

Lettre oubliée...E ?gothérapie
L'être oublié ?...E « r »gothérapie !

Sans en avoir l'air ...

Présentée par
Edwige Wurtz

SOMMAIRE

Sommaire	2
Remerciements	4
Préambule.....	5
Introduction.....	6
I. Addiction et globalité.....	7
II. Eléments théoriques.....	9
II.1 Théorie du système dopaminergique	9
II.2 Théorie psycho-dynamique	10
III. Quelques pistes de travail pour l'ergothérapeute.....	13
III.1 Inspirées de Jean-Clavreul	13
III.2 Inspirées du discours des patients	15
III.3 L'approche humaniste.....	15
IV Organisation du service	17
V Le contre- transfert.....	20
VI Le patient.....	23
VII L'ergothérapeute	25
VIII Ergothérapie	26
VIII.1 Les locaux	26
VIII.2 Le contrat de soin.....	26
VIII.3 Généralité	27
VIII.4 Le temps du sevrage.....	28
VIII.5 Le temps de la cure	28
VIII.6 Groupe semi fermé.....	28
VIII.7 L'entredoux	29
VIII.8 Objectif de l'ergothérapie	29
VIII.9 L'accueil	30
VIII.10 Les séances d'ergothérapie	30
VIII.11 Le bilan en ergothérapie.....	32
VIII.12 La fiche de suivi en ergothérapie	32
IX Quelques leçons.....	34
Première leçon	34
Deuxième leçon	35
Troisième leçon.....	35
Quatrième leçon.....	36
Cinquième leçon	36
Sixième leçon.....	37
Septième leçon.....	37
Huitième leçon.....	37
Neuvième leçon	38

Dixième leçon	39
Avant dernière leçon en attendant les autres.....	40
Dernière leçon et il y en a eu d'autres après cet écrit	40
Conclusion	42
Références et Index.....	44
Références Bibliographiques	44
Table des Matières	47

Remerciements

Il me tient à cœur de remercier chaleureusement Michèle MONJAUZE pour ses encouragements à l'écriture et au partage de mon expérience ainsi que Muriel MUTIS pour sa lecture patiente et approfondie.

« Ce qui importe, ce n'est pas tant le savoir du thérapeute que le fait qu'il puisse cacher son savoir ou se retenir de proclamer ce qu'il sait »

D.W.Winnicott, Jeu et réalité, page 81

Préambule

Cet écrit sans en avoir l' « R » a déjà une belle histoire. Il est le témoin d'une période de vie personnelle et professionnelle qui m'a conduite à celle que je suis à ce jour. Au-delà du respect bienveillant que je voudrais devoir à cette époque, je me suis autorisée à un apport bibliographique un peu plus rigoureux, à supprimer quelques points d'exclamations, signes de mon besoin d'affirmation de ma posture et dynamique d'accompagnement en tant qu'ergothérapeute. Ils n'ont cependant plus lieu d'être à ce jour. Quelques points de suspension ont disparus et ceux qui sont restés demanderaient à être explicités. Suite à une demande itérative, la mise en page a changée. Vous pourrez mieux vous y retrouver dans les chapitres et leur pagination.

Introduction

C'est dans un but formateur que je me propose de suivre la démarche méthodologique d'un mémoire. Le choix du thème s'est imposé de lui-même, en lien avec mon vécu d'ergothérapeute et mon histoire personnelle. En premier lieu il y a l'incompréhension des étudiants en ergothérapie sur le rôle possible du thérapeute au « sein » (est-ce par hasard ?) de l'atelier. Ils se retrouvent face à ce qu'ils décrivent parfois comme « un vide » ou « un silence difficilement supportable ».

En second lieu, mon vécu avec les patients m'a conduit à des situations où j'ai été fort mise à mal avec mes émotions. Jusqu'à une culpabilité au regard, et du patient et du reste de l'équipe soignante, avec l'envie permanente de remettre en cause mes compétences professionnelles. Depuis quelque temps déjà, je subis moins ces affects envahissants dans la relation thérapeutique. Mon questionnement s'est alors installé sur mon investissement dans le travail avec l'équipe d'addictologie et les patients. Et pourrais-je dire que suite à un travail personnel, je gère mieux mes contre-transferts, si cela est le but ou au contraire serais-je dans l'illusion d'un contrôle pour finir par m'installer dans une routine si rassurante, au demeurant, et si peu professionnelle cependant. La qualité du soin dépend aussi de la qualité de la vie institutionnelle.

