

**IFE de Rennes
12, avenue J.L. Bertrand
35000 Rennes**

Le conseil en ergothérapie

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

**Christelle TREHIN
Juin 2005**

Sommaire

Introduction	1
I- Le conseil et la demande	2
A. Le conseil	2
B. Le traitement de la demande	3
1. Origine de la demande	
2. La relation qui accompagne la demande	
3. Comprendre l'objet de la demande : demande exprimée ou demande latente ?	
a. comprendre le fond de la demande	
b. comprendre la forme de la demande	
C. Quelle attitude face à cette demande ?	6
1. L'attitude thérapeutique	
2. Le respect de la demande	
II- Différentes applications du conseil	8
A- Présentation de ces interventions	8
1. Le retour/maintien à domicile	
2. Le choix d'aides techniques	
3. La prophylaxie	
B-Le conseil dans les murs	10
1. L'accompagnement au retour à domicile par la structure de soin	
2. Le choix d'aides techniques	
3. La prophylaxie	

C- Le conseil hors les murs	12
1. Le retour ou maintien à domicile	
<u>L'accompagnement par l'ESVAD ou le SiVA</u>	
<u>L'intervention du PACTARIM</u>	
<u>L'intervention du CLIC</u>	
2. Intervention d'un CICAT pour le choix d'aides techniques	
D- Conclusion	15
III- Quelle place pour l'ergothérapeute	16
Introduction	16
A- Les postures de l'ergothérapeute	17
1. L'expert	
2. Le consultant	
3. L'éducateur/formateur	
4. Conclusion	
B-Et la thérapeutique dans tout ça ?	20
C-Conclusion	21
Conclusion	22
Bibliographie	

Introduction

Au cours de sa pratique, l'ergothérapeute est amené à conseiller les patients qu'il prend en charge. Ces conseils peuvent être de natures très différentes. J'ai cherché à comprendre ce qui réunissait ces différentes interventions sous le nom de conseil.

De même, l'ergothérapeute apporte plusieurs types de réponse, suivant la demande qui lui est exprimée et la structure dans laquelle il exerce. Je me suis interrogée sur ces différentes postures de l'ergothérapeute : quels sont les rôles qu'il peut prendre ? Face à quelle demande ? Dans quelle posture est-il thérapeutique ?

Cet écrit reprend la réflexion que j'ai pu mener. Après avoir éclairci le terme de conseil et le traitement de la demande à laquelle il fait suite, je présenterai des expériences personnelles et des observations. Ces dernières me permettront de statuer sur le positionnement de l'ergothérapeute dans son intervention de conseil.

I- Le conseil et la demande

La notion de conseil est beaucoup utilisée dans les structures de soins, d'accompagnement au retour/maintien à domicile. Sa prégnance, notamment au cours de la prise en charge en ergothérapie, m'a amenée à m'interroger sur cet aspect important du rôle de l'ergothérapeute. Tout d'abord, il convient de définir ce qu'est le conseil, puis ce qui est à l'origine de la démarche engagée : la demande.

A. Le conseil

Ce mot apparaît au X^{ème} siècle. Il vient du latin *consilium* qui signifie : délibération, avis¹. Le conseil est également défini comme « *ce qui tend à diriger, à inspirer la conduite, les actions* »² ; c'est une opinion donnée à quelqu'un sur ce qu'il doit faire.

La circulaire GAS/PHAN/3 A n°2001-275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome définit le conseil comme « *un avis spécialisé effectué sans but commercial, en vue d'aider à la décision ou au choix d'une solution de compensation, en adéquation avec les besoins de la personne et son milieu, favorisant et optimisant l'autonomie, la valeur d'usage, le confort et la sécurité.* »

Ces deux définitions, si elles permettent d'appréhender le conseil, et notamment dans le milieu du handicap pour la seconde, présentent une certaine limite : celle d'occulter la démarche qui est sous-entendue autour de l'information donnée qu'est le conseil.

Et il s'agit bien là d'une démarche puisqu'on lui prête une application conditionnée. En effet, dans le cas du conseil par l'ergothérapeute, des limites sont données quant au temps (l'accompagnement se fait sur une durée déterminée), au lieu (l'ergothérapeute intervient au sein de structures précises) et à l'objectif (autonomie plus grande au quotidien, qualité de vie, sécurité).

Cette démarche et son déroulement sont conditionnés par la relation existant entre le thérapeute et son patient. En effet, la rencontre n'est pas unilatérale, « *ce sont bien deux histoires qui se croisent et se rencontrent : celle du thérapeute et celle de celui qui demande son aide* »³.

¹ H.B. du CHAZAUD, « Dictionnaire d'étymologie », ed. Dictionnaires le Robert, Paris, 1993.

² A. REY et J. REY-DEBOVE, « Le petit Robert 1 », ed. Dictionnaires le Robert, Paris, 1990.

³ A. BIOY et A. MAQUET, « Se former à la relation d'aide », ed. Dunod, Paris 2003, p6.

Cette rencontre est l'occasion d'un partage qui fixera les conditions de l'intervention et surtout de la relation qui va s'établir entre le demandeur et le thérapeute⁴.

La démarche de conseil est une forme particulière de relation d'aide et, à ce titre, elle est initiée à la **demande** de l'usager. D'où l'importance de traiter et d'approfondir la demande⁵ avant de tenter d'y répondre.

B. Le traitement de la demande

1. L'origine de la demande

La demande n'est pas toujours exprimée par le patient, elle peut parfois venir de la famille ou des services sociaux, par exemple ; mais la démarche ne peut être effective que si le sujet principal est aussi en état de demande. C'est ce qui le met en situation de pouvoir recevoir.

Il est important d'offrir plusieurs possibilités pour le « dépôt » de cette demande, qu'elle soit formelle (remplissage du dossier du patient par exemple) ou informelle (au cours d'un entretien téléphonique avec la famille, ou pendant une séance de rééducation, des demandes peuvent émerger). De même, la possibilité d'avoir un interlocuteur (personne de confiance pour le demandeur) qui transmette la demande au professionnel concerné doit être une pratique encouragée par la mise en place de réseau de récupération des informations (je citerai pour exemple le cas des assistantes sociales qui très souvent font remonter les demandes des usagers à leurs collègues paramédicaux ou même aux institutions).

