Marlyse PELLETIER, ergothérapeute, MGEN hôpital de jour adulte, marlysepelletier@gmail.com

Aurélié FOHR, ergothérapeute, EPS Ville-Evrard pôle 93G04, fohrelie@yahoo.fr

Enseigner l'« Ergothérapie en psychiatrie », entre objectivité et subjectivité.

Résumé :

Le groupe « étudiants-enseignants » a des particularités qui favorisent la pensée et l'apprentissage de concepts, malgré des résistances. Le cadre des cours, s'il est suffisamment bon, posé et intégré, permettra d'accepter des idées nouvelles. Afin de créer nos cours, nous les anticipons. Nous nous faisons une idée de ce que les étudiants sont en mesure d'entendre, de comprendre, afin de leur transmettre au mieux l'idée que nous soutenons de l'ergothérapie en psychiatrie, ainsi que les valeurs sur lesquelles nous nous appuyons. Dans nos pratiques, nous sommes constamment confrontées au doute, au questionnement. Alors que les étudiants ont besoin d'objectivité, d'éléments concrets et stables, de repères fixes, le contenu de nos cours peut au contraire leur paraître abstrait et subjectif. Face à cette situation paradoxale, nous tentons de leur enseigner un fil directeur, un idéal, que nous sommes amenées à relativiser, leur permettant, petit à petit, de construire leur identité professionnelle future.

Mots clés :

- Enseignement
- Ergothérapie
- Psychiatrie
- Objectivité/subjectivité
- Transmission

« Tout ce qu'on peut faire d'un bon conseil, c'est de le transmettre.

A celui qui le reçoit, il ne sert jamais à rien. »

Oscar Wilde

INTRODUCTION

Intervenir en tant que professionnel dans un cursus de formation initiale, en institut de formation en ergothérapie (IFE), est une expérience riche où la question de la transmission est fondamentale. Il y a un ensemble de concepts et points clés à aborder pour élaborer une démarche de soin, et il y a un ensemble de valeurs plus subtiles à distiller. Nous verrons quelques particularités propres au groupe « étudiants-enseignants », avant d'aborder le processus de création de nos cours. Enfin, nous tenterons d'expliquer en quoi notre position d'enseignant peut être prise entre objectivité et subjectivité, faite d'un besoin de certitudes autant que de doutes.

I. PARTICULARITÉS DU GROUPE ETUDIANTS-ENSEIGNANTS

Nous nous adressons à un groupe d'étudiants, classe entière ou en groupes plus restreints. Il est supposé que les membres de ce groupe de travail « élèves-prof » vont favoriser la pensée, l'apprentissage de concepts nouveaux. Ce groupe, comme tout groupe, est à considérer en tant qu'unité composée d'individus, animée par une volonté collective et des besoins individuels. Nous pouvons parfois observer des modes de réactions groupaux et individuels distincts. Bion a mis en évidence que dans tout groupe de travail se met à l'œuvre un mécanisme de défense collectif et inconscient, la « mentalité du groupe », qui fait résistance à toutes nouvelles connaissances qui risqueraient d'induire un changement chez les individus (Bion, 1965). Mais le groupe de travail a aussi cette particularité qu'il supporte la frustration et accepte les idées nouvelles et complexes si le cadre des cours est bien posé et pris en compte, notamment autour de l'énoncé du programme et de la notion de temps. Ce cadre d'enseignement est à rapprocher du cadre thérapeutique, selon E. B. Kelemen : « Les effets comme les aléas du cadre sur les étudiants m'ont d'abord frappée dans leurs similitudes avec ceux du cadre thérapeutique. [...] En effet, je fais l'hypothèse que la mise en évidence et l'aménagement du cadre pédagogique par les formateurs à l'école et les responsables de stage en clinique, peut être une manière de transmettre les connaissances relatives à ce concept afin qu'il devienne un futur outil thérapeutique. » (Kelemen, 1996, p.102)

Nous nous inscrivons par ailleurs dans le groupe « institution IFE », qui donne une dimension groupale supplémentaire. Nos interventions sont interdépendantes de celles de psychologie, autour de la relation de soin, des dysfonctionnements psychiques, des travaux dirigés autour des

différents médiateurs, etc. Ils sont aussi en lien d'une année de formation à l'autre. En première année de licence nous intervenons avec des cours d'introduction et des travaux dirigés sur l'observation et l'évaluation en psychiatrie. En deuxième année, nous approfondissons les concepts et principes, en les mettant plus en lien avec la clinique psychiatrique. Entre enseignants, nous œuvrons à nous mettre en lien et en cohérence entre nous, tout en respectant nos différences.

