

HIVER 2003
Volume 2, numéro 2
L'éduc® paraît 4 fois l'an.

Dépôt légal à la Bibliothèque
nationale du Québec
ISSN 1703-9894

Dans ce numéro

- 2- Réunion d'équipe
- 3- La réduction des méfaits



LISTE D'ENVOI

Vous possédez une adresse de courriel personnelle? Inscrivez-vous à la liste d'envoi pour recevoir les communications du Comité des éducateur(trice)s.

Expédiez un courriel à educchl@yahoo.ca en indiquant **LISTE D'ENVOI** dans la rubrique *Objet* de votre courriel.

Comité du bulletin d'information :

Sylvain Proulx
Diane Ratel
Sylvain Ratel

Courriel 

educchl@yahoo.ca

INTERVENIR

par SYLVAIN RATEL
Coordonnateur professionnel

Prendre part volontairement à une action pour en modifier le cours (L. Arousse, 2003). L'intervention est le cœur de notre action. C'est par ce moyen que nous entrons en relation avec les clientèles que nous côtoyons dans notre action professionnelle.

Pourtant, derrière ce constat tout simple, intervenir est complexe et sa définition, malgré tous les efforts pour la cerner entièrement, demeure toujours un peu floue, marquée par l'impossibilité de tout planifier ou prévoir.

Tous ceux qui travaillent auprès de la clientèle interviennent, mais pour un(e) éducateur(trice), cette activité prend un sens marqué par *l'utilisation* du quotidien comme champ rééducatif. Cette notion d'utilisation est essentielle, car c'est à travers elle que l'action éducative prend forme.

Utiliser consiste à transformer tout événement, aussi banal soit-il, de façon à lui donner *un sens* pouvant être porteur d'un changement, car il est associé à un processus axé sur l'amélioration des schèmes adaptatifs de la personne avec qui nous intervenons. Dans cette optique, inter-

venir veut dire *se mettre en action* plutôt que de se placer *en réaction*. Il est facile de réagir promptement à une situation, porté par l'émotivité que comporte le soutien à des personnes en difficulté d'adaptation. Mais il est justement impératif, dans une visée *clinique*, de garder constamment à l'esprit que la vie, au quotidien, est remplie d'occasions d'apprentissage et d'amélioration qu'il faut saisir dans une visée thérapeutique. Le tout consiste à croire en la possibilité d'amélioration de la personne et de laisser aux événements l'occasion de se manifester pour qu'on puisse en saisir à la fois la portée, le sens mais surtout le potentiel adaptatif.

Ces éléments s'insèrent dans la visée première des éducateurs et éducatrices qui doivent chercher à organiser et à animer le milieu de vie ou les activités planifiées, de façon dynamique, pour éventuellement arriver à donner une signification à l'action. C'est dans cette optique que la notion d'intervention risque de prendre tout son sens, à défaut d'être parfaitement définie _

Assemblée des éduc

- **Mercredi 11 juin 2003**
de 13 h à 16 h
Module d'enseignement, salle 4-5

RÉUNION D'ÉQUIPE

Quelques petits trucs

Par SYLVAIN PROULX, éd.spéc.

Trop souvent, réunion d'équipe devient synonyme de perte de temps ou capharnaüm cacophonique. On sent que le temps se perd et qu'on s'enlise. À ce moment, les discussions relèvent beaucoup plus de l'épandage émotif que de l'analyse rationnelle. Combien de fois en est-on ressorti insatisfait ?

Ce qui fait la force des éducateur(trice)s, c'est le travail-terrain. Mais il faut aussi se donner la possibilité de prendre du recul, de se réserver le temps nécessaire pour échanger de façon organisée nos perceptions, nos observations. C'est là que les réunions d'équipe trouvent leur importance. Elles sont indispensables à la vie même de l'équipe.

L'ordre du jour

L'ordre du jour sert à placer les différents sujets à traiter selon un ordre thématique et de priorité. Il n'est pas une « liste d'épicerie » où sont alignés sans ordre tous les sujets. Lors de la préparation de la réunion par l'animateur, il doit répartir les différents sujets suggérés par les collègues selon les thèmes retenus.

