

**INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE
DE RENNES**

**DEPASSER L'OCCUPATIONNEL
POUR QUE L'ACTE DEVIENNE
THERAPEUTIQUE**

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

**ANDREOLI Julien
JUN 2000**

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements à toute l'équipe de l'unité intersectorielle d'ergothérapie du centre hospitalier Guillaume Régnier pour l'aide et les connaissances qu'ils m'ont transmises dans l'approche de mon futur métier.

Je remercie Mr PERSON, cadre ergothérapeute et Marie-Claude CONAN ergothérapeute, pour leur soutien ainsi que pour leurs connaissances pratiques et théoriques qu'ils m'ont apportés.

Je remercie enfin Mr BERGES pour l'aide et la méthodologie qu'il m'a amené dans la rédaction de ce travail écrit de synthèse.

RESUME

En service psychiatrique, le rôle attribué aux ateliers d'ergothérapie est souvent occupationnel. J'ai donc essayé d'analyser ce qu'une activité pouvait avoir de thérapeutique en m'appuyant sur trois hypothèses :

- L'activité est thérapeutique si elle correspond à des objectifs thérapeutiques.
- L'activité est thérapeutique si les moyens mis en œuvres cadrent avec ces objectifs.
- L'activité est thérapeutique si son action peut être évaluée dans le temps.

MOTS CLES

PSYCHIATRIE

OCCUPATIONNEL

THERAPEUTIQUE

ACTIVITE CUIR

« De toute l'histoire de la psychiatrie, un seul mode de traitement a subsisté : l'ergothérapie. Quand on occupe des malades mentaux, on leur fait du bien de toute façon ».

SIVADON Paul (interview),

Nervure, 3, 8, 1990, p.23

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 1
ERGOTHERAPIE ET PSYCHIATRIE : UN CONCEPT ANCIEN	p 2
I. <u>HISTORIQUE DE LA PENSEE ERGOTHERAPIQUE EN PSYCHIATRIE</u>	P 2
A. <i>Les précurseurs</i>	<i>p 2</i>
B. <i>Des années 50 à nos jours</i>	<i>p 3</i>
C. <i>Nouvelles modélisations</i>	<i>p 4</i>
II. <u>DIMENSION DE L'ERGOTHERAPIE EN PSYCHIATRIE</u>	p 4
A. <i>Phase précoce</i>	<i>p 5</i>
B. <i>Phase de rémission</i>	<i>p 5</i>
L'ACTE ET THEORIE DE L'ACTE EN ERGOTHERAPIE	p 7
I. <u>L'ACTE : OUTIL THERAPEUTIQUE</u>	p 7
A. <i>Un outil</i>	<i>p 7</i>
B. <i>Des principes</i>	<i>p 7</i>
C. <i>Une motivation</i>	<i>p 8</i>
II. <u>DEMARCHE THERAPEUTIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL</u>	p 9
METHODOLOGIE EN ERGOTHERAPIE	p 11
I. <u>L'ACTE EST THERAPEUTIQUE S'IL CORRESPOND A DES OBJECTIFS THERAPEUTIQUES</u>	p 11
A. <i>Roger, Pierre et Jacques</i>	<i>p 11</i>
B. <i>Relation entre objectifs des patients et ceux de l'ergothérapeute</i>	<i>p 14</i>
II. <u>L'ACTE EST THERAPEUTIQUE SI LES MOYENS MIS EN ŒUVRE CADRENT AVEC LES OBJECTIFS</u>	p 14
A. <i>Notion de cadre thérapeutique</i>	<i>p 14</i>
B. <i>Démarche utilisée</i>	<i>p 16</i>
C. <i>Activité proposée pour chacun des trois patients</i>	<i>p 16</i>
III. <u>L'ACTE EST THERAPEUTIQUE SI SON ACTION PEUT ETRE EVALUEE DANS LE TEMPS</u>	p 18
A. <i>Notion d'évaluation en psychiatrie</i>	<i>p 18</i>
B. <i>Evaluation subjective</i>	<i>p 18</i>
CONCLUSION	p 20
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Le malade psychiatrique, trop souvent privé du « faire » par la pathologie, peut être petit à petit ramené à cette notion importante pour sa guérison qu'est la reprise d'activité.

L'unité d'ergothérapie du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (C.H.G.R), à Rennes, propose aux patients différentes situations d'activités s'inscrivant dans leur processus de soins. Les stratégies rééducatives spécifiques à l'ergothérapie vont s'inscrire dans un processus plus global défini au sein du service dont dépend le patient. L'atelier maroquinerie est l'un des ateliers proposés par l'unité d'ergothérapie.

Sur ces bases théoriquement simples vient se greffer une ambiguïté, qui, de P. PINEL à nos jours, n'a jamais cessé de rejeter l'ergothérapie de « technique thérapeutique » à une « simple occupation pour patient désœuvré ». Occupationnel est un mot souvent entendu et écrit pour désigner les activités que nous proposons.

Ce travail va nous permettre de discuter de ce qui est essentiel pour qu'une situation d'activité soit dite thérapeutique et non occupationnelle.

La première partie nous re-situera la place de l'ergothérapie dans l'institution psychiatrique et la façon dont elle s'est développée. En deuxième point, nous verrons les principaux supports théoriques de nos actions en ce domaine, ainsi que trois hypothèses que j'ai voulu définir méthodologiquement pour clarifier notre démarche. Enfin j'exposerai pour finir l'application de ces trois hypothèses à une démarche de soins ergothérapeutique.

PREMIERE PARTIE

ERGOTHERAPIE ET PSYCHIATRIE UN CONCEPT ANCIEN

I. HISTORIQUE DE LA PENSEE ERGOTHERAPIQUE EN PSYCHIATRIE

A. LES PRECURSEURS

L'ergothérapie est une discipline qui s'est initialement développée dans le traitement des malades mentaux.

1. P. PINEL

C'est P.PINEL, médecin psychiatre, qui introduit le traitement par le travail à l'hôpital de la Salpêtrière vers la fin du 18ème siècle. Il préconise alors les exercices physiques et occupationnels dans l'approche de la maladie mentale et condamne vigoureusement les pratiques d'enchaînement des malades. En effet, il avait remarqué une amélioration de l'état des patients pauvres qui devaient travailler pour survivre en comparaison à la stagnation des patients riches qui ne travaillaient pas.

