



**2^{ème} Journée régionale de formation
des personnels des MAS/FAM
11 Octobre 2007 au Palais des Arts, Vannes**

L'importance de l'observation fine

Marie-Josée BERGER, formatrice-psychanalyste, ANDESI

Plan de l'intervention :

- 1) **Caractéristiques des personnes gravement handicapées et expression de leur existence**
- 2) **Annonce du handicap et ses effets.**
- 3) **Importance de l'observation fine des résidents au quotidien.**
- 4) **Qu'est-ce que j'appelle un « petit rien » de la vie quotidienne ?**
- 5) **Que révèlent ces « petits riens » ?**
- 6) **Comment gérer ces « petits riens »**
- 7) **Effets possibles de ce travail sur les petits riens.**
- 8) **Partage en équipe de ces enseignements.**

**1) Caractéristiques des personnes gravement handicapées
et expression de leur existence.**

Accompagner au quotidien en institution des personnes gravement handicapées est complexe comme l'est leur histoire et leur trajet de vie.

Du fait de leur dépendance, cet accompagnement s'inscrit dans leur intimité et atteint celle des professionnels.

A ce propos, la loi du 2 janvier 2002 exige : « Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité » de toute personne prise en charge par des établissements médico-sociaux.

Il arrive que les résidents des MAS et des FAM aient été soumis à des placements infantiles précoces : hospitalisations provoquées par des atteintes somatiques infantiles, pouponnières, assistantes maternelles etc. Ces placements signifient séparation d'avec le milieu familial avec toutes les conséquences que cela peut engendrer : sentiment d'abandon, carences affectives, impression de ne pas « compter » beaucoup pour l'entourage. On observe aussi, parfois, des abandons par la famille dus à la trop grande responsabilité occasionnée par la naissance d'un enfant « pas comme les autres ».

Ces personnes déficientes éprouvent souvent des difficultés à exprimer clairement leurs souhaits, ce qu'elles aiment ou ce qu'elles n'aiment pas, ce qui est de l'ordre d'une souffrance physique et/ou psychique et ce qu'elles sont profondément.

Elles ont beau être démunies au niveau intellectuel et langagier, elles sont d'abord et avant tout, une personne.

Dans une institution qui reçoit cette population, une des tâches primordiales pour les professionnels d'une équipe pluridisciplinaire est d'être à l'écoute, de repérer l'expression d'un souhait ou d'une souffrance. Cette dernière est souvent liée à une forme de malaise, de mal être, voire d'angoisse, dont les origines proviennent d'événements ou de dires très anciens les concernant. Ces événements se sont probablement produits très précocement dans leur toute petite enfance, avant l'acquisition du langage.

Parmi ces résidents, il en est qui sont psychotiques. Ils peuvent avoir l'impression de ne pas exister ou de se sentir abandonnés, perdus ou « morcelés » quand ils se retrouvent seuls ou face à des hallucinations inquiétantes. De ce fait, ils peuvent être submergés d'angoisse et se sentir en danger.

Contre cette angoisse, ils se défendent de diverses manières :

- Ils peuvent se replier sur eux-mêmes, et refuser toute relation avec l'extérieur pour éviter le plus possible de réveiller des émotions insurmontables et des souffrances psychiques invivables. Ce repli peut s'accompagner de stéréotypies gestuelles ou vocales.
- Ils peuvent également avoir des gestes d'auto mutilation (se frapper la tête ou se gratter une partie du corps jusqu'au sang, s'enfoncer le doigt dans l'orbite oculaire, etc.). Ces gestes peuvent entraîner des lésions graves nécessitant des soins permanents.
- Parfois encore, ils manifestent une fragilité psychique par des épisodes agressifs, dirigés contre l'entourage, et qui sont à entendre comme l'impossibilité de contenir une angoisse dévastatrice. Ils peuvent alors projeter, expulser, cette angoisse sur les professionnels pour lesquels ces manifestations sont parfois très difficiles à supporter.
- Les conduites alimentaires peuvent aussi refléter des formes de souffrance : refus de s'alimenter, ou au contraire « remplissage » incessant non seulement de boisson (le café en particulier) de nourriture mais de divers objets ou produits qui peuvent être dangereux.
- Ils présentent également des troubles digestifs (constipation opiniâtre par exemple) ou des troubles du sommeil, etc. Autrement dit toutes sortes de manifestations passant par le corps.

Cependant, lorsqu'ils se sentent bien, ils l'expriment de manière très claire, si l'on y est attentif : par le regard, les gestes, le toucher, les sourires, le chant, la danse, des mots clé ou syllabes signifiantes pour eux
...

2) Annonce du handicap et ses effets

La révélation du handicap d'un enfant à ses parents est en elle-même une violence quels que soient la position et les dires du médecin qui s'en charge. Cette annonce peut créer de graves perturbations psychiques chez certains parents, voire de profonds conflits entre eux. Elle atteint ses parents sur le plan narcissique et affectif. Il y a une perte de tout repère d'identification à cet enfant si différent. Il existe chez ces parents des sentiments de culpabilité et d'agressivité, la plupart du temps inconscients.

