

Anne Marie JOVENET

LA RELATION EN QUESTION DANS L'ÉDUCATION A LA SANTÉ

Résumé : L'objectif de l'article est de poser le problème de la relation dans l'éducation à la santé du point de vue de l'éducateur. En effet, si les théories du soutien social attirent l'attention sur la différence entre soutien reçu et soutien perçu par le sujet « recevant », il semble tout aussi utile de s'interroger sur le sujet « aidant » pour évaluer les conditions et les conséquences de ce soutien. Quelques jalons sont posés en évoquant l'acceptation de la défaillance dans le dialogue socratique, l'interaction adulte/bébé ou enfant en psychologie du développement ou encore la relation pédagogique d'un point de vue psychanalytique. Dans le domaine de la maladie ou du handicap, les travaux cités montrent que soignants, pédagogues ou éducateurs ne sont pas neutres. L'aide qu'ils peuvent apporter est marquée par leur propre engagement dans la situation tant que celui-ci n'est pas repéré comme tel. C'est à cette prise de conscience que vise la réflexion menée dans cet article.

Mots clefs : éducation à la santé — interaction adulte/enfant — interaction soignant/soigné — relation éducative — soutien social.

L'objet de cet article est de tenter d'éclairer le problème posé par l'éducation à la santé sous l'angle de la relation entre éducateur et éduqué. En fait cette question s'inscrit dans un aspect qui nous semble insuffisamment abordé dans la théorie du soutien social, telle qu'elle est présentée par Nicole Rasle (1994). S'il est effectivement judicieux de distinguer intégration sociale dans un réseau, et bénéfice perçu par l'individu — c'est-à-dire soutien reçu et soutien perçu, et donc d'introduire le poids du sujet « recevant » dans l'évaluation de la relation —, il nous semblerait tout autant indispensable de s'interroger sur le sujet « donnant » pour diagnostiquer les conditions et les conséquences de ce soutien. Plutôt que de poser le problème des divers aspects du soutien social et de leur efficacité respective (Dunkel et Scheller 1984, cité dans Rasle, 1994), on se demanderait plus largement à quelles conditions le soutien peut être efficace, compte tenu de la complexité qu'engendre la relation « aidant-aidé ».

Le point de départ de cette réflexion se rapporte en fait à un certain nombre de situations où le soutien social apparaît à la fois nécessaire et dif-

ficile. Y a-t-il paradoxe ou contradiction à parler de soutien social en ce qui concerne l'anorexie mentale, sachant que la thérapie habituellement pratiquée s'appuie sur la séparation d'avec le milieu familial, partant du postulat que celui-ci est à l'origine du processus déclencheur de l'anorexie ? Comment envisager le cas des femmes alcooliques devenues abstinentes pour qui le soutien familial est la chose la plus attendue et la plus redoutée ?

Certes, de tels questionnements ne sont pas absents de la réflexion portant sur le soutien social. Des travaux rapportés par Rasle (1994) on peut retenir des constats divergents : les étudiants qui s'isolent de leur pairs semblent moins stressés que ceux qui restent en groupe au moment de la préparation des examens ; chez les malades du cancer, la densité du réseau relationnel joue un rôle protecteur alors que le fait d'être marié apparaît comme facteur de risque.

Toutefois, il nous semble qu'une réflexion approfondie sur ce que vit et ressent celui qui aide, serait de nature à apporter des éléments importants de réponse. Or, philosophes, psychologues mais aussi et surtout psychanalystes s'interrogent depuis longtemps sur la relation éducative d'un point de vue qui dépasse la simple constatation de faits observables. La démarche engagée ici touche alors un aspect épistémologique intéressant en Sciences de l'Éducation : y a-t-il, à l'heure actuelle, un point de rencontre possible de différentes disciplines pour éclairer des problèmes de santé ?

Nous proposons donc dans cet article de passer en revue quelques aspects de la relation éducative, en nous attardant sur le « versant éducateur » afin de reformuler la question du soutien dans les problématiques de santé.

Selon Postic (1986), « la relation pédagogique devient éducative quand, au lieu de se réduire à la transmission du savoir, elle engage des êtres dans une rencontre où chacun découvre l'autre et se voit soi-même, et où commence une aventure humaine par laquelle l'adulte va naître en l'enfant ».

