

**DE LA CHAMBRE D'HOPITAL AU DOMICILE : QUELLES  
RESONANCES CETTE OUVERTURE SUR L'ESPACE PRIVE ET  
L'INTIME DE L'ELEVE EXERCE-T-ELLE SUR LA RELATION  
PEDAGOGIQUE**

Si pour l'enseignant exercer en dehors de l'institution école demeure inhabituel, il en est de même pour l'élève qui reçoit son enseignement. Généralement, l'un et l'autre se rendent quotidiennement dans « leur » établissement scolaire, dans « leur » classe ou « leurs » salles d'études. Ils y donnent ou y reçoivent les enseignements attendus, et y retrouvent leurs amis, ou leurs collègues, dans un univers familier qui les accompagnera pendant plusieurs années de leur vie. Les espaces qui les accueillent chaque matin sont des espaces collectifs puisqu'ils les partagent avec tous : camarades et enseignants. Cependant, si au sein de l'établissement il existe des espaces collectifs ouverts à tous, comme le réfectoire ou la cour de récré, il y a aussi des espaces collectifs réservés. La salle des « profs » par exemple demeure un lieu qui en principe, n'est accessible qu'aux enseignants. Elle peut en cela apparaître aux yeux des élèves comme un espace privé. D'autres lieux, comme les locaux alloués à la direction ou à l'administration ou le bureau du CPE sont aussi des espaces réservés. Ils sont fermés et personnalisés puisque seulement fréquentés par une ou deux personnes. Ils restent toutefois ouverts à l'élève dans certaines conditions et en fonction de règles déterminées, connues de tous. De même, les « profs » restent à une certaine distance des liens tissés au sein des groupes formés par les élèves. Ils ne s'autorisent pas d'incursion dans leurs échanges - sauf cas de force majeure - car pour eux ces groupes appartiennent à la sphère du personnel et du privé des élèves. Bref, l'école est un univers où chacun apprend à vivre en collectivité et à respecter les différents espaces qui s'y croisent en s'appuyant sur un code officiel, sur des règles instituées.

Qu'en est-il de ces règles quand l'école entre dans la chambre d'hôpital ou va au domicile de l'élève en rupture de scolarité, en raison d'une grave maladie ? Comment éviter les risques de confusion, d'incursion voire de violation de territoires dès lors que le privé et l'intime de la chambre d'hôpital ou du domicile sont ainsi offerts au regard de l'école via l'enseignant ? Et pour l'enseignant, quant à lui peut-il ou doit-il rester dans le strict exercice de sa fonction alors qu'il se trouve projeté dans une relation de grande proximité non seulement avec un élève - enfant ou adolescent malade - mais aussi avec une famille en souffrance et dans un environnement singulier : l'hôpital ou le domicile ?

**1) Je vous propose dans un premier temps d'examiner les particularités de la relation pédagogique qui s'établit dans le cadre de l'enseignement à domicile et à l'hôpital :**

Bien sûr cet enseignement s'effectue au sein d'une association qui a pensé et élaboré des règles de fonctionnement et s'appuie sur une éthique et des valeurs. Ce sont autant de points de repères pour les professionnels bénévoles qui ainsi ne s'engagent pas seuls dans cette singulière aventure de l'école à l'hôpital ou à

domicile. Des équipes de responsables expérimentés accompagnent et aident à la réflexion chacun des enseignants pour ajuster leur pédagogie et leur relation avec l'enfant ou l'adolescent que la maladie a touché.

