carte bancaire rend la gestion de l'argent encore plus difficile. De plus on observe qu'un vestige de la pensée magique infantile s'introduit dans ce processus : la personne peut avoir l'impression que l'argent devrait sortir du distributeur à sa guise comme si l'on pouvait frotter la lampe d'Aladin pour faire venir le djin qui réalise ses désirs. Quelle déception s'il n'y a rien sur le compte ! La personne atteinte d'un double diagnostic le vit comme un désenchantement et une trahison. L'explication que les éducateurs lui donnent est souvent insuffisante et l'attente lui est insupportable.

Dans ma vision du travail éducatif, d'accompagnement et d'adaptation à la vie sociale, l'objectif est de stimuler pour ramener un résident à la rationalité, à la réalité qui l'entoure et de le rendre conscient de son existence. Et ceci, évidemment dans la mesure du possible et en opposition à une vision erronée d'autodétermination complète sur le plan financier et une fausse liberté citoyenne qui ne prennent pas en compte sa psychopathologie.

Si on a l'occasion, par hasard, de discuter avec Monsieur Stephane on ne pourrait pas soupçonner qu'il souffre de schizophrénie: poli, apparence soignée, souriant, s'exprimant de manière fluide, sensée et convaincante. Son activité et son passe-temps préférés sont le tabagisme et la consommation de boissons énergisantes pour lesquels il dépense tout son argent de poche. Il le reçoit deux fois par semaine.

Totalement par hasard, son éducateur référent apprend que Stephane a des dettes dans le kiosque du coin - il est redevable d'une somme considérable car le vendeur ne soupçonnait même pas que son client n'est pas solvable et qu'il vit sous curatelle. L'éducateur a négocié et a convenu avec le vendeur les conditions du remboursement de la dette. Monsieur Stephane, très mécontent à la levée du voile de ses agissements, n'avait qu'à s'adapter et assumer en payant chaque mois une partie de sa dette.

Comment expliquer cette prise d'initiative financière de Monsieur Stephane? La réponse se trouve dans son univers mental, crée et structuré comme un scénario d'un film de fiction. En effet, Monsieur Stephane est une personne vivant dans un monde inventé qui l'aide à survivre dans la « vrai » réalité - celui qui ressemble à la vie de quelqu'un de bien situé dans la société avec un travail, une femme et une famille. En plus, dans son monde, Monsieur Stephane est un héritier d'une famille riche. Hélas, il cherche depuis des années le notaire qui détient le testament certifiant qu'il a droit à la succession de sa fortune. De temps en temps, il sollicite son curateur ou son éducateur référent pour l'aider à retrouver le notaire en question et donc l'argent qui l'attend quelque part. C'est une histoire qui peut nous sembler familière : celle de la recherche d'un trésor que les pirates ont placé

sur une île déserte et dont la quête nécessite de décrypter une carte à l'aide d'un code secret.

Gestion du temps entre la stimulation thérapeutique (régulation de l'activité sociale) et repos nécessaire. Comment détecter l'autodétermination et comment la respecter?

Les personnes touchées par les maladies et les troubles psychiques et celles concernées par le double diagnostic ont tendance à éviter la vie sociale dans le repli sur elles-mêmes. Leur rythme de vie est très souvent perturbé et inversé par rapport à la plupart de la population: elles se couchent tard et dorment mal ce qui fait que durant la journée elles se sentent fatiguées, démotivées et n'ont pas d'élan à se lancer dans une activité. Pour aider à réguler le rythme de vie et à participer à la vie sociale, de nombreuses activités sont proposées par l'équipe éducative : partage de tâches ménagères communes ou entretien de la chambre personnelle, confection des repas ou de pâtisseries, marches dans la nature, visites culturelles, jeux et d'autres propositions d'activités de loisirs. De plus, les résidents ont la possibilité de participer à un centre de jour qui propose une vaste panoplie d'offres de sorties et de visites dans la région. La journée dans la résidence commence par la participation au groupe « organisation » où chaque résident présente son programme journalier et échange avec les membres de l'équipe et les autres participants. Ceci constitue une aide à remémorer ses rendez-vous (médicaux par exemple) et à stimuler la participation à un groupe. L'équipe éducative veille à ce que la priorité soit donnée aux soins et à la thérapie et que le programme ne soit ni surchargé ni hypostimulant. L'échange durant le groupe organisation est précieux et donne par ailleurs aux éducateurs la possibilité d'observer l'état psychique de chacun - sa thymie, sa motivation du jour, son niveau de stress ou encore son état de santé somatique.