Plusieurs éléments se dégagent de cette définition : la relation éducative est une interaction entre soi-même et un autre, entre un éducateur et un enfant, dans le but d'amener cet autre, cet enfant, à grandir, à devenir lui-même en lui transmettant non pas un savoir extérieur à assimiler, mais ce qu'on pourrait appeler un « devenir soi ». L'acte de relation devient ainsi l'objet tiers entre l'adulte et l'enfant.

Ce faisant, on retrouve dans ces termes l'approche étymologique de l'acte d'éduquer : « sortir de, conduire hors de... » proche de la philosophie de Socrate. L'éducateur est un guide, un accoucheur des esprits, il est là pour que l'autre advienne. Toutefois, au delà du dialogue avec l'esclave autour d'un carré de 2 pieds à doubler, il ne faut pas oublier la réflexion de

Socrate à Menon : « Au commencement, il ne savait pas quel est le côté du carré de 8 pieds. [...] Mais il croyait le savoir [...] et il n'avait pas conscience de la difficulté. [...] En le jetant dans l'embarras, en l'engourdisant comme la torpille, lui avons-nous fait quelque tort ? [...] Il a donc profité à être engourdi. » (Platon).

Que l'éducateur accepte, « prenne sur lui », pourrait-on dire, pour laisser l'autre s'enfoncer dans l'erreur, afin de s'apercevoir qu'il a fait fausse route et commencer à chercher, voilà une théorie qui peut inciter tout pédagogue au « travail sur soi ».

Ne retrouve-t-on pas également dans la définition de Postic un modèle d'étude puissant en psychologie à l'heure actuelle, celui de la relation dyadique, de l'interaction, de la médiation... ?

Bien des travaux montrent que la relation adulte/bébé n'est pas une relation à sens unique. Les expériences de Kellman et Spelke (1983) et de Baillargeon, Spelke et Wasserman (1985) ont démontré que la construction de l'objet permanent pouvait être plus précoce que ne le pensait Piaget, si toutefois on remplaçait l'activité motrice par une activité perceptive. Le fameux texte de Zazzo sur l'imitation néo-natale (publié en 1988, 43 ans après les premières observations... communauté scientifique oblige !) montrait des capacités réactionnelles à la présence de l'autre, beaucoup plus tôt que ne le laissait attendre la théorie. En retour, l'enfant qui ressent et exprime quelque chose de lui, ne laisse pas l'adulte indifférent. Aussi est-il heureux que la première réponse-sourire de l'enfant, soit interprétée par l'adulte comme lui étant destinée : le processus communicatif est engagé. Bruner (1983) étudiant « comment l'enfant apprend à parler » montre aussi comment le premier langage sans mots, comment le dialogue de regards, de pointing et de feed-back inscrit la communication dans l'échange. L'adulte a-t-il vraiment l'initiative de la relation ? Qui guide l'autre ?

Vient alors à l'esprit cette boutade qui n'en est pas une : « quand les parents apprennent que leur enfant est sourd, ils deviennent muets ». Effectivement, l'observation des situations de maladie ou de handicap montre inévitablement un changement de comportement de la part des valides ou bien-portants.

Les sollicitations de la part de l'adulte, nécessaires au développement de l'enfant atteint d'un handicap sensoriel, moteur ou mental, diminuent considérablement par rapport à celles dont bénéficie l'enfant normal. Même auprès d'adolescents, l'étude comparative des actes de langage dans les interactions entre parents et adolescents myopathes/valides autour d'une tâche informatique que maîtrisent mieux les adolescents, montrent des différences sur les aspects pragmatiques de la communication (Bernicot et Chaigneau,

1996). L'adulte n'est pas neutre dans sa relation avec un enfant ou un adolescent différent...

La psychanalyse, elle, invite à être à l'écoute de l'inconscient, afin de déceler les traces de mécanismes psychiques souterrains qui agissent dans la relation éducative. Elle permet donc d'aller au delà de ce qui se voit, pour comprendre ce qui se joue à travers la relation.