L'une de nous deux a commencé à intervenir en institut de formation en ergothérapie en 2009, peu avant la mise en place du nouveau programme de formation. Chaque cours d'ergothérapie en psychiatrie était alors construit autour d'une pathologie en particulier et en portait l'intitulé (« ergothérapie et schizophrénie », par exemple). Avec le nouveau programme, les intitulés des cours ont changé : une succession d'interventions d'« ergothérapie et pathologie » ont laissé la place à un ensemble d'interventions d'« ergothérapie en psychiatrie ». Les cours, partagés avec un collègue, ont été réorganisés tout en maintenant des axes autour de certaines pathologies dont les spécificités de modes de relation et de rapport au monde restent à prendre en compte. Avoir la liberté de réorganiser nous-même le contenu de nos cours, nous a amené à une approche plus globale et transversale de ce qu'est le soin en psychiatrie. N'étant plus tenus à une logique liée à la pathologie en elle-même, nous avons pu plus considérer par exemple nos lieux d'intervention comme nouvelle base pour parler de nos pratiques. Ce changement de forme a été positif, et plus juste quant à nos pratiques.

II. LA CREATION DES COURS

Chacune de nous deux a construit ses cours en se posant cette première question : « *De quelles bases avais-je besoin lorsque j'étais étudiante, et en tant que future professionnelle ?* »

La préparation des cours rejoint ce que S. Missonier décrit : « Une prévention « prévenante », métaphoriquement, comparable à une anticipation parentale suffisamment bonne, correspondra à une « illusion anticipatrice » tempérée » (Missonier, 2007, pp. 85-96), celle que la mère dédie à son enfant, afin que s'édifie quelque chose chez lui, à partir de ce qui est, en fait, déjà disponible. Nous tenons compte des autres cours dispensés aux étudiants, de l'avancée supposée de leurs connaissances, de la cohérence des interventions, des stages qu'ils ont eu ou non en psychiatrie. Nous nous faisons alors une idée de ce qu'ils sont en mesure d'entendre, de comprendre. Nous préparons un cours qui se situera entre confort et nouveauté.

Commençons par prendre un temps pour énoncer ici quelle idée de l'ergothérapie en psychiatrie nous soutenons, et que nous cherchons à transmettre :

En psychiatrie, l'ergothérapie s'appuie sur la triangulation patient-ergothérapeute-activité, l'activité étant entendue comme une médiation, un terrain commun de créativité entre patient et ergothérapeute. Cette médiation est ce qui nous permet la rencontre avec le patient, ce autour de quoi nous construisons une relation thérapeutique. C'est sur cette base de relation de confiance que nous pouvons accompagner le patient dans les différents processus thérapeutiques qu'il expérimentera au travers de l'activité. Nous sommes autant attentifs aux processus mobilisés par la relation thérapeutique qu'à ceux mis en jeu par la médiation, dans une visée de solliciter et développer l'autonomie de la personne soignée, l'aider à (re)trouver une place de sujet (Fohr, 2013). L'ergothérapie est un lieu où le patient peut expérimenter, de façon médiatisée le contact avec le réel, par le biais de la réalité des matériaux, des objets, des personnes présentes. « Au-delà, et c'est peut-être là toute la complexité, toute la richesse, toute la pertinence de notre spécificité professionnelle, nous sommes avec le patient : nous vivons avec lui des expériences, nous l'accompagnons, nous l'invitons, l'entraînons parfois vers de nouvelles aventures internes, intérieures, intimes, grâce à la matérialité des objets réalisés. » (Klein, 2007, p.35). Nous nous inscrivons sur le terrain du réel, mais qui nous renvoie sans cesse, en miroir, à la réalité psychique des protagonistes en jeu, nous y compris. « C'est cette part de nous, dans ce qu'elle représente d'une présence vivante, qui peut donner envie au patient de s'ouvrir, de chercher en lui ses propres ressources et de faire un véritable travail de (re)connexion, de soi à soi, et de soi à l'autre, d'élaboration, de symbolisation. » (Klein, 2007, p.36). C'est lorsque la situation d'activité est investie par patients et soignants qu'elle peut avoir une portée thérapeutique. Il s'agit parfois aussi de s'investir dans l'activité, de créer devant, voire avec les patients, puisque tel est notre moyen d'intervention. Exister psychiquement, c'est aussi exister créativement, émotionnellement, c'est être en lien. S'inscrire dans une réalité partagée avec le patient est une invitation à expérimenter, par le biais de notre propre réalité psychique, la sienne. « C'est seulement en acceptant que notre propre psychisme, nos pensées, nos affects, deviennent l'objet de l'investissement des patients que nous avons quelques chances de voir un jour ceux-ci retourner cet intérêt vers leur propre activité mentale. » (Sassolas, 2009, p.69). « A nous, ergothérapeutes, de susciter l'idée d'un lieu habité par les sensorialités de chacun, où chaque geste plastique peut devenir ouverture d'un possible. Il s'agit de se tenir sans cesse en éveil afin qu'un possible surgissement de l'altérité puisse advenir. » (Donaz, 2007, p.75). En expérimentant ainsi l'altérité, le patient renforce son identité, indissociable de son autonomie.