Dans ce contexte une question importante se pose. C'est celle de l'autodétermination d'un résident : est-ce que l'envie de rester inactif est une manifestation d'un besoin réel ou un symptôme de la maladie? Dans le cas où le psychisme dysfonctionne à quel niveau on peut considérer que c'est la personne qui s'autodétermine et à quel niveau c'est la maladie qui freine le cours de sa réalisation de soi ? Si on considère que la maladie psychique, les troubles et le déficit cognitif, dont on parle ici, ne se soignent qu'en limitant la symptomatologie, on peut dire que la maladie chronique ne se guérit pas. Hélas, il faut avouer que la maladie fait donc partie intégrante de la personne. Nonobstant si on se concentrait exclusivement sur cet aspect, sans essayer de retrouver et renforcer la partie saine du psychisme de l'individu, la maladie gagnerait encore plus de terrain. C'est comme si on abandonnait l'organisme d'une personne diagnostiquée d'un cancer sans lui proposer de traitement. Cela serait une triste nouvelle non seulement pour nos résidents qui n'auraient qu'à sombrer dans la déprime ou l'envie suicidaire. Cela le serait également pour les éducateurs dont l'activité n'aurait plus du sens. L'évolution des personnes vivant à la résidence démontre que l'autodétermination n'est pas un phénomène stable et peut se manifester différemment et d'une

manière progressive. Certaines personnes, aspirent à être plus actives et à décrocher des nouveaux défis (par ex. entreprendre un travail professionnel ou faire un voyage), d'autres personnes atteignent le stade maximal en se tenant dans la dynamique modérée et dans l'homéostasie. L'autodétermination est donc un processus où la partie « saine » du résident évolue et s'exprime autant que la malade et toutes les deux doivent être prises en considération et être respectées. Pour autant qu'elles ne nuisent pas au bon fonctionnement de la communauté. C'est justement pourquoi il arrive que certains accueils dans la résidence se révèlent particulièrement difficiles, voire impossibles et voués à l'échec - celui des personnes atteintes des troubles antisociaux. Dans certains cas, la personne atteinte d'un handicap qui bénéficie du droit aux prestations sociales vouées à cet effet, n'arrive pas à répondre aux exigences et aux propositions aussi minimales soient-elles. Sa difficulté d'adaptation peut prendre sa source non seulement dans le caractère de son handicap mais aussi dans ses origines culturelles (famille, pays d'origine, niveau socio-économique), dans son bas niveau de tolérance à la frustration, sa capacité insuffisante à respecter le cadre et le degré de son penchant vers l'interdit. La résidence décrite dans ce récit ne dispose pas des conditions adéquates pour accueillir ce genre de population à cause de son caractère.¹¹ D'autre part, l'expérience démontre à quel point un placement inadéquat peut compromettre le bien-être et la sécurité de la majorité des autres résidents.

Deux exemples : le premier présente un refus catégorique de participation aux activités journalières et le deuxième montre comment l'adhésion aux activités peut aider une personne à évoluer.

Le premier c'est l'exemple d'une jeune femme d'à peine dix-huit ans que nous pouvons appeler Sylvie. Elle est arrivée depuis un foyer des services qui s'occupent de l'enfance et de la jeunesse. Elle ne présente aucune notion de ce qu'implique le statut d'adulte : la notion du devoir, de la responsabilité et des conséquences. Le choc du changement de lieu et ce passage obligé à la maturité perturbent fortement cette personne présentant un trouble de la personnalité borderline et souffrant d'obésité morbide. Au vu de ses difficultés d'adaptation, un autre diagnostic plus approfondi serait une indication précieuse pour adapter d'avantage l'approche éducative sauf que la jeune femme ne se considère pas en tant que malade. Malgré que le cadre résidentiel l'y oblige, elle refuse de consulter un psychiatre. Elle passe toute la matinée et la moitié de la journée en dormant et ne se lève que l'après-midi pour surfer sur son ordinateur jusqu'à tard dans la nuit. A ce moment-là elle sort de sa chambre en passant à l'offensive dans la cuisine. N'ayant pas l'accès libre au frigidaire, elle exige que le personnel de nuit lui donne à manger sinon elle menace d'utiliser la force. Son décalage avec le fonctionnement de la résidence se creuse et ses nombreuses agressions verbales et physiques l'amènent à devoir quitter les lieux.