Comme le dit de façon imagée Postic (1986), la situation éducative met en scène les fantômes du passé qui manœuvrent certains gestes, certaines attitudes, certaines paroles, comme par un fil invisible. Et ce qui se joue pour l'adulte, c'est le retour inconscient à sa propre enfance. Il s'agit bien d'admettre que la relation éducative ne se situe pas seulement au niveau visible de la communication interpersonnelle, mais aussi au niveau des affects, des fantasmes. La communication présente à la fois un contenu manifeste, observable, identifiable, et un contenu latent qui va surgir à l'occasion d'un incident, d'une rupture dans le déroulement habituel. Dans le cadre de la relation pédagogique, on citera comme incidents déclencheurs, la réaction violente du professeur excédé par le mutisme du groupe ou son habituelle agitation, l'émoi suscité par la réaction inattendue d'un élève ou encore les phénomènes identifiés par Jubin (1988 et 1991) comme relations à un « chouchou » ou à une « tête à claques ». Il s'agit bien d'une dynamique de forces plus ou moins souterraines, qui de temps en temps se manifestent à l'extérieur. Mauco (1963, cité par Postic, 1986) affirme à ce propos que « les réactions d'agression ou de culpabilité de certains enseignants tiennent à la manière dont ils ont intégré leur propre passé ». De même, on peut aller jusqu'à dire que l'éducateur qui aurait inconsciemment espéré échapper à lui-même au moyen de la pratique pédagogique, s'y trouverait confronté tôt ou tard.

Dans cette relation pédagogique, le savoir est le troisième terme, celui qui empêche cette relation d'être duelle. Mais l'impact du savoir, c'est également le pouvoir. Avoir le savoir, c'est avoir la possibilité d'exercer une action sur autrui. Enseigner, c'est aussi se déposséder du savoir au profit d'un autre, c'est potentiellement rendre l'autre, plus puissant que soi. L'enseignant peut être amené inconsciemment à ne céder qu'une partie du savoir et à maintenir une zone d'ignorance. Il ne livre que ce qu'il veut quand il veut. L'élève est condamné à être dépendant du maître, à moins que, en retour, l'élève ne se protège de cette domination en refusant inconsciemment la « nourriture », par une sorte d'anorexie scolaire.

De son côté l'élève arrive aussi à l'école porteur de son passé et des relations affectives plus ou moins bonnes (Winnicott, 1969 et 1975) qui ont marqué la première construction de soi. Il projette sur la personne de

l'enseignant demandes excessives, rejet ou agressivité nées de ses premières relations.

Qu'on le veuille ou non, la situation éducative est conflictuelle au niveau inconscient, parce qu'elle est au centre de ce qui se joue pour l'enfant mais aussi pour l'adulte. Pour l'enfant, le conflit interne est le moteur de son évolution, à condition que l'éducateur l'aide à maîtriser ses forces internes, à se situer, sans se substituer à lui. Pour l'éducateur, le dépassement du conflit passe par un effort conscient sur lui-même pour reconnaître lucidement les forces qui s'exercent sur lui et pour rendre à l'enfant son droit à la singularité. Cela suppose qu'il maîtrise les relations imaginaires venues de son enfance.

Il faut toutefois rappeler à la suite de Postic que les premières équipes à se poser ce genre de question étaient les équipes éducatives ayant en charge l'enfance handicapée. Elles étaient confrontées à des blocages : pour en comprendre les causes, il fallait chercher du côté de l'inconscient.

Les difficultés de l'enfant malade ou handicapé retentissent chez l'adulte au point parfois de déclencher une crise grave. Dans ce domaine, la réflexion de de Barbot (1994) est tout à fait éclairante sur le sujet. Dans quelle position se trouvent les rééducateurs face à l'enfant infirme moteur cérébral ou à tout enfant handicapé ? Adultes face à des enfants abîmés, êtres humains face à l'angoisse, ... mais aussi réparateurs face à l'irréparable. S'occuper d'enfants renvoie chacun à sa propre enfance mais aussi à son désir d'enfants. Pour l'accueillir cet enfant, l'éduquer, il faut d'une certaine façon s'identifier à lui. Mais comment s'identifier à un enfant porteur de handicap ?... Cela « suppose que nous ayons fait la paix avec notre enfance ». En effet, faire le deuil de l'enfant imaginaire cela concerne aussi les professionnels, même si la formule choque bien des éducateurs, au premier abord, preuve d'une réalité qui n'affleure que très peu la conscience.

Mais la maladie, le handicap suscitent la peur, on le sait. Crainte et peur provoquent le déni, la mise à l'écart, pour se protéger. « La grande crainte de ceux qui se considèrent comme « normaux » est un facteur de la marginalisation des personnes différentes. Cercle vicieux : plus on a peur, plus on s'éloigne de l'autre ; plus on s'éloigne, plus on a peur d'être rejeté si on était ou devenait comme lui ».

