

**Quels enjeux pour l'ergothérapie dans les secteurs extra-hospitaliers :
positionnement, cadre d'activité, moyens d'exercice**

Il y a quelques années un patient, parlant de l'activité que nous faisons alors ensemble, me fit cette remarque : « *Ce que je fais ici n'appartient pas au monde dans lequel je vis* ». Disant cela, il m'offrait une bien belle définition de cet espace potentiel que tend à proposer une démarche d'ergothérapeute en psychiatrie. Certes, et pour en venir à notre sujet, il aurait très bien pu tenir ce même discours en intra comme en extra-hospitalier, mais je souhaitais entamer mon intervention par cette anecdote d'un **dedans/dehors qui est le propre d'une structure de soins centrée sur la cité**, supposée lieu de passage, tremplin, mouvement vers une citoyenneté pleine et entière que le suivi intrahospitalier aura initié en amont.

Dans citoyenneté nous entendrons que si l'acte thérapeutique n'est pas en soi un acte politique, il peut être fait de la thérapie politiquement.

Sans doute pourrons nous proposer une analogie entre ce que sont les missions des secteurs extra-hospitaliers et la nature même de notre démarche professionnelle, mais l'indispensable préalable me paraît être de re-situer quelques éléments généraux de la pratique extra-hospitalière.

Influencée initialement par les mouvements de thérapie institutionnelle et d'antipsychiatrie, favorisée par une optimisation des thérapeutiques qui permettait enfin au psychotique de connaître une sédation de la souffrance et un accès à autrui, la sectorisation est venue créer un désenclavement des établissements psychiatriques en offrant cette potentialité d'accompagner le patient à l'extérieur, là où il vit. Il s'agit bien en effet d'**envisager la**

personne malade en situation dans son milieu, et dire cela c'est déjà parler d'ergothérapie.

La "logique" extra-hospitalière est donc celle d'une dissociation entre lieu de soins et lieu d'hébergement et apparaît comme une structure complémentaire qui permet une continuité de l'offre de soins de l'intra vers l'extra, et réciproquement, tant nous savons la lourdeur et l'effet de récurrence des troubles auxquels nous sommes confrontés.

Ces troubles, souvent atténués dans leur intensité chez les patients participant à l'extra-hospitalier, rappellent la formidable intrication de la souffrance psychique et de la difficulté sociale. **La mixité du travail extra-hospitalier s'inscrira donc de fait dans l'approche thérapeutique et l'accompagnement social.** Pour celles et ceux d'entre nous qui ont, ou ont eu, la "chance" de suivre des personnes depuis des temps d'hospitalisation en phase aiguë jusqu'à un accompagnement extérieur de réhabilitation, nous avons pu remarquer l'évolution d'une pathologie qui, de bruyante devient sourde.

Cette surdité ne veut pas dire que les troubles aient disparu, bien au contraire ce sont souvent les plus difficiles à dépasser qui subsistent, mais qu'ils s'intègrent chez le patient dans une totalité telle que peut être envisagée un retour et une installation dans la cité.

Ces difficultés qui persistent font de l'ergothérapeute un interlocuteur singulier parce que la situation d'être et faire qu'il propose s'y adresse directement. Nous pouvons ici en donner quelques exemples : l'aboulie, l'apragmatisme, la difficulté ou l'incapacité à nouer des relations et à les vivre sans en souffrir, sont autant d'obstacles à une intégration pleine et entière.

Nous avons tous à l'esprit telle ou telle situation d'un patient hospitalisé en phase aiguë et présentant, pour exemple, une activité délirante et hallucinatoire. Soulagé assez efficacement de ce surgissement psychotique, il pourra rapidement sortir de l'hôpital, bénéficier des services de suivi proposés en extrahospitalier mais réintégrer aussi un environnement souvent défaillant et pour le moins défavorable. Vous voudrez bien m'excuser cette présentation bien trop réductrice et caricaturale mais elle illustre ce que souvent nous rencontrons en environnement urbain (du moins en région parisienne) : une

chambre d'hôtel miteuse de 8m², un éclatement des relations familiales, une absence quasi exclusive de relations hors la structure de jour, un manque criant d'activités qu'elles soient de loisirs ou professionnelles.

La franche atténuation de la symptomatologie n'a donc pas toujours pour corollaire une guérison sociale, nous le constatons chaque jour, et **c'est là que peut jouer pleinement cette interface hôpital/cité, dès l'instant où sont initiés des ancrages avec le tissu social et des activités municipales ou associatives, donc autres que soignantes.**

Cette symptomatologie moins marquée nous invitera aussi à privilégier l'idée d'un accompagnement en lieu et place d'une prise en charge. Il ne s'agit plus en effet de nurser et de "porter sur son dos" mais bien de "marcher à côté de", tension vers un plus d'autonomie qui est l'objet de la réhabilitation.