2. La relation qui accompagne la demande

« Le patient qui vient consulter est par nature dans une double position : il est à la fois fragile et mis sur un pied d'inégalité avec le thérapeute. En effet, il est fragilisé par son symptôme. (...) Le patient est pour cela en demande d'aide. Il s'adresse donc à un thérapeute et à son savoir, se plaçant d'emblée dans la position de celui qui reçoit. En cherchant une réponse auprès de quelqu'un à qui il prête une certaine prescience, le patient se place dans une position inégalitaire. »⁶

⁴ Se former à la relation d'aide », p6 : « il ne peut y avoir de rencontre sans partage, et ce partage est même au cœur du processus thérapeutique ».

⁵ On peut noter que les attentes de la personne et/ou de son entourage font partie intégrante du plan de traitement puisqu'elles font l'objet d'une rubrique dans le dossier du patient, préconisé par l'ANAES.

⁶ « Se former à la relation d'aide », p101.

Cette relation inégalitaire est intéressante au début de la relation puisqu'elle permet au patient d'exprimer ses ressentis profonds, car son seuil de responsabilité est abaissé. Il se sent en position de pouvoir parler librement avec, face à lui un professionnel, qui est là pour l'écouter, sans porter de jugement, et pour lui apporter une solution. Et effectivement, *« on ne cherche pas à valider ou à infirmer les faits, l'important c'est le subjectif, l'impact des faits, leur vécu par le patient. »*⁷

La personne en demande n'est pas toujours en position inégalitaire. Cette dernière position relève le plus souvent d'une non acceptation de l'événement de rupture. Le sujet ayant accepté son handicap (processus de deuil finalisé) se trouve dans une situation plus égale. Il exprime plus facilement et plus clairement sa demande.

3. Comprendre l'objet de la demande : demande exprimée ou demande latente ?

Le processus de l'intervention en ergothérapie mentionne la prise en compte des attentes de la personne et/ou de son entourage dans le dossier du patient. *« C'est la transcription écrite de ce que la personne attend de l'intervention ergothérapique et/ou de son séjour dans l'établissement. Cette indication est intéressante pour répondre au mieux aux attentes de la personne. Parfois celles-ci sont sans commune mesure avec une réalité non encore perçue ou intégrée (« redevenir comme avant »...). Recueillir cet écart est une indication précieuse pour adapter l'approche et le plan d'intervention de l'ergothérapeute. C'est aussi un élément qui permettra par la suite de suivre l'évolution du patient dans son cheminement et dans le franchissement des étapes de deuil. »*⁸

a) Comprendre le fond de la demande :

La demande du sujet évolue⁹ au fur et à mesure que l'on avance dans la prise en charge : elle se précise souvent (on passe d'une idée globale : reprendre ma vie, à un besoin précis : un fauteuil roulant pour me déplacer de façon autonome). Ce gain dans la précision vient du fait que la personne accepte de plus en plus sa situation et cible mieux ses difficultés, ses besoins et ses priorités.

⁷« Se former à la relation d'aide », p10.

⁸ « Ergothérapie : guide de pratique », p95.

⁹ « Le contrat entre la personne handicapée et l'équipe technique est évolutif. Il est sujet à des réajustements en fonction du rythme individuel, de l'émergence de nouveaux besoins ou l'apparition de nouvelles incapacités. » Dans la circulaire du 19 juin 2001.

Le rôle de l'ergothérapeute dans cette phase est d'aider la personne à faire émerger sa demande latente¹⁰.

Cette notion est très importante car elle permet de dégager ce que l'on appelle le pôle idéal de la demande : « *Le patient peut souhaiter que tout redevienne comme avant. Idéalement, le suivi doit opérer comme une vraie stratégie d'annulation* »¹¹. Il y a souvent une « *idéalisation du processus thérapeutique et une démission du patient envers ses propres ressources* ». La démission du patient peut également s'exprimer par le désespoir ; ce sont souvent ses proches dans ce cas qui font la demande d'aide, le patient est lui persuadé que l'ergothérapeute ne pourra pas lui apporter une réponse, une solution. Ce qui émerge de ces deux modes d'expression, c'est que la situation actuelle est trop difficile, ingérable pour le patient et ses proches. C'est ce qui constitue l'appel à l'aide. Cette situation nécessite un réel accompagnement.

La demande peut également être plus ponctuelle : un contact, un prix, une information. C'est souvent le cas d'une personne à domicile, qui a déjà accepté ses situations de handicap. Elle peut très bien ne pas souhaiter d'accompagnement car elle n'est pas dans cette fragilité et position d'inégalité abordées plus tôt.

b) Comprendre la forme de la demande :

Le thérapeute doit dans un premier temps s'attacher à ce que la demande soit le plus clairement énoncée. La compréhension est possible par une écoute pertinente. « *Ecouter implique une attitude non verbale d'attention et une attitude cognitive d'ouverture afin d'éviter de déformer le discours d'autrui pour le rendre compatible avec mes propres convictions.* »¹²

La compréhension de la demande est aussi parfois altérée par des problèmes de communication. Les patients auxquels nous sommes confrontés ont des niveaux d'instruction différents, il n'est pas toujours facile de discerner le vocabulaire que nous avons en commun. Nous pouvons utiliser la reformulation pour s'assurer que nos propos convergent.

¹⁰ La demande latente est la demande sous-jacente à la demande exprimée, elle est le sujet réel de demande du patient

¹¹ « Se former à la relation d'aide », p77

¹² Marie ROOSEN, « Communication et message éducatif », dans le Bulletin d'Education du Patient, vol.17, n°2, juin 1998, p55.

