

Quand on entend les
mouches voler...



Quand on entend les mouches voler...

ou

...prendre soin, notre cheminement
à propos de l'hygiène...

Outil d'aide à la réflexion
pour les professionnels

*En Lozère
2010, 2011*

Avant propos

Suite à la réalisation par le CODES 48 et ses partenaires d'un état des lieux sur les situations liées à la santé en Lozère, trois problématiques majeures ont émergé dans le cadre du Programme Départemental d'Insertion 2008-2010 : la santé mentale, les addictions et l'hygiène. Les deux premières étaient déjà travaillées dans des groupes animés par le Réseau Santé Précarité 48 et le Réseau Addictologie 48. La question de l'hygiène restait à explorer.

Plusieurs professionnels des champs social et sanitaire de Lozère exerçant dans différentes structures, se sont donc rencontrés durant l'année 2009, puis en 2010 dans ce même cadre, autour de questions liées à l'hygiène, la santé mentale, le soin social...

Ces rencontres, animées par Evelyne Coulouma médecin de santé publique¹, Nadine Marques infirmière hygiéniste², Daniela Ruiz infirmière PASS³ et Perrine Coulouma psychologue clinicienne⁴ ont permis de mettre en évidence un désir commun d'élaborer « quelque chose » qui permettrait de poursuivre un travail sur cette problématique si particulière. D'où la naissance d'un groupe de professionnels⁵ volontaires pour construire un outil d'aide à la réflexion pour les professionnels.

La richesse de ce groupe réside dans la diversité des lieux de travail et des rôles de chacun : c'est un travail collaboratif...

¹ Evelyne Coulouma médecin de santé publique, directrice de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Languedoc-roussillon (IREPS)

² Nadine Marques infirmière hygiéniste Réseau Hygiène Départemental des Centres Hospitaliers

³ Daniela Ruiz infirmière permanence d'accès aux soins de santé Centre hospitalier général Mende

⁴ Perrine Coulouma psychologue clinicienne Centre d'action médico-social précoce pour les enfants de 0 à 6 ans (CAMSP) Sète et Centre régional de lutte contre le cancer Montpellier (CRLC)

⁵ Assistante sociale (Conseil général de la Lozère), conseillère en économie sociale et familiale (Conseil général de la Lozère), moniteur éducateur et éducateur spécialisé (association la Traverse et Alter), éducatrice jeunes enfants-formatrice (GRETA), psychologue clinicienne (CAMSP Sète ; CRLC Montpellier), directrice-chargée de projet (CODES 48).

Sommaire

- 1 ►● Groupe de travail
- 5 ►● Notre cheminement à propos de l'hygiène
- 11 ►● Que se passe-t-il pour moi, sujet et professionnel interpellé ?
- 13 ►● Que peut-il se passer pour lui ?
- 21 ►● Aborder le sujet, qu'est ce que cela signifie pour moi ?
- 24 ►● De quel accompagnement s'agit-il ?
- 34 ►● Le partenariat
- 40 ►● L'impossible conclusion
- 41 ►● Pour aller plus loin : références et sources documentaires

Groupe de travail

Céline Béal

Je suis assistante sociale depuis 10 ans. Je travaille au Conseil Général de la Lozère, en polyvalence de secteur intégrale. J'ai comme mission la lutte contre les exclusions (ouverture des droits, travail sur l'autonomie de la personne, son insertion, la mise en place du RSA, contrat d'engagements réciproques...). J'interviens également au titre de la protection de l'enfance. Je rencontre des personnes sans limite d'âge à leur domicile ou dans mon bureau. Je fais partie d'une équipe de travailleurs sociaux (éducateur spécialisé, puéricultrice, CESF...) et je travaille avec tous les partenaires du terrain.

Carole Bussadori

J'ai la double fonction de directrice et de chargée de projet. Je travaille depuis 17 ans pour le Comité Départemental d'Education pour la Santé de Lozère (CODES 48), aujourd'hui comité territorial de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Languedoc-roussillon. (IREPS-LR).

C'est avec une équipe locale, qui s'intègre plus largement dans celle de l'Instance Régionale et de notre réseau, que les missions suivantes sont accomplies :

- participer à la promotion de la santé,
- développer et assurer l'éducation pour la santé,
- documenter le public et communiquer,
- accompagner les porteurs de projets,
- former les professionnels,
- et contribuer aux politiques de santé publique.

C'est dans le respect des valeurs énoncées ci-après que notre réseau s'inscrit :

- une vision globale de la santé,
- le respect des équilibres individuels et sociaux,
- une approche participative,
- un souci démocratique,
- la lutte contre les inégalités sociales de santé,
- une perspective de responsabilisation.

Une partie de mon activité consiste à animer des groupes de travail et des modules de formation. J'apprécie particulièrement le travail en réseau. C'est dans ce cadre que les journées d'échanges sur le thème de l'Hygiène ont été élaborées et que ce présent outil a vu le jour par la suite.

Audrey Cavagna

Je suis conseillère en économie sociale et familiale. J'exerce depuis février 2007 au sein du service d'action sociale et de lutte contre les exclusions du Conseil Général de la Lozère. J'ai diverses activités notamment l'action éducative budgétaire et l'accompagnement social lié au logement. J'interviens également dans le cadre de la protection de l'enfance. Il s'agit alors d'accompagner les familles, ménages ou personnes seules vers une autonomie en terme de gestion administrative et budgétaire. Pour se faire, nous contractualisons une mesure d'une durée de 6 mois renouvelable, avec des rencontres régulières au Centre Médico Social ou à domicile. Des objectifs de travail sont élaborés ensemble et redéfinis au fur et à mesure de l'intervention. Pour mener à bien ces mandats, nous travaillons en étroite collaboration avec les travailleurs sociaux du secteur, nous avons également un réseau partenarial conséquent.

Perrine Coulouma

Je travaille en tant que psychologue clinicienne au CAMSP (Centre d'action médico-social précoce pour les enfants de 0 à 6 ans) à Sète et au CRLC (Centre régional de lutte contre le cancer) à Montpellier.

Le CODES a fait appel à moi en 2009, pour échanger avec des travailleurs sociaux, des professionnels de santé, de l'insertion, de l'éducation du département de la Lozère autour des thèmes de l'hygiène et de l'estime de soi. Depuis, j'ai accompagné ce travail collectif de réflexion et d'écriture, l'alimentant d'une approche psychanalytique et piklérienne.

(Emmi Pikler : pédiatre ayant élaboré une approche éducative et médicale innovante, en posant comme principes la libre activité de l'enfant, son bien-être corporel, la qualité du soin et la relation privilégiée avec l'adulte qui s'en occupe - « référent » - ...)

Olivier Hubert

Je suis travailleur social sur les services de l'Accueil de jour et du Point hygiène info santé de l'association La Traverse. Lieu ressource pour toute personne majeure, en difficulté sociale, c'est un espace d'accueil, d'écoute et d'accompagnement social ouvert sur la ville.

Ces services ont vocation à permettre la rencontre, à créer ou à recréer du lien entre la personne et les services de droit commun.

Odile Mahé Le Thinh

Je suis éducatrice de jeunes enfants et j'ai longtemps travaillé dans un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD), auprès d'enfants déficients auditifs et de leurs familles. C'est là que j'ai réellement perçu l'importance du travail social en réseau où chacun a sa place dans un accompagnement individuel des personnes.

Devenue formatrice en 1998, j'ai vite éprouvé le besoin de rester au plus près du travail de terrain. C'est ainsi que l'association Contelicot a été créée. Nous accueillons les parents et les très jeunes enfants autour de lectures d'albums dans une démarche de valorisation des compétences parentales et de lutte contre les exclusions.

Agnès Pezon

Educatrice spécialisée, je suis salariée de l'association ALTER, créée en 1985, dont le siège social est situé à Chirac (48100).

ALTER est une association avec plusieurs activités :

- une entreprise d'insertion créée en 1985, l'insertion par l'activité économique est la première activité qu'a eue l'association,
- un chantier d'insertion,
- un service d'accompagnement social global et individualisé basé à Marvejols,
- une maison relais,
- une action d'accompagnement vers et dans le logement,
- un service de domiciliation postale,
- un accueil de jour,
- un service de soutien psychologique ...

Notre travail d'accompagnement social auprès de personnes en difficultés sociales, nous a permis de participer à ce travail collectif. Les questions qu'il aborde sont des questions qui traversent nos pratiques et pour lesquelles la réflexion nous a semblé intéressante et nécessaire.



« Pourquoi est-ce si difficile de lui en parler ? »

« Matinée surchargée au Centre Médico Social. J'attends un Monsieur que j'accompagne dans le cadre de mon travail de Conseillère en Economie Sociale et Familiale. J'appréhende l'entretien entre les quatre murs de mon bureau. J'espère arriver à lui en parler aujourd'hui... »

Cheveux longs, barbe en bataille, à son arrivée, il garde son gros blouson sur plusieurs couches de vêtements. Il restera habillé ainsi durant tout l'entretien, malgré le chauffage.

L'odeur de ce monsieur est très dérangeante et j'en suis incommodée, au point de ne plus pouvoir poursuivre les visites à son domicile. C'est un mélange d'alcool, de tabac, de transpiration et d'un manque d'hygiène prononcé, difficile à supporter...