Si nous prenons en compte une définition de cette réhabilitation, il est question de **permettre aux personnes d'accroître leurs capacités à vivre en société, à travailler et à entrer en relation avec autrui.**

L'accompagnement du patient est alors envisagé à trois niveaux :

- la maison ou le lieu de vie, c'est à dire la capacité à se suffire à soi-même,
- le réseau social par l'établissement d'un tissu de relations et d'échanges sur la cité,
- le travail, entendu dans sa dimension la plus large, soit une capacité à transformer la matière donc à être en prise sur son environnement propre.

Le paradoxe de cette réhabilitation est qu'elle se voit sans doute proposée à celles et ceux pour qui elle est la plus difficile; remarque qui rappelle l'écueil d'une dépendance de nombreux patients à l'égard des structures, effet de chronicisation auquel l'extra-hospitalier n'échappe pas.

Discutant de la population que nous rencontrons de coutume, Andréoli précise, je le cite, *« la difficulté chez le psychotique à investir libidinalement les activités ou les démarches*

diverses du projet thérapeutique, sinon dans une adaptation passive ou une suradaptation à un désir qui leur serait finalement imposé ». Nous pouvons ici faire le parallèle avec l'un des traits de la personnalité psychotique tel que Bion l'avait identifié, parlant de « *l'établissement de relations marquées à la fois, de façon paradoxale, par leur précarité et la ténacité du sujet à les préserver ».*

Cette ambivalence d'un mouvement de fusion et de rejet souligne toute la difficulté de la tâche, pour tous les intervenants, mais nous rappelle aussi la pertinence d'une démarche d'ergothérapie en cela qu'elle offre divers niveaux de l'agir qui précèdent, accompagnent et initient un temps verbal.

C'est là l'idée essentielle que toute activité thérapeutique, parce qu'elle crée de la relation, tend au rétablissement du lien social pour le patient.

L'ergothérapeute, par sa proposition d'une mise en situation d'activité et de relation, vient faire appel aux potentialités du patient et aide au développement d'habiletés adaptatives face à une existence, par nature, imprévisible (CEISME).

Ainsi peut être validée cette analogie de la structure extra-hospitalière et de la démarche d'ergothérapie, ou plus exactement le fait que l'ergothérapie adhère *a priori* idéalement à l'objet d'une structure extra-hospitalière.

Ne nous centrant pas sur le seul symptôme mais sur les ressources de changement inhérentes à chacun, nous retrouvons un positionnement de l'ergothérapie tel qu'il était défini par Isabelle Pibarot, je la cite :

«l'ergothérapie n'est pas mise à l'écart de la vie "normale", mais au contraire, entrée dans cette vie "normale"» ou encore *«l'ergothérapie est une zone frontière entre le dedans et le dehors du centre de soins».*

Si le **positionnement** de l'ergothérapeute en structure extra-hospitalière sera réfléchi selon cette dynamique du dedans/dehors, il doit être également envisagé dans son rapport aux autres professionnels en place. Nous savons notre faiblesse démographique,

sans doute l'est-elle moins en extra qu'en intra. Au demeurant elle reste un facteur majeur dans la prise en considération de ce que l'ergothérapeute peut apporter de singularité, par son approche médiatisée, dans une équipe interprofessionnelle.

Une fois encore, la cible réhabilitante des structures extra-hospitalières voit fréquemment s'atténuer une catégorisation professionnelle trop marquée au profit d'une collaboration ouverte. Les exemples sont nombreux de situations d'activité où ergothérapeutes, infirmiers, psychologues, éducateurs, psychomotriciens travaillent de concert. Plus optimiste que défaitiste, je suis convaincu que s'y jouent bien plus une acceptation et une addition des compétences de chacun qu'une confusion de rôles interchangeable, c'est du moins ce vers quoi il faut tendre.

A l'ergothérapeute d'utiliser l'espace qu'il prendra, plus peut-être que celui qu'on lui donnera, et de marquer son intervention comme indispensable au projet d'équipe :

parce que sa démarche est objectivée, parce qu'il en rend compte, parce qu'il ne s'enferme pas dans une seule pratique d'atelier, parce qu'enfin c'est la qualité de sa relation au patient et du travail qu'il effectue avec lui qui le voit être reconnu dans son exercice.

La reconnaissance ne viendra d'autrui qu'à condition qu'on lui en donne des gages.

C'est essentiellement **dans le cadre de trois structures**, l'hôpital de jour, l'atelier thérapeutique et le CATTP que nous intervenons.

Sinon certaines différences organisationnelles et réglementaires, et la place donnée dans les ateliers thérapeutiques à un registre économique par certaines activités de sous-traitance, ce que nous pouvons y proposer est relativement semblable, du moins dans ce que nous en attendons.

Les activités de nature expressionnelle, pour ne parler que d'elles, créent une situation "classique" de triangulation patient/objet/thérapeute et requièrent l'utilisation d'une matière transformable (terre, peinture, dessin, collage, soie...). Individuelles ou groupales, elles

visent à l'élaboration partagée d'une activité significative, porteuse de sens pour le patient, sont adaptées à la problématique de la personne et se centrent sur son potentiel d'élaboration psychique et d'appropriation de ce que sont ses capacités.