M. FOUCAULT nous décrit bien dans son « *Histoire de la folie à l'âge classique* » l'avantage que les groupes marginaux avaient à travailler : pendant l'activité, ils sont moins dangereux que s'ils étaient enfermés et inactifs. L'activité avait pour intérêt de les rendre utiles, ce qui est une des premières étapes de la socialisation. Ce principe est une des bases qui a permis d'aboutir au travail thérapeutique.

2. H. SIMON

C'est seulement dans les années 1920 que va apparaître une systématisation du travail au sens thérapeutique. H. SIMON, médecin allemand, va au-delà de la notion de travail et réfléchit sur l'attitude des soignants face aux malades. Il observe qu'il y a plus de facteurs d'amélioration si les soignants s'investissent et participent aux soins avec le malade. Il faut que le soignant soit impliqué dans le traitement du patient et donc qu'il connaisse les implications de ce qu'il va lui faire faire. De même, la notion de responsabilisation du patient devient particulièrement importante car H. SIMON y voit un moyen efficace de faire face à l'exclusion.

Il va également décrire la « maladie institutionnelle », c'est à dire les effets pervers de l'institutionnalisation des malades mentaux dus au poids du système asilaire qui prime sur la maladie et le

malade. Il identifie trois maux dont le patient risque de souffrir : l'inaction, l'ambiance défavorable de l'institution et le préjugé d'irresponsabilité. Ces trois problèmes sont la base de cette « maladie institutionnelle ».

3. ADOLPHE MEYER

Parallèlement à H. SIMON, Adolphe MEYER, médecin également, jette les bases de la profession d'ergothérapeute. En 1922 il établit que l'homme est un organisme biologique et psychologique en interaction constante avec son environnement social. Sa vision du travail thérapeutique avec le malade mental est particulièrement globale, considérant qu'il doit permettre une réadaptation de l'individu dans l'environnement et que pour y réussir le thérapeute doit prendre en compte la dimension bio-psychologique du malade.

B. DES ANNEES 50 A NOS JOURS

1. PAUL SIVADON

Paul SIVADON introduit en 1958 la notion de travail potentiellement pathogène. Il explique que l'activité comme système thérapeutique n'est valable que si elle est maîtrisée et incluse dans un processus thérapeutique défini par des spécialistes. Si ces conditions ne sont pas respectées le travail risque de devenir pathogène. Il critique l'exploitation du malade par l'institution et souhaite réintégrer un vrai processus de rééducation.

Il préconise la mise en place de petits groupes répartis en ateliers, dont l'homogénéité n'est pas réalisée par rapport aux pathologies mais plutôt par rapport au degré de sociabilité. Il propose également d'adapter l'activité aux besoins et au niveau de sociabilité des patients (plus celui-ci est bas et plus l'activité devra être ludique et simple). Il intègre la notion de satisfaction et de motivation.

Paul SIVADON considère le travail thérapeutique comme une sociothérapie c'est à dire comme la reprise de socialisation du patient. L'activité va permettre de rentrer en relation avec le monde extérieur.

Son idée principale fut de considérer que le travail thérapeutique fait appel aux capacités résiduelles du patient, certaines apparentes, d'autres cachées et qu'il va falloir adapter l'activité à ces capacités. Le travail ergothérapeutique s'intéresse aux capacités de l'homme malade et non uniquement à ses incapacités et à sa maladie.

2. FRANCOIS TOSQUELLES

C'est une vision holistique de l'homme qui est décrit en 1967 par François TOSQUELLES dans « *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique* ». Il intègre les aspects sociaux, biologiques et

psychologiques dans la prise en charge du malade mental. Il décrit la triade patient / soignants / activité en interaction les uns aux autres comme la base du processus thérapeutique. La situation d'activité va entraîner des conflits, conflits dits socialisants car permettant la discussion. L'activité devient dans ce cadre médiatrice de la relation et donc thérapeutique.

F. TOSQUELLES a mis alors en évidence la nécessité de prescrire l'ergothérapie en fonction des besoins véritables du patient, et non de systématiser le recours à cette discipline pour occuper le patient. Va alors s'imposer l'obligation d'établir des évaluations précises et des plans de traitement ergothérapeutiques adaptés.

3. LE COURANT ANTIPSYCHIATRIQUE

La psychiatrie des années 70 a vu l'apparition d'un courant extrême marquant résolument une rupture avec les modèles de la psychiatrie traditionnelle. Ce courant, appelé « antipsychiatrique », dénonce l'effet pathogène de l'institution et réforme le système jusqu'à ouvrir les hôpitaux psychiatriques (notamment F. BASAGLIA à Trieste en Italie). Le mouvement se base sur trois principaux postulats : le besoin fondamental de l'homme à maîtriser son environnement, la survenue d'une inadaptation si un obstacle empêche la réalisation du premier postulat, et enfin, la capacité que l'homme a d'influer sur sa santé par sa force de volonté.

C. NOUVELLES MODELISATIONS

Actuellement, la pensée ergothérapeutique, comme pour d'autres professions, s'oriente vers des approches plurielles, notamment anglo-saxonnes, qui tentent de définir la pathologie psychiatrique à travers la classification des handicaps de WOOD. L'ergothérapeute doit y voir une occasion de développer ses compétences dans le processus de réadaptation de l'individu. Plus qu'une prise en charge, terme incluant une notion de portage, de poids (poids social, humain, économique...), l'ergothérapeute va pouvoir réaliser un accompagnement thérapeutique, au sens où il va guider la personne souffrante et l'accompagner dans son processus de réadaptation.

II. DIMENSION DE L'ERGOTHERAPIE EN PSYCHIATRIE

L'ergothérapeute travaillant en secteur psychiatrique participe à la restructuration globale de la personnalité. Ce traitement va se décomposer en deux phases distinctes : la phase précoce, correspondant à la gestion de la crise, et la phase de rémission des symptômes.

A. PHASE PRECOCE

Cette période va correspondre à l'entrée du patient dans la structure de soins ainsi qu'aux premiers temps d'hospitalisation. Les troubles du malade évoluent en général depuis longtemps (sinon dans les premiers épisodes) et il a pu déjà être hospitalisé. La crise conduisant à cette hospitalisation est souvent le synonyme de violence (corporelle, verbale, para-verbale ou psychique), d'épuisement et d'incompréhension de l'entourage.