Ces réactions me semblent absolument « saines » car il s'agit d'une image de soi impossible à reconnaître et à aimer d'une manière spontanée. La relation parents-enfant peut avoir jusqu'à un arrière goût de mort, mais de mort niée car il est intolérable de laisser émerger en soi un sentiment d'une telle violence vis à vis d'un être sans défense. C'est un choc qui peut bouleverser les places et les relations de tous les membres d'une famille.

Il est souhaitable que ces sentiments douloureux et ces représentations s'expriment le plus rapidement possible auprès de professionnels qui ne jugent pas ces parents. Ceci afin que leur enfant n'en supporte pas trop le poids sur le plan relationnel jusqu'à la fin de sa vie. En effet, ces représentations et ces fantasmes peuvent se travestir de différentes manières de la part des parents qui se défendent ainsi d'une trop grande douleur :

- Distance, indifférence et froideur apparente : voir ces mères qui s'intéressent davantage aux soins médicaux qu'à leur bébé hospitalisé par exemple.
- Attitude de surprotection, accompagnée de rejet inconscient, position ambivalente qui met le petit sujet handicapé dans un sentiment d'insécurité préjudiciable pour le devenir de sa vie affective.

Ainsi voit-on par exemple :

- des enfants emmitoufflés dans des habits chauds alors qu'il fait 30° à l'ombre.
- des enfants à qui l'on donne des aliments moulinés alors qu'ils seraient capables de mâcher.
- des enfants empêchés d'explorer l'espace à la mesure de leurs capacités, à leur rythme et de prendre le moindre risque de peur qu'ils ne se fassent mal, etc.
- enfin, des enfants qui n'ont pas l'occasion de devenir autonomes au maximum de leurs capacités par rapport aux apprentissages de la vie quotidienne. Les adultes font tout à sa place. « *Il a déjà assez à faire avec son handicap* » entend-t-on souvent de la part de parents désappointés.

Voilà comment, pour se protéger de ces fantasmes indicibles d'agressivité et/ou de meurtre, ces parents peuvent en les repoussant, empêcher inconsciemment leur enfant de progresser au maximum de ses possibilités, et rester dans une position infantile de dépendance jusqu'à l'âge adulte voire tout le long de sa vie.

Dans les foyers d'adultes handicapés et dans les MAS en particulier, on retrouve fréquemment ces comportements, qui suscitent beaucoup d'hostilité de la part des professionnels vis à vis des parents : ils se trouvent là comme empêchés de faire leur métier, qui consiste à amener les résidents à progresser le plus possible au fil du temps.

« *Ma famille m'empêchait de faire quoique ce soit, j'ai été trop couvé dans mon enfance* » disait un résident I.M.C.

Certains parents peuvent aussi adopter une attitude de refus, de « déni » vis à vis du handicap de leur enfant, ce qui le met aussi en grande difficulté. Il risque ainsi d'être considéré non pas là où il est mais en deçà ou au-delà de ses possibilités.

Cette attitude de déni peut perdurer fort longtemps et perturber fortement le développement psycho-affectif du jeune en question.

Qu'en est-il de l'enfant lui-même porteur d'un handicap ?

Tout comme chacun d'entre nous, il est issu de deux lignées, nommé, prénommé, désiré par ses parents. Mais il doit à la fois composer avec son handicap et la douleur que ce dernier provoque chez ses parents. Douleur dans laquelle il est lui-même « pris », ce qui ne simplifie pas sa propre évolution en tant que sujet. Non seulement il aura à faire à son handicap, mais il aura en plus à gérer un handicap d'ordre affectif.

J'ai longtemps travaillé dans un centre de consultations externes associé à un centre de néonatalogie et rencontré de nombreux parents d'enfants déficients. A cette occasion, j'ai constaté qu'un certain nombre d'entre eux étaient soulagés quand, après un accompagnement de plusieurs années par une équipe pluriprofessionnelle, ils pouvaient reconnaître que :

- oui, il leur était arrivé de penser qu'il aurait été préférable pour cet enfant de mourir plutôt que de supporter de telles souffrances,
- oui, leur enfant était porteur d'un handicap et qu'il n'en guérirait jamais,
- oui, cet enfant ne leur donnerait pas de descendants (Frustration d'autant plus profonde qu'il arrive que cet enfant soit unique),
- oui, ils auraient eux et leur enfant à se battre avec ce handicap toute leur vie, mais ils étaient résolus « à faire avec ».

Ces constats exigeaient beaucoup de courage, de simplicité, de maturité pour laisser arriver à leur conscience et exprimer à un tiers des sentiments aussi violents associés à une profonde culpabilité. Ceci demandait un long travail. Puis, il s'ensuivait fréquemment une période de dépression profonde chez ces parents confrontés à cette réalité inéluctable. Mais ainsi, ils déchargeaient leur enfant du poids de tous ces fantasmes.