Ces activités illustrent au mieux le caractère indissociable de l'acte et de la relation dans notre démarche thérapeutique.

Il est souvent difficile d'évaluer, dans ce type de travail, ce qui des capacités d'adaptation ou de la recherche de changement intrapsychique l'emporte. Apprentissage par l'activité ou activité porteuse de sens, le trouble est en tout cas suffisamment présent en nous pour que nous l'induisions aussi chez nos partenaires qui ne savent effectivement pas toujours à quoi s'en tenir avec l'ergothérapie...

Mais le trouble est à double sens. L'environnement institutionnel attend en effet le plus souvent de l'ergothérapeute qu'il conduise ces seules activités tout en souhaitant parfois qu'il fasse autre chose.

Paradoxe délicieux où il nous sera si souvent fait le reproche de faire ce qu'on nous demande de faire...

L'utilisation de supports autres que nos outils coutumiers (informatique et vidéo par exemple), le travail centré autour de la vie quotidienne (repas, suivi du patient en appartement associatif, gestion d'un budget), les activités culturelles et sportives, les sorties, l'accompagnement du patient vers des structures d'activité non soignantes sont autant de lieux d'investissement diversifiés pour l'ergothérapeute.

L'engagement à ces différents niveaux participe d'une utilisation à plein des potentiels d'une structure extra-hospitalière et nous engage à une **polyvalence de notre démarche**.

Celle-ci nous indique la valeur probablement nécessaire mais insuffisante d'une seule pratique d'atelier. C'est donc l'habileté créatrice et adaptative, l'aptitude au changement de l'ergothérapeute qui est ici interrogée.

La stabilité d'une démarche (permise par le cadre thérapeutique, l'empathie et la disponibilité du thérapeute) n'est pas l'installation, la cristallisation dans des procédures de fonctionnement immuables qui sont la promesse d'une chronicisation dont le psychotique ne saurait être seul rendu responsable.

Notre pire ennemi est notre compulsion à apporter sans relâche des réponses concrètes, donc à remplir l'espace du silence et du non faire parce qu'il nous serait insupportable. L'écueil est alors d'entraîner les patients eux-mêmes dans une même compulsion à faire puisqu'on le leur demande...

La dynamique proposée est donc nécessairement promise au renouvellement, à la mobilité et à la pluralité des types d'activité, à la contractualisation de la thérapie, à son évaluation régulière, à sa suspension momentanée.

Autant de changements et de micro-ruptures dans une continuité du soin se révèlent bénéfiques pour le patient comme pour l'ergothérapeute qui s'offre ainsi des éclairages et une respiration dans son travail.

L'ici & maintenant de notre démarche et la moindre inféodation aux techniques, sans qu'il s'agisse de les négliger, viendra donc créer un centrage sur le processus de l'acte bien plus que sur la finalité de l'activité. **Cette part d'inachèvement, d'incertitude, d'ouverture à l'inattendu que l'acte propose, s'impose alors véritablement comme la métaphore d'une existence toujours promise au renouvellement.**

Les structures extra-hospitalières, du moins dans leur esprit, nous permettent de jouer cela.

Un homme d'une quarantaine d'années présentait des troubles dépressifs sévères et des conduites d'alcoolisation massives. Il vivait quasiment reclus dans un petit appartement, sans relations, sans attaches familiales, en chômage de longue durée. Sa principale

occupation ces dernières années avait été d'amasser quantité d'objets divers, magazines, débris récupérés au marché aux puces, postes de radio hors d'usage... Il tentait, par ce collectionnisme, de remplir, sans satisfaction car il ne faisait rien de ces objets, un espace de vie qui se réduisait au minimum. Il était en effet devenu très difficile de circuler dans son appartement tant les choses y étaient nombreuses. Il n'acceptait que difficilement la VAD d'un infirmier du secteur.

Sinon le travail que nous pouvions proposer à l'intérieur de l'hôpital de jour, il apparaît clairement qu'une difficulté majeure résidait dans le rapport entretenu avec son environnement.

Je manquais de propositions hormis la nécessité, par l'activité, d'installer une relation assez congruente pour que je puisse plus tard lui demander de faire quelque chose. J'avais discuté avec son médecin psychiatre de l'idée d'une prescription de tâche.

Une organisation caritative lui avait remis, deux ans plus tôt, six sacs de cent litres remplis de vêtements. Il ne les avait jamais ouverts.

Je finis donc par lui dire un jour :

« Je vais vous demander une chose très difficile, mais je vous la propose car je vous en suis capable. Jeudi prochain à 14 heures, vous ramènerez deux sacs de vêtements au secours populaire.

- Mais jeudi prochain c'est la séance d'ergothérapie?

- Oui vous ferez votre prochaine séance d'ergothérapie chez vous et sans moi. »

Ce qu'il fit.

Laurent BERGÈS