Pour Yves Michaud, « il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte..., en portant atteinte à un ou plusieurs autres à des degrés variable, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale,..., soit dans leurs possessions symboliques et culturelles » Comme objectif en réfléchissant à ma pratique, je cherche à montrer l'intérêt de laisser un maximum d'autonomie à la personne en demande d'aide et à conduire l'ergothérapeute vers la découverte d'une démarche d'accompagnement jalonnée par toute la richesse de l'expérience humaine. Je tenterais de faire le lien entre cette expérience de vie institutionnelle, ergothérapeutique et l'espace potentiel défini par D. W. Winnicott. En quoi ce que je dis (ou fais) ou ne dis pas (ou ne fais pas) peut aider l'autre ?

I. Addiction et globalité

Addiction en vieux français : devenir esclave pour payer ses dettes... Dans le service d'addictologie, pour signifier la maladie alcoolique les termes les plus fréquemment utilisés sont « comportement pathologique » ou « conduite à risque ». Cela fait un lien direct avec leur mode d'interaction avec leur environnement. C'est l'effet du produit plus que sa quantité qui nous intéresse. Une définition de l'addiction est " la poursuite d'une consommation à la recherche d'un effet, supposée par le sujet, maîtrisable, et ceci malgré la connaissance des risques (psychologiques, médicaux, sociaux,...)". Afin de tenir compte des différents aspects de cette pathologie, le malade est abordé dans sa globalité. Le concept de globalité s'est élaboré au fur et à mesure de l'évolution des sciences et de la philosophie .Et à ce jour, nous parlons d'addiction plus que de toxicomanie .Nous passons d'une approche centrée sur le produit à des approches centrées sur les conduites. L'homme dans sa globalité: dans son «globe », «alité »...Cela me fait penser aux photos de ma grand-mère sous globe à l'abri de la poussière et des agressions extérieures ! Comme si l'homme était enfermé dans son histoire, isolé dans sa bulle sans interaction directe avec l'extérieur, insensible à la chaleur, au courant d'air.... Toutes les réponses sont dans le globe mais comment les faire émerger ? (Sans faire exploser le globe...) Je vais bien sûr compléter cette métaphore : La démarche d'accompagnement se veut avant tout « humaine ». Il y a une première réponse médicamenteuse. Quel soulagement pour eux de voir leur tremblement se calmer, de pouvoir enfin dormir, de voir leur sensation d'angoisse diminuée, leur polynévrte régressée et même leur envie du produit battre en retraite... Les médicaments ayant joué leur rôle de réparateur et contenant, nous pouvons envisager d'autres approches afin d'aider ses patients en demande à se responsabiliser. Ce n'est plus la maladie mais le patient qui est au centre du débat. C'est la prise en compte de l'être humain : Je pourrais considérer qu'il y a tout ce qui se passe :

« En l'homme »

-Dans son aspect cérébral (je pense, je comprends, j'anticipe...)

-Dans son aspect affectif (j'aime, je suis en colère, je suis triste ...)

-Dans son aspect moteur (je peux me situer, me mouvoir, m'adapter...)

C'est aussi la prise en compte

-de sa pensée : avec l'instabilité, l'ouverture, la créativité, les contradictions, l'ambiguïté, le paradoxe...

« En dehors de l'homme ».

La prise en compte de la qualité de vie du patient.