**a) Mais, qu'il s'agisse de la chambre d'hôpital ou du domicile, il est clair que l'enseignant se situe dans le contexte de la sphère privée de son élève et ceci** constitue la première particularité de la relation. Ce contexte est inhabituel. Ses effets, s'ils sont évoqués par certains lors des réunions enseignants, sont sous estimés car effleurés ou banalisés. Dans tous les cas, ils ne font pas l'objet d'un réel temps de réflexion. Ils s'expriment par le biais d'un commentaire rapide, quelquefois humoristique ou empreint de gêne. Certains enseignants signalent avec pudeur et délicatesse, leurs efforts pour adapter et circonscrire un espace réservé à la présence de l'école au sein de la maison. Quant à l'hôpital, si un local est parfois attribué à l'école, l'enseignant doit le plus souvent franchir le seuil de la chambre de son élève afin de le solliciter et de lui donner son cours. Frapper, ouvrir la porte, passer le seuil d'une chambre d'hôpital ne s'effectuent pas avec légèreté. L'enseignant sait qu'il pénètre dans l'espace privé de l'élève. Comme dans le cas du domicile, il est conduit à ouvrir bien malgré lui, une sorte de brèche dans le territoire de l'intime de l'enfant ou de l'adolescent, territoire qui à l'hôpital se réduit comme une peau de chagrin. Cette réserve à parler du domicile ou de la chambre d'hôpital ne laisse-t-elle pas entrevoir un certain « mal à l'aise » de la part de l'enseignant à se trouver ainsi immergé, malgré lui, dans le territoire privé de son élève et de sa famille ?

Car le domicile d'une personne comme la chambre d'hôpital, appartiennent au domaine de sa vie privée. Dans l'espace privé du domicile, des fonctions différentes sont attribuées aux différents lieux qui le composent. Des lieux sont collectifs, ouverts à tous les membres de la famille ainsi qu'à leurs éventuels hôtes (salle à manger, salon, parfois cuisine etc.). Certains sont fermés au regard des autres car destinés à abriter l'intimité des personnes : intimité du couple, intimité individuelle de chacun des parents, de l'enfant ou de l'adolescent. Les chambres constituent généralement ces territoires réservés, conçus pour contenir l'intimité de la personne et sont en cela gérées par elle seule, comme espace à respecter. D'ailleurs, la plupart du temps, la chambre d'un enfant ou d'un adolescent est frappée d'interdit par son occupant. Interdit que les parents respectent dans la mesure où cela a fait l'objet d'une négociation qui s'accorde avec les règles familiales. Car l'espace de la chambre est un espace d'intimité individuelle qui aide le jeune à se retrouver, à se rassembler et à construire un univers personnel dont il apprend à délimiter et à faire respecter les frontières. Or, l'enseignant se retrouve assez souvent reçu, accueilli dans la chambre de son élève donc immergé dans l'univers personnel de ce dernier. Comment dans ce cas de figure, voir ce qui est donné à voir sans se sentir intrusif ou voyeur ? Comment s'aménager un espace qui ne soit pas ressenti comme un envahissement du territoire privé du jeune ? Dans tous les cas, l'espace concédé à l'école au sein du domicile doit faire l'objet d'une réflexion. Le choix du lieu est-il celui de l'élève ou celui imposé par les parents ? Permet-il à l'enfant ou à l'adolescent de préserver sa relation avec son enseignant du regard de ses parents comme il en est de tous les enfants quand ils sont en classe ? Ou au contraire l'expose-t-il au vu et au su de tous les membres de la famille présents lors de son cours ? Enseigner dans ce contexte induit forcément des « turbulences » dans la relation pédagogique.

**b) L'autre aspect essentiel du contexte pédagogique relationnel est la maladie.**

Elle est à l'origine de cette incursion de l'école dans la sphère privée de l'élève et de sa famille. Souvent grave et vécue comme un véritable traumatisme, elle a de multiples effets sur la vie physique, psychique et sociale de l'enfant. Elle altère le fonctionnement de l'ensemble de la famille. Elle marque du signe de l'ambivalence les relations, les comportements et les affects de chacun des membres de la famille. Elle ne laisse aucun d'entre nous indifférent. Les résonances émotionnelles et affectives qu'elle suscite chez l'enseignant sont elles aussi source de turbulences dans la relation pédagogique.