Au final, on se rend compte des divers enjeux qui gravitent autour de la compréhension de la demande :

-ce que demande le patient est-il vraiment ce qu'il recherche ? Si tel n'est pas le cas, que cherche-t-il ? Comment puis-je l'amener à exprimer ses besoins et souhaits profonds ? Quels sont les moyens dont je dispose ?

-le sujet demande-t-il un conseil précis (intervention ponctuelle) ou un accompagnement sur le plus long terme ? Qu'attend-il de mon intervention ?

C. Quelle attitude face à cette demande ?

1. L'attitude thérapeutique

L'attitude thérapeutique s'inscrit dans une démarche. Elle va consister à redonner une certaine responsabilité au patient, à le réinscrire dans ses choix et dans sa liberté d'agir. Ainsi *« le travail thérapeutique consiste à aider le patient à se forger ses propres solutions par lui-même et non le conseiller par des voies toutes faites. »*¹³ De même, *« la relation thérapeutique prend toute sa place à la mise en œuvre de l'intervention. La personne doit y percevoir sa position d'acteur principal. Elle doit être associée chaque fois que cela est possible au choix des activités et bien entendu des aides techniques, adaptations et aménagements nécessaires »*¹⁴.

L'ergothérapeute, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, répond à l'objectif d'apporter une réponse personnalisée et adaptée à la personne et il doit pour cela *« considérer ses facultés d'autoévaluation, sa connaissance intime de ses capacités et incapacités, de ce qu'elle souhaite gagner en autonomie. Il faut entendre et analyser son souhait de faire, de ne pas faire ou de faire avec. »*

Cette notion me semble particulièrement importante car l'ergothérapeute ne possède pas le savoir absolu (que viennent souvent chercher les patients). *« Finalement, la seule chose dont on soit sûr, c'est le savoir du patient puisque c'est là-dessus qu'on base le suivi : le patient a des solutions, "il sait". »*¹⁵. C'est pourquoi *« la compétence des professionnels doit également s'appréhender par la considération qu'ils accordent à la propre compétence de la personne. »*¹⁶

¹³ « Se former à la relation d'aide », p8.

¹⁴ « Ergothérapie : guide de pratique », Le processus de l'intervention en ergothérapie, p104

¹⁵ « Se former à la relation d'aide », p11.

¹⁶ Circulaire du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome.

Ainsi, le rôle thérapeutique de l'ergothérapeute en situation de conseil, c'est de permettre au sujet de reprendre sa place ; il doit rééquilibrer la relation pour obtenir un véritable dialogue, sinon il n'y aura pas de progrès, ni d'autonomisation.

Dans ce sens, on peut constater l'évolution positive qu'apporte la loi du 11 février 2005 concernant l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées. La personne demandeuse n'est plus le bénéficiaire mais l'utilisateur des moyens mis en œuvre pour favoriser son autonomie : on passe réellement d'une notion d'assistance à une notion de compensation du handicap.

2. Le respect de la demande

L'ergothérapeute s'engage par son code éthique à répondre à la demande qui lui est faite, si cela relève de ses compétences. Il est donc nécessaire que l'ergothérapeute respecte cette demande. L'ergothérapeute doit tenir compte de la capacité de la personne handicapée à s'impliquer dans son projet de vie pour proposer un niveau d'intervention adéquat¹⁷ :

- ✓ délivrer un conseil technique à partir duquel la personne, seule ou avec son entourage, peut assurer les démarches,
- ✓ délivrer un conseil technique et aider à la réalisation des démarches,
- ✓ délivrer un conseil technique et réaliser la totalité des démarches.

De même, il est nécessaire de laisser la demande émerger. Le patient peut venir pour une aide technique précise et se rend compte qu'il a besoin d'autres aides. Le conseil simple peut ainsi évoluer vers un accompagnement. C'est le patient qui détermine le type d'intervention qui lui convient.

¹⁷ Dans la circulaire du 19 juin 2001, annexe III.

II- Différentes applications du conseil

Le conseil est une intervention quotidienne de l'ergothérapeute puisqu'il fait partie intégrante de la prise en charge. En effet, l'objectif global de cette intervention est sensiblement le même que celui de la prise en charge en général. Néanmoins, le conseil peut parfois constituer un objectif à part entière. Il existe diverses situations de conseil :

- le retour/maintien à domicile,
- la prophylaxie,
- le choix d'aides techniques et de matériel en général.

Cette liste des différentes interventions de l'ergothérapeute en situation de conseil n'est pas exhaustive, elle est cependant le reflet de ce que j'ai pu observer le plus couramment au cours de mes stages.

A. *Présentation de ces interventions*

1. Le retour/maintien à domicile

Au cours d'une procédure de retour/maintien à domicile, il est important de mettre en place toutes les aides qui peuvent garantir la réalisation de ce projet dans les meilleures conditions de sécurité et d'autonomie, tout en tenant compte des ressources de la personne, de son degré d'acceptation face à ces bouleversements. L'adaptation du logement est une intervention qui requiert les conseils de personnes formées à la fois aux normes et conditions d'accessibilité, et au handicap. Dans ce sens, l'ergothérapeute tient un rôle particulier et non négligeable.

Il convient alors de définir les aménagements à réaliser, les aides techniques nécessaires et les aides humaines indispensables. Pour cela, l'ergothérapeute réalise souvent une visite à domicile. Cette étape permet un recueil d'informations sur les conditions de vie de la personne, ainsi que sur les obstacles liés à l'environnement et aux différents rôles sociaux et familiaux.

Cette démarche peut avoir lieu à partir de différentes situations :

➤ la personne souhaite rentrer à domicile après une hospitalisation. Généralement, ce sont les professionnels de la **structure de soins** qui organisent le Retour à Domicile, à savoir l'ergothérapeute, et l'assistante sociale pour les démarches administratives.

N.B. : si la structure ne propose pas de possibilités de suivi, la personne ou les professionnels qui l'accompagnent en structure peuvent demander l'intervention des organismes suivant.

➤ la personne est au domicile et nécessite une aide pour y rester dans des conditions de confort et de sécurité acceptables. La personne peut alors contacter plusieurs organismes de conseil : l'**ESVAD**, le **SiVA**, le **PACT'ARIM** ou le **CLIC** (pour les personnes âgées).