Il repartira comme les autres fois. Je ferai comme à mon habitude après son départ, ouvrir la fenêtre, allumer une bougie parfumée, observer les réactions de la collègue qui reçoit une famille dans le bureau d'à côté.

« Pourquoi est-ce si difficile de lui en parler ? »

Notre cheminement à propos de l'hygiène



Nous avons d'abord échangé sur nos représentations et constaté qu'elles étaient multiples. Elles sont subjectives, en lien avec soi, son vécu, ses expériences. Nous avons tenté de les organiser, de les regrouper sous différents thèmes, mais cela s'est avéré compliqué. En effet, ces représentations sont tellement personnelles que la tentative de les ordonner ne fait jamais l'unanimité, et les mettre en lien est presque impossible. Peu à peu nous avons cheminé d'une représentation de l'hygiène associée à une norme sociale jusqu'à des représentations singulières, subjectives.

Le besoin prégnant de trouver « un commun » a doucement laissé place à la possibilité de faire avec « du multiple », « du différent », « de l'inconnu », finalement de l'autre.

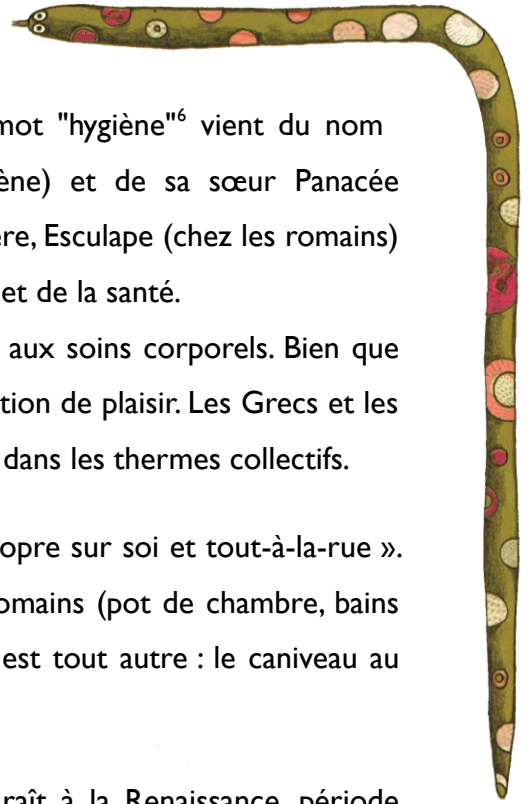
Ainsi, arrive-t-on au constat que la notion d'hygiène dépasse largement la simple notion de propreté. Elle englobe des questions plus complexes : Quelle est la fonction de l'hygiène dans le rapport à soi et à l'autre ? Qu'est-ce que l'hygiène de l'autre génère en moi, professionnel qui le reçois ?

Quel rapport j'établis entre l'hygiène d'autrui et l'estime que j'ai pour lui ; son hygiène et sa propre estime de lui ?

L'hygiène est à l'intersection de l'intime et du public. C'est une façon de parler de soi, de sa place. C'est un langage non verbal pas toujours facile à décoder si l'on considère que cohabitent à la fois une partie de codes communs et une partie de codes individuels. Cela se complexifie quand on sait l'évolution de cette notion dans notre histoire.

La notion d'hygiène étant étroitement liée à la fois aux croyances populaires, aux usages, et à l'état des connaissances scientifiques et médicales, il nous a semblé fondamental de parler de cette notion sans omettre le fil de l'histoire. Nous avons un héritage collectif en matière d'hygiène !





Cela prend tout son sens de rappeler que le mot "hygiène"⁶ vient du nom d'une déesse appelée Hygie (santé, propreté et hygiène) et de sa sœur Panacée (médecine curative, un remède à tous les maux). Leur père, Esculape (chez les romains) et Asclépios (chez les grecs) était le dieu de la médecine et de la santé.

Dans l'Antiquité, une attention particulière était portée aux soins corporels. Bien que l'hygiène ait un sens purificateur, cela n'excluait pas la notion de plaisir. Les Grecs et les Romains appréciaient la volupté des bains et des crèmes dans les thermes collectifs.

On dit de l'époque du Moyen Age que c'est « propre sur soi et tout-à-la-rue ». S'il existe en ce temps un héritage incontestable des Romains (pot de chambre, bains publics, cabinets et parfum...), dans la rue l'hygiène en est tout autre : le caniveau au milieu de la rue accueille eaux souillées, excréments...

Une représentation différente de l'hygiène apparaît à la Renaissance, période grandement frappée par la syphilis et la peste. La médecine est mise à l'épreuve. L'eau est crainte, car elle est soupçonnée d'être un vecteur de transmission des maladies, ce qui va modifier complètement la toilette corporelle : des bains on passe à la toilette sèche, on se frotte avec un linge propre. On pense alors qu'une couche de crasse peut être un facteur de protection contre les maladies. Curieusement dans un même temps, l'eau qu'on associe à des plantes est utilisée comme médecine.

Au XVIIIème siècle, deux phénomènes se rejoignent : la santé du corps humain et la santé du corps social. Dans une visée populationniste, pour des raisons fiscales et des besoins en soldats, l'Etat encourage les naissances et lutte contre la mortalité infantile. En même temps, se développe la formation des sages-femmes.

On observe un retour aux latrines collectives dans les maisons, et jeter ses excréments par la fenêtre redevient proscrit. Aussi, les habitants sont invités à jeter leurs déchets dans des bennes prévues à cet effet.

La médecine évolue vers la clinique : on parle de médecine de l'observation et de la prévention. En 1798, le médecin Edouard Jenner met au point la vaccination antivariolique.

⁶ Les paragraphes qui suivent, brossant l'évolution de la notion d'hygiène au fil de l'histoire, ont été écrits en totale référence au site Internet de l'Institut Pasteur et aux interventions sur le thème « Hygiène, éthique, éducation » du Dr Evelyne Coulouma, médecin de santé publique, directrice de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Languedoc-roussillon.

La chimie avance aussi avec la découverte du chlore en 1774, par le chimiste suédois Carl Wilhelm Scheele et plus tard avec la découverte des propriétés désinfectantes de l'eau de Javel par Antoine Labarraque en 1825.

Au XIX^{ème} siècle, l'hygiène est repensée et les mesures s'accroissent pour une nette amélioration de celle-ci. On assiste au développement de travaux d'urbanisme, avec le tout-à-l'égout.

On découvre l'origine infectieuse des maladies et comment s'en protéger. Les mesures d'hygiène comme le lavage des mains et la toilette quotidienne à l'eau et au savon s'inscrivent dans les habitudes. Afin de vaincre les maladies contagieuses les plus graves, les politiciens et médecins communiquent largement sur la toilette et la vaccination. Des mesures d'hygiène limitent la mortalité en matière d'accouchement, de pratique chirurgicale. L'hygiène s'assimile à la prévention. Les médecins des épidémies sont chargés d'observer et de soigner gratuitement les plus pauvres. La vaccination antivariolique est généralisée.

Les premiers conflits entre santé publique et économie arrivent avec l'épidémie de choléra chez les ouvriers des chemins de fer, il n'y a pas de fermeture des chantiers !

En 1870, suite à la défaite de l'Empire Français contre l'Empire Allemand et l'insurrection de la commune, l'Etat veut mettre en place des dispositifs de surveillance de la classe ouvrière et faire des réformes sociales. Il cherche des gens susceptibles de connaître le peuple et de rétablir le lien social entre les différentes catégories. Avec la loi de 1902, sont créés les bureaux municipaux d'hygiène.

On se rappellera de 1887, date à laquelle l'Institut Pasteur a été fondé.

En 1907, s'installe à Paris l'office international d'hygiène publique qui deviendra l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946.

La notion d'hygiène est introduite dans les écoles avec pour idée de la partager avec l'ensemble de la population. En médecine, le combat est centré sur le germe. En 1921, le médecin Albert Calmette et le vétérinaire Camille Guérin mettent au point le vaccin antituberculeux, auquel ils donnent leur nom : BCG (bacille Calmette-Guérin). On parle des grands fléaux sociaux comme les maladies vénériennes, l'alcoolisme et la tuberculose, avec une stigmatisation des classes populaires.

La maladie est considérée alors comme la conséquence de la débauche, de l'imprévoyance, de l'alcoolisme, de la malpropreté. Elle est en quelque sorte perçue comme une punition.

Forts de ce travail en amont sur nos représentations (à priori subjectives et/ou socialement renforcées) autour des notions d'hygiène, d'estime de soi, et de ce détour dans l'histoire, nous avons pu imaginer peu à peu les enjeux plus ou moins inconscients qui pouvaient se cacher derrière les rapports singuliers de l'autre à son corps et de soi au corps de l'autre.

Comment définir et déterminer ce que nous avons nommé « manque d'hygiène » ? S'accordant au préalable sur l'idée que ces termes posent d'emblée les questions fondamentales de sens et de représentation(s) à savoir : qu'est-ce que l'hygiène ? A partir de quand parle-t-on de manque ? A quoi se réfère-t-on pour le déterminer ? ...

Et puis d'où (de quelle place), de quoi et de qui parle-t-on en nommant « ce » manque ?

Y a-t-il une ou des symboliques, un ou plusieurs sens ? Cache-t-il un choix ? Une souffrance ?