L'utilité de la thématisation de l'ordre du jour est d'éviter d'accorder trop d'importance aux sujets administratifs au détriment des sujets concernant les usagers. Tous ont connu ces réunions portant principalement sur des sujets de « poutine » administrative ou de gestion de la ressource et, par conséquent, très peu sur les problématiques des usagers. Au Ponceau, nous avons défini quatre thèmes :

1. clinique
2. vie de groupe
3. organisation de la ressource
4. varia

1. **Clinique** : au début de la réunion, par un tour de table, chaque intervenant présente son *case-load* (c.-à-d. les usagers), soumet les plans d'intervention ou les modifications ainsi que les particularités de l'utilisateur.

Ponctuellement, une problématique particulière y est soulevée (ex. : crise de décompensation ayant nécessité une réhospitalisation). Les échanges portent alors sur les points d'information amenés par l'intervenant concer-

né et non par une avalanche désordonnée de potins ou d'événements épars. Cette section doit être la priorité de toute réunion d'équipe. C'est l'essence même de notre travail qui y est traitée.

2. **Vie de groupe** : moment où on discute des activités collectives du milieu de vie des usagers. On traite des sujets comme le troc, les comportements entre pairs, l'implication des usagers aux décisions ayant un impact sur leur milieu de vie (ex. : comité des résidents) et des activités de groupe ou de loisirs. Période idéale pour traiter des moments de vie collective.
3. **Organisation de la ressource** : on y parle autant des problèmes organisationnels que matériels et on échange des informations administratives.
4. **Varia** : période pour discuter de tous les points que nous n'incluons pas dans les trois thèmes précédents ou tout nouveau sujet qui surgit en cours de réunion. Par exemple, on peut inclure une motion de félicitations à l'animateur de la réunion. :-)

Les droits de parole

Nous exerçons une fonction « de parole ». La relation d'aide l'oblige. Mais cela ne signifie pas qu'elle doit être anarchique. Sans nécessiter autant de formalisme qu'une rencontre de grand groupe (ex. : l'assemblée des éducés ou une rencontre syndicale), la réunion d'équipe doit respecter certaines règles de base. La première est de laisser terminer les interventions et de centrer les siennes sur les sujets traités. Il faut toujours garder à l'esprit qu'on se réunit pour chercher une solution à un problème et non pas pour « faire du social ». Synthétiser son intervention est une chose qui se pratique, ce n'est pas inné.

L'animateur a alors la responsabilité de faire respecter les droits de parole en recentrant les discussions qui s'écartent du sujet traité, voire même en ramenant à l'ordre les participants qui, dans un excès d'enthousiasme :-), s'égarer. L'humour est un moyen qui s'avère utile.

Les participants doivent aussi préparer leur présentation de *case-load* avant la

tenue de la réunion. L'improvisation est rarement bénéfique ; on oublie alors souvent des observations importantes ou des pistes de solution. Soyons humbles et admettons que nous n'avons pas tous la capacité d'improviser. :-)

La planification des réunions

Au Ponceau, nous tenons une réunion mensuelle qui dure entre deux et trois heures (lorsque les sujets sont plus complexes). Nous avons organisé les horaires de façon à assurer la présence au travail du plus grand nombre d'intervenants (en nous centrant sur les personnes à temps complet, celles-ci fournissant la permanence). Si le temps imparti est insuffisant, on peut plus facilement reporter des sujets à une prochaine rencontre, les plus importants ayant été traités (importance de la priorisation).

Annoncer la prochaine réunion au point *Varia* est l'idéal. Toutefois, comme nous ne vivons pas dans l'idéal, nous devons chercher à la prévoir le plus rapidement possible (dans la semaine qui suit) afin de ne pas se retrouver coincés par des agendas surchargés. Déterminer une journée de façon statutaire aide considérablement à réduire ces problèmes. Par exemple, au Ponceau, nous tenons les réunions d'équipe obligatoirement un lundi.