Entre le « en l'homme » et « en dehors de l'homme »

Intégrant les processus d'adaptation de la personne (processus psychologique, social). De l'homme biologique, avec l'aspect médical, à l'homme psychologique, avec sa relation à l'autre et l'homme actif avec toutes les interactions qui en découlent entre autre sa composante socioculturelle. Ce qui caractérise l'humain c'est le langage avec ce qu'il comporte d'affectif et de raison. S'affirmer c'est s'inclure dans un projet et devenir responsable. D'où notre « acharnement » à recentrer la personne et à l'amener à formuler un « Je ». Donc l'homme est abordé dans sa globalité voire dans sa complexité... L'aspect biologique implique de tenir compte des complications liées à leur comportement à risque (VIH, hépatite C), à la pathologie médicale (cirrhose...) et au degré de dépendance. Quelques fois des signes de dépendance physiques peuvent interférer dans l'investissement de la cure, en fonction de leur niveau de conscience de leur maladie et du vécu de la prise de conscience. D'où l'importance d'un sevrage physique adapté aux besoins de chacun avant la cure. L'aspect psychologique mobilise les capacités d'introspection et de mises en liens significatives, symboliques, à visée d'élaboration psychique, des personnes en cure. Il permet d'évaluer la dépression, le risque suicidaire, la motivation à envisager un changement dans leur vie. L'aspect relationnel met en lien la capacité de la personne à venir vers les autres patients, l'équipe soignante et leur dépendance. L'aspect social de la maladie tient une part importante dans le projet de soin et de suivi. Il est en lien direct avec les situations à risques de ré alcoolisation voir de rechutes .Un temps leur est proposé afin de les accompagner dans un projet de changement (déménagement, prise en charge financière du soin, remise à jour de leur revenus...) d'envisager avec eux un relais que ce soit dans le projet d'une postcure ou d'un suivi ambulatoire.

II. Eléments théoriques

Différentes explications de l'addiction peuvent nous guider dans notre démarche thérapeutique. Pour suivre une logique de machine à remonter le temps dans l'acquisition de mes connaissances, j'aborderais d'abord une théorie comportementale en lien avec l'existence d'une boucle dopaminergique. Elle axera mon approche vers la notion de plaisir dans l'activité. Puis une théorie psychanalytique, faisant référence, acquise lors de mes études d'ergothérapie, à Freud et Winnicott, par l'intermédiaire de Michèle MONJAUZE et Jean CLAVREUL. Cette approche me permettra de définir un cadre thérapeutique "suffisamment bon" et cerner les limites de mon investissement par une prise de conscience de mes transferts et contre-transferts.

II.1 THEORIE DU SYSTEME DOPAMINERGIQUE

Il existe un circuit neurologique reconnu du plaisir, la boucle cingulaire. La consommation de la plupart des produits psychotropes stimule la sécrétion de dopamine et court-circuite les processus normaux (nourriture, sexe...liés à la survie de l'espèce). Cette expérience est mise en mémoire dans le système limbique, avec risques selon la susceptibilité individuelle d'une mise en place de la dépendance. Il n'est pas besoin naturellement d'utiliser des drogues pour accéder au plaisir. Mais le patient addict, dans l'incapacité d'éprouver du plaisir, utilise les produits pour activer ce « circuit de la récompense » défini par J.Olds. « J. Olds et P. Milner avaient montré que si l'on place une électrode dans certaines zones précises du cerveau d'un rat, l'animal apprend à appuyer sur une pédale qui, en fermant un circuit électrique, stimule la zone implantée. Le rat s'auto stimule ainsi sans interruption. A tel point que si on lui donne le choix entre cette pédale et une autre qui délivre de la nourriture, il choisit la stimulation électrique et s'impose un jeûne fatal. C'est l'hypothèse du renforcement positif émise dans les années 80 : la consommation de la drogue vise à répéter un événement positif. » Il s'avère que ce circuit dopaminergique peut être stimulée par un simple signal environnemental mémorisé et précurseur de la récompense. Le comportement va s'organiser en vue d'obtenir cette récompense : Le patient qui retourne chez lui, se retrouve dans son environnement ; s'il repasse devant son bar habituel, la libération de dopamine va entraîner le patient à entrer dans le bar pour chercher sa récompense, le verre d'alcool ! Ce qui explique aussi que cela soit plus facile pour eux d'être abstinentes dans le cadre de la cure, loin de leurs habitudes. « En situation normale, la fluctuation de l'activité des neurones libérant la dopamine dure de une à deux