« Faire avec » le handicap n'est pas tout à fait l'accepter car cette blessure laissera à jamais des traces ineffaçables. Il me semblait également fondamental que les parents de cet enfant puissent lui dire eux-mêmes qu'il était porteur d'un handicap auquel il aurait à faire toute sa vie. Progressivement, cela avait un effet positif sur leur enfant à qui ils pouvaient dire : « *ce n'est pas contre toi, contre ta personne que nous sommes en colère, mais contre ton handicap qui va entraver ta vie future et nous inquiète par rapport à ton devenir* ».

Cet enfant pouvait désormais être détaché du poids des fantasmes et des représentations de ses parents, et commencer à se familiariser avec son handicap. Ainsi pouvait-il évoluer à son rythme, développer ses capacités, ses caractéristiques et ses goûts avec un peu plus de liberté.

Par ailleurs, ces parents ont à subir les regards, les sentiments « d'inquiétante étrangeté », de peur, de pitié, de malaise que leur adressent leur famille, leurs amis, les passants dans la rue, ou dans tout autre lieu public. Ces sentiments, nous les éprouvons tous plus ou moins, lors des premiers contacts avec une personne handicapée. Ils me semblent normaux car il est impossible de nous identifier d'emblée à ces « drôles de personnes » et aux représentations perturbantes qu'elles nous renvoient. Puis, peu à peu, une relation de personne à personne s'instaure et la première impression s'estompe.

Enfin, je dirai ceci : comme nous tous, ces personnes porteuses d'un handicap sont à la recherche de liens affectifs et leur avenir à ce propos est très limité dans les institutions.

Qu'en est-il pour elles des possibilités d'exprimer des sentiments tendres ou amoureux ? Comme nous tous, ils souhaitent aimer une autre personne et en être aimés, l'exprimer à leur manière, même si leur immaturité ou leur handicap ne leur donne pas accès à une génitalité sexuelle. Même si l'expression de ces sentiments nous paraissent infantiles, ils sont fondamentaux pour leur équilibre.

Cette expression dans la plupart des foyers est semée d'embûches pour ne pas dire d'entraves dans le quotidien, et les usagers sont tenus de s'adapter aux autorisations ou interdits institutionnels. Ces restrictions les mettent face à des désirs affectifs et sexuels non formulés (non formulables ?) et à des pulsions parfois déviées, mais bien présentes.

Il me semble que le silence qui recouvre la question des relations sentimentales des adultes handicapés dans les foyers est fortement préjudiciable à l'équilibre de ces personnes. Elles expriment souvent des sentiments de solitude, bien qu'elles soient en présence de quelqu'un en permanence.

Plus ils sont handicapés, moins il est possible d'imaginer pour eux de construire des liens amoureux. Quel regard portons-nous tous sur eux dans ce domaine ?

Et pourtant cela commence très tôt !

Rachid, 7 mois, prématuré, et Clara sa petite voisine de chambre, même âge.

Je me souviens d'un petit garçon hospitalisé pour prématurité sévère. Il allait de mieux en mieux. Un jour, on m'a demandé de venir le voir car il refusait de se nourrir et il était très triste. Rien n'avait changé apparemment pour lui - ses parents venaient quotidiennement le voir - si ce n'est le départ de Clara sa petite voisine de chambre qui, elle, était guérie. Ils avaient passé beaucoup de temps ensemble, dans la même chambre, dans le même parc, à se toucher, à jouer ensemble, bref, à se raconter des histoires à leur manière. Personne n'avait pensé à prévenir Rachid que cette petite fille allait le quitter et qu'elle lui manquerait autant.

Cela pose cette question : existe-t'il un seul modèle de relation amoureuse, basé sur la relation sexuelle génitalement aboutie ?

L'amour, n'est-ce pas aussi l'expression de la tendresse, de marques d'affection, de baisers, d'échanges verbaux et non verbaux, de plaisir d'être ensemble, de partager une activité, en somme de « petits riens » qui font la vie plus légère ?

Qu'en est-il de la prise en compte collective dans une institution qui reçoit des adultes polyhandicapés, de cette dimension essentielle dans la vie de tout être humain, quel qu'il soit ?

A ce propos, je voudrais citer une phrase tirée d'un rapport commandé par Martine Aubry et Bernard Kouchner, rédigé par Marie-Laure Lagardère, Hélène Strohl et Bernard Even, publié dans les Actualités Sociales Hebdomadaires du 9 octobre 1998 : « *La liberté et l'autonomie des personnes handicapées et des malades mentaux doivent être promues par un environnement matériel (préservation de l'intimité), juridique (charte et règlement intérieur) et psychologique (formation des professionnels, aide à l'expression) qui favorise leur épanouissement amoureux et érotique.* »

3) Importance de l'observation fine des résidents au quotidien.

L'observation participante, dans laquelle les professionnels sont inévitablement impliqués, s'inscrit dans l'ensemble de l'histoire singulière de chaque résident : pourtant, je suis souvent frappée de constater que les souvenirs par les professionnels de chaque histoire sont très flous. Comme si la vie des résidents commençait seulement à leur arrivée dans l'institution voire dans le groupe qui les accueille.

Cependant, cette prise en compte dans toutes les situations de la vie quotidienne : le lever, les toilettes, les repas, le coucher, etc. pourrait faciliter l'accompagnement individualisé.