Nous nous appuyons aussi sur les valeurs qui nous ont été transmises pendant notre formation initiale : l'ouverture à l'autre et sa subjectivité, l'accueil sans jugement, neutre et bienveillant, le

goût de la recherche de sens, l'envie de comprendre, l'engagement de soi. Maintenant en tant que professionnelles, dans cette transmission intergénérationnelle, les valeurs qui nous semblent importantes à transmettre seraient l'écoute et le respect du rythme de l'autre, le respect de la subjectivité, offrir un espace-temps d'expériences qui participent à la construction interne du patient et à son ouverture au monde et à l'autre, soutenant sa position de sujet autonome. S'engager en tant que thérapeute dans ces relations thérapeutiques, se questionner. Tout en donnant des repères de la démarche en ergothérapie, nous essayons de transmettre que nous sommes là pour faire des propositions de soins, d'activités, de matières, de rencontres, et que le patient s'en saisit, ou pas, dans son propre cheminement.

III. LE PARADOXE DE NOTRE POSITIONNEMENT : ENTRE OBJECTIVITE ET SUBJECTIVITE

Tout ceci peut paraître abstrait pour les étudiants qui, en pleine découverte et intégration de la démarche ergothérapeutique, ont besoin d'éléments concrets et stables, repérables et transposables, de fiches techniques. Premier point délicat : en psychiatrie, nous travaillons bien plus avec « l'insaisissable » que le « maîtrisable ». La perplexité des étudiants est palpable lorsqu'à leurs questions nous répondons bien souvent « ça dépend ». Mais nous sommes sans doute tous passés par là. Face à l'inconnu, des repères fixes sont nécessaires pour se rassurer, pour contenir ce que la psychiatrie fait naître en nous, d'inquiétudes, de mystères, d'incompréhensions, de peurs... Dédramatiser ce milieu n'est pas une mince affaire, la psychiatrie pâtit toujours de représentations négatives, et il y a besoin de réassurance et de contenance pour s'y projeter en tant que soignant.

Ceci dit, la psychiatrie n'est pas le seul domaine à subir de représentations péjoratives. Selon les sensibilités personnelles, chaque milieu de soin peut faire surgir des affects éprouvants. Les situations humaines, singulières et complexes, auxquelles nous sommes confrontés dans de tels milieux invitent à des démarches d'ouverture et d'adaptation.

Il est difficile, à la fin des interventions, d'entendre comme dernière question « quelle est l'activité qui marche le mieux pour un patient schizophrène? ». Être un ergothérapeute qui sait ce qui est bon pour le patient, telle est l'ambition pourtant bien légitime des étudiants. « Ceux-ci demandent constamment des explications quant aux raisons de procéder de telle ou telle manière. » (Kelemen, 1996, p.102). Ressentir la croyance selon laquelle le professeur va leur apporter des réponses aux difficultés de la réalité, des recettes, des clefs, est tout autant légitime.

L'enseignement sur la pratique en psychiatrie nous met alors face à un paradoxe : le besoin des

étudiants de certitudes et éléments clairs, alors que dans notre pratique nous formulons essentiellement des hypothèses, nous sommes confrontés aux questionnements, aux doutes. Pour tenter de répondre aux besoins des étudiants, nous avons structuré nos cours en suivant notre démarche thérapeutique. En faisant cela, nous nous donnons des bases et repères, un fil directeur, mais que nous sommes amenées à relativiser ensuite. La réalité de nos rencontres et thérapies avec les patients ne rentrent pas dans les cases dont on a besoin initialement pour se représenter ce qui se passe. Comment rendre compte de quelque chose d'objectif de cette subjectivité ? Et transmettre quelque chose de subjectif dans le besoin d'objectivité des étudiants...