Qu'est-ce qui nous amène à nous interroger à ce propos ?

Qu'est-ce que cela vient toucher, provoquer chez le sujet et professionnel que je suis ?

Nous nous sommes d'abord posé la question du sens que le manque d'hygiène de l'autre pouvait avoir : pour moi puis pour lui.

Que se passe-t-il
pour moi, sujet et professionnel
interpellé ?



- À quoi me renvoie le corps de l'autre, le soin ou le non soin qu'il se porte ?
- Ai-je l'impression d'être visé ?
- Puis-je faire avec ou non ?
- Quel rapport ai-je avec mon propre corps et celui des autres qui m'entourent, de près, de loin ?

Autant de questions qui ouvrent sur la conscience du rapport à l'autre, à la relation faite de projections plus ou moins conscientes et inconscientes le modulant au point, parfois, d'empêcher la rencontre.

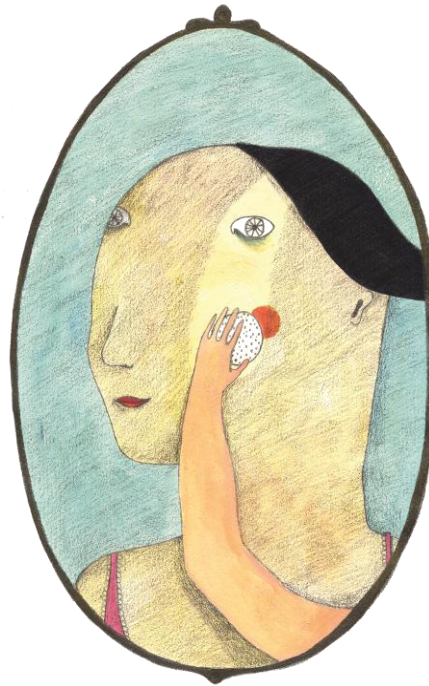
Dans l'exposé de la situation, décrite plus haut, le problème d'hygiène paraît être, pour la conseillère, la problématique majeure. Elle y réfléchit avant l'arrivée de l'utilisateur et y pense pendant l'entretien. Ce problème vient parasiter la communication, et rend la professionnelle moins disponible : envahir l'esprit au point de ne plus être «dans» l'écoute de l'autre ! L'odeur vient faire écran à la rencontre.

La question finale « *Vais-je réussir à lui en parler ?* » illustre bien le souhait de la professionnelle d'aborder ce sujet mais elle se censure et finalement n'en parle pas. Cela occasionne de la frustration et un sentiment d'échec dans la relation d'aide.

C'est là que le travail de régulation en équipe trouve son intérêt : des temps formels d'échange autour de situations rencontrées et des réflexions individuelles et collectives autour de sujets tels que l'«hygiène», «l'estime de soi», ainsi qu'autour des enjeux manifestes et latents que soulèvent de telles rencontres.

A ce point de différenciation entre moi et celui ou celle qui se tient devant moi, je peux alors considérer que c'est de l'Autre dont il s'agit dans l'histoire dont il me rend témoin et qu'il y a sans doute à attendre et à dire, avec divers langages (la parole, le corps, une attitude, un positionnement, un cadre), finalement à reconnaître chacun dans son humanité et sa singularité.

Que peut-il
se passer pour lui ?



« Un Monsieur âgé vient d'arriver sur Mende et fréquente nos locaux⁷. A l'Accueil De Jour, il ne passe pas inaperçu. Coupe en brosse, blanc de l'âge, il porte des lunettes de soleil de la même couleur que ses cheveux malgré le mauvais temps. Il vient prendre un café, un petit déjeuner autour duquel une première relation d'accueil se noue. L'hiver approche, il dort dehors. A notre proposition de l'aider pour une solution d'hébergement, il refuse (au cours des différentes rencontres, il se met rapidement en colère si nous nous montrons insistants pour intervenir).

Son état de santé est inquiétant, il boite, s'essouffle en montant les escaliers, se plaint de douleurs. Pourtant il ne veut pas entendre parler de l'hôpital, des urgences, d'un médecin. Il est clair que s'immiscer dans ses difficultés, amener la relation au-delà de sa demande première, c'est prendre le risque d'une rupture de ce petit lien existant. Il veut pouvoir venir, se poser, prendre un café, échanger et plaisanter avec d'autres (l'équipe en particulier).

L'écart entre les besoins que nous évaluons, (santé, hébergement) et sa demande est tel que cela nous demande une vigilance. Il est important de maintenir le peu de lien, afin d'être présent, au besoin. Les jours passent et son état de santé se dégrade. Dans nos relations sur l'accueil de jour (les seules qu'il accepte) il me confie vouloir faire un séjour en maison de repos. C'est une démarche qu'il semble connaître mais il refuse ma proposition de l'accompagner, d'appeler un médecin. Il veut se débrouiller seul et dit connaître un médecin sur Mende, un médecin dont je m'aperçois vite qu'il n'exerce plus depuis de nombreuses années.

⁷ L'accès à nos services est libre et l'accueil se fait selon la demande et la situation de chacun.

Rapidement, son corps le rappelle à plus d'acceptation. Il apprend aussi que son médecin n'exerce plus et m'autorise à l'accompagner, l'après-midi même, dans un autre cabinet. Pourtant, les événements s'accélèrent, il termine le repas (qu'il n'aura pas touché) la tête entre les mains, pleurant de douleur et de mal-être. Il tremble, peine à se lever, la situation demande d'autres décisions, je ne propose plus, je lui explique calmement que je l'accompagne immédiatement aux urgences.

Il ne refuse pas.

Changement de lieu, de cadre et changement d'attitude. Il se laisse déshabiller, laver. C'est à cet instant que nous découvrons, par l'intermédiaire de l'infirmière de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), présente à ce moment là, que la dégradation de son état de santé est générale. Le dos est couvert de feuilles mortes, le corps parcouru de poux de corps et même d'insectes, qui révèlent l'extrême de la situation. Il faudra un après-midi entier pour le laver, débarrasser son corps de parasites avant le moindre examen médical.

Nous sommes surpris de son acceptation à une telle incursion dans son intimité, mais l'hôpital n'est pas l'accueil de jour.

La suite est un enchaînement d'évènements : sortie d'hospitalisation, retour à la rue, ... ce qui nous permettra de prendre une place importante auprès de lui.

Après plusieurs jours, il sera enfin accueilli en maison de repos avec un suivi médical adapté qui révélera bien l'importance d'un accueil en service de soins. Le diagnostic vital était bien engagé. Un médecin nous confiera qu'il n'aurait certainement pas survécu une semaine de plus dans la rue. Nous l'accompagnerons encore quelques semaines durant l'hospitalisation, jusqu'à son décès.

La facilité serait d'expliquer le manque d'hygiène par nos représentations sociales et/ou individuelles ; s'en contenter ou chercher à appliquer une logique de compréhension, d'interprétation et de causalité aux situations individuelles rencontrées se révélerait réducteur, faux, voire dangereux.

Nous avons alors accepté de nous poser toutes sortes de questions et d'élaborer des possibilités de réponses comme suspendues, jamais arrêtées, ouvertes...

- Par sa présentation, quelle image le sujet donne-t-il à voir, à penser ?
- De quelle situation, contexte de vie parlons-nous ? (Sans domicile fixe, précarité, grande précarité, recherche d'emploi, isolement social...)
- Quelles ressources a-t-il ? Quel entourage ?
- Est-ce une attitude, un comportement, une manière de vivre ancienne ou récente ? Plusieurs sens sont-ils possibles pour une seule personne ?
Peut-on parler de symptôme⁸ ? Isolé ou non ?
Peut-on parler de passage à l'acte ?
- Comment en est-il arrivé là ? S'est-il passé quelque chose récemment en lien avec une dégradation de l'état général ou uniquement de cette apparence extérieure ?
- Plusieurs étiologies sont possibles. Un événement déclencheur est-il à l'origine de cet état alors plutôt défini comme réactionnel ? Ou bien est-ce l'une des conséquences de la succession de situations difficiles ? Ou encore a-t-on suffisamment d'éléments pour penser à une étiologie plus structurelle en lien avec une carence affective, sociale depuis l'enfance, voire la toute petite enfance... ?
- Quel rapport à l'autre a-t-il connu pour construire son rapport à lui-même ?
De quel soin a-t-il été le sujet ? Qu'a-t-il intégré d'une capacité à prendre soin de lui, à agir par et pour lui-même ?

⁸ Symptôme : défini par la psychanalyse comme la symbolisation d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet.



La notion de soin a retenu toute notre attention dans le lien qu'elle entretient avec la construction bio-psycho-sociale du sujet depuis sa plus petite enfance.

L'enfant se construit dans les « relations primaires »⁹. Il s'agit d'un processus identitaire s'inscrivant dans le « prendre soin de l'enfant ¹⁰ » à travers différents portages : physique et psychique. L'enfant prend conscience de son corps petit à petit dans cette relation et s'y intéresse.

Nous nous sommes donc nourris de quelques idées fondamentales à ce sujet, puisant dans des références bibliographiques autour de l'accueil des nouveau-nés en situation familiale traditionnelle ou en pouponnière, comme par exemple, les travaux de l'association Pikler Lóczy – France. C'est un centre d'étude, de réflexion sur l'enfant, de recherches, de documentation et de formation autour de la petite enfance et par extension sur la notion de soin à toute personne en situation de dépendance et/ou de souffrance (personne en développement, malade, personne âgée, enfant handicapé...).