Durant cette période, les symptômes vont s'exprimer avec une grande intensité. L'hospitalisation transforme la personne en objet de soins, la déresponsabilisant, la dépossédant de façon passagère de son identité sociale. A ce stade, l'ergothérapeute va jouer un rôle d'évaluation et de diagnostic. Il va confronter de manière précoce le malade à la réalité en lui apportant une situation d'activité concrète. Cette activité va être révélatrice des symptômes de cette période de crise qui pourront alors être hiérarchisés. De plus, l'expression des symptômes prédominants n'aura pas la même intensité en situation d'ergothérapie que dans les services de soins, ce qui nous donne un excellent complément aux observations cliniques.

Cette première confrontation au réel va permettre de choisir l'activité la plus appropriée. L'activité, en rapport à l'état du patient, entraîne de fait une confrontation à des lois et des exigences auxquelles il devra se tenir (principe de réalité et principe de frustration). L'activité va jouer à cette phase un rôle de dérivatif à l'expression de la symptomatologie.

B. PHASE DE REMISSION DES SYMPTOMES

La diminution de la symptomatologie rend possible un véritable travail de fond. En effet, le patient devient à ce moment plus réceptif aux stimulations du monde extérieur, son éveil à la réalité devient meilleur et le contact aux autres également. Cette phase voit logiquement un réaménagement des traitements et donc de l'ergothérapie.

Le travail que l'on propose se développe sur plusieurs points. L'ergothérapie agit d'abord comme une forme de psychothérapie, dans le sens où le travail est centré sur le patient et sur sa relation à lui-même et au monde extérieur par l'intermédiaire de l'activité. La relation ergothérapeute / patient est médiatisée par l'activité.

Ensuite, l'activité entreprise correspond pour le malade à la re-mobilisation de toute sa personne. Cela exige de gérer un investissement personnel très important car l'ergothérapeute lui demande de participer activement. Nous faisons rentrer la personne dans l'agir. C'est à partir de cette notion d'agir qu'une dynamique nouvelle va se créer. Là où le patient était dans le non-faire, le désinvestissement, ou au contraire l'hyperactivité maniaque, notre action l'oblige à intégrer cette relation au « faire ». Le patient va

rentrer dans une nouvelle capacité d'action où la symptomatologie est peu présente ce qui est d'autant plus valorisant.

Enfin, l'ergothérapeute va devoir adapter de manière précise l'activité en fonction de l'évolution du patient, et ceci par une analyse précise de ses besoins, de ses possibilités et de ses limites.

L'ergothérapeute est donc un intervenant s'inscrivant parfaitement dans le projet thérapeutique global. Pour le patient, la phase de rémission est un moment important car c'est une période de reconstruction. Les principes sur lesquels va se dérouler cette phase doivent être parfaitement identifiés et définis.

C'est pourquoi, il est important que l'ergothérapeute puisse justifier de ses actes, en analysant sa méthodologie dans la prise en charge de cette personne. C'est maintenant ce dont nous allons pouvoir discuter.

DEUXIEME PARTIE

L'ACTE ET THEORIE DE L'ACTE EN ERGOTHERAPIE

I. L'ACTIVITE, OUTIL THERAPEUTIQUE

« L'intérêt de conceptualiser une démarche thérapeutique ou de s'attacher à un modèle de pensée, ne réside pas tant dans le souci de codifier une action de soin en rapport à une symptomatologie, que dans l'adaptation de la réponse apportée au patient, dans sa préoccupation quotidienne » **F. LECOMTE**.¹

A. UN OUTIL

L'activité est un moyen thérapeutique spécifique à l'ergothérapie. Elle permet d'évaluer, d'améliorer les capacités et les compétences pour réadapter la personne dans son environnement.

L'analyse de la mise en situation d'activité va permettre au thérapeute de dégager et cerner les composantes qui seront à travailler avec le patient.

On parlera alors d'activité thérapeutique car elle est orientée vers un but qui s'intègre dans une stratégie thérapeutique plus globale.

La thérapie par l'acte permet au patient de devenir acteur de sa rééducation. L'activité produit une dynamique porteuse de la notion de réalité qui va alors permettre de modifier le regard que le patient peut avoir sur lui et / ou sur son environnement.

L'activité devient médiatrice entre le patient et son environnement et le confronte au principe de réalité en mettant en avant ses difficultés face aux situations réelles.

Pour A. LANG ETIENNE², l'ergothérapie « aide le corps [...] nié à renouer des liens avec l'environnement et à le maîtriser autant que faire ce peut ; elle est par-là, révélatrice du réel et rencontre avec le monde concret [...] ».

B. DES PRINCIPES

Cependant, l'activité n'est pas en elle-même un moyen curatif, elle est simplement l'outil de l'ergothérapie.

¹ **LECOMTE F.** – *Du concept théorique à l'outil thérapeutique* - Journées Nationales d'Ergothérapie - Rennes, Le 21 janvier 1988, p. 41-43.

² **LANG ETIENNE A.** – *L'action et l'adhésion à l'existence*. Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1990, 12, 4, p. 196.

L'activité ne peut être thérapeutique, notamment en secteur psychiatrique, si nous autres thérapeutes, omettons d'y inclure un certain nombre de principes. Ceux-ci sont parfaitement illustrés par Isabelle PIBAROT³ :

- L'activité n'a de valeur thérapeutique que si elle est une pratique de la relation entre soignant et soigné, entre les soignants et les soignés.
- L'activité n'a de valeur curative que si elle permet la relation.
- Les activités sont les témoins et les supports de ces relations.
- L'activité prend son sens dans le contexte des relations qui se jouent dans et avec l'environnement du malade.

Il faut donc pour que l'activité porte en elle-même une valeur thérapeutique, qu'elle se déroule dans un contexte de relations « suffisamment bonnes » selon l'expression de D.W. WINNICOTT⁴.

Bien sur, ces grands principes ne doivent pas être le paravent de facilités dans la pratique quotidienne. « L'activité peut servir à occuper comme on occupe une usine [...] »⁵. C'est à dire que, sous couvert d'un but pseudo thérapeutique, l'activité peut permettre au thérapeute d'avoir la paix et d'éviter le désordre dans l'atelier. L'occupation va alors paralyser le patient et l'isoler dans son "faire" ou au contraire, entraîner une hyperactivité néfaste (c'est certainement une des grandes critiques de l'ergothérapie depuis le début du siècle).

