

*SENTIERS ASSOCIATIFS - POUR UN ÉLARGISSEMENT DES RESSOURCES
DANS LA CLINIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE

** BENETTON, J.

***SHIRAKAWA, I.

Journal d'Ergothérapie, 2000,22,3,131-137, Masson, Paris

* Travail élaboré à partir du mémoire en Psychologie Sociale – «Ergothérapie : une approche méthodologique en Santé Mentale », ainsi qu'à partir de la thèse de doctorat en Santé Mentale - "L'ergothérapie comme un Instrument dans les actions de Santé Mentale".

** Ergothérapeute, Docteur en Santé Mentale, Prof. Cours d'Ergothérapie à l'Université de São Paulo.

*** Psychiatre, Prof. Titulaire, Faculté de Médecine de l'Université Fédérale de São Paulo.

Adresse: Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional.

Rua Cipotânea, 51

São Paulo – SP 05808-900 - Brasil

E-mail : jobenetton@hydra.com.br

Mots-clef: ergothérapie, santé mentale, technique, procédés.

RÉSUMÉ:

“Les Sentiers Associatifs” : il s’agit d’une technique d’analyse d’activités conçue par une ergothérapeute. La perspective dans laquelle on observe la clinique de l’ergothérapie a rendu possible, lorsque l’on travaille de façon dynamique sur la triade patient - thérapeute - activité, de trouver une forme particulière pour analyser et pour traiter les patients en ergothérapie. Par conséquent, nous avons ici une technique spécifique de l’Ergothérapie. En principe, avec elle nous élaborons un dossier sur les patients, en rassemblant de différentes manières (notes, photos, enregistrements, etc.) les activités qu’ils réalisent. Dans ce processus de réalisation et de rassemblement des activités, l’ergothérapeute peut obtenir non seulement des informations pour le diagnostic et le pronostic de chaque cas, mais aussi des informations qui signalent la voie à suivre dans le traitement. Dans chaque étape du traitement, il est possible de demander aux patients d’établir des groupes ou des sous-groupes d’activités semblables ou distinctes. Par ce processus associatif, s’ouvrent des voies qui permettent de créer des espaces d’historicité de développement et de performance émotionnelle, affective et productive. L’existence d’un sens spatio-temporel, dans une expérience vécue en ergothérapie est à la base d’une insertion sociale.

- INTRODUCTION

Notre travail dans la clinique de l'ergothérapie, tout comme les investigations et recherches de cette clinique s'appuient sur des données historiques. Ces axes historiques sont l'utilisation de l'occupation dans l'Antiquité, l'Ergothérapie de 1917 à nos jours, ainsi que l'histoire de la folie et l'étude de chaque cas clinique, qui sont le fondement des techniques d'ergothérapie. Nous ajouterons quelques concepts de la psychanalyse et nous appellerons en français cette technique de "sentiers associatifs".

De l'Antiquité à nos jours, on a toujours considéré "faire quelque chose" comme une chose saine. En ce sens, les précurseurs de la Psychiatrie ont encouragé l'utilisation du travail, comme saine, dans les asiles du XVIIIème siècle. Le travail servait de protection contre la morbidité de la maladie mentale et favorisait la raison. Nombre de traités de médecine ont proposé des programmes de travail en Psychiatrie.

Se fondant sur les principes des attitudes «saines », Eleanor Clark Slagle a créé aux Etats Unis, entre 1915 et 1917, la technique «Entraînement des Habitudes », en même temps qu'elle a créé le premier cours d'Ergothérapie. Ce cours technique avait pour objectif d'entraîner des "jeunes filles de bonne famille" à aider les malades mentaux, puis les mutilés de guerre et à préparer le retour à la société. Ainsi, le concept de réadaptation est fondé sur le développement des capacités restantes des patients : nous nous appuyons donc sur la partie saine de l'individu et non sur son caractère pathologique.

Même si du point de vue des caractéristiques thérapeutiques le «faire » a été fortement développé par les expériences, c'est surtout Mme Slagler qui a contribué à donner sa spécificité à l'identité des ergothérapeutes «tendres et maternelles ». Des lors, nous avons plusieurs formules pédagogiques utilisant des activités et pour la première fois une conception technique de l'ergothérapeute.

Dans les années 50 des psychiatres comme Tosquelles et Sivadon en France et Wittkower au Canada ont commencé à introduire des conceptions psychanalytiques de Freud dans les hôpitaux psychiatriques. L'une des visées de ces auteurs était l'ergothérapie elle-même, conçue comme un milieu construit favorablement pour traiter aussi bien la réalité extérieure que la réalité intérieure des malades mentaux. Ce milieu a été conçu à la fois avec des outils artisanaux et des activités créatrices.

