

PROJET POROS

Jean-Marc Gauthier
Psychiatre (France)

INTRODUCTION

Commencée en 2003, en institutions médicosociales pour enfants et pour adultes et à mon cabinet de psychiatre d'exercice libéral, cette recherche, qui faisait suite et en complétait une autre commencée quatre ans plus tôt et intitulée « Incidences psychothérapeutiques des activités pédagogiques et éducatives », prit le nom de projet Poros. Poros est le dieu grec de la ressource et du passage, fils de Métis, et parent, avec la déesse Pénia, du dieu Amour. Sous son nom, pouvaient donc être condensés beaucoup de problèmes qui nous préoccupaient : d'abord, les ressources de chacun, personne en situation de handicap mental (PSHM), moniteur d'atelier, éducateur ou psys; ensuite, le souci du passage d'une tâche à l'autre ou d'un accompagnant à un autre; enfin, l'utilisation préférentielle d'une intelligence pratique et prudente (la Métis), souvent contrainte autant que stimulée par la pénurie (Pénia) en moyens humains et matériels. Pénia et Poros engendrent l'amour dont on peut souhaiter qu'il soit un des moteurs de l'accompagnant pour sa tâche soignante ou éducative, mais surtout, en termes de transfert et de contre-transfert, qu'il constitue, de préférence sous sa forme Phylia d'échange de sentiments qui bénéficie aux partenaires engagés, plutôt que sous sa forme d'Éros, la passion possessive, ou que sous sa forme d'Agapé, la charité, l'essentiel des échanges entre accompagnants et accompagnés.

1. LES INCIDENCES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES DES ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES ET ÉDUCATIVES

Il apparaît, au terme de cette recherche, que, pour qu'une activité se situe comme potentiellement thérapeutique, elle se doit d'être : racontable, contenante, valorisante et favorisant les passages.

1.1 Racontable et historiée

L'activité thérapeutique doit être racontable et historiée, c'est-à-dire capable de favoriser pour ses utilisateurs l'émergence d'une « identité narrative » (Ricoeur, 1985), la connaissance et l'éprouvé émotionnel de l'histoire particulière de chacun, ainsi que de celle de ses productions industrielles ou artistiques, semblant constitutifs du sentiment d'identité personnelle.

Cette activité, par le biais de sa mise en histoire et par la projection de soi-même dans l'activité, permet aussi de lutter contre l'achronognosie et l'anhistoricité propres à certaines PSHM. Paul Ricoeur (1985), dans *Temps et récit*, dit que l'histoire est la seule manière de donner à voir la temporalité d'un processus. Jacques Montangéro (2001), professeur de psychologie du développement intellectuel à Genève, ajoute : « S'il existait une pédagogie du temps, elle devrait favoriser ces incitations à reconstituer [l'histoire] ou anticiper et pas seulement à transmettre des connaissances temporelles sous forme de mesures, séquences apprises et formules arithmétiques. »

Ainsi le tout ou une partie des participants à une activité, qui pourrait être thérapeutique, devrait retracer sa genèse par la parole, la vidéo, l'informatique, l'écrit ou l'affichage graphique, mais aussi s'astreindre à une présentation quotidienne avant sa réalisation et à une analyse critique après son exécution. Si c'est une activité créatrice d'objets, on ne répétera jamais assez combien la traçabilité de l'objet fabriqué, par exposition verbale ou imagée et par déplacement sur le parcours, passé, présent et à venir de cet objet est importante pour la constitution d'une pensée biographique de soi-même, qui fait souvent défaut à la PSHM avec troubles psychiques. La finalité, les buts et les règles d'une activité non créatrice d'objets manufacturés devraient dans le même but être explicités soigneusement à la PSHM.

