

NOUS «ERGONNONS»

PRODUCTION INTELLECTUELLE ET VALEUR HEURISTIQUE EN ERGOTHÉRAPIE

JOURNAL D'ERGOTHÉRAPIE, 2000, 22, 1, MASSON, PARIS

Auteurs : *Maria José Benetton, Ergothérapeute, Dr en Santé Mentale, USP-
**Jean-Pierre Goubert, Historien, Professeur, EHES

*R. Dr Veiga Filho, 375/11a, 01229-001, São Paulo - Brasil.

**47, rue d'Estienne d'Orves, 92140, Clamart - France.

RÉSUMÉ

Issus de deux disciplines distinctes, les auteurs comparent ici deux trajectoires particulières, à l'ergothérapie, l'une en France, l'autre au Brésil ; et ils proposent une certaine conception de l'ergothérapie et de ses fondements qui n'exclut pas sa pluralité. Leur commun objectif vise à donner à l'ergothérapie un espace de réflexivité à base historique et comparative, de manière à asseoir la plénitude de son propos.

MOTS-CLES : ERGOTHÉRAPIE, HISTOIRE, CONCEPTUALISATION,
COMPARATISME.

Etudier l'ergothérapie : c'est là un vaste programme de recherche comparée que se sont proposé deux chercheurs travaillant dans deux domaines distincts et connexes, l'Histoire et l'Ergothérapie . L'idée est de comparer non seulement deux pratiques l'une située en France, l'autre au Brésil que séparent, avec l'espace Atlantique, une évolution culturelle originale, mais aussi deux approches théoriques, l'une de type français, l'autre de type brésilien.

Au prime abord, cependant, ce qui frappe, ce sont des similitudes flagrantes :
? similarité de la date de création de l'Ergothérapie, avec les décennies 1960 et 1970;

? similarité du socle scientifique, inclus dans la médecine occidentale ;

? similarité de l'héritage psychanalytique, notamment à travers l'œuvre de C. Winnicott ou de Lacan.

Toutefois, ces similarités n'empêchent pas que de fortes différences existent. Tout d'abord, la création s'est produite dans des contextes différents. En second lieu, l'insertion de l'Ergothérapie, comme de la Terapia Ocupacional, dans la médecine occidentale, varie sensiblement selon qu'il s'agit de la France ou du Brésil. Ainsi, la France a développé un vaste secteur paramédical en dehors de l'Université, dans des Ecoles spécifiques, qui n'impliquent pas la conquête de titres universitaires, à la différence du Brésil ; lequel s'est inspiré du modèle médical et universitaire en vigueur aux Etats-Unis.

En troisième lieu, l'Université brésilienne, en médecine et en sciences humaines et sociales, a fortement subi l'influence française - depuis le «siècle des Lumières » jusque vers 1960, avant de se situer majoritairement dans la sphère d'influence nord-américaine (U.S.A.).

Enfin et surtout, l'héritage culturel commun sur lequel se fondent Ergothérapie et Terapia Ocupacional n'empêche pas qu'il puisse être interprété et poursuivi de différentes manières, ici et là. Ce dernier point est essentiel. C'est sur lui que porte notre comparaison. Admettre cette pluralité, ici au sein de la production intellectuelle en Ergothérapie, est la condition sine qua non de toute recherche comparée, qui entend affirmer sa valeur heuristique dans une perspective qui n'exclut pas le passé du présent ni le présent du passé ; autrement dit, qui fait du présent pris comme récit et projet partie intégrante de l'Histoire prise au sens originel .

ERGONNER OU NE PAS ERGONNER ?

Ergothérapie en France (et en français), Terapia Ocupacional au Brésil (et en portugais), constituent un ensemble spécifique de savoir, de pratiques et de traitements.

Le mode de désignation de la profession au Brésil et en France est identique parce que les deux vocables renvoient à un type de thérapie. D'autre part, il y a la différence qui réside dans le radical «ergo » et l'adjectif «ocupacional ». Cette différence nous a invités à entamer un débat avec I. Pibarot. De manière très intelligente et profonde cet auteur, dans l'article- «Ne dites pas à ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille »(1996)- soulève des questions que nous voyons comme une introduction à l'étude de l'épistémologie en Ergothérapie (ou alors en Terapia Ocupacional).

Entre la conception énoncée par I. Pibarot (1996) et la nôtre, des points de divergence apparaissent clairement, dont on peut se demander s'ils ne constituent pas en partie, la résultante d'une évolution divergente entre France et Brésil.

D'abord, nous avons l'insertion de l'Ergothérapie dans le système médical, celle-là même qu'I. Pibarot considère comme de plein droit. Son attitude paraît fondée sur cette réflexion de G. Canguilhem selon laquelle,

l'homme, qu'il soit sain ou malade, a une «conduite normative». Or, dans la conception que nous avons de l'Ergothérapie, il est hors de question de tenir compte de cette affirmation, si l'on veut que le «sujet-cible» puisse trouver des «espaces de santé» qui lui permettent de trouver, avec l'aide de l'ergothérapeute, ses conduites librement élaborées et traduites en actes de type auto/hétéro-normatif, dont on peut dire qu'elles sont constitutives de la santé, considérée à la fois comme concept vulgaire et philosophique (Goubert, 1997), bien qu'il existe une maladie ou «des folies», comme le pensait Lacan (1985).