Pourtant rééducateurs, médecins, soignants ont une vocation commune : celle de guérir. Dès lors on sait bien que toutes les situations extrêmes où le soignant ne peut plus qu'attendre ou reculer l'échéance, deviennent par définition insupportables parce que contraires aux motivations du choix professionnel. Le sentiment d'échec ou d'impuissance fait naître la

culpabilité à moins qu'il ne se transforme en agressivité, apportant un second motif de culpabilité.

C'est à partir de là que de Barbot décrit comment les réactions des uns et des autres, enfants et rééducateurs, s'enchaînent dans une spirale sans issue, si ces réactions ne deviennent pas conscientes.

Pour survivre au drame qui se joue, l'adulte, qu'il soit soignant, éducateur ou enseignant auprès de cet enfant ou adolescent lourdement handicapé, se « jette » dans des tâches matérielles, de soin, de rééducation ou de soutien scolaire, encourageant et demandant toujours plus à l'enfant. Celui-ci, peu sûr d'être aimé, s'efforce de répondre à la demande pour plaire et « mériter » l'attention... jusqu'au moment où il craque, conscient alors de l'inutilité de ses efforts au regard de la maladie ou de l'impossibilité d'être aimé comme un autre.

Il abandonne... « trois mois avant le brevet des collèges » lui qui « était doué... et avait fourni tant d'efforts », « lui qui était le plus agréable en rééducation » ne veut plus rien entendre... et aucun adulte, à moins d'avoir envisagé la question sous cet angle, ne comprend, comme en témoignent ces réflexions recueillies auprès de divers professionnels en centre de rééducation fonctionnelle (Jovenet, 1995).

L'enfant, l'adolescent handicapé qu'on entourait, se retrouve seul et l'adulte s'interroge sur ce qui s'est passé, sans savoir qu'il l'a inconsciemment provoqué.

Cette dernière approche s'adressait aux professionnels de l'éducation. Avec Rusniewski (1996), nous pourrions clore ce débat autour du rôle de l'éducateur de façon élargie.

Patients, familles, soignants, confrontés à la maladie grave, mettent en place leurs propres mécanismes de défense. Rappelons sa définition très explicite : « Toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité à répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'instaurant à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse, et s'exacerbent dans des situations de crise et d'appréhension extrêmes ».

Evidemment les malades ou les handicapés vont déployer des défenses pour se protéger d'un mal et d'une peur trop lourds à supporter : le déni, la rationalisation, la régression, l'agressivité ou l'humour... Mais ils ne sont pas les seuls : les soignants comme les parents, les enfants ou amis vont

d'une autre façon mettre en place déni, mensonge, esquive, fausse réassurance ou identification projective.

Pour ce dernier aspect, un exemple tout à fait intéressant est rapporté par Rusniewski : celui d'une jeune femme soignée pour un cancer par une jeune femme qui a tout pour lui ressembler, la maladie en moins... A force de vouloir l'aider à réagir et à se battre, l'infirmière la « bousculait sans cesse, avec gentillesse mais fermeté... ». Mais en la faisant à son image, battante et souriante... que partageait-elle de la « souffrance d'un corps jeune, rongé par la maladie et sur lequel aucun trucage ne ferait jamais illusion » ?

La jeune femme malade recevait à la place du soutien attendu et nécessaire, image fausse et enfermement. Comment oser dire sa souffrance à quelqu'un qui ne veut pas l'entendre ?

Au terme de cette réflexion autour de celui qui aide, voilà la vraie question qui se dégage : le sujet aidant ne peut remplir effectivement sa fonction de soutien que s'il a conscience de la difficulté de son rôle, des protections qu'il met en place inconsciemment, et que s'il accepte d'être lui-même aidé. Tout ne va pas de soi, quand il s'agit d'apporter un soutien à un enfant en difficulté scolaire, à un enfant malade ou handicapé, à un adolescent ou un adulte en proie à l'anorexie, à l'alcoolisme ou aux conduites addictives.

Les thérapeutes qui éloignent un moment l'anorexique, l'alcoolique, ou le drogué du milieu habituel, familial, relationnel ou conjugal le savent bien. Les jeunes femmes qui disent redouter le plus le retour au foyer le savent aussi. Les malades cardio-vasculaires qui doivent envisager l'arrêt définitif du tabac, éprouvent la plus grande crainte à rencontrer leurs anciens amis fumeurs et à fréquenter les lieux d'autrefois. Pourtant, l'isolement est le pire des maux, de la toute petite enfance jusqu'au dernier souffle. Cela n'est plus à démontrer.