C. UNE MOTIVATION

Enfin, il est intéressant d'introduire également ici la notion de motivation du patient. Qu'importe que pour le patient, l'activité qui lui est proposée ne soit qu'un moyen de ne pas errer dans les couloirs des services ou bien tourner en rond dans sa chambre, qu'importe que l'activité soit vécue comme occupationnelle. L'important, c'est que le patient soit motivé, qu'il vienne de bon cœur à l'atelier, qu'il y trouve un espace où il va pouvoir s'exprimer et peut être s'épanouir.

Nous ne pouvons espérer intégrer le patient dans un processus de soin si nous ne prenons pas en ligne de compte cette motivation.

Cependant, si le thérapeute souhaite s'interroger sur cette motivation, il ne doit pas perdre de vue le double caractère du travail qui est selon l'inconscient collectif judéo-chrétien une punition mais aussi un devoir. A. LANG ETIENNE cite la condamnation de la Bible : « Tu gagneras ton pain à la sueur

³ PIBAROT I. – *L'activité, outil thérapeutique. Quelques repères pour une réflexion sur l'activité comme outil thérapeutique.* Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1982, 4, p. 28-29.

⁴ PIBAROT I. – Ibid.

⁵ LANG ETIENNE A. – *L'action et l'adhésion à l'existence.* Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1990, 12, 4, p. 196

de ton front... »⁶ pour exprimer cette dualité qui va se ressentir dans le comportement de nos patients face à l'activité. Le travail n'est alors estimé qu'à la valeur de son coût. Coût énergétique, temporel, spatial, financier ou encore psychologique, le coût de l'activité pour le patient sera le véritable facteur et baromètre de sa motivation. L'analyse phénoménologique de l'action va nous permettre d'augmenter les bénéfices par rapport aux coûts. Alors et seulement alors, nous créerons une motivation forte chez nos patients.

La motivation constitue cependant un mouvement perpétuel, qui reste pour nous à renouveler si nous voulons créer les conditions suffisamment bonnes, nécessaires à notre démarche ergothérapeutique.

Pour conclure, je pense qu'il est important de faire un récapitulatif des différentes notions apportées ci-dessus.

C'est Isabelle PIBAROT⁷ qui nous donne ce récapitulatif. Pour elle, l'activité est dite thérapeutique :

- Si le contexte dans lequel elle a lieu est suffisamment bon et qu'il ouvre un espace de relation.
- Si l'activité correspond aux désirs du patient.
- Si elle ne reproduit pas le processus qui a conduit la personne à la maladie.
- Si en fin de compte, elle permet une relation réelle de soi à l'autre, de deux interlocuteurs différents.

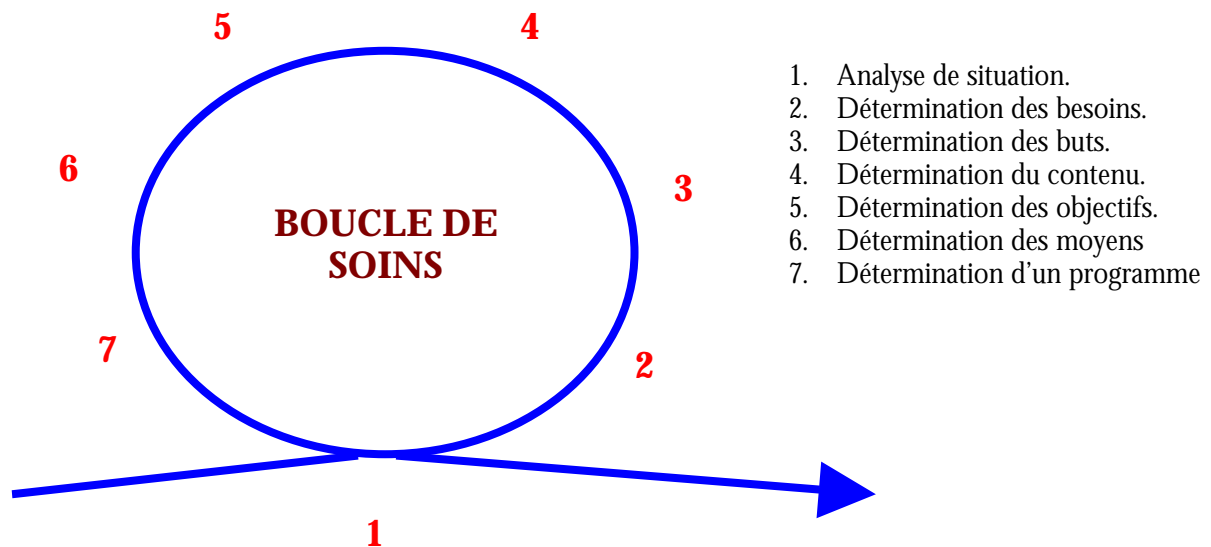
II. DEMARCHE THERAPEUTIQUE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

La démarche thérapeutique constitue la suite des actions que nous allons mettre en place pour accompagner la personne malade dans son processus de réadaptation. La méthodologie que l'on doit appliquer représente la boucle de soins. Cette notion est particulièrement importante pour envisager une progression définie et précise des actes menés avec le patient.

⁶ LANG ETIENNE A. – *L'activité : le travail, le jeu, l'art*. Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1989, 11, 1, p. 29-30.

⁷ PIBAROT I. – *L'activité, outil thérapeutique. Quelques repères pour une réflexion sur l'activité comme outil thérapeutique*. Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1982, 4, p. 28-29.

La boucle de soins se décompose en 7 niveaux successifs que nous pouvons illustrer par le schéma ci-dessous :



L'analyse de situation (évaluation), représente la base de notre démarche. Elle va permettre de déterminer les besoins de la personne. Ces besoins établis, l'ergothérapeute en dégagera des objectifs, des moyens, un programme d'action dont les résultats seront évalués par une deuxième analyse de situation qui ré-enclenchera la boucle de soins. Le but et le contenu de notre intervention sont en eux même évidents : favoriser la réadaptation de la personne malade par une démarche ergothérapique.