« Pour nous, le soin c'est une attention personnalisée et des interrelations chaleureuses, au sein d'un environnement stimulant, stable et prévisible ». A la naissance, le soin est en lien avec un sentiment d'existence. Le petit demande à ce que l'on prenne soin de lui pas simplement pour être propre (hygiène) et nourri, mais il demande l'attention psychique de l'autre. Plus que le soin technique, c'est ce qui se passe au moment du soin qui est important : « un soin maternant »¹¹.

A l'intérieur d'un lien privilégié entre un bébé et un adulte, l'adulte est capable d'appréhender les besoins du bébé en l'observant, et le bébé fait petit à petit l'apprentissage de ses communications sociales. Ces premiers liens font le socle pour lui des liens futurs, sa fiabilité interne. Il peut alors faire des allers-retours entre moments de grande proximité et disponibilité avec l'adulte et moments d'activité libre sans intervention de l'adulte jusqu'à intégrer suffisamment « la permanence de l'objet » pour pouvoir le laisser s'absenter sans peur de ne pas le retrouver.

⁹ Winnicott D.W.

¹⁰ Concepts élaborées par le pédiatre et psychanalyste Winnicott D.W. :

Holding : défini comme la capacité de la mère à soutenir à maintenir (porter, contenir, envelopper) son bébé physiquement et psychiquement. Le holding a aussi pour fonction de lutter contre la discontinuité et aussi met en jeu les enveloppes du regard, de la voix et de la pensée ...

Handling : défini comme la capacité de la mère à donner des soins corporels, caresses...

Object presenting : définit comme la capacité de la mère à s'adapter au besoin de son bébé au bon moment ou à différer sa réponse si elle sait que son bébé peut attendre.

¹¹ Lóczy ou le maternage insolite. David Myriam et Appel Geneviève, Ed Eres, 2008.

La « qualité » du lien permettra au nourrisson de se détacher en toute sécurité quand il sera assez grand pour le faire et de s'engager en toute confiance dans d'autres liens d'attachement. C'est l'expérience de la fiabilité de son entourage qui lui permet d'intégrer quelque chose de l'ordre de sa propre contenance et de sa fiabilité interne ; cette capacité implique le passage par plusieurs stades du développement psychique permettant d'aboutir à une certaine « autonomie psychique ».

Le soin, par ce qu'il apporte de reconnaissance de l'importance que nous accordons à l'être humain qui se tient devant nous, est donc un des éléments fondateurs de l'estime de soi¹² et de l'intégrité dans la construction psychomotrice et sociale de l'enfant, du futur adulte.



¹² Narcissisme primaire : « Il serait à l'origine de la construction des bases de l'estime de soi et ce narcissisme là serait le résultat de bonnes expériences vécues dans la première année de vie de l'enfant et ce dans une certaine continuité... le tout petit s'identifiant d'abord totalement aux expériences qu'il vit, en schématisant une bonne expérience = un enfant qui se sent bon, une mauvaise expérience = un enfant qui se sent mauvais ».

Cependant, des évènements de vie peuvent ébranler cet équilibre même solide. Ces acquis peuvent évoluer et seront sans cesse remis en question ; de la même manière, il nous semble impossible, non seulement théoriquement mais aussi éthiquement, de prédire le futur d'un nouveau né à partir de ses premières expériences de vie. Cela annihilerait toute dynamique, tout élan vital, toute possibilité de résilience¹³ et de surprise jusqu'à faire le lit à un déterminisme morbide.

Face à ce constat, on peut partir du postulat qu'une personne a (toujours) besoin de soin, que ce soit de la part de son entourage familial, amical ou des professionnels de la relation d'aide. La question suivante reste entière : Les personnes qui refusent notre accompagnement refusent-elles que l'on prenne soin d'elles ? Ou bien s'agit-il d'autre chose ?

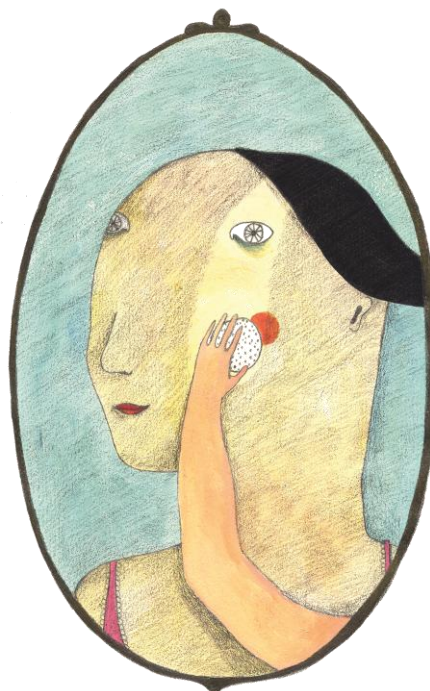
Pour pouvoir s'inscrire dans ce type de relation maternante¹⁴, porteuse sans risquer de tomber dans le piège d'une relation basée essentiellement sur l'affect et vouée à l'épuisement, peut-être l'échec, la répétition de situation de rupture, il faut se sentir à la fois suffisamment en sécurité intérieurement et soutenu par un tiers : l'institution, l'équipe, les partenaires...

Différencier toutes ces situations, prendre la mesure de chacune, les entendre d'une autre oreille, les regarder d'un autre œil peut-il permettre au professionnel d'éviter les situations d'échec, de conflit, de fuite ? Prendre position autrement dans la rencontre et dans l'écoute qu'il en a : rester différencié, accueillir ce qui vient, ce qui se montre, en dire quelque chose ou pas, s'assurer de relais, être soutenu pour être soutenant, entendre, faire re/père et s'organiser pour que cette proposition de lien soit tenable, fiable dans le temps.

¹³ Résilience : Faculté à « rebondir », à vaincre des situations traumatiques - capacité pour un individu à faire face à une situation difficile ou génératrice de stress.

¹⁴ Maternante au sens du maternage insolite de Loczy.

Aborder le sujet,
qu'est-ce que cela signifie pour moi ?



Aborder le sujet cela signifie en premier lieu de re-questionner ensemble le sens de l'hygiène, de l'éthique, de l'éducation.

Le 20 avril 2009 et le 10 septembre 2010, lors des journées départementales sur le thème de « l'hygiène, l'éthique et l'éducation », le docteur Evelyne Coulouma, médecin de santé publique, nous a amenés à réfléchir à l'aide de deux outils l'Abaque de Régnier¹⁵ et les diapositives « Quand le bien de tous va à l'encontre de la liberté individuelle »¹⁶. Concernant le premier, il s'agissait, de choisir trois propositions avec lesquelles nous étions le plus d'accord et une qui nous interpellait particulièrement. Nous avons pris appui sur cet éclairage et ces échanges pour mieux aborder la complexité de l'accompagnement.

Selon vous, éduquer pour la santé en matière d'hygiène, c'est :

- Accompagner la personne dans sa recherche d'information, dans l'acquisition de compétences et dans les choix relatifs à sa santé ?
- Expliquer à la personne les effets des maladies infectieuses sur sa santé ?
- Mettre en garde la personne contre les risques qu'elle prend en adoptant tel ou tel comportement nuisible à la santé ?
- Mettre en garde la personne contre les nuisances que représentent ses comportements pour la santé des autres ?
- Donner des informations claires sans jugement ?
- Considérer les conditions de vie avant de donner des conseils ?
- Intervenir sous la contrainte, même s'il n'y a pas de demande, pour le bien de l'entourage en cas d'urgence ?
- Donner les moyens à la personne d'agir sur leur environnement ?
- Accompagner la personne à (re)trouver l'estime de son corps ?
- Mettre en garde la personne contre les risques qu'elle prend pour sa santé ?
- Construire avec les personnes des réponses adaptées à leurs besoins de santé et à leurs attentes ?....

¹⁵ L'Abaque de Régnier est un système de communication pour les groupes restreints – Objectifs et intérêts : Animer un débat, une séance de formation, une réunion, une rencontre...en permettant à chacun de se positionner, de s'exprimer, de donner son avis et d'argumenter à partir d'une même affirmation donnée au groupe.

¹⁶ Intervention du Dr Evelyne Coulouma, médecin de santé publique, lors des journées départementales sur le thème de « l'hygiène, l'éthique, l'éducation » (20 avril 2009 et 10 septembre 2010)

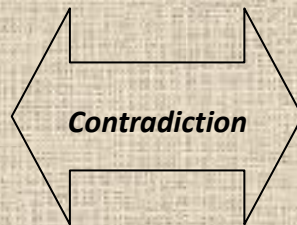
Quand le « bien » de tous va à l'encontre de la liberté individuelle...

Attitudes éducatives

*De quel droit intervenir ?
De quelle place ?
Comment s'y prendre ?*

Quelle est la finalité de l'éducation ?