C'est ici que se situe l'objet du débat que nous avons voulu soulever à propos du soutien dans le domaine de l'éducation à la santé. Sur le plan individuel, seule une réflexion sur la difficulté d'accompagnement permettra d'avancer et de mieux définir les conditions d'un véritable soutien. Sur le plan institutionnel, un aspect supplémentaire nous semble en jeu, qui pourrait faire à lui seul l'objet d'un autre débat. Il s'agit des enseignements à tirer de l'histoire de la médecine ou ce qu'on pourrait appeler avec Freidson (1984) la division du travail médical ou l'agencement du travail hospitalier.

Le soin n'est-il pas au point de départ « quelque chose qui vient d'en haut », une thérapeutique à appliquer... ? L'histoire imbriquée des professions médicale et infirmière montre bien que le « rôle propre » a émergé

difficilement, qu'il reste actuellement en concurrence intense avec le « rôle sur prescription »... Circulaires officielles et textes professionnels existent et pourtant les pratiques des infirmières qui se battent pour faire reconnaître leur statut, montrent que le « rôle sur prescription » est le premier évoqué... qu'il s'agisse de prise en charge de la douleur, d'écriture dans le dossier de soins, etc. Concurrence et paradoxe : « le rôle propre » insiste sur le relationnel, donc l'imprévu, l'imprévisible, l'affectif, sur l'approche globale du patient, à l'heure où tout se découpe en diagnostics, protocoles, échelles de mesure de la douleur... et le « rôle sur prescription » n'engage pas obligatoirement une réflexion sur soi-même.

Certes le panorama ainsi brossé ne propose aucune solution concrète. Il a seulement l'ambition d'ouvrir une brèche dans l'étude des mécanismes. Si un soutien social inadéquat peut avoir des effets catastrophiques en renforçant les comportements à risque, que sait-on exactement des conditions et des mécanismes expliquant les bénéfices d'un bon soutien... Il faudrait des études dans ce domaine... et nous invitons, avec cet article, les chercheurs, débutants ou non, à s'y employer.

Anne Marie JOVENET

Université Charles de Gaulle – Lille 3

Bibliographie

- Baillargeon R., Spelke E. & Wasserman S. (1985) « Object permanence in five-month-old infants » — *Cognition* 20 (191-208).
- Barbot F. de (1994) « Les soignants face à l'irréparable » — in : C. Gardou *Handicaps, handicapés, le regard interrogé*. Toulouse : Eres.
- Bernicot J. & Chaigneau A. (1996) « La communication chez les enfants atteints de dystrophie de Duchenne (DMD) : la production des tours de paroles et des actes de langage » — *Interactions et cognition* 1.
- Bruner (1983, trd. fr. 1987) *Comment les enfants apprennent à parler ?* Paris : Retz.
- Dunkel & Scheller (1984) « Social support and cancer : findings based on patient interviews and their implication » — *Journal of Social Issues* 40 (77-98).
- Freidson E. (1984) *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Jovenet A.-M. (1995) *Apprentissage utile de l'espace chez les adolescents atteints de myopathie Duchenne de Boulogne. Déficits à com-*

penser ou schèmes à développer ? Thèse de doctorat, Université Paris V.

- Jubin P. (1988) *L'élève tête à claques*. Paris : ESF.
- Jubin P. (1991) *Le chouchou ou l'élève préféré*. Paris : ESF.
- Kellman P. & Spelke E. (1983) « Perception of partly occluded objects in infancy » — *Cognitive Psychology* 15 (483-524).
- Mauco G. (1963) *L'éducation affective et caractérielle de l'enfant*. Paris : Colin-Bourrelier.
- Platon. Ménon in *Protagoras, Euthydème, Gorgias, Ménexène, Ménon, Cratyle*. Traduction E. Chambry. Paris : Flammarion.
- Postic M. (1986, 3^e éd.) *La relation éducative*. Paris : PUF.
- Rasle N. (1994) « Le soutien social dans la relation stress-maladie » — in : M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (éds.) *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.
- Rusniewski M. (1996). *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. Paris : Dunod.
- Winnicott D. (trd. fr. 1969) *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott D. (1971, trd. fr. 1975) *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
- Zazzo R. (1988) « Janvier 1945 : découverte de l'imitation néo-natale ? » — *Psychologie française* 33 (5-9).