Le deuxième est l'exemple de Mike, un homme d'une trentaine d'années, qui évolue à la résidence de manière tant tempétueuse que surprenante. Monsieur

¹¹ voir description page 2

Mike arrive à la résidence souffrant d'une grande dépression suite au décès de sa mère avec qui il a vécu sa vie auparavant. Il est atteint par le double diagnostic - il souffre de schizophrénie dysthymique et de déficience cognitive. D'autre part il est sujet aux dépendances affectives et tombe sous l'influence de personnes qui présentent des addictions à l'alcool ou aux substances toxiques. Durant son séjour, il s'est lié d'amitié avec ce type de personnes en les accompagnant dans leurs activités autodestructrices (consommation, prostitution, petits délits). Il subissait leurs manipulations dans son comportement masochiste et s'exposait aux abus. Son passé est marqué par une posture de victime de tout type de violence dont il ne parle qu'en partie. Avec le temps l'accompagnement éducatif a porté ses fruits et Monsieur Mike a investi dans sa propre personne en assainissant ses relations sociales. Il a été d'abord stimulé à participer aux activités de la résidence pour éviter de succomber à l'autodestruction dans le relationnel toxique. Le temps investi d'une manière constructive a augmenté son estime de lui-même. Ayant une tendance à la prise de poids, il a décidé de suivre les suggestions de son médecin généraliste et de reprendre une vie active avec un travail professionnel dans un atelier protégé. Même si au quotidien la gestion des relations sociales lui demande beaucoup d'efforts, il poursuit son engagement au grand étonnement de certains qui n'auraient jamais cru qu'il en serait capable. Chaque destin est différent mais ce qui me paraît essentiel dans un parcours de vie c'est l'investissement parental dans l'enfance. Dans le cas de Monsieur Mike, c'était l'éducation qu'il a reçu de sa mère qui malgré sa dépendance à l'alcool, lui a transmis la valeur du travail. Quant à la situation de la jeune Sylvie, elle était beaucoup plus appauvrie par le manque des figures parentales.

IV. Flexibilité emphatique comme outil de prédilection et adaptation de l'approche éducative face à la situation. Recherche d'équilibre dans la pluralité éducative. Conclusions.

La flexibilité emphatique est une posture d'accompagnement que l'éducateur acquiert humblement tout au long de sa carrière. Une posture où l'empathie fait partie de son outil de travail pour aider à ressentir la personne en face de soi. En même temps, l'éducateur surveille la vision globale du processus : comprendre le fonctionnement de la personne, évaluer ses compétences et aider à accomplir ses objectifs. Même si la fermeté structurante doit renforcer et aider à tenir la vision sur le cap, c'est-à-dire sur les objectifs balisés d'un résident, la flexibilité emphatique atténue la hauteur des exigences, encourage et reconforte dans les moments difficiles. Dans le cas d'une personne en situation de handicap psychique, ce qui compte, c'est le processus et non pas seulement les résultats : « Le but n'est pas le but, c'est la voie »¹². Il s'agit de la vie humaine qui aspire à être vécue dignement, dans la joie et la réalisation de soi, dans le soutien et la bienveillance. La flexibilité emphatique c'est « la chaleur du sud » qui détend, qui reconforte et

¹² Lao Tseu, <https://citations.ouest-france.fr/citation-lao-tseu/but-but-voie-12978.html>

apporte avec le soleil la bonne humeur. Malgré son aspect qui peut sembler régressif, c'est-à-dire celui qui rappelle le retour à l'enfance ou peut-être à la chaleur maternelle, elle est indispensable pour équilibrer le processus éducatif : celle de lâcher la pression, de rester en lien et de revenir au plaisir dans la relation humaine.

La flexibilité emphatique ne s'apprend pas dans les livres, c'est-à-dire à partir de théories universitaires. Néanmoins, elle est le produit du savoir et de la qualité d'être d'un professionnel acquis par l'envie d'élargissement des connaissances et des compétences professionnelles et par l'empathie exercée et élargie jour après jour. Elle est aussi le fruit de la sagesse, de l'humilité et du lâcher prise pour ne pas s'acharner dans l'obstination à convaincre quelqu'un de vivre d'une manière dont il n'a pas envie ou besoin. Elle apprend ainsi à respecter l'autre dans sa singularité, reconnaît sa fragilité et le besoin d'aide adaptée permettant son inclusion dans la société¹³. Tandis que la fermeté structurante constitue un fond contenant et le cadre solidifiant la réalité éducative, la flexibilité emphatique quant à elle, est un outil éducatif de prédilection. Dans ma vision, la flexibilité emphatique prévaut la fermeté car aide à s'adapter face à chaque situation en évitant les conflits inutiles et les confrontations de bras de fer. Néanmoins, toutes deux sont indissociables et s'avèrent indispensables dans l'éducation.