Il y a un décalage inévitable entre ce que l'on fait et ce qu'on en dit. Préparer un cours demande de prendre du recul sur sa pratique, la conceptualiser, la théoriser, l'enrichir d'autres expériences de « bonnes pratiques » et de références théoriques, pour pouvoir la restituer. Mais sans en faire une vérité ! Prendre du recul édulcore parfois des situations qui ont pu être âpres sur le moment. En évoquer certaines, marquantes et parlantes, donne des images aux étudiants, pour qu'ils puissent se représenter le travail avec les patients. C'est là une position complexe de thérapeute enseignant : nous sommes dans une transmission idéale et exigeante de notre pratique, dans de bonnes conditions, de bons contextes institutionnels (le temps n'est pas encore venu de les confronter à la réalité des institutions !). Exposer sa pratique pour la donner en support de construction de leur propre pratique, même sans vouloir « se donner en exemple », nous engage malgré tout narcissiquement. Mais montrer cet idéal de notre profession est fondateur et fondamental. Il semble en effet que l'étudiant a alors à nouveau besoin de notre illusion anticipatrice (Diatkine, 1985, 1995), c'est-à-dire d'une projection de notre « idéal du Moi professionnel » sur lui et son devenir d'ergothérapeute. C'est cet idéal qui l'aidera à tenir face à la réalité du terrain (via les stages et ensuite les expériences professionnelles), construisant ainsi progressivement son identité professionnelle (Chaussée, 2013), dans des cycles d'illusions-désillusions.

« Quoi qu'il en soit, idéal ou attente magique, une chose est certaine, les stagiaires ne sont pas sûrs de leurs connaissances et de leurs compétences, et cela parfois même de celles qu'ils ont ! A cette insécurité liée au savoir, s'ajoute celle liées aux validations et évaluations inhérentes à tout cursus de formation qui se respecte. » (Kelemen, 1996, p.106-107). La correction des examens est un moment de bilan pour les étudiants comme pour nous. Elle peut, par moments, se révéler être une tâche pénible, qui nous confronte à des écarts parfois importants entre ce que l'on a voulu transmettre, ce que l'on parvient à en dire, ce qui est entendu, pris en note et compris, ce qui est appris et ce qui est enfin restitué lors de l'examen, nous confrontant parfois nous-mêmes à des

désillusions sur notre capacité à transmettre. Heureusement, d'autres échanges, d'autres copies d'examen, nous offrent aussi leur lot de bonnes surprises et nous confortent ainsi dans nos nécessaires illusions.

CONCLUSION

Nous n'avons pas de grandes vérités à apporter aux étudiants. Le leur dire en introduction des cours les rassure, autant que les rend sceptiques. Nous cherchons à donner des repères et pistes de réflexions pour que chemine pour chacun la possibilité de ces rencontres thérapeutiques, et que mûrissent des idées de l'ergothérapie en psychiatrie. Idées qu'ils pourront s'approprier au fil de leurs expériences de stages et des cours, dans un mouvement où théorie et pratique s'enrichissent mutuellement. Lorsque la transmission se fait par de multiples biais, elle en est plus consistante. Entrevoir progressivement, à partir d'une idée de départ clairement énoncée, toutes les nuances que l'on peut y introduire demande du temps. C'est en partie le travail qui est à l'œuvre avec le mémoire de fin d'études. A partir d'une hypothèse posée initialement comme une vérité à démontrer (combien il est difficile pour les étudiants d'accepter que l'enjeu du mémoire n'est pas de valider l'hypothèse à tout prix, mais bien d'être dans une démarche rigoureuse mais ouverte aux inattendus !), les étudiants sont amenés par leur travail de recherche à contextualiser, relativiser, ouvrir des idées pré-établies à des raisonnements dialectiques.

Tout cela nous permet de croire que chaque étudiant pourra cheminer à son rythme, au long des trois années de formation, vers les multiples nuances de l'ergothérapie, dont une fiche technique ne saurait rendre compte.

Bibliographie

Bion W.R. (1965). *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF

Diatkine, R. (1985). Introduction à la théorie psychanalytique de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF

Diatkine, R. (1995). La place de l'étude du langage dans l'examen psychiatrique de l'enfant, in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF

Donaz M. (2007). Entre créativité et soin psychique : être ou ne pas être ergothérapeute en

- psychiatrie ?, in Hernandez H., *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*, Solal, 1ère éd.
- Chaussée M. (2013). Les premiers pas professionnels : se confronter à la réalité du terrain, in Klein F., *Être ergothérapeute en psychiatrie*, Toulouse, Erès
- Fognini M. (2011). Les forces émotionnelles des groupes selon Bion, *Le Coq-héron*, 2/2011 (n° 205), p. 128-140
- Fohr A. (2013). « Être dedans » ? *Réflexions autour du positionnement de l'ergothérapeute auprès de patients psychotiques, dans des groupes à médiation*, mémoire de DU, Université Paris Descartes
- Kelemen E.B. (1996). Cadre thérapeutique et cadre pédagogique : quelques liens, *Journal d'Ergothérapie*, 18, 3, 101-108, Masson, Paris
- Klein F. (2007). Ergothérapeute, pour quoi faire ?, in Hernandez H., *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*, Solal, 1ère éd.
- Missonnier S. (2007). La prévention, l'anticipation et la prédiction, *Spirale*, 1/2007 (n°41), p. 85-96
- Sassolas M. (2009). *La psychose à rebrousse-poil*, Toulouse, Erès