La répartition des tâches

Idéalement, la personne qui assume l'animation doit être déchargée de la tâche de prise de notes, donc du procès-verbal. Mais dans un petit groupe, il peut arriver qu'elle assume les deux. Les participants peuvent alors alléger l'animateur en lui remettant par écrit la présentation clinique de leur *case-load* (d'où l'importance de synthétiser la présentation). On évite ainsi la difficulté pour la personne assumant la prise de notes de transcrire de façon interprétative la présentation d'un intervenant _



L'approche de « La réduction des méfaits »

par FRANCINE BRETON, éd. spéc.
S.I.M. Hochelaga-Maisonneuve

On parle de plus en plus de la problématique «santé mentale/toxico». Parmi nous, la venue du centre Cormier/Lafontaine en témoigne toute l'existence réelle. Les éducateur(trice)s interviennent de plus en plus auprès de personnes qui consomment – alcool, pot, hasch, coke, etc. – sur une base régulière. Plusieurs de nos clients qui ont une maladie mentale et prennent des médicaments (antipsychotique, antidépresseur, anticonvulsant, etc.) sont en plus des consommateurs de bière, de vin, de joints et de coke.

L'approche de la réduction des méfaits se concentre sur la diminution des conséquences néfastes, telle la mauvaise santé, de la consommation pour l'individu, la communauté et la société dans son ensemble ainsi que sur une multitude d'autres problèmes sociaux et économiques. À l'opposé, le courant que j'appelle «tolérance zéro» se concentre sur l'élimination de l'usage en soi. Le courant de pensée encourageant la réduction des méfaits n'est pas nouveau. C'est plutôt l'émergence d'un courant prohibitionniste qui, lui, est beaucoup plus récent ! Au 19^e siècle, au Royaume-Uni, les médecins prescrivaient des drogues aux utilisateurs.

Les pionniers de l'approche telle que nous la connaissons prend ses origines dans les années 1980 à Merseyside (Royaume-Uni) et à Amsterdam (Pays-Bas). Par exemple, les programmes et politiques de réduction des méfaits peuvent prendre les formes suivantes:

- échanges de seringues, prescriptions de drogues (méthadone, héroïne injectable, amphétamines);
- éducation et services externes (distribution de matériel d'éducation sur les drogues, de seringues, de condoms et de trousses de désinfection);
- travailleurs de rue qui aident des personnes à prendre contact avec d'autres services;
- décriminalisation de possession de petites quantités ne servant pas au commerce.

La personne d'abord !

L'autonomie de la personne par le contrôle sur sa vie est au cœur de l'action éducative dans le cadre d'une relation d'aide. Dès lors, *l'approche de la réductions des méfaits* s'impose de plus en plus comme la meilleure façon de négocier avec le traitement d'une maladie mentale et la *consommation* régulière d'alcool ou de drogues.

Prémisse de base

Le traitement de la maladie vise la guérison, la rémission et le contrôle de la maladie. Quant à la réduction des méfaits, elle a pour objectif la diminution des risques et des conséquences liés à la consommation. L'intervention tient compte des coûts et bénéfices pour chaque client face à sa situation présente et à venir.

Nos valeurs sont:

- la promotion de l'accès universel aux soins;
- la protection de la santé et de la sécurité du public;
- la promotion de la santé individuelle et collective;
- la défense des droits pour tous;
- la promotion de la participation et de l'intégration sociales.

Comment concilier un traitement et l'approche de la réduction des méfaits ? On se demande si c'est la drogue qui cause la psychose ou bien si c'est la maladie qui prédispose à la consommation. N'étant ni médecin, ni chercheuse, ma réponse sera celle d'une éducatrice spécialisée: ni l'une ni l'autre explication ne prévaut. En effet, je conçois et comprends que derrière chaque personne, il existe une dynamique, une trajectoire de vie propre à chacun qui nuance les réponses possibles.