En effet, beaucoup de choses essentielles se jouent là, pour ces personnes qui manquent fréquemment d'autonomie physique et/ou psychique. C'est un des rares moments de la journée où elles sont en relation duelle, dont elles ont tant besoin pour vivre, avec les personnels d'hébergement.

Comme nous tous, ces sujets ont besoin de relations stables. D'ailleurs ne sont-ils pas dépendants de l'humeur des professionnels ?

Ne sentent-ils pas mieux que ceux-ci l'état psychique dans lequel ils arrivent auprès d'eux pour leur prodiguer des soins le matin ?

Il me semble que plus ils sont dépendants psychiquement de leur entourage, mieux ils sont aptes à percevoir l'humeur de celui-ci.

En outre, ces personnes ont fréquemment des modes d'expression assez limités ce qui peut engendrer des formes de routine, parfois de monotonie pour les professionnels.

L'interprétation, elle, est constante et inévitable face à des sujets dont le seul mode d'expression est non verbal.

Schématiquement, deux possibilités se présentent :

- 1) Le professionnel est mal disposé vis à vis de ce résident-là ce matin-là et « il interprète » sans réfléchir, sans recul, ce qu'il éprouve vis à vis de manifestations qui le perturbent lui. Ceci pourrait s'appeler « une interprétation sauvage » émise d'une position non professionnelle et n'aide en rien le résident.
- 2) Soit il est de bonne humeur, prend le temps de s'imprégner de ce qui se passe, alors il se permet d'interpréter tranquillement ce qui laisse le choix au résident d'accepter ou de refuser cette interprétation :

Exemple « *Peut-être es-tu déçu de me voir car tu aurais préféré que ce soit untel qui fasse ta toilette ce matin ?* » Cette manière d'interpréter s'enracine dans l'intuition du professionnel, elle n'est pas forcément rationnelle. 3 possibilités se présentent :

- a) c'est juste et le résident s'apaise,
- b) c'est juste mais il lui faut du temps pour que les mots l'atteignent et que l'interprétation ait un effet sur lui,
- c) c'est faux et cette interprétation n'a aucun effet.

Ce « peut-être » donne sa place de sujet au résident dans la relation car il lui laisse une certaine marge de choix. En effet, comment redonner du sens à ces gestes quotidiens qui peuvent devenir lassants si l'on y prend pas garde ? Comment redonner de la vie là où les résidents risquent d'enfermer les personnels dans l'usure et le manque de recul ?

Car, il faut bien regarder cela en face : parfois, ces professionnels sont confrontés à des phases de découragement, car les résidents auxquels ils ont à faire ne sont pas toujours aptes à accepter ou à inventer des modes de vie nouveaux. Certains sont dans l'institution depuis fort longtemps, ils y ont leurs habitudes et les en déloger peut aller jusqu'à les déstabiliser, voire les angoisser ...

Certains ne semblent plus aptes à changer, et pour ceux qui avancent en âge, il est parfois difficile de trouver des capacités qui leur permettraient de progresser dans le domaine de la vie quotidienne notamment.

Au fil des formations que j'accompagne depuis longtemps dans ce genre de structure, il me semble que l'observation fine de chaque résident permet d'avoir, sinon un œil « neuf », du moins autre, et de mobiliser leur approche un peu autrement, d'une autre place.

Voici des exemples cliniques :

Gérard paralysé sur son chariot.

Au cours d'une formation à propos du projet individualisé, il a été question d'un résident profondément handicapé, totalement paralysé n'ayant aucun accès au langage. Il passait la majeure partie de ses journées couché sur un chariot, placé au milieu des autres résidents de manière à être le moins isolé possible. Les A.M.P, pourtant attentifs d'une manière générale dans cette institution, avaient constaté qu'il ne supportait pas qu'on le touche, excepté sa mère. Pour éviter de l'importuner, par respect pour le recul qu'il montrait nettement quand on le touchait, ils lui faisaient sa toilette le plus rapidement possible et le remettaient sur son chariot immédiatement après.

Je l'ai rencontré par hasard, et je me suis aperçue qu'il avait un regard très beau par lequel il communiquait directement. En l'approchant délicatement, je me suis également aperçue qu'il appréciait que je lui pose la main sur son front, ce qui avait pour effet de le détendre.

Personne, excepté la chef de service, qui n'était pas chargée de ses soins quotidiens, avait remarqué qu'il avait un regard magnifique par lequel il exprimait des émotions à sa manière.

Revenue 1 an après dans la même structure, j'ai constaté que ce résident n'avait pas progressé de manière spectaculaire, certes. Mais, chacun était beaucoup plus attentif, plus proche de lui, notamment au moment de sa toilette. Cela avait eu pour effet de le sortir un peu de son monde et de l'apaiser. Il était devenu « quelqu'un » dans le discours et le regard des professionnels.

Ce changement d'attitude est passé par ma propre perception, moi qui observais ce résident pour la première fois, avec un œil neuf. Je n'ai fait que communiquer aux professionnels ce que j'avais perçu en prenant le temps de m'y arrêter sans préjugés. Ce nouveau regard les a beaucoup étonnés mais ils en ont tenu compte pour approcher ce résident très (trop ?) discret jusque là.