**c) On ne peut oublier aussi que la relation pédagogique présente cette autre particularité d'être une relation à deux. Il s'agit d'une relation duelle, de face à face.**

L'enfant ne dispose plus de son groupe d'appartenance d'âge. Il est isolé de son groupe de pairs, seul, confronté à son enseignant. Le milieu hospitalier est ressenti par l'enfant comme peu chaleureux, et anxiogène. Son vécu de la maladie, l'angoisse d'être séparé de sa famille et de ses amis, les contraintes douloureuses des soins alimentent un sentiment d'isolement que la rencontre avec l'enseignant peut renforcer. Elle concrétise en effet sa triste différence. D'un autre côté, la rencontre avec un adulte enseignant, donc hors du champ médical, maintient le lien qui le rattache à l'école, à sa vie sociale et le sort de la solitude de sa chambre. Au domicile, l'enfant, s'il demeure privé de ses liens avec son groupe d'âge, jouit de ses repères habituels. Il est dans un environnement sécurisant et familier qui diminue son appréhension du face à face avec l'enseignant. Quant à l'enseignant, il se trouve privé du dialogue avec ses collègues, du soutien d'une éventuelle équipe pédagogique et des ressources que peut lui offrir la dynamique d'une classe. Il se doit d'identifier et comprendre les particularités de la relation pédagogique individuelle des situations qu'il a en charge. Souvent déstabilisé par leur singularité, c'est le recours à sa créativité ou aux échanges avec les équipes de responsables de l'association, qui lui permettent de tenir à la fois le programme annoncé et de lier une relation bienveillante et empreinte d'humanité avec l'élève touché par la maladie.

Ainsi, enseigner aux enfants malades dans le contexte de l'hôpital ou du domicile présente, on le voit, au moins ces trois particularités. Elles interfèrent bien sûr dans la relation pédagogique. Je souhaite développer plus particulièrement l'impact de l'incursion de l'école dans le territoire de l'intime de l'élève.

## **II) Qu'est-ce que l'intime ?**

### **a) Définition**

Intime vient du superlatif latin interior, ou « intérieur ». Le Petit Robert le définit comme « qui est contenu au plus profond de l'être » ou encore « qui lie étroitement par ce qu'il y a de plus profond ». L'intime est donc pour l'individu de l'ordre de l'exclusif, de ce qui est gardé au fond de soi ou partagé uniquement avec les proches de son choix et tu aux autres.

Pour Robert Neuburger dans son ouvrage : « Les territoires de l'intime – L'individu, le couple, la famille » (édit. Odile Jacob mai 2000) :

*« L'intimité indique une clôture, une frontière à ne pas dépasser. Elle est réservée à soi-même ou à certains qui font partie des proches. Les autres, les étrangers, en sont exclus, à moins d'y être explicitement conviés. »*

Il rappelle que notre société reconnaît trois territoires intimes : l'intimité personnelle, du couple et de la famille. Chacun a le droit de mener l'existence qui lui

sied dans l'intimité de sa vie, de son couple et de sa famille dans la mesure où il ne transgresse pas les lois de la communauté. L'intimité est donc un espace dont nous sommes responsables et que nous gérons selon nos principes propres. Nous sommes libres de l'ouvrir ou de le fermer à qui nous le décidons.

Chaque territoire d'intimité comprend trois composantes « *l'espace physique, l'espace psychique et le domaine de la compétence, c'est-à-dire, l'être, la pensée et l'agir* ». (R. Neuburger)

C'est en édifiant ses différents espaces d'intimité que l'individu va se constituer et s'émanciper du cocon familial. Il va construire et expérimenter son espace physique en gérant librement l'ouverture ou la fermeture. Il va élaborer son espace psychique en constatant qu'il existe d'autres modèles de pensée que ceux proposés par sa famille et qu'il est libre de ses choix. Enfin il édifie son espace de compétences en s'orientant selon ses affinités vers les champs professionnels ou artistiques qui lui conviennent.