N.B : Explication des sigles :

ESVAD (Equipe Spécialisée pour une Vie Autonome au Domicile),

DiVA ou SiVA (Dispositif/Site pour la Vie Autonome),

PACTARIM (Protection Amélioration Conservation Transformation de l'habitat Association de Restauration Immobilière),

CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination en gérontologie).

2. Le choix d'aides techniques

Les aides techniques représentent une compensation extrinsèque à l'individu. Elles sont indispensables quand la personne ne dispose pas elle-même des capacités physiques, psychiques ou intellectuelles à l'établissement d'une suppléance satisfaisante.

Cette démarche peut avoir lieu dans différentes structures :

- en centre de rééducation, en vue d'une plus grande indépendance sur le lieu de l'hospitalisation, ou en prévision d'un retour à domicile. Dans ce cas particulièrement, le conseil en aides techniques s'insère dans une prise en charge plus globale et regroupant d'autres objectifs.
- par l'intermédiaire d'organismes hors les murs : ESVAD, CICAT, SiVA. Dans ces cas, le conseil est destiné à tout type de population :
 - ✓ personne hospitalisée (pas de service compétent dans la structure) pour le retour à domicile,
 - ✓ personne au domicile en vue d'un maintien de l'autonomie,
 - ✓ personne en structure (Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé,...), quand le matériel a un strict besoin d'être personnalisé et ne peut pas rentrer dans la prise en charge de la dépendance (qui est une obligation de la structure d'accueil).

3. La prophylaxie

C'est « l'ensemble des mesures prises pour prévenir l'apparition ou la propagation d'une maladie, des maladies »¹⁸. Il s'agit d'une action que l'on réalise fréquemment en ergothérapie, pour des patients atteints de lombalgie, porteurs d'une prothèse de hanche ou d'épaule. Il s'agit d'apporter un conseil précieux au patient sur la façon de vivre au quotidien avec sa prothèse ou sa douleur, en acquérant de nouveaux gestes ; ceci afin de diminuer les risques d'un nouvel épisode douloureux invalidant ou d'une luxation de la prothèse.

La prophylaxie est une intervention réalisée en structure hospitalière.

B. Le conseil dans les murs

1. L'accompagnement au retour à domicile par la structure de soin

Au cours d'un stage en CRRF, j'ai été amenée à participer au retour à domicile d'un adulte tétraplégique, marié et père de deux enfants. Le choix du retour à domicile a tout d'abord été clairement exprimé par le patient, Mr T. Une visite à domicile a été convenue. Elle avait deux objectifs principaux : permettre un retour temporaire pour la période de Noël et préparer le retour à domicile définitif.

Au cours de cette visite, nous avons pu faire émerger différents besoins :

- une aide humaine pour la toilette et l'habillage à Noël, ainsi que le prêt d'un matelas de prévention des escarres (par la structure de soins),
- l'agrandissement des portes pour le retour définitif (notamment celle de la salle de bain),
- des travaux dans la salle de bain pour y installer une douche.

Mr T. a pu rentrer pour un week end thérapeutique suite à cette visite, avec une aide à domicile et un matelas de prévention des escarres. A son retour, suite à une discussion avec sa femme, il souhaite que ce soit elle qui l'aide pour sa toilette. Il souhaite également pouvoir utiliser la salle de bain à Noël (le couple accepte mal la toilette au lit, comme cela a du être fait pendant le week end), sachant que les travaux d'aménagement des portes et de la douche ne seront pas encore réalisés.

¹⁸ Dictionnaire encyclopédique « Le petit LAROUSSE illustré », ed. LAROUSSE, 1996, p 829

Nous proposons donc le prêt d'une chaise de douche sur roue et de l'acquatech (prêts de la structure de soins). Des essais seront réalisés en service pour s'assurer de la faisabilité de cette solution. De plus, une séance avec sa femme permettra de répondre à leurs questions quant aux transferts.

Cette intervention montre bien le rôle de soutien tout au long du conseil. L'ergothérapeute propose des solutions qu'il doit accepter de remettre en cause. Ici, on constate qu'au final, c'est le patient (avec sa femme) qui décide de la solution qui lui convient le mieux. Il reprend sa responsabilité.

2. Le choix d'aides techniques

Au sein de la structure de soin, le choix d'une aide technique est un accompagnement intégré à la prise en charge. L'ergothérapeute propose différentes aides au patient, organise des essais et permet ainsi à la personne de faire un choix éclairé.

Parallèlement à cette décision, il y a toute une phase d'apprentissage. En effet, un nouveau fauteuil roulant nécessite une adaptation (plus ou moins longue) pour être à nouveau autonome au niveau des transferts. De même, le choix d'une prothèse, à partir des essais, se fera également selon les facultés d'apprentissage de la personne.

Finalement, ce n'est pas uniquement le savoir faire du patient qui est pris en compte. L'ergothérapeute forme à l'utilisation de l'aide technique, de la prothèse, pour cela, il se base sur le savoir du patient et ses capacités à apprendre.

3. La prophylaxie

Le patient souffrant de lombalgie est souvent sujet à un syndrome de déconditionnement, c'est-à-dire que ses activités se trouvent fortement diminuées en raison d'une grande appréhension : le sujet a peur d'avoir mal. Le rôle de l'ergothérapeute (et de l'équipe pluridisciplinaire au sein de laquelle il exerce) est de remettre le patient en action. Cela rejoint la demande du patient qui est le plus souvent de pouvoir reprendre ses activités.

Mme L. est une jeune retraitée de 65 ans, qui souffre de lombalgie chronique. Au cours de sa prise en charge, nous lui avons donné des informations (mouvements dangereux, fonctionnement du dos) et l'avons aidé à trouver une solution par elle-même. Elle disait éprouver beaucoup de difficultés pour se coucher. Nous avons donc proposé différents exercices (la bascule du bassin entre autres) pour lui permettre d'acquérir une technique personnalisée. Ensuite, avec un plan Bobath (réglé à une hauteur équivalente de son lit), des mises en situation répétées ont permis à Mme L. d'élaborer sa propre technique.