L'équipe éducative, dans le cas de la résidence décrite dans ce récit, est constituée de différentes professions et différents niveaux de formations comme les éducateurs spécialisés, les assistants socio-éducatifs ou encore les infirmiers. Il arrive également que les assistants sociaux, les assistants en soins et santé communautaire ou les psychologues puissent faire partie de l'équipe. Néanmoins, tous ces professionnels sont engagés à exercer le travail éducatif qui consiste, comme c'était mentionné précédemment, à renforcer le côté sain d'un résident à l'aide de la variété de leurs compétences. De nombreux horizons de cultures professionnelles différentes forment un éventail offrant une riche variété d'échanges. D'autre part, l'équipe dispose de la possibilité de dialogues entre différentes expériences interculturelles acquises par ses membres comme par exemple entre la culture régionale, nationale, une autre culture européenne ou extra-européenne. De plus, l'équipe éducative dispose de la richesse des expériences personnelles liés au genre, à la situation familiale, à l'âge, aux origines sociales, à la philosophie de vie ou aux valeurs personnels. Tous ces éléments, et ceux que je n'ai pas encore cités, constituent un apport de matière solide qui donne à l'éducateur des outils et forment sa sensibilité. Dans le travail au quotidien, les sensibilités et les différences de la vision du monde des éducateurs se confrontent fréquemment. Les projections de chacun d'eux sont inévitables et pour cela une maturité et un travail sur soi garantissent l'harmonie et la bonne ambiance d'une équipe. L'art du métier exige que quelques soient les différends, ils sont sensés apporter un statu quo pour éviter les triangulations dont on a déjà

¹³ Je me réfère au document basé sur les droits des personnes en situation de handicap rédigé par l'ONU et adopté par la Suisse. Ceci constitue un engagement envers les personnes en situation de handicap qui comme tout citoyen disposent des devoirs mais également des droits.

parlé. On cherche à apporter une harmonie en favorisant autant que possible l'unité dans l'approche, en opposition au clivage qui renforce la désintégration psychique, le schisme de la personnalité et la désorganisation du fonctionnement social des résidents. Pour y arriver, une bonne communication d'équipe et une posture d'humilité de chaque éducateur sont indispensables en gardant dans la ligne de mire le bien-être du résident et non pas l'affirmation de ses propres idées et convictions.

En lien avec les difficultés mentionnées, l'accompagnement des personnes touchées par les maladies et les troubles psychiques divers ainsi que par le double diagnostic exige des compétences bien spécifiques. Ainsi, avoir en face de soi une personne qui exprime sa réalité à l'aide d'un délire ou d'une fabulation, peut être bien déconcertant si on ne se munit pas d'une grille de lecture qui nous aide à comprendre ce qu'au fond cette personne veut nous dire. De même pour les difficultés d'hygiène qui ne nécessitent pas seulement d'être comprises mais également résolues. Réussir l'introduction d'une hygiène régulière apporte plein de bénéfices pas seulement au sens propre mais aussi symboliquement. C'est un important défi pour l'éducateur accompagnant de savoir mettre ces avantages en avant. D'autre part, veiller sur une alimentation équilibrée est un défi de haut niveau. En suivant le parcours d'un résident ayant des difficultés nutritionnelles, il ne suffit pas seulement de se réjouir de ses kilos perdus ou de l'amélioration de sa santé somatique. Le hic est de stabiliser cela avec le bien-être psychique, le sentiment de plaisir et de joie de vivre. De plus, inciter un résident à une gestion saine et raisonnable de son argent est un aspect qui demande du tact et de la finesse pour l'aider à mûrir dans la connaissance de ses besoins. On arrive enfin à la gestion du temps d'un résident dont la régulation exige une très bonne communication et le savoir-être spécifique de l'éducateur pour arriver à le stimuler de manière tant efficace que bénéfique. Or, l'expérience nous montre que ce ne sont pas uniquement les résidents qui apprennent dans ce processus. Je trouve qu'en réalité nous, les éducateurs, nous apprenons sûrement autant, si ce n'est plus.

Références:

1. The Center for Addiction and Mental Health,
<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/double-diagnostic>
2. Augusto Boal, Théâtre de l'opprimé, éditions « La découverte » 2007
3. Perre Ricco, « L'importance du cadre en pédagogie » 25.01.2023,
<http://www.psychasoc.com/Textes/L-IMPORTANCE-DU-CADRE-EN-PEDAGOGIE>
4. Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées
<https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/fachstellen/bfeh/droit/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>

5. Larousse, Définition « délire » , <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/délire>
6. Larousse, Définition « fabulation » , <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fabulation/32554>
7. Michèle Bertrand, « Mensonge pathologique et clivage du moi », <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2015-1-page-108.htm>
8. Hygie, <https://fr.wikipedia.org/wiki/Hygie#>:
- 9 . Pyramide alimentaire, https://www.sge-ssn.ch/media/Feuille_d_info_assiette_optimale-1.pdf
11. Ilana Reiss-Schimmel, Dialogue 2008/3 (N°181) pages 7 à 14, éditions Erès, <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2008-3-page-7.htm>
- 12 .Lao Tseu, <https://citations.ouest-france.fr/citation-lao-tseu/but-but-voie-12978.html>
13. Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées <https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/fachstellen/bfeh/droit/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>