Dans cette perspective, nous reconnaissons un héritage tel que celui de Winnicott, selon lequel «le minimum qu'on attend de l'Ergothérapie, c'est que l'individu puisse s'éloigner de soi-même » (1994). Mais nous poursuivons cette réflexion en la parachevant et en ajoutant : «pour que l'individu ait une image de soi-même et qu'il soit capable d'insertion sociale». (Benetton, 1994).

MARGINALITÉ ET ERGOTHÉRAPIE.

C'est par un cheminement («des sentiers», des «voies d'accès») prudent et avisé qu'il s'agit d'établir (ou de rétablir) une image de soi pour le «sujet~cible» et de l'aider à concevoir, avec sa participation libre et active, un texte bien à lui ; lui qui est en marge de soi-même comme de la société ; et cela par le truchement du «faire », grâce au travail spécifique de l'ergothérapeute, qui est de formaliser des «espaces de santé », où la soi disant folie quelconque du sujet-cible trouve une issue.

Cette marginalité, trois supports majeurs contribuent à la définir. Son premier support essentiel est un diagnostic de type médical : celui d'une folie quelconque. Le second support se compose des éléments qui fondent ce diagnostic marginalisateur, qui relève à bon droit lacunes et contradictions chez les patients :

- ? absence ou quasi-absence de discours à la première personne (leurs histoires sont racontées par autrui) ;
- ? visions de soi comme d'êtres sains, mais absence de construction du «quotidien» ;
- ? extrême difficulté à associer des idées, à créer et à fonder un récit ;
- ? incapacité à saisir le pourquoi des changements de lieux et d'espaces ;
- ? très facile établissement d'une relation (presque toujours de dépendance) et disposition immédiate à «faire ».

Enfin, pour l'ergothérapie le «faire» - caractéristique «normante et normative» de «l'homme ordinaire» - semble être dissocié de ces individus-mêmes, n'ayant ni sens, ni signifié ou même signifiant. (Benetton, 1991).

LE DIAGNOSTIC ERGOTHÉRAPEUTIQUE.

Lorsque nous disons que notre population cible est «marginale » et le but final de l'ergothérapie est l'insertion sociale, il y a convergence entre Pibarot et nous. Pour atteindre ce but, il faut connaître chacun des sujets qui demande l'ergothérapie. C'est à partir de ce point-là, que nous développons un diagnostic que nous appelons «situationnel ». Opposé au diagnostic médical le plus courant, celui d'une folie quelconque, le diagnostic situationnel est spécifique sur plusieurs points :

- la question de la demande se pose d'une façon originale, dans la mesure où elle n'est clairement exprimée, le plus souvent, que par la société ou par la famille, et beaucoup moins par le sujet lui-même ;
- la question de l'objectif, enfin, différencie l'ergothérapie du système médical le plus courant, le but final résidant ici dans l'insertion sociale de l'individu.
- la question de la méthode, déjà évoquée, se signale par son originalité, dans la mesure où la propension de l'individu à «faire» est mise à profit par l'ergothérapie à la recherche d'un (ou de plusieurs) espace(s) de santé à définir en les partageant avec le «sujet-cible» dans la dynamique de la relation triadique, patient / ergothérapeute / activités. (Fidler et Fidler, 1964).

RECHERCHE ET CONCEPTUALISATION.

Dans la conception de Pibarot, pour laquelle - il est vrai - le terme «ergon» qualifie aussi la thérapie, le langage sert à la communication dans la mesure où il figure comme une «qualité de la condition humaine». (Spits, 1965).

Or, c'est là que nous différons avec ce concept ; pour nous un langage est construit dans le concept élargi de la relation triadique et constitue le support essentiel et comme le «moteur», la force dynamique, la vigueur, la «santé» -même de la thérapie en cours. (Benetton ,1999).

Nous avons déjà défini un terme de cette relation – sujet-cible - et nous proposons que les deux autres – activités et ergothérapeute – l'engagent à s'investir dans la dynamique du faire dans une relation.

Sur le plan technique les activités sont : «le troisième terme d'une relation

qui existe quand il y a un ergothérapeute et un sujet qui a besoin d'ergothérapie » (Benetton, 1994). Cette définition implique et circonscrit de manière définitive dans la clinique de l'ergothérapie une position dynamique de trois éléments, et par conséquent, il s'agit d'une relation triadique.

Ces trois éléments – patient-ergothérapeute-activités – constituent le « setting » de l'ergothérapie. C'est dans ce setting que l'on ouvre le champ du transfert, conceptualisant le cadre dans lequel l'ergothérapeute se situe. Avec le concept de « maternage » de Winnicott (1994), nous avons revisité le concept annoncé par Slagle (Benetton, 1994), sur la conduite « maternelle » de l'ergothérapeute. Ce concept est précieux pour les ergothérapeutes, une fois qu'ils mettent en place l'idée de déposition du transfert dans tout ce qui est présent dans le setting et pas seulement chez le thérapeute. C'est dans ce champ du transfert et avec cette compréhension ou de son possible fonctionnement que se dessine la présence de l'ergothérapeute.