De même, les patients porteurs d'une prothèse de hanche ont besoin d'informations quant à leurs possibilités gestuelles. Souvent, une plaquette d'explications leur est fournie au cours de la prise en charge ; néanmoins, cela est souvent insuffisant et un atelier de groupe est généralement apprécié et demandé. L'ergothérapeute organise souvent cet atelier car il peut apporter des réponses quant aux activités de la vie quotidienne. Suite à cet atelier, les personnes qui en expriment le besoin pourront bénéficier d'un accompagnement tout au long de leur prise en charge dans l'institution. Des mises en situations proches de la vie quotidienne seront proposées pour aider à retrouver un mouvement naturel.

Au travers de ces deux exemples, on perçoit la nécessité de renouveler les exercices. « Les attitudes étant caractérisées par une grande stabilité, il importe d'exposer la personne à de nombreuses situations pour espérer la voir acquérir l'attitude souhaitée »¹⁹.

C. Le conseil hors les murs

1. Le retour ou maintien à domicile

L'accompagnement par L'ESVAD ou le SiVA

L'ESVAD est une structure départementale, généralement créée à l'initiative d'association (par exemple, dans les départements 35 et 78, les ESVAD sont des initiatives des délégations départementales de l'Association des Paralysés de France). Ses missions sont l'accès : au logement adapté, aux droits, à la vie sociale (loisirs, vacances), à la scolarité et à la formation, à l'emploi, aux aides techniques et au suivi psychologique. Les interventions sont gratuites.

¹⁹ « Comment créer un outil pédagogique en santé : guide méthodologique », Union nationale des Mutualités socialistes – Service promotion de la santé.

Le SiVA a été mis en place formellement suite à la circulaire du 19 juin 2001 et il a pour but de développer pour les personnes handicapées l'accès aux solutions de compensation des incapacités par une évaluation des besoins, une clarification des procédures, une réduction des délais de traitement de l'aide et une facilitation de l'accès aux financements (regroupement des financeurs en guichet unique).

Le SiVA se base sur l'existant, c'est à dire que son équipe pluridisciplinaire (celle qui propose l'évaluation et les préconisations) peut être une ESVAD ou une ETEL (Equipe Technique d'Evaluation Labellisée, au sein d'une structure).

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'ESVAD et du SiVA, l'ergothérapeute a la même fonction. Il propose des interventions ponctuelles de renseignement, de conseil (la personne vient chercher une information donnée précise) et des accompagnements au retour/maintien à domicile, à la demande de la personne. Le terme d'accompagnement est important car il ne s'agit pas de donner des solutions établies par des critères. L'ergothérapeute réalise une évaluation complète des facteurs environnementaux et humains de la personne en situation de handicap (dans la mesure du possible, selon la coopération) ; ensuite un ensemble de possibilités, de contacts lui sont donnés.

C'est le sujet qui choisit au final, puisque c'est lui qui contacte les artisans, les revendeurs de son choix. Il demande un devis, tenant compte de ses choix personnels (quel artisan, quel revendeur médical ?) et des préconisations qu'il aura réfléchies avec l'ergothérapeute.

L' ESVAD/ SiVA propose une aide aux démarches si besoin. Nous rejoignons ici ce qui est inscrit dans la circulaire du 19 juin 2001 relative au dispositif de vie autonome (Cf partie I. concernant le respect de la demande.)

Dans ce mode de fonctionnement, l'ergothérapeute qui accompagne fait force de propositions, il fait réfléchir le sujet, qui prend la décision finale, dans la mesure de ses capacités.

L'intervention du PACT'ARIM

Le PACT'ARIM est un organisme payant dont l'intervention est ciblée sur le logement, non sur la personne, ses ressentis.

L'ergothérapeute y propose un diagnostic d'accessibilité. IL est spécialiste du logement, on attend donc de lui un conseil d'expert. IL n'accompagne pas le retour ou maintien à domicile, car ce n'est pas ce qu'on attend de lui.²⁰

²⁰ On rejoint ici ce qui a été dit précédemment sur le respect de la demande, sachant que c'est également la structure qui pose des limites à l'intervention.

Le PACT'ARIM propose également une aide administrative pour la recherche de financement et une « mission technique » pour l'organisation des travaux²¹.

L'intervention du CLIC

Le CLIC est un organisme spécifique aux personnes âgées mis en place à partir de 2000 (expérimentation de 25 sites) et établi par la législation à partir de fin 2001²². Le CLIC vise à organiser l'intervention des différents professionnels du champ gérontologique (sous le mode du guichet unique) selon une triple logique d'intervention : la proximité, la facilité d'accès aux droits, le réseau entre les professionnels de santé. Il se greffe autour de l'existant. Cela explique les organisations très diverses selon les départements, en effet le CLIC tend à uniformiser sur le territoire national les prestations fournies aux personnes âgées.

Son niveau d'intervention dépend de niveau de labellisation²³ :

- Le niveau 1 correspond à des missions d'écoute, d'accueil, d'information, de conseil et de soutien à la famille. A ce niveau, on retrouve peu d'ergothérapeutes.
- Le niveau 2, prolonge le niveau 1 par des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé.
- Le niveau 3 complète le niveau 2 par des missions de mise en œuvre de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Les ergothérapeutes interviennent plutôt dans les CLIC de niveau 2 et 3. Ils y font des interventions ponctuelles de conseil, ou des accompagnements (avec visite à domicile, essais, suivi du dossier...). Leur rôle dépend de la demande à laquelle ils font face, mais aussi des attributions du CLIC (ce qui dépend des structures déjà existantes au niveau départemental : CICAT, Centre Communal d'Action Sociale, Equipe Médico Sociale du Conseil Général...)

²¹ Tiré du dépliant « L'habitat des personnes handicapées », édité en 2002.