**b) Il me paraît intéressant de se pencher sur la constitution et le contenu de ces différents espaces (physique, psychique et de compétences).** Ils se rapportent à des questions que vous formulez au cours « des réunions domicile » telles que « *Dois-je parler de la maladie avec mon élève quand il me questionne ? Ou bien dois-je discuter avec les parents quand ils sont présents alors que cela risque d'empiéter sur le temps de l'élève ? Que faire quand la maman reste durant le cours ?* » En fait vous vous demandez : comment garantir à l'élève la jouissance de son espace personnel tout en maintenant un lien positif avec le parent ou encore, jusqu'où pouvez-vous vous autoriser à entrer dans l'espace physique de l'élève sans violer la frontière de son intimité personnelle en parlant avec lui de la maladie? Car la constitution et les limites de l'espace intime personnel s'expriment et s'expérimentent plus que jamais dans la relation pédagogique à domicile ou à l'hôpital, quelque soit l'âge de l'élève. En effet :

- La constitution de l'espace intime personnel se fait tout au long de la vie de l'individu. Au début, le bébé développe une relation fusionnelle et vitale avec sa mère. Puis il apprend à exister par lui-même. Pour faire comprendre ses besoins, il utilise ses sourires, ses cris, ses pleurs. Le langage, la maîtrise de sa motricité, de ses fonctions excrétrices constituent peu à peu le premier territoire intime. C'est ce qui appartient à l'enfant, ce dont il peut jouir et diriger comme il l'entend, malgré encore une grande dépendance à ses parents. Ainsi se crée pour l'individu, l'idée d'un territoire qui lui est propre et dont il peut disposer. Il peut l'ouvrir à certains et le refuser à d'autres. Ce sentiment d'intimité personnelle peu à peu se différencie de l'intimité familiale, même si tant que l'enfant est sous la dépendance des parents, ce sont ces derniers qui en assument l'entière responsabilité et décident de ce qu'ils pensent être bien pour lui. Donc on le constate la notion d'espace intime personnel est présente très tôt chez l'enfant.

- A l'adolescence se développe la conscience du droit à disposer d'une intimité individuelle. Ce besoin d'un territoire d'autonomie et sa concrétisation se placent entre deux normes : les normes de la famille et celles du clan d'âge toutes deux s'élaborant en référence aux normes sociales. L'intime personnel part des exigences normatives familiales qui imposent à l'adolescent des contraintes qui vont le structurer. Peu à peu il identifie un dedans et un dehors avec des modèles de faire et de penser qu'il décide d'intégrer ou non à son intimité. L'adolescent (dès l'âge de 8 ans) devient alors très sensible à tout ce qui peut menacer son territoire proche qui se diversifie et s'enrichit au fil du temps.

« Ainsi, au terme du processus, il s'est fait une idée de ce qui relève de son intimité personnelle qui est différente de l'intimité familiale et du territoire qu'il considère de son ressort, qu'il se sent libre de gérer comme il l'entend. » (R. Neuburger)

L'adolescence est donc la période de la constitution et de la prise de conscience de l'existence d'un « moi » propriétaire et d'espaces personnels. Ces derniers présentent 3 directions comme nous l'avons dit plus haut : **un espace physique, psychique et de compétences.**