Si les différents aspects théoriques de la notion d'activité comme outil thérapeutique ne peuvent pas toujours être mis en pratique dans l'exercice courant de l'ergothérapie en psychiatrie, cette notion de boucle de soins, en revanche, doit toujours être appliquée. J'ai donc pensé que si l'on veut montrer la spécificité de l'activité comme outil de thérapie, il pouvait être intéressant de reprendre cette démarche et en développer trois points précis, à savoir :

- **L'activité est thérapeutique si elle correspond à des objectifs thérapeutiques.**
- **L'activité est thérapeutique si les moyens mis en œuvres cadrent avec ces objectifs.**
- **L'activité est thérapeutique si son action peut être évaluée dans le temps.**

Ce découpage me paraît le plus propice pour dégager l'intérêt de l'acte en psychiatrie et je vais donc maintenant illustrer ces trois hypothèses en m'appuyant sur l'expérience de deux mois de stage, et plus particulièrement sur le suivi de trois patients : Roger, Pierre et Jacques.

TROISIEME PARTIE

METHODOLOGIE EN ERGOTHERAPIE

I. L'ACTE EST THERAPEUTIQUE S'IL CORRESPOND A DES OBJECTIFS THERAPEUTIQUES

A. ROGER, PIERRE ET JACQUES

1. Présentation des patients

■ Roger

Roger, 54 ans, est hospitalisé en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) depuis le début des années 90 suite à une activité délirante et hallucinatoire intense.

C'est en 1965 qu'une schizophrénie déficitaire est diagnostiquée. A suivi une longue période composée de multiples hospitalisations. Il vivait entre ces hospitalisations chez sa mère avec laquelle une relation fusionnelle néfaste est instaurée.

Depuis quelque temps, son régime d'hospitalisation a changé, passant de l'HDT à l'hospitalisation libre (HL). Cependant étant donné les possibilités de passages à l'acte, une menace d'hospitalisation d'office (HO) est présente.

Son discours et son attitude en font un personnage considéré comme très pervers, avec des troubles du comportement sexuel, se positionnant souvent comme victime de sarcasmes auprès des soignants, attribuant tout échec à autrui, etc.

Ses centres d'intérêts semblent être exclusivement les échecs et le jazz (avec les thèmes sexuels) autour desquels toute conversation est systématiquement tournée.

Enfin, Roger ne se sent pas malade et ne reconnaît pas le caractère pathologique de ses problèmes. En fait, ce sont les autres qui le pensent malade...

■ Pierre

Pierre, 25 ans, célibataire, est hospitalisé en HDT il y a un an pour état dépressif sévère avec tentative de suicide.

Pierre est alcoolique depuis presque sept ans. A cette époque, il décompense et doit cesser ses études de pharmacie. Il reprend par la suite un IUT qu'il ne peut également finir, suite à une période d'alcoolisation massive.

Il accomplit alors son service militaire, déserte au bout de 15 jours et fait sa première T.S. Hospitalisé 3 mois en hôpital psychiatrique militaire, il est reformé quelques temps après. S'ensuit une période de travail pendant laquelle il respectera jusqu'au bout son contrat.

Il y a trois ans, il reprend un IUT, s'alcoolisant de façon massive tous les jours. Par la suite, se sont succédés un séjour en post cure (il rompt le contrat rapidement) et plusieurs séjours de sevrage.

Il y a un an, il est hospitalisé 4 jours en HL pour état dépressif et alcoolisme. Il part de son plein gré contre avis médical et réalise sa deuxième T.S. (alcool, médicaments et phlébotomie). Il est alors hospitalisé en HDT.

Dans le service, Pierre présente un discours cohérent, expliquant ses échecs par son mal être, n'aimant pas son image, se trouvant obèse. Auto-dépréciation, dévalorisation et manque de confiance en soi signent le syndrome dépressif.

On observe maintenant un mieux dans les relations et son discours est plus positif, moins dévalorisant.

Son projet serait actuellement une reprise de travail et la recherche d'un appartement.

■ Jacques

Jacques, jeune homme de 24 ans, est hospitalisé depuis la mi-mars pour troubles du comportement, désocialisation, mutisme et isolement.

C'est vers l'âge de 15 ans que les troubles ont débuté. Il était alors un élève brillant. On note à cette époque, un repli et un mutisme importants. S'ensuit une désadaptation conduisant à un échec scolaire. Il est alors réorienté vers un CAP, qu'il obtient.

Après ce CAP, il accomplit son service militaire qui se déroule convenablement, du moins au début. Puis, rentré chez ses parents, on note une recrudescence des troubles. Depuis 6 mois, Jacques s'isole de plus en plus dans sa chambre, s'enfermant à clé, se montrant mutique et affichant un comportement très opposant envers sa famille, etc.

Ses parents le poussent alors à l'hospitalisation libre (H.L.) en secteur psychiatrique.

Au début de l'hospitalisation, Jacques se révèle très opposant à la prise en charge, niant sa pathologie (parlant de « maladie des nerfs »). L'entretien est très pauvre, restant constamment dans sa chambre, par moment à la limite de la catatonie. Puis, au fur et à mesure, il est devenu plus accessible, bien que n'exprimant pas de sentiment (joie, fatigue, douleur, etc.), s'imposant des règles de vie strictes, ne créant aucun lien avec d'autres patients, se contentant d'une écoute passive.

Cependant, depuis quelques jours, on assiste à un retournement de situation, il est plus ouvert, verbalise ses projets, interpelle les gens, s'intéresse à eux et de manière plus générale, s'inscrit beaucoup plus dans la réalité.

Il a, à ce jour, un projet de retour à une vie plus « normale », passant par un séjour dans un centre de réadaptation professionnelle et une reprise de formation professionnelle (suite au CAP).

2. Objectifs pour les patients

J'ai trouvé intéressant de reporter ici les objectifs que les patients peuvent vouloir réaliser par l'intermédiaire de l'activité maroquinerie, ce qu'en fait ils espèrent y trouver. Les objectifs cités ici sont le

fruit de nombreuses discussions entre ces trois patients et moi. Celles-ci m'ont permis de comprendre leurs motivations individuelles ainsi que le degré de ces dernières.

Pour Roger, l'activité est essentiellement occupationnelle. C'est pour lui un dérivatif qui lui permet de ne pas rester à « broyer du noir », de ne pas rester dans ses idées et pensées. En poussant un peu la discussion, Roger m'a finalement confié que l'activité lui permettait de se faire plaisir en créant des objets pour lui et pour les autres, qu'il avait appris une technique pas trop fatigante, qu'elle lui permettait de le cadrer et de lui éviter d'être en situation de passage à l'acte.