²² Le CLIC se base sur deux lois : la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) qui inscrit les CLIC au centre des schémas gérontologiques départementaux ; et la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui classe les CLIC dans la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

²³ Les modalités de labellisation des CLIC sont établis par la circulaire N°DGAS/AVIE/2C/2001/224 du 18/05/2001 relative aux CLIC et aux modalités de labellisation et définissant un cahier des charges national.

2. L'intervention d'un CICAT²⁴ pour le choix d'aide technique

Le CICAT ou ADICAT²⁵ (Association départementale d'Information et de Conseil en Aides Techniques) est une association loi 1901 qui propose des informations (centre de documentation et d'échange des pratiques professionnelles), des visites sur le lieu de vie effectuées par l'ergothérapeute et des études sur l'accessibilité.

L'ergothérapeute y est sollicité par les personnes en situation de handicap pour obtenir des recommandations et pouvoir essayer du matériel ; il a généralement une fonction d'expertise (et également auprès des équipes des structures de soin), mais il peut être amené à accompagner les démarches et à proposer un suivi personnalisé.

D. Conclusion

Les différentes situations de conseil que nous avons abordées précédemment nous montrent à quel point le rôle de l'ergothérapeute peut varier d'une structure à l'autre (selon les attributions de cette même structure). Il est important de constater que la demande a aussi un impact fort puisqu'au sein d'une même organisation, l'ergothérapeute peut remplir plusieurs de ces rôles, que nous allons maintenant étudier.

²⁴ Centre d'Information et de Conseil en Aides Techniques

²⁵ Tiré du dépliant de l'ADICAT 66.

III- Quelle place pour l'ergothérapeute ?

Introduction

Claude BERAUD²⁶ décrit la nécessité en situation d'aide (et donc de conseil) de se placer dans une « *quadruple disponibilité* ».

Tout d'abord, une disponibilité temporelle : en effet, pour aider un malade, il faut prendre le temps de s'asseoir auprès de lui et de l'écouter ; la demande est souvent longue à émerger ou à s'éclaircir. Nous avons pu le comprendre dans la première partie. De même, pour amener le conseil au patient, il est parfois nécessaire d'attendre que celui-ci soit en mesure de le recevoir, de l'accepter ; avec le degré de stigmatisation et de reconnaissance de son propre handicap que cela comporte.

Ensuite, il faut une disponibilité intellectuelle pour pouvoir accepter l'autre tel qu'il est, avec ses opinions et ses décisions. Sur ce point, on rejoint la nécessité d'empathie, tout en mettant en avant que cette disponibilité est une qualité intrinsèque de l'ergothérapeute²⁷. « *Le jugement n'offre aucun intérêt, seules comptent la recherche de solution et la construction de perspectives nouvelles permettant au patient de sortir de la situation qui le met en souffrance* »²⁸.

Puis une disponibilité morale est nécessaire car « *soigner implique de ne porter aucun jugement sur des comportements qui ne sont pas conformes à ce que les règles sanitaires conseillent* ». Le thérapeute n'est pas le garant d'une certaine morale, il n'est pas le guide du bien penser ou de la bonne tenue.

Finalement, une disponibilité affective permettra l'accueil et l'empathie. Cette notion d'empathie est importante car elle permet à l'ergothérapeute de se placer en position d'entendre les ressentis du patient sans être totalement « absorbés » par eux, le manque de recul est souvent cause d'un manque d'objectivité²⁹. De plus, dans l'empathie, contrairement à la sympathie, la notion d'altérité est conservée : on ne se met pas à la place de l'autre, on se laisse suffisamment disponible pour recevoir. Car le risque de se mettre à la place de l'autre, c'est de vouloir penser à sa place.

²⁶ « Se former à la relation d'aide », p17.

²⁷ Dans le code éthique de la WFOT (Ergothérapie : guide de pratique, p203), il est dit que l'ergothérapeute doit faire preuve d'ouverture d'esprit et de loyauté envers le patient ; il doit également respecter sa situation personnelle et ne pas faire de discrimination, quelle qu'en soit la base.

²⁸ Dans « Se former à la relation d'aide », p9.

²⁹ Dans les standards de pratique définis par la COTEC (Ergothérapie : guide de pratique, p205), il est dit « *l'ergothérapeute maintiendra, avec tous ses clients ou bénéficiaires de ses services, des relations objectives et orienté vers un but défini* ».

A. Les postures de l'ergothérapeute

Suivant les situations dans lesquelles il se trouve, l'ergothérapeute revêt différents « vêtements ». En effet, et nous avons pu le constater aux cours des deux précédentes parties, sa fonction varie selon le type d'intervention : il peut être expert, consultant ou éducateur.

1. L'expert

L'expert est « une personne apte à juger de quelque chose, c'est un connaisseur »³⁰. Il donne un conseil professionnel qui est valide. L'expertise est une relation technique ciblée sur l'acte de conseil, où l'ergothérapeute/expert est le sujet « supposé savoir » dont parle LACAN. Il reste ici peu de place pour le savoir du patient.

En effet, dans l'expertise, la relation est créée autour du conseil, ce qui restreint le champ d'action de la relation. L'expert n'aura pas de temps pour « faire accepter » un aménagement ou une aide technique, il donnera son avis, fera une ou plusieurs propositions, mais il dispose de peu de manœuvre pour faire évoluer les appréhensions du patient et sa famille quant au matériel proposé.

Dans la phase de conseil, l'ergothérapeute/expert porte son choix sur un aménagement ou une aide technique/humaine qui lui semble le(a) plus adapté(e) au vu du handicap, des capacités du patient et de l'environnement architectural. Cependant, cela ne conviendra pas pour autant au patient et à sa famille ; ces derniers souhaitent peut-être un matériel moins adapté mais qui stigmatise moins le handicap ; ou bien pour des raisons personnelles (conviction religieuse, par exemple), ils refuseront d'en faire usage³¹. On voit là les limites du champ d'action de l'expert : le conseil n'est pas forcément ciblé sur la personne et son entourage mais bien souvent sur son handicap ou la situation de handicap.