L'INTERVENTION: PRAGMATISME + HUMANISME

Ici et maintenant, le client accepte de recevoir des services; il veut qu'on l'aide. Le ou les motifs qui l'incitent à entreprendre une démarche avec un(e) éducateur(trice) spécialisé(e) sont clairs pour lui. La plupart du temps, on entend: «Je ne veux plus être hospitalisé; Je veux retourner vivre en appartement; Je ne suis pas capable de vivre seul; Je veux plus d'argent, "chu tanné" d'être pauvre; Je veux travailler; Je veux retourner à l'école; Je ne suis plus capable de m'occuper seul d'un logement; Je veux revoir ma famille, avoir des amis !» Dans la grande majorité des cas, le besoin exprimé se situe au niveau des besoins vitaux, tels qu'ils sont définis dans la pyramide de Maslow. La question de la consommation est davantage soulevée par les proches ou le professionnel qui fait la référence.

LE CADRE D'INTERVENTION

Être à l'écoute

Il faut d'abord comprendre les besoins exprimés par le client. Établir une relation d'aide, c'est d'abord reconnaître quelle aide la personne nous demande. Comprendre la demande du client implique qu'on respecte ses choix et ses limites. Ceci ne veut pas dire laisser faire... Tout citoyen a l'obligation de tenir compte des responsabilités qu'il a envers lui et les autres.

L'éducateur(trice) spécialisé(e) n'est ni justicier, ni moralisateur ! Nous devons être pragmatiques et concrets dans nos propos et établir une saine communication basée sur le respect et la confiance en l'individu qui est devant nous. Impliquer directement la personne dans *son* processus de changement signifie qu'on lui donne le pouvoir d'agir et de décider de son avenir. Par contre, il ne faut pas oublier que l'estime de soi est souvent très faible chez les personnes qui nous sont référées. C'est dans ce cadre que toute la notion d'*empowerment* devient l'assise de nos interventions en éducation spécialisée. Nos moyens privilégiés sont l'information, l'enseignement et le soutien dans l'action, et ce en lien avec la vie au quotidien du client.

Évaluer avec le client sa situation

Il faut évaluer où la personne en est rendue dans sa vie et où elle veut se rendre. Quels sont ses désirs et ses objectifs à court et à moyen terme? Et ses projets de vie ? Prenons l'exemple d'une personne célibataire dans la vingtaine qui a vécu deux épisodes psychotiques et qui consomme du pot régulièrement avec ses chums. Cette personne désire vivre en appartement, avoir une blonde, des chums, des loisirs, une job, etc. Par contre, il ne lui reste que deux amis: l'un fume un joint, l'autre préfère prendre une bière, ils travaillent et ils organisent leur vie à leur manière.

Il faut tenir compte des besoins exprimés par le client qui veut retourner vivre en appartement. Il ne veut pas s'isoler davantage en ne fréquentant plus le peu d'amis qu'il lui reste. Il veut se prendre en main, améliorer sa condition. Ce qu'il ne veut pas: qu'on lui dicte sa vie!

Le lien de confiance et l'établissement d'une relation d'aide se développent seulement si le client se sent écouté et compris. C'est dans cet esprit que peut s'élaborer un plan d'intervention qui engage le client et l'éducateur(trice). Le client se mobilise graduellement en construisant son propre plan de *match* avec le soutien de l'éducateur(trice). Le plan d'intervention évoluera au fur et à mesure des démarches et réalisation. Mis en situation, le client devra inévitablement se questionner sur les autres aspects de sa vie comme la consommation.

Moi et les autres...

Schizophrénie, antipsychotique, anticonvulsant, effets secondaires... ça le vire à l'envers ! Il ne l'accepte pas, ça lui fait peur. Il veut savoir si, oui ou non, il est schizophrène.

Non, il n'est pas un mutant ! Il ne s'est pas transformé en schizophrène ! Il faut dédramatiser et l'aider à comprendre ce qui se passe. Peu à peu, on doit tenter de lui faire intégrer les nouvelles données sans se perdre. Il faut respecter sa façon de s'ajuster pas à pas et surtout ne pas perdre de vue le besoin du client tel que formulé au départ : «Je veux aller vivre en appartement».