Pour Pierre, le discours est tout autre et reflète bien les capacités de regard critique sur lui-même ainsi que sur l'évolution de sa pathologie. Pour lui, l'activité est avant tout un moment de communication, de relation et de revalorisation. Elle lui permet également de ne pas se retrouver au bistrot et est un bon dérivatif à son angoisse (ne pense plus au suicide).

Pour Jacques, les objectifs qu'il attribuait à l'ergothérapie se situaient sur un point occupationnel dans le sens où elle lui permet de ne pas rester dans sa chambre. Par la suite il a fini par exprimer qu'il y trouvait un apport sur le plan personnel et dans sa relation au monde. Il a parlé « *d'un sentiment de satisfaction vis-à-vis de sa production* », de pouvoir « *apprendre une technique qu'il n'aurait jamais vu ailleurs* », de pouvoir communiquer et de voir d'autres personnes.

3. Objectifs pour l'ergothérapeute

■ Roger

- Créer une cohérence, une construction.
- Optimiser le contact relationnel.
- Travailler l'appropriation des objets créés, des décisions et du résultat de cette prise de décision : responsabiliser.

■ Pierre

- Revaloriser, travailler l'image de soi.
- Travailler la relation au monde extérieur.
- Favoriser la diminution de l'angoisse.
- Inciter à se réinscrire dans un projet de vie.

■ Jacques

- Re-dynamiser et revaloriser
- Lutter contre l'apragmatisme.

- Amener la confrontation au principe de réalité, à la frustration.
- Travailler la relation aux autres, l'expression et la communication.

B. RELATION ENTRE LES OBJECTIFS DES PATIENTS ET LES NOTRES

C'est à la comparaison des objectifs des patients et des nôtres, thérapeutes, que l'on peut se poser une question : est-ce que l'activité que nous leur proposons est en adéquation avec la perspective qu'ils ont de leur traitement ?

Les patients psychotiques, comme le sont Roger et Jacques, vont avoir de grandes difficultés à prendre conscience de leur pathologie. Bien sûr, ils se rendent bien compte de leur angoisse et anxiété, de leurs « drôles d'idées », mais rarement du caractère pathologique de leur état. Ils ne sont donc pas dans une dynamique de soins qui leur permettrait de comprendre l'intérêt que peut leur apporter l'ergothérapie.

A l'opposé, celui qui comprend très bien ces intérêts, c'est Pierre, qui a pût mesurer l'étendue des progrès réalisés au sein de l'atelier. Le travail du cuir, nécessitant rigueur et précision, lui a apporté de nouvelles motivations, canalisant son angoisse et son mal être en le re-dynamisant. Nos objectifs semblent alors être justifiés en se vérifiant dans la pratique.

II. L'ACTE EST THERAPEUTIQUE SI LES MOYENS MIS EN ŒUVRE CADRENT AVEC LES OBJECTIFS

A. NOTION DE CADRE THERAPEUTIQUE

La notion de cadre thérapeutique est un concept clé des prises en charge psychiatriques. Il permet de créer un espace de relations « suffisamment bon » nécessaire au caractère thérapeutique de l'activité.

Le cadre thérapeutique se compose de 3 éléments principaux :

- La disposition de l'espace de travail.
- Les horaires et règles internes.
- La notion de prise en charge de groupe.

1. Disposition de l'espace de travail

L'atelier de maroquinerie est une grande salle composée de trois espaces distincts : l'espace de travail, l'espace des machines et l'espace de pause.

Toute l'activité se déroule pratiquement dans l'espace de travail. Cet espace a été conçu pour favoriser la relation et le travail de groupe. Il est composé de quatre sous-ensembles correspondant chacun à un travail précis : l'établi de pose des quincailleries, la table des découpes, la table de teinture et enfin les tables de travail (couture, finition, etc.).

Leur disposition permet et oblige les déplacements dans la pièce ce qui évite les situations d'isolement. Ce point fut élaboré pour optimiser les situations de communication et pour tenter de limiter la survenue d'idées délirantes.

2. Horaires et règles internes

L'atelier fonctionne par demi-journées et se trouve en cela très proche d'une situation normale de travail. De même, les règles internes sont très simples et s'inscrivent dans la relation au monde social :

- Respect des horaires.
- Respect des personnes.
- Respects des lieux, du matériel et du travail d'autrui.

3. Une prise en charge de groupe

La notion de groupe est un facteur intéressant à prendre en compte dans la prise en charge en secteur psychiatrique.

Le groupe est porteur d'une dynamique et incite à la relation. On se rend compte qu'il est révélateur des résistances et blocages des patients mais aussi de leurs mécanismes de défense, qu'il facilite la communication verbale et oblige à se positionner dans le groupe. Enfin, il incite à canaliser les réactions instinctives, les pulsions pour respecter le cadre thérapeutique établi.

4. Analyse du fonctionnement

Si nous analysons le fonctionnement de l'atelier, nous pouvons mettre en évidence une action à double tranchant. Ce cadre crée d'une part un espace social de travail, bénéfique car répondant à un objectif de socialisation et donc de réadaptation, mais crée d'autre part une situation aux effets pervers importants. Il induit en effet le risque d'une institutionnalisation à terme. Il crée une sécurité qui protège la personne, mais qui également ne la fait pas évoluer. Par exemple, un paranoïaque y serait parfaitement à

l'aise, se plaçant dans la maîtrise de l'environnement et des situations qui lui seront proposées. Pour palier à ce risque insidieux, l'ergothérapeute va donc devoir envisager à l'intérieur de ce cadre immuable de travail des situations d'activités différentes et variées, bien que basées sur la même matière : le cuir. C'est seulement par ce cheminement que va pouvoir se dérouler la relation thérapeutique car le patient pourra exprimer son jeu dans un contexte suffisamment bon.

B. LA DEMARCHE UTILISEE A L'ATELIER CUIR

Je vais parler ici des étapes de prise en charge d'un patient arrivant à l'atelier cuir. Cette démarche va permettre d'intégrer le nouveau patient dans l'atelier.

Après une présentation des lieux et description des principaux éléments, matériels et matériaux, je propose au patient de réaliser un objet simple, rapide à réaliser, demandant peu d'investissement personnel et intégrant quelques-unes des techniques du travail du cuir, à savoir la confection d'un bracelet ou d'un porte-serviette.

Je ne décrirais pas ici les étapes de fabrication en raison du peu d'intérêt que cela peut avoir pour le sujet discuté.