Les concepts psychodynamiques dans l'ergothérapie ont été développés à cette époque par Azima au Canada et par Fidler aux Etats-Unis. De ces auteurs, tant ergothérapeutes que psychiatres et psychothérapeutes, nous avons hérité des concepts dynamiques dans l'utilisation des activités, de la relation du transfert et de la relation de la triade - patient/thérapeute/activité.

D'autre part, le regard de l'ergothérapeute sur le malade mental ne doit pas être prisonnier de la nosologie psychiatrique. A ce sujet Lacan (1985) dit : "Qu'est-ce que le terme psychose renferme dans le domaine psychiatrique ? La psychose n'est pas de la démence. Les psychoses sont, si vous voulez - il n'y a aucune raison de refuser ce terme - ce qui correspond à ce que l'on a toujours appelé, et qui, légitimement, continue à s'appeler, les folies"

Avec les "folies", Lacan pose bien la question, ouvrant aux ergothérapeutes un espace, où l'on peut considérer la folie comme une partie de quelqu'un qui en a d'autres restées saines. Lorsque nous suggérons à un patient de faire une certaine activité, nous savons qu'il pourra l'apprendre et la réaliser à sa façon ou à sa «folie ». C'est-à-dire qu'en ergothérapie, depuis Slagle, il faut penser au «faire » malgré la maladie, non à cause de la maladie.

Dès lors, l'ergothérapie s'inscrit dans le vaste domaine des professions de la Santé dans la mesure où elle prend comme cible privilégiée la santé lorsque l'on touche aux domaines thérapeutiques, social, éducationnel et autres. Le caractère particulier de la profession est social et socialisant ; et c'est dans la santé qu'on trouve la base fondamentale de la sociabilité. Par conséquent, le travail d'un(e) ergothérapeute consiste fondamentalement à objectiver la santé ou les parties restées saines chez le patient, à objectiver la santé d'un

«fou » de façon à ce que, même lorsqu'il est fou (au sens de Lacan), soit maintenue l'interaction sociale. Il faut se garder de définir la folie. Regardons-la au contraire, dans les multiples références qu'elle propose. C'est la voie qui nous permettra d'établir des priorités, de poser des hypothèses, de tester des procédés et de fonder des théories.

Ces concepts permettent d'élaborer une vision du quotidien basée sur l'idée que la santé est un concept philosophique et vulgaire – c'est à dire une manière «d'être bien».

II- Histoire et cas clinique

Par discipline de chercheur, dans la pratique clinique, nous avons toujours pris note de tout ce qui se passait chez les patients ainsi qu'activités réalisées. Avec le temps j'ai commencé à prendre des photos des activités représentatives des périodes vécues par les patients dans l'ergothérapie. Un tel procédé nous a permis d'organiser des informations dans un dossier spécifique de l'ergothérapie, parce qu'il est à la fois le récit des cas et l'enregistrement des activités accomplies.

Nous avons également introduit dans ce dossier des informations apportées par la famille, le chef, les amis, le médecin ainsi que par d'autres membres de l'équipe thérapeutique. A partir de ces informations, après quelques séances d'ergothérapie, où j'ai pu examiner comment le patient prenait part aux activités (ou comment il ne faisait rien), nous avons pu organiser un "diagnostic situationnel ». Ce diagnostic décrit la situation du patient dans son quotidien par rapport à sa participation sociale, à l'égard des personnes de son entourage. Il s'appuie sur notre propre observation en ergothérapie.

Le but d'un tel diagnostic est de trouver des «espaces de santé » de «bien être », cadre à l'intérieur desquels l'ergothérapie se déroulera. Ce diagnostic ne sert pas à classer, mais à montrer comment chaque cas est un cas. Par conséquent, la validité de ce diagnostic est fortifié par le regard de l'ergothérapeute qui observe sa «population-cible » population d'exclus, ayant fait l'objet d'un diagnostic d'une folie quelconque ;

? absence ou quasi-absence de discours à la première personne (leurs histoires sont racontées par autrui) ;

? 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 ;

? malgré sa disposition à faire, il ne sait pas pourquoi le faire.

Enfin, pour l'ergothérapie le «faire» - caractéristique «normant et normatif» de «l'homme ordinaire» - semble être dissocié de ces individus-mêmes, n'ayant ni sens, ni signifié ou même signifiant.