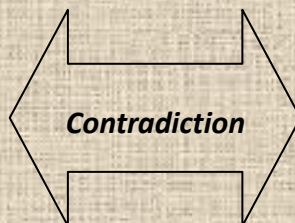
OBSERVANCE
*Obéissance à une règle dictée par l'autorité.
Adéquation entre les comportements et les prescriptions médicales.*



AUTONOMIE
*Se donner ses propres règles de vie.
Liberté de choix dans les décisions relatives à sa santé.*

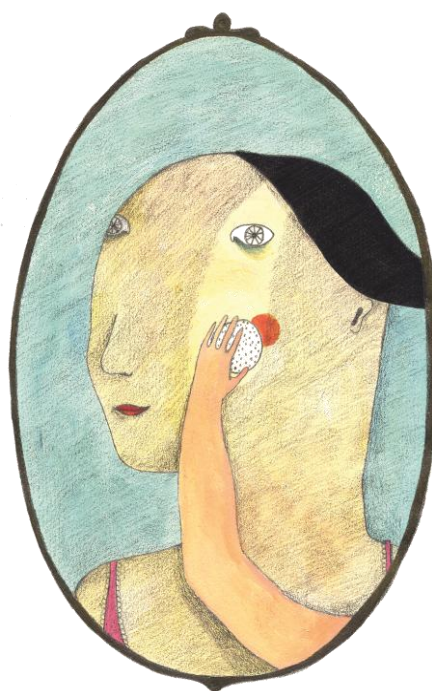
Les contradictions de l'éducation

EDUCARE
Nourrir, donner des normes et des valeurs, normaliser, domestiquer...



EDUCERE
Accompagner, conduire hors normes...

De quel accompagnement
s'agit-t-il ?



Une intervention spécifique et directe au niveau de l'hygiène est légitime :

- au-delà du regard subjectif des représentations personnelles,
- en regard d'une situation d'ensemble,
- dans seulement certaines circonstances définies,
- l'intention est nécessaire à clarifier.

Le professionnel va se demander à laquelle de ces trois situations il est confronté alors :

- le manque d'hygiène est un frein au projet de la personne, de son désir ?
- le manque d'hygiène est un problème pour moi, professionnel ?
- l'hygiène met à mal le pronostic vital ?

L'accompagnement n'est pas figé. Il demande une implication à aller vers l'autre, à le laisser venir, une ouverture pour reconnaître en chaque sollicitation, une situation singulière. Avec la personne, son histoire et son contexte de vie, un cheminement est à inventer entre celui qui accueille et accompagne, et celui qui vient, parfois sans savoir ce qu'il demande, ce qu'il cherche...

L'accueil propose un lien, amène la relation qui permet l'accompagnement, en réponse à une sollicitation, toujours sur le chemin de la libre adhésion.

L'accueil participe au formidable processus de rencontre qui engage chacun à une forme de relation.

Aux premiers regards, aux mots prononcés comme aux attitudes, beaucoup s'expriment. Invitation ou réticence, gêne ou empathie, ...

Nous accueillons avec les paroles, les gestes mais aussi de part les lieux, l'affichage, la disposition des locaux. Les murs parlent de ce que nous pensons du public qui peut y être accueilli. Parois vides ou surchargées, affiches sur le sida ou annonces de concert ne délivrent pas le même message.

La forme même de notre intervention parle de ce que nous proposons. Se lever pour aller vers l'autre ou attendre derrière un bureau, serrer la main ou baisser le regard, paraître pressé, être disponible...

Quel qu'il soit, le moment de l'accueil est à engager en toute conscience de ces enjeux. Il aura valeur d'une reconnaissance mutuelle qui permettra l'alchimie de la rencontre, offrira à chacun un potentiel de confiance ou inversement apportera la méfiance, hypothéquant dès lors un accompagnement à venir.

A quelle distance suis-je ?

Quel accueil puis-je offrir ?

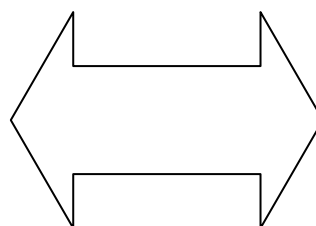
Mes limites et les limites du cadre sont-elles reconnues ?

Sont-elles sensées ?

Sur quoi puis-je m'appuyer ?

Le cadre contenant de la rencontre est-il bien défini ?

S'inscrit-il dans une continuité ?

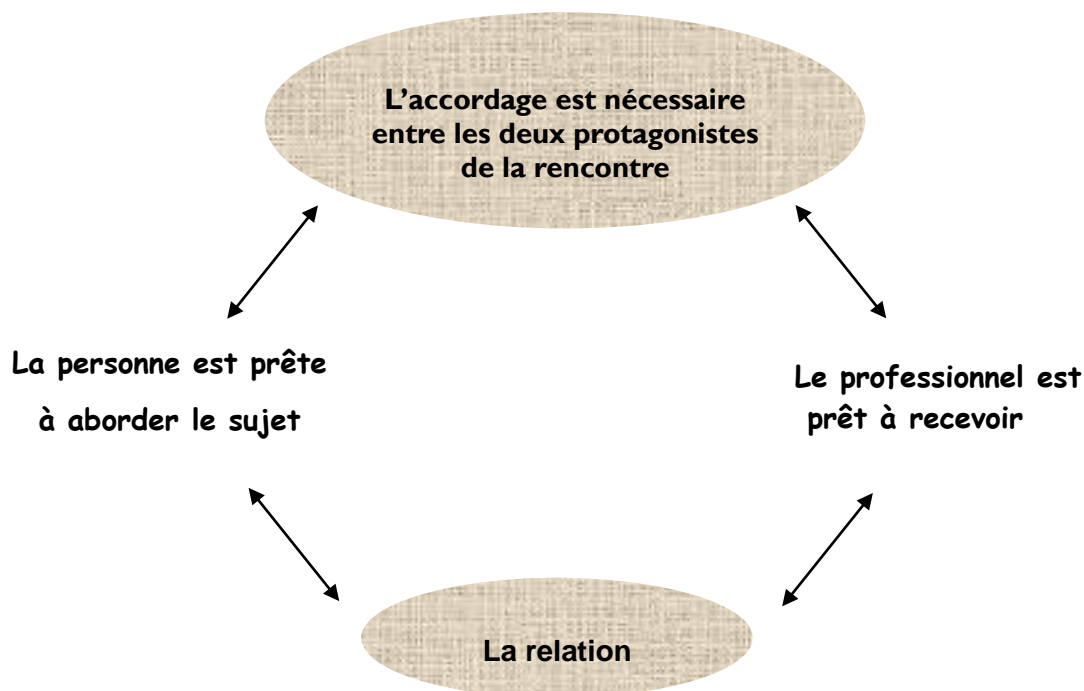


Permettre la rencontre

Créer un lien de confiance

Choisir les mots, le moment opportun

De l'accueil à la rencontre, de la rencontre à la relation, le chemin est à construire ensemble, selon un temps bienvenu, variable selon les personnes et les situations. Le cadre est à préparer pour que la question puisse émerger.



Dans cette interaction, chacun s'investit avec sa propre subjectivité, renforçant la complexité de la relation.

Il s'agit d'un « Acte de connaissance unilatérale quand il s'agit d'objets inanimés qu'il convient d'identifier et de classer ; cette opération n'est déjà point exempte de subjectivité ; chaque saisie par nos sens faisant l'objet immédiat de perceptions qui transforment la vue en regard, l'ouïe en entendement, etc, et modifient ainsi la [forme] le sens de la chose perçue. Ces processus, dont on réalise dès qu'on y réfléchit qu'ils sont moins simples qu'il n'y paraît, s'hypercomplexifient dès que ce développement s'opère entre sujets [entre êtres vivants, humains]. Ils font alors l'objet consciemment ou inconsciemment d'interactions, d'intertransformations, de reconnaissances, tous mouvements intersubjectifs par essence et de réciprocité variable tant cette relation met de choses en jeu. »¹⁷

¹⁷ Guide de l'éducation spécialisée Guy Dréano DUNOD 2002 p.97.

Etre conscient de cette complexité, se connaître, être reconnu dans ce que je fais et reconnaître suffisamment mes propres limites, c'est ainsi que la façon de communiquer sera d'autant plus sereine, en comportant suffisamment de messages cohérents, entre les informations que j'énonce et celles données par mon comportement et mes attitudes.

« Conseillère ESF, j'accueille une personne dont l'odeur me dérange au point de ne plus pouvoir concentrer mon énergie sur l'accompagnement. Je prends le risque, si je n'ai pas réussi à lui parler ouvertement de mon inconfort, d'envoyer des informations contradictoires entre mon discours et mon attitude. Mes paroles proposent de l'aide, mon visage exprime tout autre chose. »

La disponibilité et l'écoute sont pourtant les conditions indispensables à la relation. Cela exprime l'intérêt que l'on porte à la personne et l'importance d'entendre ce que l'autre a à nous dire. Cette relation doit permettre à l'intervenant d'être repéré comme un partenaire authentique mais surtout à celui qui est accueilli de se sentir reconnu et non confondu avec la difficulté qui porte sa demande. A ce moment-là et pour une durée garantie, il est la personne qui compte pour le professionnel qui accueille. Ainsi, nous n'accueillons pas un « SDF », un « sortant de prison », un « chômeur », mais bien une personne qui peut être en recherche d'hébergement, en besoin de soins, en demande de ressources, ...