Cette première approche, va permettre au patient de découvrir la matière, ses spécificités, sa richesse, sa texture, son odeur, etc. Expérience sensitive très forte, le travail du cuir peut inclure des éléments symboliques tout aussi importants. Synonyme de chaleur, de sensualité, de luxe comme de rusticité, de solidité, de beau enfin, le cuir reste un matériau riche de sens et de noblesse pour l'homme du 21^e siècle.

Cette première réalisation va également permettre au patient de conforter ses motivations pour l'atelier. Il va découvrir l'intérêt du travail du cuir, les étapes mais aussi la rigueur nécessaire à l'élaboration d'un objet correctement fini.

L'objet finalisé restera propriété du patient en tant que premier objet, il se trouve libre de l'emporter gratuitement ou de le donner ou de le détruire.

Pour nous, thérapeutes, ce premier objet est une bonne occasion de juger des capacités du patient et d'observer son comportement face au principe de réalité qu'offre l'activité.

La tolérance à l'échec, à la frustration, la gestion des temps, le respect des étapes, le respect du travail de groupe, les possibilités de passages à l'acte, les capacités relationnelles et de communication sont autant de points que l'on peut observer en confrontant le nouvel arrivant à une activité concrète.

Par la suite, le patient peut réaliser toutes sortes d'objets, soit pour lui, soit pour répondre à des commandes extérieures

C. UNE ACTIVITE POUR CHACUN

L'atelier cuir est le cadre commun de la prise en charge de Pierre, Jacques et Roger. Cependant ils ne réalisent pas les objets dans le même but. Il est important, bien que l'objectif global reste le même (améliorer la symptomatologie par l'utilisation de l'activité), de ne pas oublier les objectifs spécifiques à chacun dans l'attribution de ces objets.

Pour Roger, il faut s'orienter dans la diversité afin de ne pas le laisser dans la sécurité d'une tâche longtemps répétée, incluant alors peu de facteurs d'échecs et de frustrations. Cependant, il faut que cette tâche corresponde le plus possible à ses désirs. Roger, ayant tendance à investir beaucoup l'espace de travail et de communication par son discours productif, incisif, presque obséquieux par moments, doit être bien cadré si on veut éviter que son comportement retentisse négativement sur le groupe.

L'activité dernièrement proposée fut la réalisation d'une boîte en cuir. J'ai voulu inclure dans cette situation une notion de prise de responsabilité, car il venait d'en faire une et m'a affirmé être tout à fait capable d'en réaliser une seconde tout seul. Bien sûr, dès la première étape (la découpe), la situation d'échec s'est révélée. Attribuant celle-ci au fait que l'on ne l'avait pas prévenu des précautions à prendre, il a voulu que je l'aide (la plus grosse partie) pour cette tâche délicate. J'ai alors préféré insister pour qu'il le fasse tout seul mais en ma présence s'il le souhaitait.

Il s'est avéré que toutes les étapes de la fabrication se sont déroulées de la même manière, Roger n'arrivant pas à se responsabiliser devant l'échec. La notion de frustration et de confrontation au principe de réalité est un point à développer dans chacune des situations que nous allons lui proposer.

Cette situation montre combien il faut être prêt à réengager une prise en charge, et ce, de manière permanente, afin que notre action soit en parfaite congruence avec les symptômes exprimés par le patient.

Jacques s'est tout d'abord révélé particulièrement imperméable aux situations de communication que l'ergothérapeute et moi lui avons proposé. J'ai donc décidé de l'inscrire dans une prise en charge plus privilégiée, c'est à dire de m'en occuper en priorité (avec l'accord de l'ergothérapeute).

Nous avons réalisé ainsi plusieurs objets. Je l'ai beaucoup sollicité pour qu'il s'investisse dans ce travail, ne le laissant pas spectateur de mes décisions, lui demandant son avis, l'obligeant à se positionner et à exprimer ses sentiments.

La dernière réalisation fut un bel exemple de travail à deux. C'était une commande atypique, la fabrication d'un étui de téléphone portable, pour laquelle il a fallu improviser, n'ayant comme seule indication que le dessin du contour sur une pièce de cuir. C'est Jacques qui a le premier trouvé les solutions à adopter pour cette réalisation. Je dois dire que ce fut un travail agréable, intéressant, rondement mené et démontrant l'évolution positive de sa pathologie.

Pierre, quant à lui, est un habitué de l'atelier. Il choisit seul ses activités, restant essentiellement dans le choix d'objets commandés. Il m'a expliqué les raisons de ses choix. Pour lui, fabriquer des objets pour autrui lui permet de s'investir et de ne pas « bâcler » son travail. Il se sent utile et retrouve une place de travailleur dans la société. Il se sent valorisé.

Cette notion est importante et montre bien sa détermination et son désir de sortir du cadre hospitalier afin de se réinsérer socialement et économiquement.

Cependant, il faut noter que Pierre réalise les objets qu'il connaît déjà et ne cherche pas à varier sa production. L'explication est très certainement cette peur de l'échec qui serait le confronter à ses angoisses.

III. L'ACTE EST THERAPEUTIQUE SI SON ACTION PEUT ETRE EVALUEE DANS LE TEMPS

A. SPÉCIFICITÉ DE L'ÉVALUATION EN PSYCHIATRIE

Le bilan en psychiatrie permet surtout de faire le point sur une situation. L'ergothérapeute va devoir évaluer l'expression symptomatique de l'état de crise comme de l'état stabilisé.

Il devra observer et découvrir le sens des symptômes exprimés. Le patient se voit interpellé dans ce qui reste sain en lui, dans ses potentialités et ses ressources, et non dans l'espace pathologique qu'il s'est créé.

Concrètement, cela se traduit par l'évaluation à travers une « activité test » (voir démarche adoptée à l'atelier cuir), c'est à dire, prévue dans ce sens sans but thérapeutique particulier.

Toutes les observations vont alors servir de « bilan d'entrée », bilan complété bien entendu par un recueil de données sur les attentes de la personne, sa motivation, etc. L'ensemble peut être qualifié d'évaluation formative. Celle-ci devra être constamment réajustée.

De même, l'évaluation de son l'état, des résultats de la prise en charge, se fait en pratique énormément sur des critères subjectifs de bien être / mal être, de recrudescence ou diminution de la symptomatique, de comportement adapté ou non, etc.