1.2 Contenante

L'activité thérapeutique doit aussi se révéler contenante et souple à la fois, dans une recherche de « plasticité cohérente » comme diraient les chercheurs « Evo Devo » parlant de la possibilité de la vie en général (Lambert et Rezsöhazi, 2004), et ce grâce à différents supports :

- La nomination contextuelle d'usage ou poétique de l'activité par le responsable et son groupe ainsi que la signature symbolique de chaque personne sur les objets créés;
- La résonance de l'activité dans l'histoire singulière de chaque personne et de ses différents accompagnants. Ainsi, telle activité pourrait constituer une « repèrisation » (présence symbolique du père) ou une « rematèrisation » (présence symbolique de la mère), si elle est proche de celle exercée par les parents et, éventuellement, favoriser un processus de filiation;
- Les objets enveloppants de l'atelier capables de contenir l'errance psychique des PSHM qui s'y projeteraient imaginairement;
- La reprise élaborative individuelle ou en groupe de la valeur symbolique de l'objet créé;
- Le lieu conçu plus ou moins fermé, le coin dont dispose chacun pour le déroulement de l'activité, les bornes repères d'une activité d'extérieur;
- Le responsable d'activité lui-même, par sa présence physique éventuellement massive, quoique non agressive, mais, aussi, par ce qu'il peut accueillir, digérer et restituer des pensées de la PSHM. Wilfred Bion (1962) parle de la « capacité de rêverie » de la mère, digérant les éléments bruts de l'environnement perçus par l'enfant, éléments appelés « bêta », pour les détoxifier et les transformer en éléments « alpha » utilisables par la pensée de l'enfant. Si l'éducateur d'adulte ne doit pas être une mère comblante et détoxiqueuse, cela ne l'empêche pas de rendre à la PSHM dysharmonique, sous une forme acceptable et digérable, les éléments psychiques bruts qui lui ont été confiés;
- Enfin, « les penser pour les panser », faire un « don de sens » et réaliser ainsi, en réunions formelles et informelles, la fonction sémaphorique de l'institution (donner du sens à son action soignante ou éducative) reste un contenant des plus efficaces.

1.3 Valorisante

L'activité thérapeutique doit être valorisante, afin de favoriser l'estime de soi, la confiance en soi et l'équilibre. La PSHM doit constamment ajuster ses attentes narcissiques légitimes avec la réalité du handicap. Dans ces conditions, certaines activités de production d'objets domestiques ou industriels dont la PSHM puisse être fière ou certaines activités de productions artistiques exposables ou jouables devant un public pourraient être conseillées comme baume aux blessures narcissiques inévitables.

Dans certains Instituts médico-éducatifs et professionnels (IMPros), il y a une progressivité dans la destination des objets créés, d'abord fabriqués pour l'usage propre de la PSHM, ensuite pour l'usage de l'institution ou de la famille proche, ensuite seulement envisagés comme pouvant être commercialisés. Cette progressivité dans l'éloignement de l'objet créé par rapport à soi apparaît nécessaire à la préservation d'un narcissisme fragile et à l'intégration toujours problématique d'un sentiment de perte.

Les activités emblématiques de l'institution, mais aussi la « valeur emblématique » du travail lui-même (« Ça, c'est moi! ») servent aussi à la revalorisation narcissique. Un diplôme symbolisant la reconnaissance de compétence devrait plus souvent, dans ce but, authentifier le parcours scolaire, professionnel ou d'activités de loisir accompli par la PSHM.

L'exposition de l'oeuvre industrielle ou artistique de la PSHM, de même que le jeu de l'acteur en spectacle vivant, permettent aussi de mieux supporter une approche de l'autre vers soi que certaines PSHM ressentiraient comme exagérément intrusive. De plus, certaines PSHM dysharmoniques, qui paraissent angoissées par des représentations internes d'elles-mêmes persécutrices, semblent bien mieux supporter des représentations externes d'elles-mêmes valorisantes sans être agressives.