secondes. Les satisfactions naturelles sont assujetties à cette cinétique et ne la modifient pas. En revanche, les produits psychotropes agissent directement sur les neurones libérant la dopamine, et cette action se compte en dizaines de minutes. Durant ce laps de temps, tous les éléments de l'environnement, ainsi que les sensations psychiques, sans discrimination, peuvent être associés à la récompense. » D'où notre discours sur l'envie qui ne dure qu'un temps limité et qu'ils peuvent contrôler par la pensée. La dépendance se maintient des mois voire des années, même en l'absence de drogue, parce qu'il y a mémorisation des associations. Il existerait un seuil propre à chacun, au-dessus duquel nous éprouverions de la satisfaction et au-dessous duquel ce serait le manque et le mal-être. Ce seuil évolue en lien avec notre histoire personnelle et nos expériences. Plus nous stimulons ce circuit plus le seuil devient élevé et de plus en plus difficile à maintenir à un niveau de satisfaction suffisant. Ce qui peut expliquer le phénomène de dépendance. D'où l'importance dans mon quotidien d'ergothérapeute de voir aborder par les patients cette notion de plaisir: faire une ceinture avec une couture qui implique de faire environ 350 trous et 2 heures de travail de couture, je dois souvent leur faire part de leur capacité à gérer cette frustration jusqu'au plaisir de l'objet fini !

II.2 THEORIE PSYCHO-DYNAMIQUE

II.2.1 D'après Michèle Monjauze

Mon intérêt pour l'accompagnement en formation fait date dans mon histoire de vie. C'est ma conception de l'évaluation qui va déterminer mon choix d'accompagnement auprès des étudiants en instituts et en stage et définir la responsabilité que j'engage à chaque fois. Et c'est certainement, en partie, la punition humiliante que j'ai subie à l'école J'aimerais faire un a parte sur M.Monjauze, psychologue clinicienne, que j'ai eu l'occasion de contacter à propos de ma pratique ergothérapique avec des patients alcooliques. Son approche a clarifié et conforté ma compréhension de Freud et Winnicott. Et j'ai tout de suite envie de faire un lien entre la théorie cingulaire où le produit court-circuite les processus physiologiques normaux et ce que M. MONJAUZE décrit lorsqu'elle parle d'une faille psychique précoce à laquelle le produit va répondre et se substituer aux mécanismes de défense normaux. Dans la structuration psychologique elle délimite un avant et un après le langage. Quoique ces deux structures fonctionnent simultanément, avec la part adaptative plus ou moins efficiente pour cadrer nos angoisses primitives (ne pas être submergé par un flot d'émotion en attendant de pouvoir les exprimer par un biais supportable pour le sujet). Or calmer ces angoisses demande un

comportement suffisamment rassurant pour le bébé ; ce qui a été défini par Winnicott comme le holding (porter), le Handling (soigner, manipuler), l'Object presenting (nommer l'environnement). Ceci afin de permettre à l'enfant d'entrer dans un processus d'individuation (sentiment d'exister hors présence de la mère). Cette période se caractérise par l'action dans le tout tout de suite. La relation d'objet suppose que la relation passe par un objet. Winnicott aborde une différence avec l'« utilisation » de l'objet dans l'objet transitionnel. L'objet transitionnel est utilisé par un enfant entre 4 et 12 mois lors de l'apparition des phénomènes transitionnels. La mère « suffisamment bonne » pourra petit à petit amener des frustrations. La mère intervient auprès du bébé de trois manières :

Le Holding : étayage psychologique

Le Handling : manipulation, soin

Object presenting : présentation de l'objet avant que l'enfant en ait besoin.