Cela pose la question des résidents qui sont apparemment parfaitement adaptés à la structure, ne posent aucun problème d'adaptation, mais peuvent développer une dépression à bas bruit, sans que personne ne s'en aperçoive.

Tout le contraire ont été les effets de l'observation d'une stagiaire à propos d'un résident également en MAS.

« Le rasoir et la stagiaire ».

Un jour qu'il était question de lui en synthèse, une stagiaire a dit presque incidemment, que cet homme avait refusé ce matin-là de se raser.

Les professionnels, qui croyaient connaître ce résident, ont été surpris d'entendre qu'il se rasait tous les matins en présence de cette stagiaire. Personne, alors qu'il était là depuis 2 ans, n'avait remarqué qu'il avait une certaine autonomie dans tous les domaines du quotidien, y compris la capacité à se raser seul.

Il tentait, depuis un certain temps déjà, de dire qu'il n'avait pas sa place dans cette institution où il s'ennuyait et ne pouvait pas progresser (Il venait d'un Hôpital psychiatrique où il avait longuement séjourné et où il avait beaucoup plus d'autonomie.)

Cette observation, venue également d'une personne nouvelle dans la structure, a permis de reconsidérer la prise en charge inadaptée à ce résident-là, et d'envisager pour lui une autre orientation, ce qu'il demandait depuis longtemps déjà, et que personne n'entendait.

L'observation de chaque professionnel, quelle que soit sa fonction, permet de laisser une place à l'inattendu. Elle est fondamentale et incontournable dans l'accompagnement des usagers.

Du questionnement des « petits riens » de la vie quotidienne peuvent surgir de nouvelles représentations de chaque résident et donc un accompagnement plus riche et plus vivant.

4) Qu'est-ce que j'appelle un « petit rien » de la vie quotidienne ?

Souvent, on pense d'abord à des petites choses, des intentions personnalisées, des cadeaux, des petits « bonheurs » en somme qui feraient la vie quotidienne moins routinière et apporterait un peu de fantaisie, en effet.

C'est d'une autre place que je considère « les petits riens » de la vie quotidienne.

Il s'agit d'isoler un petit fait généralement très court, qui se passe entre un usager et un professionnel ou un de ses parents. Un « petit rien » dans lequel le professionnel est impliqué, et qui suscite toutes sortes d'affects en lui, qui vont du trop tendre au très angoissant, voire rejetant. Ces « petits riens » se manifestent en interaction entre soi et l'autre dans une relation duelle. Quelque chose se répète de manière parfois compulsive, dans la relation, ce qui empêche le professionnel concerné d'être tout à fait aussi vigilant à ce qui se passe entre lui et l'adulte qu'il accompagne.

Au cours du déroulement de ce « petit rien » la pensée est comme « suspendue », figée. Le professionnel, momentanément, n'a plus la distance voulue pour accomplir son travail sereinement. Il est comme « pris » dans une sorte de « piège » d'où il a l'impression de ne plus pouvoir sortir. Il peut redouter de retrouver cette situation avant même d'arriver sur son lieu de travail : « il va encore me le faire » pense t'il...

Exemple de « petits riens » : La chambre inondée.

Une « agent de service » était très agacée par un adulte handicapé qui inondait régulièrement sa chambre, ce qui obligeait cette femme à éponger l'eau répandue et alourdissait sa tâche.

Au cours d'une formation à propos des « petits riens », elle a travaillé spécialement sur ce « petit fait » là. (Je reviendrai ultérieurement sur ce « travail ».)

Elle a fait part au chef de service de l'établissement de son observation, tant elle s'y était impliquée et intéressée.

Cela a permis à l'équipe de prendre conscience que cet adulte, après avoir inondé sa chambre, faisait des crises d'épilepsie et ce, chaque fois qu'il retournait chez ses parents. Il y avait là, pour cet usager, une sorte d'appel, qui a pu être repris avec lui. Depuis, il n'a plus inondé sa chambre.

Il est fréquent de constater que ces petits faits sont choisis par les professionnels dans les moments de transition : au lever, au début du petit déjeuner, au départ dans les ateliers, au coucher, au moment de partir en week-end ou au retour de la famille ... Cela s'explique, entre autre, par le fait que ces sujets ont du mal à anticiper ce qui va se passer. Ils sont dans une ambiance connue et tout à coup, c'est l'inconnu qui se profile, une autre atmosphère, avec d'autres personnes, dans d'autres lieux.

Ceux qui ont accès au langage ne s'enquière-t-il pas régulièrement de savoir qui va venir le lendemain s'occuper d'eux ?

Besoin de continuité, besoin de savoir ce qui va se passer sous peine de se sentir très menacés par le moindre changement.

5) Que révèlent ces « petits riens » ?

A mon sens, ces « petits riens révèlent l'écho de toutes sortes d'affects suscités par l'autre en soi, y compris des sentiments très profonds, voire trop tendres, donc inopportuns vis à vis d'un usager.