- **Pour l'espace physique personnel**, nous en sommes l'unique gestionnaire. Il comprend le corps c'est-à-dire ses parties solides contenues dans notre peau et ses orifices : la bouche, l'anus, le vagin, l'urètre, les narines. Il comporte également un espace autour du corps dont nous ne supportons pas l'envahissement. C'est ce que T. Hall appelait l'espace proxémique (cf « *La dimension cachée* » Hall Edwards T. Seuil 1971). C'est la distance que nous voulons préserver entre nous et les autres, distance qui varie selon les individus, les civilisations et les circonstances. L'espace physique comporte des prolongements tels que les vêtements, ceux que nous portons mais aussi notre garde robe que certains ne supportent pas qu'elle soit prise pour un territoire commun familial ! Certains espaces déclenchent en nous des phénomènes de colère ou de malaise quand ils sont envahis : notre maison, notre chambre ou tel tiroir personnel au bureau. Le temps peut aussi être une dimension assimilée à l'espace physique : nous n'aimons pas « perdre notre temps » ou qu'on nous le « prenne » sans notre accord. On voit là encore comment l'intervention pédagogique touche, par le contexte dans lequel elle se met en place, au corps intime de l'élève (la maladie, les marques physiques qui l'accompagnent) et à ses prolongements (la rencontre auprès du lit, dans la chambre d'hôpital, le malaise lié à la tenue vestimentaire du jeune patient etc)

- **L'espace intime mental** est notre monde de rêveries diurnes, de rêves nocturnes, de convictions, de désirs, de fantasmes ; nos opinions, nos affections, nos goûts, nos secrets. Ce sont nos pensées ou croyances personnelles que nous souhaitons ou non partager avec d'autres. Par contre, les questions sur lesquelles d'autres ont un droit de regard, telles les questions scolaires ou professionnelles n'appartiennent pas à l'espace psychique personnel.

- **L'espace intime de compétence, de décision et de responsabilité** est constitué du savoir que l'on a acquis au cours de notre expérience ou de nos apprentissages et qui nous a conféré des compétences spécifiques. Les actes effectués dans ce cadre relèvent donc de notre seule responsabilité. Ainsi, tout « bon » conseil prodigué par tel parent ou tel ami est souvent ressenti comme une intrusion dans notre domaine intime de compétence. L'enseignant peut violer ce domaine de l'intime quand il se fait l'écho d'attentes trop précises ou trop élevées de la part des parents ou au contraire quand ces derniers sous-estiment ses capacités. Comme eux ne tenant pas compte des aspirations et compétences de l'élève, il est vécu comme intrusif, participant à enfermer son destin personnel dans les projets parentaux.

Ces éléments sur l'intime impliquent donc des frontières à ne pas franchir pour soi et pour les autres. Cela s'appelle aussi la dignité sur laquelle prend appui le sentiment de sécurité. La dignité et le respect de soi passent par la notion de frontières de l'intime. Cela confronte l'enseignant en permanence au problème de la distance émotionnelle qui si elle est toujours en veille ou en éveil, peut seule, éviter les incursions dans la sphère privée de l'élève.

### **III) La question du maintien de la juste distance dans la relation pédagogique à domicile et à l'hôpital demeure le principal repart pour l'enseignant contre les risques d'intrusion dans l'intimité personnelle de l'élève**

En effet lors de la maladie et de l'hospitalisation l'espace physique du jeune est mis à mal et le risque est grand pour l'enseignant de participer à cette intrusion dans l'intimité personnelle du jeune patient.

-Son corps, pour les nécessités des soins est entre les mains du corps médical. Il devient objet, objet que s'approprient médecins et infirmiers afin d'éradiquer la maladie qui le touche. Il lui devient impossible de gérer son intimité corporelle, soumis qu'il est aux impératifs vitaux du traitement. Piqué, irradié, opéré, greffé, manipulé par les divers soignants il voit se dissoudre les frontières de son espace d'intimité physique. Ces soins douloureux, qu'il sait indispensables, parfois à sa survie même, s'ils sont exécutés par des soignants attentifs et sensibles à leur détresse le sont malheureusement trop souvent encore octroyés avec maladresse, sans véritable empathie. Le patient les vit alors comme encore plus intrusifs, annihilant toute autonomie et intimité personnelles. Qu'il s'agisse d'un jeune enfant ou d'un adolescent, la colère, le sentiment de non respect de leur personne ou le sentiment de trahison face aux interprétations erronées sur leur comportement lors de soins particulièrement douloureux demeurent pour longtemps inscrits dans leur psychisme. C'est ainsi que l'espace de l'intime personnel dont nous parlions plus haut et qui indique une frontière, une clôture à ne pas dépasser se trouve mis à mal voire bafoué, lors de l'hospitalisation pour une maladie grave.