C'est au moment de la « désillusion » où l'enfant perçoit sa dépendance vis-à-vis de sa mère que les phénomènes transitionnels apparaissent. Ils sont une zone d'expérience intermédiaire (sucrer son pouce par exemple) avant l'expression à travers la culture et l'art. L'objet transitionnel est donc un objet privilégié, choisi par l'enfant. Il est la première possession non-moi. Il n'est perçu ni comme faisant partie de la mère, ni comme étant un objet intérieur. Il permet le cheminement de l'enfant du subjectif vers l'objectif — il sera plus tard désinvesti et l'espace transitionnel donnera accès au jeu et aux activités culturelles pour l'adulte. Au cours de la désillusion, l'objet transitionnel fait en quelque sorte interface entre l'enfant et sa mère, permettant un vécu non angoissant de la séparation. L'objet transitionnel est donc un moyen pour l'enfant d'accéder à l'objectivité, d'accepter de perdre en quelque sorte ses sentiments de toute puissance de manière pas trop brutale. L'espace transitionnel est le lieu de repos psychique entre la réalité (qui prend de plus en plus sens) et ses sensations d'omnipotence. Dans la deuxième phase apparaît le langage ; par le langage s'instaure les limites, l'apprentissage du « non ». L'enfant peut se projeter dans l'avenir en s'identifiant à ses parents et non en prenant leur place. Si le langage définit le temps, la motricité et l'expérience de l'absence vont définir l'espace. La motricité va aider l'enfant à expérimenter cet espace ; il va pouvoir concevoir ce qu'il ne voit pas, anticiper et s'adapter par la pensée et l'imagination. Je peux déjà reconnaître les patients que je reçois dans leur difficulté à dire non, à concevoir des objets en trois dimensions et à se projeter dans l'avenir! Lorsque la part adaptative s'adresse à la part préverbale, comme le faisaient les parents dans l'enfance...M.Monjauze précise l'importance d'être à l'écoute de ce langage, pour en prendre conscience et envisager de le modifier. En abordant les relations intérieures, Michelle Monjauze réveille en moi des

souvenirs de patients et d'attitudes thérapeutiques en rapport avec ce monologue que le patient laisse échapper parfois. Je me souviens d'un patient qui casse sa réalisation en terre lors du ponçage et qui lâche un -"mais qu'est-ce que t'es bête!"; Phrase à laquelle je réagis immédiatement en tentant de comprendre ce qui se cache derrière et en aidant le patient à formuler différemment son ressenti :- " je pourrais faire autrement!" puis - " Je me sentais énervé , j'aurais dû attendre un peu et en parler avant " Pour sortir de leur fonctionnement pathologique, M.Monjauze propose comme objectif de renforcer cette part adaptative afin qu'elle puisse accepter et contenir la partie malade. J'y vois l'intérêt de l'ergothérapie dans ce qu'elle stimule et valorise la créativité de ces patients, dans ce qu'elle permet au patient de prendre conscience de sa valeur et finalement de pacifier ce discours intérieur qu'elle décrit.

II.2.2 D'après Jean Clavreul

L'alcoolique est couramment situé au carrefour de problèmes physiologiques, sociaux, biologique avec un Moi faible. Quel contrat est-il possible de passer avec lui pour qu'un changement soit envisageable ? Jean Clavreul parle d'une situation de guerre entre stratégie familiale et ruse du malade pour consommer ! Pour la famille la situation est plutôt manichéenne, pour le patient : abstinent c'est le narcissisme omnipotent, alcoolisé la ruine et honte face aux autres. J'entends souvent la phrase "j'aimerais être comme tout le monde, normal". Difficile d'entendre un discours personnel dans une attitude de faire -valoir permanente. En cure le malade abandonne " ses raisons" pour se soumettre à " la raison" (celle des autres...) Après le démon c'est l'ange qui entre en scène mais où est l'homme ??? Cela me fait penser au patient qui n'avait investi l'ergothérapie que pour faire des cadeaux à sa femme. L'organisation du travail l'a obligé à revenir récupérer un objet deux semaines après sa cure. Quelle ne fut pas ma surprise de l'entendre dire : - " Maintenant que je ne bois plus je vois comment elle est et c'est peut être moi qui vais demander le divorce!" L'alcool annihile la dimension spatio-temporelle. Le destin de l'alcoolique ? Non un destin personnel mais la vie quelconque d'un alcoolique quelconque qui a fait beaucoup d'histoire faute d'avoir une histoire. Dans son article Jean Clavreul fait référence aux travaux de D. Lagache:

- Ivre il se confond avec l'image de son "Moi Idéal".