Je me souviens du directeur d'un foyer qui m'a dit, lors d'une pause en formation, qu'il ne pouvait pas faire acte d'autorité auprès d'un résident qui passait une partie de son temps dans son bureau. En me parlant il a pris conscience que ce résident représentait le fils qu'il n'avait jamais eu.

Ils révèlent également les seuils de tolérance propres à chacun d'entre nous vis à vis des différents moments du quotidien, au plus près de la réalité.

Pour les personnels travaillant en MAS ou en FAM, ils se manifestent parfois de manière « bruyante » :

- Seuil de tolérance vis à vis du bruit par exemple : les cris stridents de certains résidents au cours d'une crise d'angoisse peuvent profondément perturber un professionnel et pas ses collègues.
- Un autre sera très sensible aux odeurs : en particulier celles que dégagent les personnes incontinentes. J'entends souvent dire des professionnels à ce propos : « j'entrevois la scène avant même d'entrer dans la chambre d'un tel, il va encore avoir sali son lit, être très sale lui-même, sentir mauvais, etc. »
- Un 3^{ème} sera sensible au désordre ou à la saleté des locaux.
- Pour d'autres, ce seront les manifestations d'auto agressivité, ou d'agressivité des résidents entre eux, ou vis à vis du personnel qui vont les atteindre.
- Pour d'autres encore, ce sera l'absence de communication verbale, l'absence de communication par le regard qui vont leur donner l'impression qu'un résident les ignore, alors que le regard pour celui là, parce qu'il est psychotique, ne peut être que furtif, voire dangereux pour lui.
- Pour les veilleurs de nuit, ce seront les crises d'angoisse qui se manifestent par des insomnies, l'impossibilité pour un résident de rester seul dans sa chambre ...
- Dans ce genre de structure, on le voit, les sens sont fortement sollicités !
- Il me semble qu'il vaut mieux laisser émerger en soi ces seuils de tolérance, les reconnaître avec le plus de simplicité possible, et se donner les moyens de travailler dessus pour ne pas s'y trouver immergés.

6) Comment gérer ces « petits riens » ?

Dans les situations professionnelles telles qu'il s'en présente en permanence aux personnels travaillant dans toutes les institutions en général, la question est de savoir comment gérer les relations affectives plus ou moins fortes, plus ou moins envahissantes, qui s'établissent entre les professionnels et les usagers ?

En termes psychanalytiques, nous dirons que ce sont des relations transférentielles et contre transférentielles inévitables et précieuses si elles sont reconnues et travaillées comme telles.

Dans le terme « transfert » il y a la notion de « déplacement » d'une personne à une autre.

Le transfert, dans le travail social, est l'ensemble des liens affectifs qui s'élaborent de manière inconsciente de la part d'un usager avec des professionnels.

Il se manifeste dans le rapport avec quelqu'un à qui l'on parle. Il est inconscient, ambivalent (comme tout attachement affectif). Il reflète des sentiments encore présents dans la position du sujet à l'égard des personnes tutélaires de son enfance, de manière inconsciente pour lui et qui font retour de manière répétitive. La personne répète quelque chose qui a trait à une sorte de jouissance incontrôlable, et qu'elle peut supporter très longtemps bien que ce soit douloureux pour elle. Comme si elle refusait de se départir de cette forme de souffrance. Elle rejoue ainsi, sur tous les modes possibles, des positions affectives du passé, des douleurs, des frustrations, des inhibitions, des colères, des revendications, des passions, etc. dans lesquelles elle semble « prise » depuis son enfance.

La relation qui s'établit avec un professionnel est bien une répétition du passé avec un déplacement. Car il s'agit d'une nouvelle relation, avec une nouvelle personne, avec des liens affectifs véritables et toute leur complexité, que le sujet s'efforce de maintenir à tout prix. En ce sens ces relations, dans un contexte institutionnel, peuvent être créatrices, car tissées sur un autre mode pour cette personne.

Le contre transfert, lui, est l'ensemble des affects qui s'élaborent par les professionnels avec les usagers. Ce sont les réponses inconscientes aux sollicitations transférentielles inconscientes des résidents vis à vis des personnels. Le nommer ainsi est un terme conventionnel puisque tous les deux ont une source identique : l'inconscient. Mais, du fait qu'il s'agit de situations professionnelles, les deux protagonistes ne sont pas dans une position symétrique. Le professionnel est payé pour accompagner les résidents.

Les « petits riens » révèlent la communication entre deux inconscients.

Dans une MAS, du fait que les « petits riens » s'établissent plutôt dans les manifestations du corps, dans ses besoins vitaux quotidiens et répétitifs, ils touchent à l'intimité des résidents et à celle des professionnels. La dépendance des résidents risque d'engendrer des comportements qui peuvent heurter certains professionnels, notamment au cours des toilettes : qu'en est-il du respect de la pudeur ? De l'intimité des deux personnes en présence ?

J'entends souvent les professionnels désigner les résidents en termes infantiles : « les jeunes », voire les « gamins » par exemple, certains leur donnent des surnoms. Comment veiller à ne pas oublier que, malgré leur immaturité, ce sont d'abord des adultes qui ont droit au respect ?