1.4 Favorisant les passages

L'activité thérapeutique doit finalement favoriser les passages de différents types.

a) L'arrivée et le départ d'une institution médicosociale : Les pots d'arrivée ou de départ ne devront jamais être oubliés. Ils servent de présentation du nouvel arrivant à l'ensemble de l'institution et en favorisent sa meilleure intégration comme ils servent de vade-mecum au partant avant son changement.

b) Les passages d'un accompagnant et d'un lieu d'activité à un autre : Les passages devraient être accompagnés, pensés et explicités à l'avance, pour toutes les PSHM, dans un but de prévention, mais encore plus, dans un but thérapeutique, pour celles souffrant de troubles de versant psychotique. Il faudrait montrer à la PSHM, par gestes et verbalement, et sans craindre d'être trop expressif, que l'on passe le relai. Cette démonstration semble parfois suffire à éviter le surgissement d'une angoisse de morcellement évidemment préjudiciable.

c) Le passage de l'adolescence, l'accession à l'adultité : L'adolescence entraîne chez la PSHM, quelle que soit la nature ou la lourdeur de son handicap, des bouleversements bio psycho sociaux :

- Bouleversements biologiques avec le corps, matière énergie en constante transformation, imposant une redistribution continue de son positionnement dans l'espace, et un remodelage de l'identité corporelle pouvant entraîner des crises de dépersonnalisation si la représentation du corps dans la psyché ne suit pas la transformation effective et si les activités proposées ne tiennent pas suffisamment compte de ce bouleversement corporel;
- Bouleversements psychologiques avec le remaniement de l'équilibre pulsions-défenses et la reprise de toute la psychogenèse mise en place au cours de la petite enfance, notamment le positionnement œdipien, auxquels s'ajoutent l'interrogation induite par l'apparition des caractères sexuels secondaires, la recherche d'un partenaire pour des échanges à caractère sexuel et la toute nouvelle capacité à pouvoir se reproduire. L'éducation sexuelle devrait rester, dans un but de prévention des troubles de la fonction sexuelle, une des préoccupations constantes des institutions médicosociales;
- Bouleversements sociologiques avec la reconnaissance sociale, à 18 ans, de la majorité légale qui implique des droits et des devoirs nouveaux qui devraient être mieux explicités à la PSHM et faire l'objet d'une intronisation-célébration signifiante, éventuellement préventive de troubles psychiques.

2. PROJET POROS : QUE PROPOSER OU NE PAS PROPOSER, DANS LES ACTIVITÉS INDUSTRIEUSES OU DE LOISIRS, À UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL ATTEINTE D'UN TROUBLE PSYCHIQUE SPÉCIFIQUE?

2.1 Pour des troubles psychiques affectant les processus cognitifs

a) Trouble psychique cognitif global : Les PSHM souffrent souvent d'un défaut d'accès à tout ou à une partie des cognitions et de la fonction symbolique. Plusieurs, en réponse aux questions, préfèrent se réfugier derrière un « je ne sais pas » souvent couteux en termes d'estime de soi. L'activité éducative correspondante devra s'efforcer de réduire les contrôles incisifs de compréhension et d'exécution de la tâche en cours si elle veut éviter des désespérances pathologiques induites. Parfois, il ne s'agira pas d'une déficience intellectuelle de compréhension, mais d'une inappétence au savoir ou d'une « passion de l'ignorance ». L'activité devra alors se montrer suffisamment attractive, spécifique, historiée et emblématique pour tenter d'y remédier.

b) Pathologie de la perception-représentation et hallucinations psychoaffectives : Les PSHM n'ont souvent pas le stock lexical, graphique ou gestuel requis pour indiquer à leurs accompagnants toute la richesse des hallucinations dont elles peuvent être victimes. Souvent, de grandes hallucinations pourront n'être seulement qu'entr'aperçues par l'interlocuteur.

Dans l'activité, l'essai de partage des hallucinations par la parole, l'écrit ou le geste paraît plus souhaitable, en termes thérapeutiques, que l'affrontement dénégatoire de la perception-représentation de la personne atteinte, ce qui n'empêche nullement l'éducateur de rester « ambassadeur de la réalité », mais en partant de ses propres savoirs ou sensations plutôt que d'une mise en accusation des savoirs ou sensations supposés erronés de l'autre.