Pour autant, l'expert est un intervenant primordial. En effet, au sein des structures type PACT'ARIM, CLIC et CICAT, il est souvent demandé à l'ergothérapeute intervenant d'effectuer une expertise. C'est à partir de cette intervention technique que pourront être financés les projets d'aménagements, les aides techniques et/ou humaines, car le savoir et les compétences de l'expert

³⁰ Dictionnaire encyclopédique « Le Petit Larousse Illustré » 1996, p419.

³¹ On rejoint ici la notion de disponibilité morale définie dans l'introduction de cette partie : l'expert fait part de ce qui est le mieux pour le patient selon des règles sanitaires établies ; il n'entend pas forcément ce que le patient juge le mieux pour lui-même, et qui peut être en contradiction avec ces règles.

sont reconnus sont valides. De plus, l'expert est souvent sollicité par d'autres ergothérapeutes en structure pour un avis technique spécialisé (fauteuil roulant, par exemple).

2. Le consultant

Le consultant est une personne qui émet des « avis circonstanciés »³², terme qui fait toute la différence avec la position d'expert. En effet, en tant que paramédical au sein d'une équipe et d'une structure (hospitalière ou de type ESVAD/ SiVA), l'ergothérapeute possède une vision plus globale du patient. En structure hospitalière, l'équipe lui communique des données supplémentaires ; de plus, la prise en charge rééducative qui est associée est source d'informations. Par exemple, pour une aide technique (type enfile bas), le personnel infirmier pourra faire remonter des informations à l'ergothérapeute quant à la pertinence de cette aide technique. De même, l'ergothérapeute de l'ESVAD ou du SiVA est amené à travailler avec l'équipe de la structure hospitalière si c'est elle qui organise le retour à domicile, et avec les aides humaines éventuellement existantes (retour ou maintien à domicile).

Il a également une possibilité de suivi. En effet, dans une démarche de retour à domicile, le consultant a un retour sur les aménagements et aides techniques proposés. Le patient peut émettre des réserves sur un matériel qu'il peine à utiliser. L'ergothérapeute pourra alors lui proposer des mises en situation dans la structure hospitalière ou au domicile.

L'ergothérapeute peut également faire intervenir la famille et les intervenants à domicile si besoin (par exemple, pour l'utilisation d'un lève malade). L'usage du prêt de matériel (en institution et en ESVAD/ SiVA) par les fournisseurs permet différents essais et laisse un réel choix à la personne et son entourage.

L'ergothérapeute/consultant donne un conseil pour faire réfléchir et peut faire évoluer ses propositions en fonction du niveau d'acceptation, de confiance, de compréhension qui est atteint dans la relation³³. Il respecte le principe selon lequel « *la relation d'aide est par essence non directive, c'est-à-dire vise principalement à créer des conditions favorables à l'expression par le patient de ses ressources personnelles.* »³⁴

³² Dictionnaire encyclopédique « Le Petit Larousse Illustré » 1996, p263

³³ On fait ici référence à « la position d'acteur principal » définie dans le guide de pratique (p104), et abordée dans la première partie (I)

³⁴ A. BIOY et D. FOUQUES, « Manuel de psychologie du soin », ed. Breal, 2002. ; p177.

3. L'éducateur/ formateur

« L'éducation est un processus par étape, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie et destinés à aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales »³⁵.

De cette définition nous pouvons retenir quelques points importants concernant la prophylaxie et l'apprentissage d'une aide technique : l'éducation se fait progressivement dans le temps, elle est intégrée à la prise en charge et elle vise à diminuer la douleur, ou à une utilisation facile, automatique d'une aide technique, par un travail sur le geste et ses représentations. On voit bien ici que, dans le contexte de la prophylaxie et de l'apprentissage d'une aide technique, l'ergothérapeute est en posture d'éducateur, il fait de « l'éducation gestuelle ».

L'éducateur se centre sur le savoir être du patient (vie quotidienne avec une prothèse de hanche). Le formateur est plus ciblé sur son savoir faire (utilisation d'une aide technique) et s'attache à ses capacités d'apprentissage. Il souhaite que la personne apprenne quelque chose de nouveau et se l'approprié pour l'utiliser. Son programme est élaboré pour diffuser des connaissances.

Les enjeux de l'action éducative/formatrice sont des enjeux de changement³⁶. Selon Morissette et Gringas³⁷, les attitudes évoluent selon cinq stades :

- ✓ la réception : sensibilisation, attention accordée au phénomène ;
- ✓ la réponse : assentiment, volonté et satisfaction à répondre au phénomène ;
- ✓ la valorisation : acceptation de la valeur du phénomène, constance du comportement à son égard, engagement ;
- ✓ l'organisation : conceptualisation, organisation d'un système de valeurs ;
- ✓ la caractérisation : constitution d'un système cohérent et stable de valeurs, des idées, des croyances,...où le phénomène a sa place ; philosophie de vie.

C'est à partir des liens relationnels établis avec son patient que l'ergothérapeute pourra mettre en place son action éducative. En effet, la modification des attitudes est influencée par des facteurs liés au patient

³⁵ D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRE R., « Apprendre à éduquer le patient », Paris, 1995, p7.

³⁶ L'ergothérapeute accompagne le changement, il n'en est pas l'instigateur. C'est le sujet qui fait la demande de changement (demande latente).

³⁷ « Comment créer un outil pédagogique en santé : guide méthodologique », Union nationale des Mutualités socialistes – Service promotion de la santé.

(estime de soi, engagement, résistance) et à la perception qu'il a de l'ergothérapeute (il doit être compétent, digne de confiance et attirant : le patient va le juger sympathique, familier, désintéressé,...).

Suite à la réflexion sur ces différentes postures, nous comprenons mieux l'impact qu'elles ont et qu'elles sont leurs différences fondamentales. Nous pouvons alors nous interroger sur l'aspect thérapeutique du conseil.