- Mais l'espace physique personnel du jeune c'est aussi son environnement, en l'occurrence sa chambre d'hôpital. Or que reste-t-il d'intime à cet espace, dépouillé de tous les repères et objets familiers de son occupant ? Ceux-ci sont circonscrits bien souvent, à la table de chevet (photos, game boy, ipod, peluches...) parfois à quelques posters, écrits ou dessins affichés sur un mur. Un fauteuil ou une chaise indique que des proches sont admis et attendus mais l'espace d'accueil est si restreint ! Bien sûr il y a un intérieur qu'une porte sépare d'un extérieur et bien que la porte soit close, le personnel infirmier, les médecins, les agents de service hôtelier font irruption pour les nécessités des soins, dans ce peu d'espace intime si difficilement préservé. Par ailleurs, l'extérieur, le « derrière » la porte de la chambre reste l'hôpital, son couloir, le service, toujours soumis au regard de l'autre.

- Comment pour l'enseignant aller à la rencontre du jeune patient sans être ressenti comme intrusif et lui permettre de reconstruire un tant soit peu un espace d'intimité personnelle dans ce milieu hospitalier pas toujours très hospitalier... ? C'est d'abord ne pas oublier que derrière chaque porte de chambre, vit une personne, un enfant ou un adolescent singulier, avec une histoire singulière et une souffrance singulière. L'uniformité du couloir, les activités rituelles du service gomme les différences et le risque est grand d'oublier la singularité et les frontières à respecter pour réintroduire de l'intime dans le quotidien de l'élève. Alors pour l'enseignant dont la présence rappelle l'extérieur social, se présenter dans la chambre d'un enfant est une démarche qui doit se différencier de celle des autres visiteurs. La rencontre se déroule dans une période de fragilité physique et de vulnérabilité psychique liée à la maladie. Elle se fait d'enseignant à élève et non de soignant à malade car l'enfant va y retrouver ce statut social qu'il peut penser avoir perdu. L'enseignant doit veiller à ne pas le mettre en difficulté en faisant fi de la gêne que peut susciter sa tenue, de son état de fatigue ou de son besoin de sommeil. Il peut lui proposer de repasser le voir à un autre moment, lui manifestant ainsi sa disponibilité et le respect de sa

personne. Le contact ne peut s'établir qu'après avoir reçu l'autorisation implicite ou explicite d'être accueilli par l'enfant ou l'ado dans son espace personnel. Ce sera un sourire ou une invitation à s'asseoir après que l'enseignant n'aura pas omis de frapper à la porte et se sera présenté. A l'hôpital, l'école rappelle l'avant maladie, la normalité perdue. En cela, elle ne peut être pleinement la bienvenue mais, elle est aussi la preuve qu'il y aura un retour vers cette normalité. L'ambivalence est partout présente. Elle est dans la pensée de l'enfant que ce lien avec sa communauté d'âge rassure mais qui en même temps dérange son besoin de repos, le contraint à puiser dans ses ressources physiques et psychiques affaiblies par la maladie. L'enseignant doit à la fois respecter, apprécier la fatigue de l'enfant et savoir le stimuler suffisamment pour l'aider à retrouver son statut d'élève. Car les enfants et adolescents hospitalisés sont des enfants et adolescents comme tous les autres qui dans le même temps ne sont pas comme tous les autres. Leurs enseignants sont frappés de la même ambiguïté. Ils ont par ailleurs à faire face à l'ambivalence des parents qui attendent l'aide scolaire et la vivent parfois comme une contrainte supplémentaire et peu essentielle face aux exigences et à l'urgence des soins à donner à leur enfant. Parfois au contraire leur angoisse se mobilise massivement sur l'avenir scolaire de leur enfant et l'aide scolaire devient alors l'objet d'attentes et d'exigences excessives, peu adaptées aux phases de l'évolution de la maladie. La distance à tenir est un exercice délicat entre soutien psycho affectif et aide pédagogique ; entre protection et intrusion dans l'intimité personnelle de l'enfant. L'ambivalence gagne aussi l'enseignant qui oscille entre la reconnaissance de l'intérêt de son intervention pour l'avenir de l'enfant et le sentiment d'ingérence dans la sphère privée de celui-ci. Les échanges avec les responsables d'équipe réajustent la place et l'intérêt de l'école pour les enfants et adolescents dans le service hospitalier où, si le champ du médical reste le plus prégnant, le champ du scolaire ne doit ni se faire oublier ni être sous estimé ou surinvesti.