C'est dans cet esprit que l'approche de la réduction des méfaits prend tout son sens. Elle signifie qu'on accepte la personne dans son vécu en travaillant à ce qu'elle s'approprie dès maintenant sa vie de façon autonome et responsable et en tenant compte de ses forces et faiblesses. On doit aider la personne à être critique et autocritique pour s'adapter : c'est le parcours de toute vie !

N'en rajouter plus, la cour est pleine !

«Une ou deux bières, un ou deux joints, ça dérange qui ? Ça ne me dérange pas, j'aime ça, *chus bien quand j'fume avec mes amis.*» Il faut :

- ouvrir le dialogue sur la consommation et tout autre aspect qui le concerne en lien avec la maladie mentale;

- questionner et évaluer avec lui sans juger ni dramatiser la consommation, les risques, les conséquences, les bénéfices, les symptômes et la médication;
- partir du quotidien pour élaborer un plan d'intervention à court terme;
- identifier un objectif atteignable et souhaité par le client;
- établir des ententes claires et réalistes.

Par exemple, à un client qui vit dans un hébergement de groupe, on peut lui dire qu'aucune consommation dans la ressource et autour de la ressource n'est permise. En aucun moment, il ne peut inciter ou influencer d'autres résidents à la consommation, car cela est considéré comme nuisant à son propre cheminement et à celui des autres, et des mesures seront prises. Cette façon de poser les limites et le cadre d'intervention est fondamentalement différente de celle qui repose sur le principe de «tolérance zéro» à la consommation.

Il est important d'explicitier ce qui est non négociable: pas de consommation où apparence de consommation à l'intérieur de la ressource et dans l'environnement immédiat ou pas de consommation avant nos rencontres. Il faut formuler nos demandes: être «à jeun», «straight», être au naturel pour qu'on travaille honnêtement ensemble !

On doit centrer l'intervention autour de la reconnaissance que:

- tout individu désire améliorer sa vie;
- la personne peut changer si elle le désire réellement;
- le respect des différences est essentiel;
- la collaboration est primordiale;
- les intervenants sont des *agents* de changement.

L'autonomie et la responsabilisation de la personne sont les enjeux de l'intervention en éducation spécialisée. C'est une question de respect, de croyances, de valeurs et d'attitudes ! Il faut avoir lâcher prise pour reconnaître les limites de nos choix et de ceux de nos clients.

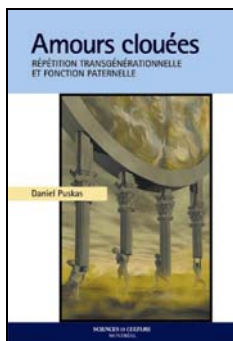


Éditions Sciences et Culture

5090, rue de Bellechasse, Montréal (Qc) H1T 2A2

Tél. : (514) 253-0403 – Téléc. : (514) 253-2714

admin@sciences-culture.qc.ca - www.sciences-culture.qc.ca



Amours clouées

Répétition transgénérationnelle et fonction paternelle

Amours clouées, ces amours qui font souffrir, qui nous gardent prisonniers sur les sentiers familiaux des terres ancestrales, où nous tournons en rond, répétant en aveugle les échecs et les enjeux subjectifs inconscients des générations passées.

Toute la question de la répétition et de ses variantes sera analysée ici afin de procéder à une étude descriptive des mécanismes qui opèrent dans la compulsion de répétition transgénérationnelle. Seront approfondies les notions de trauma, de trouble d'attachement, de discours familial (entre dit, silence et bruit), de secret et de non-dit, de loyauté, de mandat transgénérationnel et de résilience.

De plus, le transfert individuel et familial, l'utilisation du génogramme, l'importance de la construction d'une histoire sur trois générations et l'instauration d'une fonction paternelle opératoire seront décrits et définis afin de servir de points d'appui indispensables à l'évaluation et à l'intervention.

Daniel Puskas, *psychoéducateur*,

conseiller clinique au Centre jeunesse de Montréal, psychanalyste

2-89092-309-6 - 204 PAGES - 19,95 \$