III - SENTIERS ASSOCIATIFS - Un cheminement et la mise en point d'une technique en ergothérapie -

Cette technique a été créée entre 1979 et 1989. Pendant cette période de dix ans, nous nous sommes consacrée à de patients psychiatriques en état grave, soit dans des Hôpitaux de Jour, soit dans mon cabinet privé.

A cette époque, les présupposés (présentés dans la première partie de ce travail) provenant des données historiques de l'ergothérapie étaient déjà établies. D'autres sont venus s'y ajouter, fondant des paramètres de travail essentiels dans notre cette technique :

? la connaissance psychodynamique nous permet de travailler avec chaque individu tel qu'il est.

? n'importe quelle activité peut être utilisée en ergothérapie et elle doit être réalisée en fonction de chaque individu.

? derrière la technique, il y a une dynamique pour la réalisation des activités qui permet de réunir des étapes, commencer par la fin, changer, inventer et surtout créer.

? la relation établie en ergothérapie doit être celle d'une triade, construite à partir d'aspects dynamiques de la relation thérapeute-patient-activités.

? le "caractère maternel" de Slagle a été remplacé par la technique de «maternage » développée par la psychanalyse.

Voilà la raison pour laquelle nous nous sommes consacré à la recherche d'une plus grande utilisation de la relation de la triade patient/thérapeute/activité. Nous cherchons des manières d'associer le choix, le processus de réalisation et le produit des activités avec les situations qui étaient vécues avec l'ergothérapeute sur tout dans le milieu thérapeutique.

Nous sommes finalement arrivés aux Sentiers Associatifs. Cette technique, dans un premier temps, cherche à créer un «espace d'historicité »(Perrier, 1958), à l'intérieur de la relation triadique, où il y a des constructions des produits concrets et subjectifs. Dans un second temps, nous proposition au patient d'associer des «faits-activités » pour composer la narration historique. L'ergothérapeute, le patient et les activités sont en même temps auteurs et personnages d'un récit historique.

- Description de la technique -

La technique des "sentiers associatifs" demande la réalisation et le rassemblement des activités. Toutes les activités réalisées, achevées, inachevées, semi-détruites, doivent être rassemblées par l'ergothérapeute. Comme nous croyons que ces activités appartiennent à celui ou à celle qui les a réalisées, leur utilisation et leur finalité sont donc déterminées par les patients. Ainsi, l'ergothérapeute doit les enregistrer, plusieurs fois, avec des photos, des enregistrements, des cassettes vidéo et/ou des notes.

Les activités qui ne fournissent pas de produit final objectif (uniquement un comportement ou une action), étant par conséquent un produit final subjectif

(des exercices, des promenades, des discussions, des échanges d'idées, des changements affectifs - émotionnels, et des projets), elles doivent être traitées de la même manière que les autres. Il faut qu'elles soient enregistrées (par notes, des cassettes vidéo, des enregistrements) pour qu'elles soient également utilisées pour nous montrer comment ouvrir une voie thérapeutique.

Nous devons nous rappeler que pour enregistrer les faits dans un processus thérapeutique en ergothérapie, l'instrument de plus grande importance est sans doute la capacité d'observation de l'ergothérapeute. De la même façon que l'écoute est importante pour la psychanalyse et pour les psychothérapies, le regard l'est pour l'ergothérapie.

Après avoir rassemblé et enregistré une série d'activités, nous demandons aux patients de les revoir et de les classer avec les consignes de comparaison suivantes : réunis ce que tu aimes le plus ou que tu trouves plus difficile à faire et/ou ce qui, d'après toi, se ressemble ou est différent, etc.

A partir de ce moment, nous avons les premières associations qui en provoqueront d'autres. Cette analyse associative est en suite approfondie et nous permet de réunir des éléments de chaque activité et/ou des éléments qui surgissent dans plusieurs activités. Elles nous révèlent ainsi des éléments communs et des éléments « surprise » qui donneront une idée de la façon d'être des autres et des éléments d'acquisition et de développement.

Pour la composition de chaque « sentier », le patient apprend à se connaître et à se situer dans le sens spatio-temporel, créant ainsi un espace vécu où l'affectif et la performance constituent la base d'une insertion sociale.

- Objectifs de la technique -

? Le rassemblement des activités réalisées par les patients, ainsi que leur enregistrement fait par l'ergothérapeute, constituent le dossier d'ergothérapie.

? Les informations constituant ce matériel permettent la construction du diagnostic situationnel en ergothérapie, ainsi que l'examen des hypothèses sur le pronostic.