Les synthèses interdisciplinaires servent également dans ce sens de bilan, permettant de mettre en commun des faits observés à l'atelier avec d'autres situations de vie.

B. L'ÉVALUATION SUBJECTIVE

Je parle d'évaluation subjective pour désigner une question que se pose tout thérapeute au cours d'une prise en charge : les résultats obtenus sont-ils ceux attendus ?

Or en psychiatrie, les résultats ne sont pas toujours palpables et mesurables quantitativement, mais bien souvent appréciés subjectivement. C'était mon propos dans le paragraphe précédent. La psychiatrie n'est pas une science juste, elle ne peut prétendre appliquer des théorèmes bien définis et vérifiés de manière scientifique. Cependant, l'approche du thérapeute doit se faire sur l'observation de la récurrence des troubles chez les personnes aux comportements inadaptés. Le processus thérapeutique qui

s'ensuit est une pratique en constant remaniement, fonder sur le doute mais aussi sur la réflexion. D'où l'importance d'une évaluation, même subjective, de l'évolution des troubles.

J'ai donc pensé qu'interroger mes trois patients et comparer leurs réponses aux résultats que nous avons observés, permettrait de comprendre l'impact que peut avoir l'activité sur leur évolution.

Pour Roger, les résultats qu'il a obtenus sont ceux qu'il attendait de l'activité. Il se trouve mieux cadré, mieux canalisé et pense être en mesure de gérer mieux son angoisse et ses possibilités de passages à l'acte. Cependant ces résultats sont le fruit de discussions aux cours desquelles j'ai pu induire, par mes interrogations et mes re-formulations, ce genre de réponse.

Pour moi, il n'est pas du tout évident que Roger soit aussi bien canalisé que ce qu'il en dit. Toujours accaparant, il n'arrive pas à prendre comme siennes ses décisions et sa production. Ce qui intervient encore ici est le décalage entre la réalité et sa vision des choses, du fait même de sa pathologie. Il va falloir persévérer pour obtenir des résultats plus concrets et peut-être envisager une autre orientation thérapeutique.

Chez Pierre, les résultats obtenus au bout d'un an d'hospitalisation sont plutôt positifs et reflètent d'autres préoccupations que pour Roger. En effet, Pierre sait qu'il a besoin de cette hospitalisation s'il désire s'en sortir et se réinsérer dans une vie socioprofessionnelle.

Dans cette perspective, l'activité cuir, en lui apportant des situations de revalorisation et en lui permettant de s'ouvrir au niveau relationnel (situations de communication), a induit une prise de responsabilité dans sa conduite addictive à l'alcool.

Cependant, il est clair que la maîtrise de ses angoisses n'est pas encore totale, car, de lui même, il m'a bien affirmé qu'il ne comptait pas arrêter de boire. Cela s'inscrit malheureusement dans la logique de la pathologie addictive. C'est donc surtout vers cette voie qu'il va falloir s'orienter pour la suite de la prise en charge, c'est à dire l'expression de ses angoisses.

Jacques, quant à lui, s'est bien rendu compte des progrès qu'il a effectué à travers l'activité que nous lui proposons. Il me l'a verbalisé dans une des discussions que l'on a eu sur son avenir et sur « l'après hospitalisation ». Pour lui, s'inscrire dans une activité lui a énormément apporté aussi bien au niveau relationnel qu'au niveau personnel (apport ludique, occupationnel mais aussi intellectuel et d'autosatisfaction).

Le sens de ses paroles me pousse à croire que Jacques faisait une grande différence entre ces deux niveaux. Pourtant, une satisfaction du point de vue relationnel devrait se retrouver incluse au niveau personnel. Jacques se trouve en fait encore dans le rejet et la non appropriation de la relation à l'autre. Même si ce niveau s'est amélioré, ce n'est que quantitatif et non forcément qualitatif.

Malgré ce point, les objectifs de la prise en charge ont été relativement atteints, puisqu'il a pu être orienté vers un centre de réadaptation professionnelle du fait de ses progrès.

CONCLUSION

Si un patient arrive dans l'atelier avec une prescription d'activité occupationnelle, que vais-je être amené à faire ? Effectivement de l'occupationnel ou bien profiter de cette prescription pour analyser les éléments me permettant d'inclure ce patient dans un processus thérapeutique propre à notre activité ?

Je pense que c'est dans cette deuxième voie qu'il faut s'inscrire pour permettre au patient de profiter pleinement de notre discipline et également démontrer les possibilités thérapeutiques qu'offre l'ergothérapie.

Pour cela, nous devons parfaitement maîtriser les outils permettant de concevoir une intervention cohérente qui s'inscrit dans le projet individuel de la personne en souffrance psychique. La boucle thérapeutique est garante de cette cohérence car elle oblige à une méthodologie précise. L'analyse de situation va nous permettre de poser des objectifs de travail, des moyens en adéquation et une évaluation à terme. L'application de cette démarche méthodologique et la notion de relation thérapeutique créant un espace suffisamment bon, va constituer le point nodal permettant de dépasser l'occupationnel pour que l'acte devienne thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

5. **ARVEILLER J. P. & BONNET C.** – *Au Travail..., les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental.* Erès. Toulouse. 1991.
6. **BOURDIN .** – *L'ergothérapie : un des « cadres de jeu » proposé aux patients psychotiques.* Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1988, 10, 2, p. 60-64.
7. **LANG ETIENNE A.** – *L'action et l'adhésion à l'existence.* Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1990, 12, 4, p. 196.
8. **LANG ETIENNE A.** – *L'activité : le travail, le jeu, l'art.* Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1989, 11, 1, p. 29-30.
9. **LECOMTE F.** – *Du concept théorique à l'outil thérapeutique - Journées Nationales d'Ergothérapie - Rennes, Le 21 janvier 1988, p. 41-43.*
10. **LEPINE (de) C.** – *Résumé d'un mémoire d'évaluation de l'importance de l'écriture chez les ergothérapeutes exerçant en psychiatrie.* Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1997, 19, p. 162-170.
11. **LEPINE (de) C.** – *A propos de l'expérience franco-canadienne d'évaluation en santé mentale.* Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1995, 17, p. 26-27.
12. **PIBAROT I.** – *L'activité, outil thérapeutique. Quelques repères pour une réflexion sur l'activité comme outil thérapeutique.* Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1982, 4, p. 28-29.