Les machines nécessaires au travail peuvent apparaître bénéfiques ou nuisibles pour la personne hallucinée. Une de mes patientes en disait, à propos d'un stage en Esat : « Avec les machines, on entend moins les transferts télépathiques, elles brouillent les émissions, mais les fantômes, eux, ils prennent les machines pour l'incarnation du mal ». Hannah Arendt (1961) disait pour sa part des machines : « L'outil le plus raffiné reste au service de la main qu'il ne peut ni guider ni remplacer. La machine la plus primitive guide le travail corporel et éventuellement le remplace tout à fait. » On conçoit que tout l'art de l'éducateur sera d'accompagner en douceur la personne hallucinée ou délirante à une familiarisation avec ces machines, afin qu'elle puisse leur rendre leur place d'objets inanimés et contrôlables.

c) Pathologie du langage, oral, écrit, ou gestuel pouvant résulter d'inhibitions psychologiques : Les PSHM présentent souvent des retards ou des déficits d'acquisition du langage. Ce handicap les empêchera bien souvent de prendre, voire d'acquérir la parole. Mais leur inhibition fréquente à la prise de parole pourra aussi renvoyer à une cause affective qu'il faudra alors, dans l'activité, savoir appréhender.

2.2. Pour des troubles psychiques affectant les besoins, les émotions, ou l'humeur

a) Trouble des conduites alimentaires : Les anorexies mentales, qui conjuguent classiquement anorexie, amaigrissement et aménorrhée, peuvent référer à plusieurs déterminismes : 1) anorexie mentale comme refus d'accéder à la féminité et à ses formes évocatrices et, dans ce cas, l'éducation sexuelle et la valorisation du *genre* seront à privilégier; 2) anorexie mentale comme tentative de fonctionner comme un dieu pouvant se passer des besoins triviaux comme l'alimentation, et il faudra alors se concentrer sur la préparation des repas et l'accompagnement du partage alimentaire; 3) anorexie mentale s'intégrant dans une problématique psychotique de refus de tout ce qui peut venir de l'extérieur et modifier l'intégralité de l'individu, et, dans ce cas, on utilisera plutôt, dans l'activité, l'enrobage de l'expérience intrusive en ce qui concerne la forme et la symbolique des aliments à ingérer ainsi que l'explication des processus de la digestion; 4) une dernière forme d'anorexie mentale, peut-être

plus spécifique à la PSHM, consiste en un désintérêt de la nourriture et des besoins naturels, ainsi que de l'obligation à devoir se nourrir soi-même. On est alors plus proche de la régression à un stade infantile du développement et les accompagnants pourraient avoir à en tenir compte en proposant pour un temps un nourrissage bienveillant à la PSHM concernée. Mais, il s'agira surtout, dans un cadre institutionnel préventif des troubles du comportement alimentaire, d'éviter que l'éventuelle prescription et surveillance d'un régime ne devienne trop stigmatisante et justement trop « pesante ».

b) Troubles des conduites sexuelles :

Perversions sexuelles quant à l'objet du désir ou paraphilies (pédophilie, zoophilie, nécrophilie, etc.) :

- Les PSHM n'ont généralement pas les moyens mentaux nécessaires à la constitution du scénario pervers et leurs agressions sexuelles éventuelles sur des personnes vulnérables seront souvent plus le fait d'une proximité malencontreuse, que l'accompagnant devra s'efforcer de ne pas favoriser dans l'activité, que d'une réelle paraphilie.

Perversions sexuelles quant au but sexuel (exhibitionnisme, voyeurisme, fétichisme, etc.) :

- Si ces troubles des conduites sont assez fréquents parmi les PSHM, ils relèvent plus, là encore, d'une méconnaissance des us sociaux qui encadrent la sexualité ou d'une crainte de l'accomplissement de l'acte sexuel que d'une réelle disposition perverse. L'éducation sexuelle en sera alors la thérapeutique éducative de choix.

Pour les troubles psychiques engendrés par les éventuelles conséquences psychosociales de l'exercice de la sexualité, notamment la venue au monde d'un enfant, si, dans l'évolution sociétale actuelle, sexualité, conjugalité et parentalité peuvent être pensées comme disjointes, cette disjonction ne semble malheureusement pas avoir été suffisamment pensée pour et avec des personnes avec un handicap mental. Ce n'est cependant qu'au prix de telles réflexions éducatives à réentreprendre périodiquement avec la PSHM que les méthodes contraceptives pourraient retrouver tout leur sens pour ces personnes, que la sexualité plaisir, étayée et non pas combattue par la possibilité de la sexualité conceptionnelle, pourrait être appréhendée par elles comme une des fonctions relationnelles de l'humain et que des troubles psychiques graves comme le « délire conceptionnel » (Gauthier, 2012) pourraient être prévenus.