? Avec l'observation de l'évolution de la performance concernant les activités, en l'associant au développement affectif-émotionnel - physique et social de chaque cas, nous pouvons créer de nouveaux espaces d'intervention. Cela veut dire qu'avec ces informations et ces observations, nous pouvons orienter le processus et les démarches dans une ergothérapie.

? Il est possible de construire des sentiers à partir de l'association des informations, des observations et de la révision des activités réalisées, introduisant ainsi une façon très particulière de communiquer avec les patients.

? En établissant cette façon associative et analytique de communiquer avec les patients, nous créons un espace d'historicité. Dans cet espace, en plus de raconter, écrire, dessiner, chanter, etc., leur «histoire en ergothérapie », les patients insèrent l'histoire de leur vie, celle qui était perdue, qui avait été oubliée ou celle avec laquelle ils ne peuvent pas entrer en contact à cause de difficultés de toute sorte.

? Cette histoire doit être remplacée par une autre productive, affective, construite et développée dans l'ergothérapie. Une mise en histoire dynamique, maîtrisée, reconstructrice du lieu social remplace une histoire élémentaire, violente, parfois douloureuse déterminée par les symptômes en tout cas a-dynamique

- Comment procéder dans les sentiers associatifs -

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 provoquent des expériences réelles qui marquent le psychisme. Nous devons 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, nous insistons 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 nous permet de construire des sentiers associatifs.

Après avoir fait quelques activités, nous proposons 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, mais participe en fait à cette analyse en compagnie de l'ergothérapeute. Nous croyons que nous avons là une vraie technique d'analyse d'activités en ergothérapie, des lors que le sujet-cible de cette analyse est accepté dans tout son intégrité, avec ses vertus et ces déficiences.

De façon à préciser et à prouver le bien fondé de cette technique, nous proposons l'échantillon suivant. Elle est basée sur le résumé narratif emprunté à trois patients différents soignés dans notre cabinet privé.

- Etudes des Cas -

--- Depuis trois ans déjà, nous j'avais en ergothérapie un adolescent de 16 ans, très créatif dans ses activités, mais qui ne s'exprimait que monosyllabes et qui suggérait des idées plutôt qu'il ne les énonçait. Un jour, il m'a demandé de revoir ses dessins qui avaient été rangés dans son dossier. Il m'a dit : « je veux voir mes dessins que tu as gardés pour toi ». Je lui ai répondu que je les avais gardés pour lui, justement pour qu'il puisse les revoir et que pour moi, j'avais pris des photos des activités pour les mettre dans son dossier. Pour choisir les activités qu'il allait emporter chez lui, il les a affichées sur le mur, par terre, sur la table et sur le sofa du cabinet d'ergothérapie. Je lui ai suggéré de classer ses activités à partir de critères tels que la préférence (esthétique), la comparaison entre eux (semblable, dissemblable, transversalité), et identification des personnages désignés identiques et identifiables ou non (répétition), etc. Cependant, il a commencé alors à créer ses propres références pour établir ses classifications. Il a réuni, en premier lieu, trois images de femme. Il a dit

qu'elles étaient les trois femmes de sa vie. Il m'a dit également que ces trois femmes-là ressemblaient beaucoup à leur image réelle. Il était surpris d'avoir pu dessiner ce qu'il voyait chez chacune de ces femmes et d'avoir pu raconter à la troisième (moi) l'histoire des deux autres. La première étant la mère, la deuxième la tante et la troisième l'ergothérapeute. Il avait créé une référence associative relationnelle, qui lui a permis d'inaugurer une forme de communication. C'est à partir de ce moment qu'il a commencé à faire différentes combinaisons de ses activités (non pas uniquement de ses dessins), parlant de sa famille, de ses études, de ses petites amies mais surtout de ses affaires amoureuses, de ses émotions, de son immense peur des gens (particulièrement de son père) et de son blocage dans l'exécution de n'importe quelle activité à l'école ou chez lui.



Fig. I - La mère.



Fig. II - La tante.



Fig.III - L'ergothérapeute.