La relation ainsi établie permet une confiance mutuelle, un lien qui autorise à aborder la réalité d'une situation difficile, à comprendre la complexité de problèmes énoncés et sous-jacents.

« Les stratégies d'accompagnement dont nous allons parler relèvent toujours de la même procédure : une rencontre, la naissance d'un projet, un cheminement, un transfert réciproque de compétences et de savoir, l'acquisition par les familles et les professionnels d'un certain nombre de savoirs que les premières pourront intégrer dans leur projet et que les seconds pourront intégrer dans l'enrichissement de leur pratique professionnelle.

La rencontre, elle doit se faire dans un temps opportun et pendant un temps opportun, parcourant ainsi les chemins de la vie que l'on ne connaît pas d'avance. »¹⁸

Accompagner, c'est recevoir celui qui nous sollicite dans une ouverture sur ce qu'il est, ce qu'il désire, ce qu'il demande. C'est comprendre les liens qui interagissent entre la personne, son histoire et son environnement. Tenir compte de la relation que la personne a avec un animal, ses affaires...d'autant plus si ceux-ci font fonction d'objet transitionnel¹⁹, et c'est un besoin à reconnaître, à admettre.

L'accompagnement est un processus global. Il ne s'agit pas d'un empilement de tiroirs à solutions mais bien d'un engagement dans une dynamique d'ensemble. La situation du monsieur âgé illustre véritablement ce besoin de cohérence et de globalité. Il aurait été vain de travailler sur le besoin d'hébergement sans prendre en compte son état de santé et inversement. Comme il aurait été déplacé de parler d'hygiène corporelle sans la replacer dans le contexte de ses conditions de vie matérielles, de ses difficultés physiques et psychiques.

L'accompagnement permet une évolution. *« Cela implique de laisser le temps et l'espace à l'autre de se positionner activement dans la décision de prendre, de refuser, de dire encore ou assez »²⁰.*

Dans ce cheminement, le temps est un facteur important. Il ne doit pas se rigidifier pour se modeler à un fonctionnement administratif ou politique mais bien s'adapter au temps dont la personne a besoin pour que puisse s'opérer l'évolution nécessaire pour que puisse émerger son désir.

¹⁸ Titran, Maurice et al, pédiatre CAMSP de Roubaix, *Accompagner* Ed. ERES, 2000.

¹⁹ Objet transitionnel : selon le Dictionnaire de la Psychanalyse « selon D.W. Winnicott, premier objet matériel possédé en propre par le nourrisson, que celui-ci ne reconnaît pourtant pas comme appartenant à la réalité extérieure, bien qu'il ne fasse pas partie de son corps propre ». Le recours à des objets de ce type est, selon l'auteur, un phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et la « véritable relation d'objet ». » « [...] Cet « objet transitionnel » garde longtemps sa valeur avant de la perdre progressivement ; il peut aussi réapparaître plus tard notamment à l'approche d'une phase de dépression. [...] « L'objet transitionnel et le phénomène transitionnel apportent, dès le départ, à tout être humain, quelque chose qui restera toujours important pour lui, à savoir un champ neutre d'expérience qui ne sera pas contesté » Extrait article Winnicott à propos des possessions », p. 322 « De la pédiatrie à la psychanalyse », 1989.

²⁰ Madeleine Vabre, *Le journal des professionnels de l'enfance*, n°35, juillet- Août 2005.

Partir des préoccupations de la personne accueillie donne le temps d'une part d'entendre quelque chose du fonctionnement de l'autre, d'autre part de trouver un « ajustement à là où il en est » dans ma manière de m'adresser à lui, dans ce que nous allons pouvoir mettre en place ensemble, « avec » plutôt que « contre » ou « à la place ».

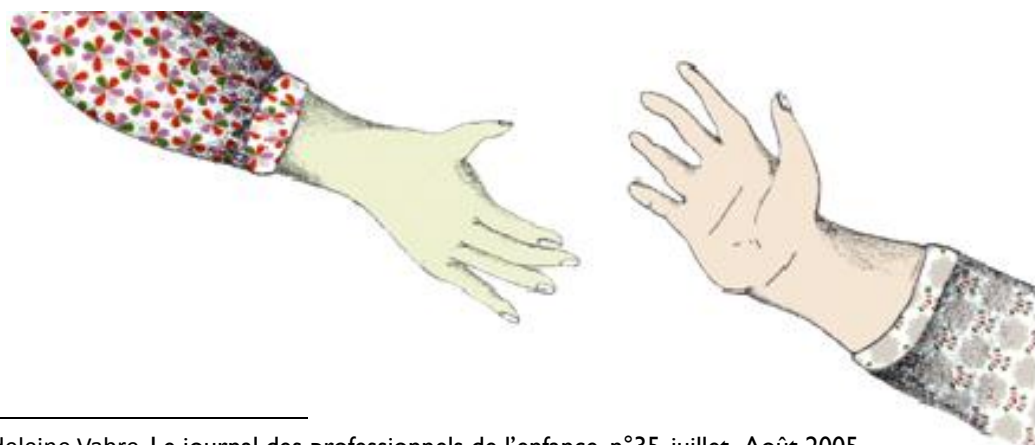
« Parler pour situer ce qui va venir et comment ça va se passer²¹ » : l'espace d'accompagnement proposé doit être clairement expliqué avec en postulat la libre adhésion et la liberté de saisir ou de refuser les propositions énoncées.

L'engagement réciproque dans ce parcours peut trouver ses limites du côté de la personne qui sollicite comme de celui qui accompagne. Au besoin, le professionnel est prêt à dire ses limites, à accueillir la réaction de l'autre. Il doit aussi rester attentif à ne pas intervenir au-delà des possibilités et des attentes de celui qu'il accompagne.

Seules les situations extrêmes où un danger réel existe autorisent à intervenir contre l'avis de la personne. Mais ce sont là des évènements qui sortent du champ de l'accompagnement à un moment donné, pour évoluer vers le « porter secours ». Selon les suites que chacun voudra ou pourra lui donner, cet évènement participera ou non du processus d'accompagnement.

Quel accompagnement, pour quelles actions ? La difficulté est sans doute de savoir accompagner la personne dans ce qu'elle ne peut ou ne sait pas faire, sans qu'un jugement soit porté sur ses compétences, sans perdre la confiance en elle, en ses autres compétences, en sa capacité à continuer de se développer par elle-même et pour elle-même avec l'aide de l'autre, d'un autre.

Agir ainsi lors de l'accompagnement, c'est aussi préparer la suite, le moment où l'autre aura à se débrouiller de plus en plus seul, quand aura un autre sens pour lui le « prendre soin de soi ».



²¹ Madeleine Vabre, Le journal des professionnels de l'enfance, n°35, juillet- Août 2005.

Aborder la question de l'hygiène, le moment est venu de clarifier notre intention

- « **Quand le manque d'hygiène est un frein au projet de la personne, à son désir.** »

En entretien, quand la personne partage avec nous un lien qu'elle fait entre son hygiène et l'échec de ses projets, l'intervention peut alors être basée sur un échange autour des causes, qu'elles soient matérielles, psychologiques ou autres...

Après cette analyse conjointe, ensemble nous réfléchissons aux soutiens adaptés (aides financières, soins, étayage familial ou social...).

Lorsqu'au contraire, la personne ne verbalise pas cette difficulté, mais que le professionnel évalue au travers de plusieurs critères que cette problématique parasite son projet d'insertion, il peut se sentir légitime à aborder le sujet.

« ...l'étiquetage étant toujours l'initiative d'autrui, autrui qui énonce une prophétie qui contribue à sa réalisation. Ainsi se mettent en branle divers mécanismes qui concourent à modeler la personne sur l'image qu'en ont les autres »²²

Il va s'agir ici de faire attention à ne pas assigner l'autre à une place présumée. L'apparence physique ne peut en aucun cas être prise en compte dans la construction d'un projet sauf demande expresse de la personne concernée (ce qui signe déjà un travail bien avancé).

En qualité de travailleur social, d'accompagnateur, de conseiller, nous nous attacherons à repérer le piège des représentations, de l'étiquetage, afin d'orienter nos pratiques sociales vers des relations de coopération et non pas de domination, éviter la toute puissance, se méfier des injonctions. Travailler à la restauration de liens, à des essais d'appartenances, à des élaborations de projets pour accompagner l'autre dans la « reconstruction » ou construction de son image sont les axes à favoriser.

A partir de ces orientations « l'image que la personne nous renvoie » ne pose pas vraiment de problème mais nous amène à d'autres interrogations :

- A quoi et comment allons-nous travailler ensemble ?
- Comment s'adapter les uns et les autres à des normes discutables et appropriables ?
- Comment continuer à agir malgré tout ?...

²² Becker Howard sociologue, Outsiders Editions A. M Métailé, 1985.

- Comment penser un projet ?
- Comment rendre ce travail émancipateur quand le risque est de se soustraire à la vie « sociale » ?
- Comment malgré tout penser sa vie en termes de changements et d'étapes quand celles-ci sont inscrites dans une durée non prévue, inconnue et à quel prix ?