Les résidents, par leurs manifestations corporelles multiples et incontrôlables, peuvent susciter des affects envahissants, dérangeants voire très violents donc insupportables et indicibles pour un professionnel digne de ce nom. Ils ont à faire à des personnes qui ont un corps d'adulte, des réactions d'ordre sexuel d'adulte, avec un niveau affectif immature et des réactions infantiles.

Le premier mouvement consiste tout d'abord à repousser ces affects parfois insupportables, à rentrer chez soi en tentant de les oublier ...

En formation, je propose aux stagiaires un processus d'observation et de travail sur les petits riens qui est le suivant : Au lieu de repousser ces « petits riens », de les subir quotidiennement d'une manière répétitive, il me semble plus judicieux de les laisser émerger à la conscience le plus clairement possible. Puis, les ayant isolés, d'entamer une démarche pour s'en déprendre ...

Il s'agit de percevoir, écouter, et finalement entendre quelque chose qui se dit là, de la part d'un résident, par le langage ou par la communication non verbale.

Une première démarche consiste à se remettre mentalement dans le contexte d'une de ces petites scènes perturbantes en imaginant que le résident est là, en face de soi. Puis, je propose à chaque stagiaire d'écrire le plus spontanément possible, avec le moins de censure possible, tout ce que chacun aurait souhaité dire ou faire à ce moment là. Il s'agit d'écrire pour soi-même ce qui vient spontanément sous sa plume. Une phrase en engendre une autre et encore une autre et parfois, l'impensable, voire l'indicible jaillit. Petit à petit un affect prend forme et perd de son intensité du fait d'être associé à des mots.

Cet écrit est confidentiel, et il n'est pas question de le lire dans le groupe.

En voici un exemple :

Un moment après une formation, j'ai retrouvé une AMP qui m'a remercié de lui avoir permis, par l'écriture, de se rendre compte qu'elle avait eu le fantasme d'étrangler une jeune femme schizophrène. Sur le moment, elle s'est sentie coupable, en écrivant, d'éprouver des sentiments aussi violents. Mais très vite, elle s'est rendu compte que ces affects avaient changé d'intensité du fait d'avoir été associés à des mots. Cet écrit spontané avait changé la perception qu'elle avait de cette malade et lui a permis de l'accompagner avec plus de sérénité.

Avoir une pensée à propos d'un acte si violent soit-il, la dire ou l'écrire n'est pas l'agir.

En voici un autre exemple : le jeune homme, son manteau et son projet individualisé.

Une AMP était très agacée par un jeune d'une vingtaine d'années qui venait passer la journée en externat, dans l'atelier d'une MAS. Il ne voulait jamais retirer son manteau lorsqu'il arrivait de chez sa famille le matin.

Au moment de réfléchir à son projet individualisé, l'équipe pluriprofessionnelle, d'un commun accord, a suggéré qu'il vienne en hébergement au moins pendant la semaine, car sa mère semblait l'empêcher de progresser en le « maternant » d'une manière excessive.

Un mois plus tard, cette AMP, au lieu de repousser ce « petit rien » apparemment anodin, (refus de retirer son manteau) s'est aperçue en écrivant à son propos, qu'en fait, la mère de ce jeune homme n'était pas prête à le laisser partir en internat.

Ce jeune avait dû percevoir cela chez sa mère. Il a donc été convenu qu'il faudrait d'abord rencontrer cette femme avant d'envisager le moindre changement à l'accompagnement de son fils.

Qu'avait-il perçu, ce jeune homme, de l'angoisse de sa mère vis à vis de la difficulté à se séparer de lui ?

Je pense que certains parents pourraient décompenser sur un versant dépressif si on les forçait à accepter des modes de prise en charge, ou des progrès spectaculaires de leur enfant s'ils n'y sont pas prêts.

7) Effets possibles de ce travail sur les petits riens.

Cette forme d'écriture permet parfois de décrire clairement des représentations difficiles à exprimer pour soi-même et encore plus à d'autres ou de retrouver des scènes personnelles oubliées.

Voici l'exemple de l'éducatrice, de la maladie de peau d'une jeune femme et la maladie de sa mère. Cette éducatrice était incapable de soigner la maladie de peau d'une résidente. Comme elle se sentait très perturbée par cette incapacité, elle est venue m'en parler à une pause. Notre échange a permis à cette éducatrice de retrouver un souvenir d'enfance, au cours duquel elle avait brutalement appris la maladie de sa mère qui avait suscité une longue séparation avec elle. Ce « retour du refoulé » a donné l'occasion à cette professionnelle de reparler de cet épisode douloureux de sa vie avec sa mère et de soigner la résidente normalement.

Ces « petits riens » pourraient être le révélateur d'un conflit ou d'une perturbation vécus par le résident et projeté sur le professionnel.

Au contraire, ils peuvent également être le témoin d'une perturbation issue du professionnel et que reçoit le résident.