c) Pathologies des émotions et de leurs conséquences : La dissociation entre les émotions et les connaissances semble assez fréquente, et, dans un cadre médico éducatif, il pourra appartenir à l'éducateur de « sensorialiser les émotions et émotionner la sensorialité » pour tenter de construire, avec la PSHM dysharmonique, un pont nécessaire entre ses émotions et ses connaissances, afin de palier en partie à ce que j'ai appelé un « déficit associatif ». Il s'agira surtout, pour l'éducateur, de se donner le droit de raconter et de faire raconter des histoires sur ce qui est perçu et vécu dans l'environnement commun à la PSHM et à lui-même.

d) Troubles névrotiques : Une immersion prudente et progressive dans ce qui peut s'avérer un trouble phobique, une utilisation de l'expression théâtrale et une éducation sexuelle en cas de troubles d'allure hystérique pourront aider, associées à d'autres approches soignantes, à la résolution de troubles hystéro-phobiques. On rappellera que les troubles obsessionnels compulsifs, dans les institutions médicosociales, sont plus souvent l'indice d'une tentative autothérapeutique de se ranger ou de rassembler les morceaux éparpillés de soi-même que l'indice d'une organisation névrotique. Il faudra alors savoir les respecter autant que faire se peut dans l'activité, si on ne veut pas voir s'aggraver une angoisse de morcellement liée à une problématique psychotique.

e) Pathologies de l'humeur : Les humeurs dépressives sont assez fréquentes chez les PSHM, depuis la simple « déprime », avec tristesse et inhibition psychomotrice, pouvant être en partie

améliorées dans l'activité par le maniement des horaires, la prise en compte du temps par les histoires et la valorisation de la PSHM, jusqu'à la crise de mélancolie, véritable urgence psychiatrique qui ne saurait trouver d'amélioration dans l'exercice d'une activité.

Les euphories ou exaltations morbides : le grand « festin maniaque », dévorateur des choses et des gens, entraîne une réaction vive de l'entourage et la personne atteinte se voit fréquemment hospitalisée sous contrainte en milieu spécialisé. Par contre, le degré inférieur de la crise maniaque, l'hypomanie, beaucoup mieux supporté par l'entourage, notamment institutionnel, peut être une solution utilisée par la PSHM contre l'envahissement dépressif, et elle ne devra pas nécessairement être bridée par des remarques intempestives dans les activités.

Les spécialistes regrettent que les troubles bipolaires ne soient pas plus souvent diagnostiqués pour leur appliquer le traitement de choix que constitue la prescription d'un médicament régulateur de l'humeur. Cette remarque fondée ne doit cependant pas faire oublier qu'en complément du traitement psychotrope et psychothérapique, un maniement adapté de l'activité éducative, c'est-à-dire prenant en compte aussi bien la dimension temporo-spatiale de l'activité que l'estime de soi du sujet qui y participe, est susceptible de modifier aussi la fréquence des accès.

2.3 Pour des troubles psychiques touchant à la cohésion du Moi de la personne et/ou à l'intégration de soi au monde et/ou pour des délires

a) Syndrome de dépersonnalisation et/ou de déréalisation : Dans le syndrome de dépersonnalisation et/ou de déréalisation, c'est comme si on ne se reconnaissait plus soi-même ou son environnement, « comme si le familial devenait l'étranger », disait une patiente. La PSHM devra être accompagnée, le « comme si » devra être entendu et partagé, dans les activités, si on veut éviter qu'une angoisse de dépersonnalisation ne prenne un tour plus franchement délirant.

b) Troubles de l'identité personnelle ou de la personnalité : L'étude cognitive des psychoses montre que le sentiment d'identité personnelle est la résultante de trois sens complémentaires : être le possesseur des parties de son corps et de ses états mentaux affectifs, être l'agent de ses propres actions, être l'auteur de ses propres pensées. Dans un but préventif des troubles identitaires, ils devraient être largement commentés et repris dans les activités.