Ayant dans l'esprit la « thérapie active » de Simon (1930), et nous fondant sur « le thérapeute actif » de Perrier (1958), l'ergothérapeute doit être une présence active dans son setting. Nous croyons que l'ergothérapeute en tant que thérapeute actif construit son setting selon ses goûts, mettant en œuvre des activités. Les expériences de la réalité qui se produisent dans cet espace de la mise en œuvre des activités marquent le psychisme. C'est à ce moment-là que s'institue la dynamique entre le « monde extérieur » et le « monde intérieur ».

Si l'on travaille avec la dynamique de relation triadique, il faut que l'ergothérapeute crée un espace que Perrier appelait « d'historicité ». C'est dans cet espace que le sujet-cible inscrira une nouvelle histoire pour son insertion sociale.

Dès lors, pareille conception de l'ergothérapie envisage son étude non pas (pas seulement, en tout cas) en analysant séparément le patient, l'instrumentation (= les activités ou ergon) et l'ergothérapie, mais en prenant pour cible la nature même (les « qualités ») de la relation triadique. Pareille rigueur conceptuelle exige que l'ergothérapie elle-même soit considérée comme un objet d'étude et de recherche. Sans unité conceptuelle de l'objet et sans unité du cadre de référence, sans connaissance approfondie des us, coutumes et référents, les études de cas risquent de se multiplier de façon empirique et anarchique. Et, partant, les conclusions qu'on pourrait en tirer risqueraient de manquer leur cible. Commune aux sciences sociales et humaines et ici de la santé, cette discipline de pensée typique de la recherche apporte aussi beaucoup dans la clinique, car c'est dans les transferts qu'on trouve des faits thérapeutiques.

Ces faits se construisant, s'élaborent, se produisent, par conséquent, dans une relation de travail commune au «sujet-cible» et au thérapeute. Dès lors, ce qui importe au premier chef, c'est l'analyse de la force, de la vigueur, de la «santé» de cette relation, beaucoup plus que celle de la maladie du «sujet-cible» ou du choix d'une activité dite thérapeutique, parce qu'elle les englobe.

Le paradoxe est donc clair. Etre occupé, avoir une (ou des) occupation(s) (en français), occupation (en anglais), ocupação (en portugais), c'est faire quelque chose quand il n'y a rien d'important à faire, du moins dans le langage courant. Pareille connotation dévalorisante renvoie à un système hiérarchisé, inégalitaire des valeurs du «faire». La langue française médicale aura voulu le conforter, en se dotant, une fois de plus, d'une racine grecque, ergon. Or, signifiant à la fois créer et travailler, ergon renvoie, à notre sens, à une pensée non pas en termes de hiérarchie, mais d'identité.

Nous allons encore plus loin ; nous choisissons la relation triadique, dans sa conception théorico-technique pour fonder notre identité. Ce ne sont pas les activités, instrument désigné de l'ergothérapie qui lui donnent cette identité. Ce sont les termes de la relation et les démarches thérapeutiques dans leur ensemble qui constituent la personnalité de la profession.

C'est ainsi que nous écartons définitivement le terme «occupations » , qualifiées ou non comme thérapeutiques -, pour formuler les démarches dynamiques comme des espaces thérapeutiques en Ergothérapie.

Un Ergothérapeute pour Historiciser

Nous avons dit qu'il faut se promener en repartent un cheminement prudent et avisé. L'un des ces cheminements est la technique Sentiers Associatifs qui oriente et situe l'ergothérapeute.

Le travail en ergothérapie cherche à établir un jeu où la règle fondamentale consiste à faire des activités. Dans ce jeu, l'ergothérapeute et son milieu (qui implique de faire des activités) promeuvent des expériences réelles qui marquent le psychisme. Il faut créer des conditions pour que la manifestation du transfert soit possible, notamment celle qui est définie par la psychanalyse comme positive.

En tant qu'ergothérapeutes, on doit insister sur l'importance de la réalité extérieure et intérieure des patients, pour que "l'action" fasse partie du "discours". Pour que les activités aient la forme d'un "récit", il faut construire une "syntaxe", ce qui permet de construire des sentiers associatifs. Après avoir fait quelques activités, on propose aux patients qu'ils les réexaminent. Ce réexamen, est avant tout une «analyse participative des activités », où le patient n'est pas un être passif ou absent, lorsque l'analyse est mise en place

au moment de son rendez-vous avec l'ergothérapeute. Il y a là une vraie technique d'analyse d'activités en ergothérapie, une fois que le sujet de cette analyse est mis en place dans tout son intégrité, vertus et déficits inclus. (Benetton,1999)

On ne s'étonnera pas que pour «faire avec» son «faire», il y ait participation réciproque, sur la base d'une pensée, d'un langage et d'une relation de type triadique, de deux chercheurs en quête de la mesure juste, propre à «faire de l'Histoire» et à mettre en lumière le devenir d'une thérapie : l'une ergothérapeute, l'autre historien.