B. Et la thérapeutique dans tout ça ?

Je tiens à revenir sur la notion de la responsabilité. Tout d'abord la responsabilité du thérapeute, car il s'engage envers un patient et selon ses codes déontologiques de pratique. Ensuite, c'est la responsabilité du patient qui compte, puisque, je le rappelle³⁸, le suivi va consister pour une bonne part à redonner une certaine responsabilité au patient

« Le soignant est là pour éclairer, soutenir, apporter réconfort et compréhension, mais il n'agit pas à la place du patient. La relation d'aide est également une relation centrée sur le patient, non sur sa pathologie. »³⁹ C'est ce que l'on peut observer avec l'éducateur/ formateur. En effet, sa posture est fortement encrée dans la relation avec le patient, c'est ce qui lui donne ce « pouvoir » d'action sur ses attitudes.

Le consultant peut se départir de l'idée d'aide pour s'intéresser à celle d'étayage : on offre au soigné la possibilité de s'appuyer sur le thérapeute pour trouver ou retrouver ses capacités d'action et ses capacités à être. *« On ne va plus vers le patient pour lui apporter des ressources clefs en main, on le laisse aller chercher dans l'offre qui lui est faite ce qui lui convient pour sortir au mieux de sa situation. »⁴⁰ On le constate tout particulièrement avec l'ergothérapeute du SiVA qui, dans la mesure du possible, confie la décision finale à la personne et qui l'incite à réaliser seule ses démarches.*

Quant à l'intervention de l'expert, on voit qu'elle ne peut pas entrer dans le cadre thérapeutique puisqu'elle ne prend pas pour base la relation au patient et son accession à un niveau rééquilibré. Ce qui ne rend pas son intervention moins indispensable. Il fait suite à une demande précise.

³⁸ Cf partie I-C- 1. L'attitude thérapeutique

³⁹ « Manuel de psychologie du soin », p177.

⁴⁰ « Manuel de psychologie du soin », p158.

Finalement, seul le consultant et l'éducateur peuvent être des postures thérapeutiques de l'ergothérapeute. L'expert se situe dans le champ des compétences techniques.

C. Conclusion

Les rôles ne sont pas strictement cloisonnés suivant les structures. En effet, l'ergothérapeute est en soi consultant, expert et éducateur/ formateur, c'est la demande à laquelle il répond qui précise sa posture, sachant que celle-ci peut évoluer dans le temps.

L'ergothérapeute possède diverses connaissances qui lui permettent d'endosser ces différentes « casquettes » :

- des connaissances pointues, mises en pratiques par l'expert,
- des connaissances généralistes pour le consultant, avec des compétences pour faire réfléchir, accompagner la prise de décision,
- des connaissances théoriques et pratiques pour l'éducateur/ formateur, avec une pratique centrée sur les apprentissages, la pédagogie, les outils.

Conclusion

Le conseil, intervention ponctuelle ou élément d'une prise en charge plus globale, fait suite à une demande qu'il convient d'explicitier. Ce n'est pas une action thérapeutique en soi, c'est la démarche engagée qui l'est.

Au cours de cette démarche, l'ergothérapeute part de la demande du patient pour revêtir différentes « casquettes ». Educateur/formateur, consultant, expert, l'ergothérapeute est en perpétuel mouvement entre ces différentes approches ; c'est ce qui constitue sa richesse car il peut changer de regard, prendre du recul.

L'ergothérapeute trouve une place propre avec la loi du 11 février 2005. En effet, le développement des logiques de réseau le conforte dans le rôle de transmission des informations auprès des particuliers mais également des professionnels (volonté de coordination entre dispositifs sanitaires et médico-sociaux, également notion d'expertise, de pôle ressources pour les partenaires). De plus, le choix de la compensation personnalisée correspond à un champ de compétence clair de l'ergothérapeute : celui de pouvoir évaluer les retentissements personnels de pathologies qu'il connaît, mais qu'il accepte de redécouvrir par les yeux de la personne qu'il accompagne...

Bibliographie

Textes de loi :

☒ Circulaire GAS/PHAN/3 A n°2001-275 du 19 juin 2001 relative au dispositif pour la vie autonome

☒ Loi du 11 février 2005 concernant l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées

Ouvrages :

☒ H.B. du CHAZAUD, « Dictionnaire d'étymologie », ed. Dictionnaires le Robert, Paris, 1993.

☒ . REY et J. REY-DEBOVE, « Le petit Robert 1 », ed. Dictionnaires le Robert, Paris, 1990.

☒ A. BIOY et A. MAQUET, « Se former à la relation d'aide », ed. Dunod, Paris 2003, p6.

☒ « Ergothérapie : guide de pratique » coordonné par A. MOREAU, ed. Techni Media Service, septembre 2000.

☒ Dictionnaire encyclopédique « Le petit LAROUSSE illustré », ed. LAROUSSE, 1996, p 829

☒ A. BIOY et D. FOUQUES, « Manuel de psychologie du soin », ed. Breal, 2002.

☒ D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRE R., « Apprendre à éduquer le patient », Paris, 1995, p7.

Articles :

☒ Marie ROOSEN, « Communication et message éducatif », dans le Bulletin d'Education du Patient, vol.17, n°2, juin 1998, p55.

☒ « Comment créer un outil pédagogique en santé : guide méthodologique », Union nationale des Mutualités socialistes - Service promotion de la santé.

Dépliants / plaquettes :

☰ Dépliant « L'habitat des personnes handicapées », édité en 2002, pour le PACT'ARIM 35

☰ Dépliant de l'ADICAT 66

Résumé :

Le conseil est une intervention fréquente de l'ergothérapeute. Initié à la demande du patient, il place ce dernier dans une position d'inégalité à la quelle il faudra remédier.

Au cours des actions de conseil, on constate que l'ergothérapeute peut avoir différentes « casquettes » : éducateur / formateur, consultant ou expert.

Ces postures diverses sont toutes partie intégrante de l'ergothérapeute, qui trouve là une certaine richesse pour sa pratique au quotidien.

Mots-clés :

ergothérapeute - demande
relation de conseil - posture professionnelle