Nous devons adapter les étapes d'un ou du projet à la reconstruction ou construction (progressive) de « l'image de soi », avoir pour ambition une progression souple, sans danger, adaptée à chaque personne, à chaque situation, en tenant compte du contexte que nous avons au préalable « évalué ». A-t-elle vécu des échecs répétitifs ou non, en lien avec une histoire, des faits « objectivables » ? Que pensent les intervenants extérieurs de cette personne ? Comment qualifier l'évolution d'une situation ? Satisfaisante ou pas ? Ces derniers mots posent les questions suivantes : de quel droit évaluer, juger d'une évolution en terme de bonne ou mauvaise, satisfaisante ou non ? De quelle place ? Dans quel but humain ? Politique ? D'insertion ? D'exclusion ? Le sujet lui-même n'est-il pas seul, mais accompagné, en mesure de dire ce qui lui semble satisfaisant ou non dans son évolution ? Et cet acte de non jugement, d'interdiction de penser pour l'autre n'est-il pas « thérapeutique » dans le sens où il rend au sujet sa liberté de penser et d'exister pour lui-même ?

Nos actions vont s'inscrire dans ce contexte, avec prudence lorsque plusieurs éléments observés peuvent laisser penser qu'il existe une pathologie. Nous aurons alors besoin d'un soutien différent avec d'autres professionnels, d'autres soignants.

- « Quand le manque d'hygiène est un problème pour moi, professionnel. »

Pour nous, il semble important d'en parler à la personne car nous basons la relation à l'autre sur l'authenticité et le partage des émotions dans le respect mutuel. Les non dits viennent gêner l'échange et nous rendent peu disponibles pour l'accueil et l'écoute de l'autre. Cette verbalisation ne doit pas se faire sans un certain nombre de précautions. Il s'agit véritablement de parler de ce que l'on ressent sans préjugé ni jugement. Il est question de ressenti et en aucun cas d'une vérité.

- « Quand le diagnostic vital est engagé. »

Lorsque la souffrance de l'autre devient inacceptable, nous trouvons toute légitimité à intervenir et interpeller les professionnels de santé.

« La non-assistance à personne en danger est l'engagement de la responsabilité pénale d'une personne qui n'interviendrait pas face à une personne courant un danger ». (Code pénal art 223-6).

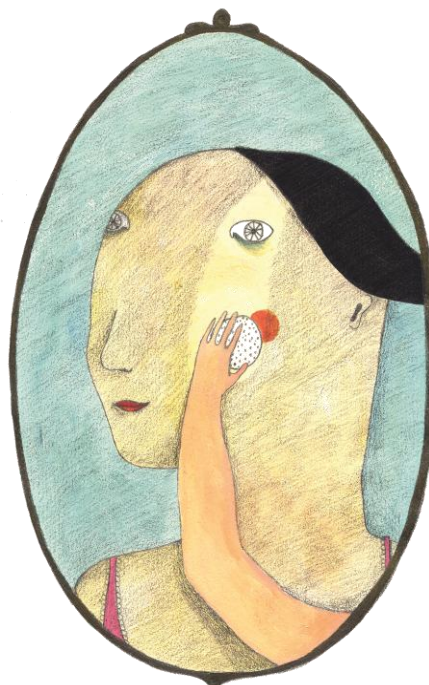
Lorsque nous doutons des symptômes ou que ceux-ci ne sont pas totalement évocateurs mais tout de même inquiétants, il semble important de faire du lien, de se questionner à plusieurs, occupant des places différentes pour prendre la mesure de notre subjectivité dans la relation. Est-ce juste lié à nos représentations ou existe-t-il des faits de mise en danger ?

Quelquefois le regard purement médical nous aide à objectiver. Dans ce cas, notre intervention est plus autoritaire et ne nécessite pas forcément l'accord de la personne. Notre aide s'inscrit dans une orientation vers des soins médicaux. L'adhésion peut s'opérer dans un second temps.



Replacer la problématique qui interpelle dans un contexte d'ensemble, l'hygiène est rarement un thème à aborder seul.. L'objectif est parfois aussi, quand la demande a émergé, d'aider la personne à comprendre le lien avec ce contexte et de l'accompagner en évitant de prioriser le problème d'hygiène mais bien de l'aborder en regard de l'ensemble de la situation.

Le partenariat



« Assistante sociale, je suis amenée à rencontrer une famille avec deux enfants en grande difficulté autour des soins et de l'hygiène. L'école parle, pour la cadette, de manque d'hygiène, de vêtements souillés ou d'une fatigue chronique. Je constate, lors des entretiens avec les parents, que le rythme de vie des enfants n'est pas adapté, qu'ils sont en difficulté pour mettre en place des activités ludiques avec leurs enfants, que l'appartement n'est pas entretenu pour le bien être de l'enfant : matelas souillé, usagé, draps non lavés, chambre peu investie, etc... »



Cette famille reconnaît que son fonctionnement peut mettre en difficulté les enfants et souhaite travailler sur cette problématique. L'accompagnement par une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale est proposé et accepté très volontiers par la famille. Il s'agit d'un soutien mis en place par un professionnel d'une association, financé par le département. Ce travailleur social intervient au domicile de la personne et travaille avec tous les membres de la famille suivant des objectifs définis ensemble au préalable. Pour la mise en place de cette aide, lors d'une commission, les travailleurs sociaux de la protection de l'enfance d'une circonscription œuvrent ensemble (autres assistantes sociales, éducateur spécialisé, puéricultrice, conseillère en économie sociale et familiale).

« Le terme de partenariat est apparu dans le langage courant seulement dans les années 1980. Le terme de partenaire dans le social est apparu une dizaine d'années auparavant, puisqu'il a été question dans les années 68-70 de partenaires sociaux²³».

D'un point de vue linguistique, le mot partenariat a des racines latines contenues dans le terme partage. On retrouve ainsi en vieux français le terme « parçonier » qui signifiait co-partageant. En outre, partenaire est emprunté à l'anglais « partner » qui est une altération de « parcener », qui signifie personne associée à une autre²⁴.

Dans l'exemple cité ci-dessus, nous comprenons bien les enjeux de chacun et le travail de partenariat qui en découle, et qui est nécessaire : *l'usager partenaire, l'équipe partenaire et le partenaire extérieur*. En effet, ces adultes sont en difficulté dans leur fonction parentale. Ces dysfonctionnements les touchent et ils souhaitent y remédier. Pour les enfants, ces manques sont aussi repérés à l'école, pouvant entraîner des soucis de santé et un risque d'exclusion par les camarades. Le professionnel est lui-même confronté à son cadre d'intervention et plus précisément sa mission de protection de l'enfance. Il fera appel dans ce contexte à l'équipe de travailleurs sociaux dans laquelle il s'inscrit, pour un soutien technique et d'aide à la décision. Et enfin, La Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale sera mandatée pour accompagner cette famille au quotidien.

²³ Evelyne Simondi, docteur en sciences de l'éducation, université de Provence, Aix Marseille.

²⁴ Catherine Thibault, Partenariat et Réseau, revue française de service social, n°217, juin 2007.

L'usager partenaire

Dans l'exemple, les parents et l'assistante sociale tissent un lien pour à la fois faire l'état des lieux de la situation, et travailler sur la mise en place concrète de l'aide proposée : les objectifs partagés, la fréquence des rencontres... Les parents et la Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale vont s'accorder dans une dynamique de changement à laquelle les enfants seront associés.

L'équipe partenaire

L'assistante sociale, dans le cadre de la procédure de mise en place d'une intervention d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale, et dans un souci de non-jugement, expose cette situation en commission. Il nous semble que la fonction de l'équipe contenante et soutenante du travail de chacun est à l'œuvre dans la question des émotions ressenties par le professionnel en situation d'entretien. En évoquant son vécu en équipe, le professionnel chemine plus ou moins inconsciemment vers une différenciation entre ses émotions et celles du sujet qu'il accompagne : une différenciation nécessaire entre eux, qui permet au professionnel de rester professionnel, épargnant le sujet d'une demande de satisfaction trop, pressante, oppressante de la part de l'accueillant. Cette réflexion a nourri l'idée de l'importance des temps d'échange en équipe d'une part et d'une régularisation des réunions tripartites (le professionnel, l'équipe/institution, un régulateur/superviseur extérieur à l'institution) en tant que levier, pilier pour le travail social d'autre part. On entend très souvent « prenez du recul », phrase pouvant devenir insupportable lorsque l'on côtoie la souffrance humaine au quotidien. Peut-être devrait-on dire « prenez appui ». Oser les émotions...mais en présence et pouvoir s'absenter en sécurité, sans abandonner, sans culpabiliser. Prendre appui sur les collègues pour mieux se situer près de l'usager, non pas en recul, mais en présence.

« L'ensemble du travail d'équipe doit donc être pris en compte pour penser [panser] ce sujet en souffrance. Au-delà du contre-transfert individuel, il est essentiel que le groupe ou l'équipe arrive à se penser comme pouvant être le dépositaire ou l'objet de situations qui sont en lien avec la difficulté du sujet à penser sa propre souffrance. »²⁵

²⁵ Mellier Denis, *L'inconscient à la crèche* » Ed. ERES, 2004.