--- Gio, un jeune homme de 19 ans, est venu me chercher dans mon cabinet par l'intermédiaire de son psychiatre tout de suite après une hospitalisation psychiatrique de vingt jours. Pendant cette période-là, il venait de subir des électrochocs. En dépit de la gravité de son état émotionnel, ses parents pensaient qu'il ne présentait de problèmes qu'à l'université ou concernant l'université. Il avait été admis dans deux universités - Beaux Arts et Publicité - mais il n'avait pu les fréquenter que pendant trois mois. Lorsque nous réexaminions ses dessins, plusieurs fois, Gio trouvait des liens entre eux. Au début de l'année 1982, Gio a fait un dessin qui m'a ouvert une façon nouvelle d'utiliser ses activités. (Fig. IV - Le gitan). Il raconte que le gitan est quelqu'un qu'il connaît, que le dessin a une histoire qui l'avait inspiré. Je lui demande s'il veut raconter l'histoire et il dit que non. Il va chercher un dessin qu'il avait fait depuis longtemps. (Fig. V - Celui qui épie). Nous avons réexaminé les dessins, tel que "celui qui épie" et "celui qui regarde", tous les deux faisant partie d'une évolution. Gio avait eu des symptômes paranoïaques très forts, mais pour moi, la comparaison entre ses dessins montrait une évolution, une diminution du symptôme paranoïaque. Mais je n'ai rien dit sur cela, parce que pour lui il y n'avait eu aucune relation entre ces «personnages» et lui-même. A la fin de son traitement, il a pu voir et parler de ses symptômes à travers d'autres associations.



Fig. IV- Celui qui regarde.



Fig. V- Celui qui épie.

--- Par l'intermédiaire des associations des activités, des éléments et des personnages qu'elles contiennent et à travers celles qui peuvent être découverts ou comprises dans la relation thérapeutique, nous trouvons dans cette analyse évolutive la part de la réalité qui est celle de la performance et de la production, comme celles d'une patiente du troisième âge que je présente maintenant. (Fig. VI, Fig. VII, Fig. VIII). Elle est restée deux ans au lit à cause d'une dépression très grave. Ses médecins, les psychothérapeutes et sa famille voulaient qu'elle sorte du lit. Moi, au contraire, je ne voulais pas. Au début du traitement, j'ai suggéré qu'elle reste au lit comme une activité préparatoire avant d'apprendre d'autres activités avec moi. Je considérais « rester au lit » comme une activité de repos. J'ai conçu cette démarche pour atténuer la force de son super-ego. Cette femme d'affaires à la retraite, très riche, avec beaucoup de domestiques n'avait jamais fait d'activités manuelles. Après quelques ans d'ergothérapie, elle est arrivée à une étonnante production d'activités, tandis que les relations avec sa famille s'amélioraient.

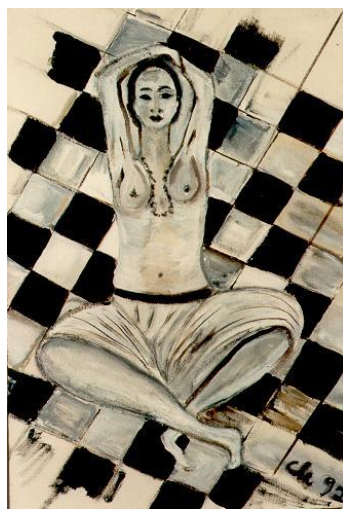


Fig. VI



Fig. VII



Fig. VIII

POUR CONCLURE

Les trois cas présentés ne constituent que la phase initiale de l'élaboration de longues histoires de notre méthode en ergothérapie. Elle démontre aujourd'hui démontre son succès. Ainsi, les sentiers associatifs intensifient et approfondissent la relation entre patient et thérapeute, en même temps qu'ils élargissent la capacité productive des patients. Ayant la possibilité de se développer dans la relation et la production, les patients psychiatriques réussissent à avoir une plus grande participation sociale dans la communauté.

Des ergothérapeutes suivent des cours de spécialisation pour apprendre à se servir de cette méthodologie dans le Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, (CETO), São Paulo.

La méthodologie mise au point en ergothérapie et, plus généralement dans le vaste domaine de la santé mentale, la technique des sentiers associatifs me

permettent d'entamer une seconde étape. Elle consiste à tester cette même technique avec des patients dans le domaine physique et social.

L'étude et la recherche de la clinique, et la composition théorique permettre de d'une fructueuse ergothérapie dynamique et dialectique. Cette méthode nous permettra d'associer la profession l'Ergothérapie et les professionnels les ergothérapeutes et leurs techniques d'ergothérapie.

Bibliographie

I - Benetton, J.- "Trilhas Associativas : Ampliando Recursos na Clínica da Terapia Ocupacional », Centro de Estudos de Terapia Ocupacional & Diagrama Editora – 2o edição, 1999 - São Paulo.

II - Benetton,- "A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental". Thèse de Doctorat en Santé Mentale - Universidade de Campinas - 1994, Campinas, São Paulo.

Rédacteur(trice) de la Revue québécoise d'Ergothérapie