L'objet fabriqué, reflet important de la personne considérée, permet, dans une perspective thérapeutique biopsychosociale, autant un apprentissage de la technique à mettre en œuvre avec son corps pour le fabriquer, qu'une pensée conceptuelle de sa trajectoire et de sa future utilisation, ou qu'une pensée relationnelle à réaliser pour son éventuelle commercialisation.

Le responsable d'activité, souvent support des identifications projectives morcelées de la PSHM dysharmonique de versant psychotique devra savoir lui rendre, sous une forme unifiée et acceptable, son action, ses pensées et son engagement corporel.

c) Troubles d'allure autistique : On renverra, pour la prise en soins de toutes les formes d'autismes, aux histoires, à la contenance, et à la valorisation, mais, surtout, on portera une attention toute particulière aux passages et aux articulations en considérant que l'autisme est peut-être bien avant tout une maladie des articulations psychiques. Il conviendrait donc, pour les accompagnants, d'être associatifs en idées, en paroles et en actes, de se comporter comme des « donneurs d'isthmes », d'une part en articulant, pour et en eux-mêmes, le cognitif et l'affectif et en le faisant partager à la personne autiste, d'autre part, en portant une attention toute particulière aux passages de relais entre les différents intervenants.

d) Syndrome d'automatisme mental, ou pensée forcée et dirigée par un individu réel ou fantasmatique ou une force perçues comme extérieures à soi : Là encore, l'éducateur ne devra pas aborder de façon abruptement dénégatoire les croyances erronées de la personne

avec automatisme mental, mais devra s'efforcer de partir de sa propre expérience de non-perception de ce qui est dit par cette personne pour tenter de lui répondre.

e) Délires, aigus ou chroniques, cohérents ou incohérents, hallucinatoires, interprétatifs, intuitifs ou imaginatifs : Nous ferons l'hypothèse, à partir de nos observations, que certains délires ont non seulement une fonction défensive qu'il faut savoir respecter contre la blessure narcissique engendrée par le handicap, mais qu'ils ont été permis par l'existence, chez certaines personnes avec un handicap mental, d'un « déficit générationnel », réel ou fantasmatique. Ces délires peuvent surgir à tout moment chez ces personnes si leur parentalité éventuelle et leur inscription dans une chaîne générationnelle ne sont pas élaborées avec elles comme un possible structurant la vie psychique et autorisant la transmission de ses valeurs, de ses connaissances, mais aussi de ses difficultés personnelles à ses enfants, à ses parents, ou à toute autre personne pouvant en occuper la place symbolique.

2.4 Point de vue nosologique

D'un point de vue nosologique, on peut remarquer que l'éducateur aura peu à s'occuper, dans ses activités, des troubles névrotiques alors qu'il aura un rôle capital à jouer dans l'amélioration des troubles psychotiques ou états limites.

Pour les psychoses, il devra, en collaboration avec les autres intervenants, savoir être le contenant bienveillant et unificateur des projections scissionnelles d'une PSHM atteinte de schizophrénie ou le support patient des interprétations pathologiques d'une PSHM atteinte de paranoïa, ou bien encore se préoccuper de la revalorisation narcissique d'une PSHM apparaissant comme maniacodépressive.

Pour les troubles de type état limite, il devra amener les PSHM atteintes à quitter leur fonctionnement manichéen caractéristique pour aborder avec elles les bienfaits de la relativité et de l'entre-deux. Pour éviter un possible rejet éducatif, il devra aussi savoir que ces personnes ne rendent souvent aucun remerciement des prises en soins attentionnées qui peuvent leur être prodiguées.

CONCLUSION

Il persiste une difficulté, pour les PSHM dysharmoniques ou bien pour les personnes atteintes d'une maladie mentale chronique hébergées dans les institutions médicosociales, à obtenir une complémentarité entre l'action sanitaire et l'action médicosociale. Si cette complémentarité devenait enfin effective, alors les responsabilités thérapeutiques actuelles, consenties ou ignorées, des meneurs d'activité pourraient être allégées. Toutefois, le chemin pour ce faire ne paraît pas encore, du moins en France, suffisamment bien envisagé et praticable.