Ces perturbations peuvent devenir un objet de travail, un révélateur, une pierre angulaire de l'accompagnement d'un usager. En travaillant dessus, des éléments de l'histoire de l'usager, de sa famille, du professionnel et de l'institution peuvent s'y manifester. D'où l'intérêt de connaître l'essentiel de l'histoire de chaque usager pour tenter de repérer à travers les petits riens ce qu'il tente de répéter, de dire par leur intermédiaire.

Souvent, je propose aux participants de relire le texte qu'ils viennent de rédiger et de rechercher des mots clé ou des « signifiants » qui peuvent s'inscrire dans ce qu'ils savent de l'histoire du résident en question. Puis, je leur propose de rechercher des mots pouvant s'inscrire dans leur histoire à eux (sans qu'ils les révèlent au groupe). Ils sont souvent surpris de trouver des mots communs entre eux et les résidents (Le mot « maladie » dans l'exemple cité plus haut.)

Ce qui leur permet de reprendre une certaine distance et une position professionnelle plus claire. Ils peuvent ainsi séparer ce qu'il en est de leur histoire à eux, de celle du résident.

Une autre manière de traiter ces « petits riens » est de les partager avec une personne en qui on a confiance, qui écoute attentivement, sans jugement de valeur, sans donner de conseils. Ce qui permet de prendre du recul et peu à peu de trouver des pistes de réflexion, de nouveaux modes d'approche, dans une situation délicate.

En fait, prendre conscience de ces « petits riens » serait un chemin pour saisir quelque chose de la nature de la souffrance d'un bénéficiaire qui viendrait réveiller des traces de la nôtre.

Paradoxalement, le professionnel qui est le plus embarrassé par ce que lui renvoie un résident de désagréable, est le mieux placé pour l'accompagner, à condition de se pencher sur ces « petits faits » avec le plus d'honnêteté possible. Car il est alors apte à saisir de l'intérieur un tout petit peu, ce que peut éprouver ce résident-là.

Le fait de travailler sur des petits riens perturbants, permet souvent d'avoir une autre position vis à vis du résident, de porter un autre regard sur lui. Après s'être « déchargé » d'un trop plein d'affects encombrants, il est possible de s'apercevoir qu'en fin de compte ce résident là n'est pas si désagréable que cela : des possibilités, des capacités, des moments très positifs, voir gais ou drôles apparaissent alors dans le discours des professionnels. Ce qui permet d'exploiter d'autres manières d'être avec lui.

9) Partage en équipe de ces enseignements :

Accompagner ces personnes au quotidien n'est pas simple, c'est la raison pour laquelle il me semble essentiel pour les professionnels de se doter d'outils facilement exploitables, sans que cela prenne trop de temps.

Des instances tierces dans chaque institution me semblent par ailleurs indispensables, des lieux de partage pluriprofessionnels, qui remettent le résident au centre des préoccupations de chacun.

Donc, oser se dire à soi-même que l'on est en difficulté avec un résident est déjà un grand pas vers une position plus professionnelle, et soulage l'intéressé fréquemment.

Ce travail doit être personnel (il est important de préserver son « jardin intime » vis à vis des collègues) et il permet le retour de la distance et de la réflexion, une meilleure acuité du regard, offre une meilleure compréhension de l'autre et laisse apparaître des motivations professionnelles plus riches.

Les échanges avec les autres membres d'une équipe pluridisciplinaire mettent en relief les différences de perception d'une même situation, d'un même usager, et laissent émerger des regards complémentaires et non rivaux.

Pour ce cheminement collectif, quels outils ? quelles instances ?

Les cahiers de liaison qui devraient donner des informations vivantes mais relativement distanciées et non être le lieu de décharge vis à vis des usagers ou des professionnels entre eux.

Les réunions de groupe qui devraient permettre un partage et un réajustement collectif à condition qu'elles soient accompagnées d'un cadre tiers vigilant capable de favoriser l'expression de chacun.

Les réunions de synthèses centrées sur chaque résident, son évolution, son projet personnalisé et non sur le fonctionnement et l'organisation, les difficultés individuelles vis à vis des résidents ou les problèmes de communication entre professionnels.

Enfin les grandes lignes écrites à court, moyen et long terme accessibles par tous.

Il est donc nécessaire de distinguer les dispositifs d'un travail clinique individuel des dispositifs pour un travail clinique de groupe.

Pour éviter que les relations restent duelles et que les réunions ne soient pas uniquement une source d'information, comment créer ce que Maud Mannoni nommait un « transfert de travail » ? C'est à dire, comment passer de l'expression de la relation duelle à la notion d'accompagnement collectif de chaque résident en lien avec le projet institutionnel ?

Comment créer un climat de confiance collective, des espaces « contenant » permettant les échanges, les confrontations, source d'enrichissement et d'innovation potentiel ?

Pour conclure, notre tâche auprès des personnes gravement handicapées, ne consiste t'elle pas essentiellement à les autoriser à devenir un peu plus ce qu'elles sont au-delà de l'image qu'elles offrent, dans laquelle elles se sentent parfois enfermées et dans laquelle il nous arrive nous-mêmes de les maintenir ?