A propos du monsieur âgé²⁶ qui passe régulièrement au lieu d'accueil, l'éducateur dit :

« Il veut pouvoir venir, se poser, prendre un café, échanger et plaisanter avec d'autres, l'équipe en particulier. »

Cela sous-entend que chaque membre de l'équipe a créé une relation avec cette personne. Il y a cohérence dans l'accueil, l'équipe a su réfléchir à un positionnement commun quant à sa mission d'accueil. Le partenariat ainsi mis en place offre à chaque professionnel la possibilité d'avancer dans sa démarche d'accompagnement, de poser une évaluation soutenue par tous, de se sentir reconnu dans l'équipe. L'organisation pensée collectivement permet au professionnel de ne pas se sentir continuellement sur un fil prêt à rompre. Elle permet de prévenir, voire d'éviter la répétition des ruptures souvent à l'œuvre, ainsi que le phénomène bien connu de la patate chaude qui consiste à se passer une situation d'une institution à une autre, allant à l'encontre de tout sentiment de continuité, de fiabilité. Ce sentiment est parfois déjà tellement mis à mal que c'est le sujet lui-même qui organise inconsciemment cette succession de ruptures, de lâcher/reprise.

Partenaire extérieur

Cependant, ce travail commun ne représente qu'une partie de la réponse à chaque situation. Sans interlocuteur extérieur, une équipe, une relation, une institution se sclérose rapidement. Il devient nécessaire de se tourner vers un regard extérieur faisant fonction de tiers. Orienter quand la place faite à l'émotion est perçue par le professionnel comme insuffisante dans le cadre d'accueil proposé, pour qu'une écoute différente soit possible ; entre autres parce que « le traitement de l'affect n'est pas le même, pour le sujet et son entourage, dans l'autisme, la psychose, les atteintes du corps, l'addiction ou l'agir » et aussi par souci de continuité dans l'expérience faite de la relation à l'autre, un relais accompagné soutient la demande et le sujet. *« L'institution recueille, qu'elle le veuille ou non, l'ensemble des problématiques des patients et des personnes qui la constituent. »*²⁷

²⁶ Page 18.

²⁷ Mellier Denis, *L'inconscient à la crèche* » Ed. ERES, 2004.

La mobilisation d'autres partenaires s'impose également dès qu'il s'agit de besoins spécifiques, de compétences différentes.

Dans l'exemple évoqué au préalable, l'assistante sociale n'a pas pour mission de travailler au quotidien sur des tâches spécifiques aux rythmes de vie. L'intervention du professionnel spécialisé est essentielle. Un lien s'établit pour réellement proposer à la famille un soutien adapté à ses besoins et attentes. L'assistante sociale a pour habitude d'organiser une première rencontre tripartite afin de préciser les modalités d'intervention et surtout de créer une ambiance de travail bienveillante.

L'impossible conclusion...

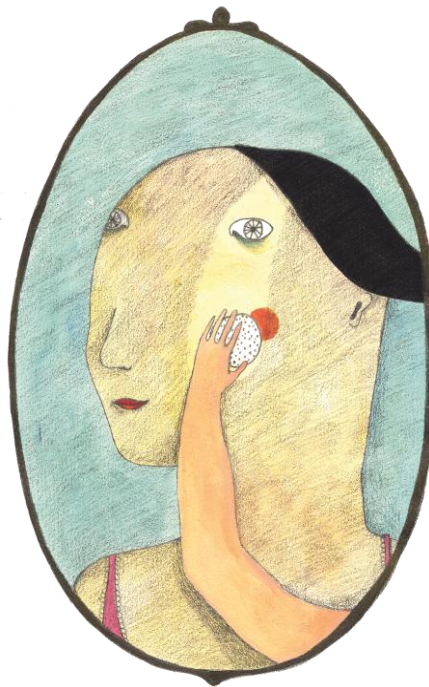
Hygiène, cheminement, sujet, soin, sens, accompagnement, partenariat...nous avons souhaité concevoir ce travail dans une approche globale, toutefois nous avons bien en tête qu'il est à ce jour imparfait, inachevé. Nous n'avons surtout pas voulu d'un outil « clé en main ».

Nous avons, grâce à la pluridisciplinarité, partagé toute la complexité de la problématique du « prendre soin et de l'hygiène » : cet écrit est nourri de nos expériences, de sentiments d'impuissance, de nos symboliques, de nos imaginaires, de nos connaissances et de notre compréhension de ce qui fait sens pour l'autre et pour soi.

Le professionnel qui accueille et accompagne est invité plusieurs fois à clarifier ses intentions pour lui, pour l'autre, ainsi que les intentions du sujet pour lui-même, avant même d'aborder avec la personne qu'il accompagne, la question de l'hygiène. Notre volonté est d'insister sur le caractère impératif d'une réflexion en amont à plusieurs voix, suffisamment menée et bien pesée : contexte, sens, conditions, façon, disposition, nécessité... Elle va de pair avec la volonté d'encourager le professionnel à savoir reconnaître quand il est légitime d'aborder la question de l'hygiène, dans une situation d'accompagnement qui « fait difficulté » pour l'autre sujet ou pour lui-même.

La fin de cet écrit ne signifie pas que la réflexion est close et nous sommes bien conscients qu'il est possible, voire même souhaitable d'aller plus loin dans l'approfondissement de ces notions et pratiques qui s'entrecroisent et se mêlent dans la « vraie vie ». La résolution des difficultés ne se résume pas en termes binaires.

Pour aller plus loin :
références
et sources documentaires



Bibliographie

- Abrégé de psychanalyse, Freud Sigmund, Ed Puf, 1970
- Accompagner, Titran Maurice et al, Ed Eres, 2000
- De la pédiatrie à la psychanalyse, Winnicott W Donald, Ed Payot, 1989, p 322
- De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du self, Tardos Anna et David Myriam, Association Pikler Loczy France, 199, 1 fascicule n°54 in : Devenir, vol. 3, n° 4
- Dictionnaire de la psychanalyse, Chemama Roland et Vandermersch Bernard, Ed Larousse, 2009
- Du partenariat au travail en réseau : un changement de regard en travail social, Simondi Evelyne, Lien social, 2008
- Guide de l'éducation spécialisée, Dréano Guy, Ed Dunod, 2009
- Jeu et réalités, Winnicott Donald W, Ed Gallimard, 2002
- L'inconscient à la crèche, Mellier Denis, Ed Eres, 2004
- La mère suffisamment bonne, Winnicott Donald W, Editions Payot, 2006
- Le journal des professionnels de l'enfance, Vabre Madeleine, juillet- Aout 2005, n°35
- Les bébés en détresse, intersubjectivité et travail de lien, Théorie de la fonction contenante, Mellier Denis, Ed Puf, 2005
- Loczy ou le maternage insolite, David Myriam et Appell Geneviève, Ed Eres, 2008
- Outsiders, Becker Howard, Ed A. M Métailé, 1985
- Partenariat et Réseau, Thibault Catherine, juin 2007, revue française de service social, n°217
- Philosophie, Droit Roger-Pol, Ed de la Cité, 2004
- Prendre soin d'un jeune enfant, Appell Geneviève et Tardos Anna, Ed Eres, 2005
- Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle, Oury Jean, Ed du Champ social, 2001
- Quand on n'a plus que son corps, Dambuyant –Wargny Gisèle, Ed Armand Colin, 2006
- Théâtre du corps, McDougall Joyce, Ed Folio-Gallimard, 2003
- Vers l'éducation nouvelle, Revue des CEMEA, n°533, janvier 2009
- Vocabulaire de la psychanalyse, Laplanche J et Pontalis JB, Ed Puf, 2007

Sitographie

- Association Pikler Loczy France : <http://www.pikler.fr>
- Institut Pasteur : <http://www.pasteur.fr>
- Le portail du travail social : www.travail-social.com
- Lien social du partenariat au travail en réseau :
www.reseaeval.com/.../ARTICLE_du_partenariat_au_travail_en_reseau.pdf
- Lien social : www.lien-social.com

Le CODES 48 remercie,

Pour leur engagement dans ce travail coopératif
d'écriture

Agnès Pezon, éducatrice spécialisée, ALTER

Audrey Cavagna, conseillère en économie sociale et familiale, Centre Médico Social de
Mende, Conseil général de la Lozère

Céline Béal, assistante sociale, Centre Médico Social de Mende, Conseil général de la
Lozère

Odile Mahé Le Thinh, éducatrice jeunes enfants - formatrice, GRETA

Olivier Hubert, moniteur-éducateur, association La Traverse

Perrine Coulouma, psychologue clinicienne

Pour sa confiance et son appui apporté lors de ce
travail sur l'hygiène

Sandra Atgé, responsable du service Action sociale et lutte contre les exclusions,
Conseil général de la Lozère

Pour son soutien financier

Le Conseil général de la Lozère

Dans le cadre du Plan Départemental d'Insertion



Conception

Agnès Pezon, éducatrice, ALTER, Marvejols ;
Audrey Cavagna, conseillère en économie sociale et familiale, CMS de Mende ;
Carole Bussadori, directrice, CODES 48 - IREPS LR, Mende ;
Céline Béal, assistante sociale, CMS de Mende ;
Odile Mahé Le Thinh, éducatrice jeune enfant - formatrice, GRETA, Mende ;
Olivier Hubert, éducateur, association La Traverse, Mende ;
Perrine Coulouma, psychologue clinicienne, Montpellier

Illustrations

Marion Fournioux pour les Editions Winioux
www.editionswinioux.com

Pour télécharger le document

www.irepslr.org

Projet conduit par



Edition 2011