- Au domicile, je choisis délibérément le cas où l'élève est déjà réengagé dans la normalité. L'aide scolaire à domicile dans le contexte de la fin de vie d'un élève constituant pour moi un cas de figure particulier qui pourrait faire l'objet d'une autre intervention. Donc, en général, l'enfant ou l'ado sait qu'il va retrouver ses pairs à l'école si ce n'est déjà fait. L'espace d'intimité personnelle qui est révélé à l'enseignant dans le fait qu'il exerce au domicile est accepté voire demandé par lui-même. La juste distance est plus aisée à trouver car la maladie, l'hospitalisation appartiennent plutôt au passé même si ce passé est récent. L'élève est en général dans un processus positif de réintégration sociale, de rémission et parfois de guérison. Il reconstruit son espace d'intimité physique et psychique, redéfinit les limites de son territoire privé, retrouve ses marques. Si parfois il cherche dans cette relation duelle qu'est l'aide scolaire à domicile à dialoguer avec son enseignant sur les risques et la gravité de la maladie, ce dernier peut s'autoriser à l'écouter en veillant toutefois à ne pas basculer dans une relation d'accompagnement psychologique. Mais, cet échange plus ou moins bref sur la maladie doit à mon avis être reçu. On peut y voir une proposition faite à l'enseignant d'ouverture sur l'intimité personnelle de l'élève. Elle peut donc être considérée comme une marque de confiance et l'indice d'un sentiment de sécurité dans son vécu de la relation pédagogique. Le domicile crée de la proximité et introduit l'enseignant dans l'intime familial. La présence et la pression des parents au domicile sont autant de risques de confusion pour l'enseignant qui touché par l'angoisse des parents peut passer du statut d'enseignant à celui de confident. Il entre alors dans l'intimité de la famille et tout en poursuivant l'aide scolaire, il porte la souffrance de la famille ce qui le conduit

à l'épuisement de ses ressources. Trop proche de la famille, envahi par ses souffrances, il ne peut plus jouer son rôle d'enseignant. Le temps d'écoute des parents peut se faire ponctuellement mais il ne doit pas empiéter sur le temps consacré au jeune. L'appel aux responsables de l'association apporte bien sûr une possibilité d'écoute pour les parents et une décharge pour l'enseignant.

**Conclusion :**

On le voit, la relation pédagogique au domicile ou à l'hôpital est une relation particulière qui nécessite de la part de ses protagonistes un ajustement permanent de leur positionnement. Toute situation est singulière et c'est ce qui fait la richesse et l'intérêt de ce bénévolat. Vos questionnements, votre créativité, l'authenticité de vos implications auprès de tous ces élèves, et le respect que vous leur témoignez font la réussite de l'école à l'hôpital et au domicile. Ils rendent indispensable la mission de l'association.

**LAURE HOULLIER PSYCHOLOGUE (ECOLE A L'HOPITAL)**