- Abstinent il devient le parfait époux...c'est l'"Idéal du Moi"

Absence de possibilité intermédiaire... (Même dans l'abstinence c'est le champion de l'abstinence!) Chez l'alcoolique la satisfaction de la pulsion se fait dans l'ivresse, elle ne peut de ce fait se dialectiser et s'intégrer. Entraînant le patient dans cette spirale de répétitions

problématiques. Cette répétition évoque le jeu de fort-da décrit par Freud: symbolisation de l'objet aimé, éternisation du désir, prise de pouvoir sur l'environnement. Chez l'alcoolique il y a répétition et jeu de cache-cache. Le patient présent dans la cure mais qui ne vient pas aux activités ou le patient présent à l'atelier mais qui ne s'active que pour nous faire plaisir.

III. Quelques pistes de travail pour l'ergothérapeute

Pour argumenter mon attitude thérapeutique, je propose dans ce qui suit d'expliquer ma vision de la théorie de Jean Clavreul - passage de l'idéal du moi au moi idéal- à travers ma représentation des topiques de Freud. Le projet est ensuite d'essayer de percevoir ce qui est en jeu chez la personne addictive en faisant référence à Jean Clavreul et au discours des patients.

III.1 INSPIREES DE JEAN-CLAVREUL

A travers mes différentes lectures, une image s'est imposée pour symboliser la première topique de Freud: je me suis imaginé la mer et le ciel. Le ciel représentant le conscient (le moi- la personnalité en contact avec le monde et la vie imaginaire), l'espace à la surface de la mer encore accessible aux rayons de lumière notre pré conscient(le surmoi) et la mer dans ses profondeurs, l'inconscient (les pulsions de vie, de mort, le refoulé...). Dans cette première définition spatiale, viendrait s'inscrire en complément la deuxième topique définie par Freud en termes d'énergie. Je la vois comme un soleil flottant à la surface des eaux, avec une partie émergée plus petite que celle immergée. Certes j'aurais pu choisir l'iceberg...Mais trop froid et passif à mon sens et donc peu révélateur de l'énergie déployée pour maintenir cette sphère dans un état suffisamment stable. Non, vraiment comme un soleil à la limite de l'explosion nucléaire... Au début de la vie, nous ne serions que "ça». Réserve d'énergie et de pulsions à assouvir, uniquement régit par le principe de plaisir. Depuis ce nirvana du fond de la mer, il tente bien sûr d'accéder à l'air libre pour en faire son domaine. A l'air libre le "ça " va se trouver confronté au principe de réalité: il lui faudra accepter le déplaisir pour accéder au plaisir ! Et c'est à partir de ce moment que va se structurer le Moi à partir duquel vont se différencier les différentes instances psychiques de la seconde topique de Freud. C'est dans la partie plus lumineuse de la mer, là où émerge le "surmoi" que va s'élaborer le "Moi Idéal". Le

nouveau né est dans l'illusion de la toute puissance. Or, il commence à être confronté à toutes sortes de déplaisirs, à la réalité de son environnement. Le " surmoi" va garder un œil sur les pulsions par refoulements si elles tentent de surgir dans la conscience. Si l'énergie dépensée est entre autre utilisée à canaliser ces pulsions (refoulement), le "ça" trouvera bien différents stratagèmes pour décharger ses énergies (rêves, lapsus, névrose symptôme, sublimation-art culture à valeur sociale). C'est aussi à partir du "surmoi" que "l'idéal du Moi" va s'élaborer. C'est le modèle auquel nous voulons nous conformer pour nous aimer .Le "moi" pour une grande part inconscient, va permettre l'expression de certaines pulsions. Pour le bien-être de la personne, cela se fera en compromis avec la réalité et contrôlé par un "surmoi" qui se construit jusqu'à l'intériorisation des interdits, ce qui est décrit comme la résolution du complexe d'Oedipe .Il considère comme correct le comportement satisfaisant à la fois aux exigences du "ça", de l'idéal du Moi" et de la réalité. L'Idéal du Moi est une émergence pour une grande part consciente du surmoi. Il pourrait se montrer tyrannique à l'égard du Moi qui fatigué laisserait faire ou amènerait le patient à boire pour calmer le jeu. Je vois le rapport entre eux comme les muscles agonistes et antagonistes en jeu pour permettre un geste efficace. Je comprends que lorsque le patient boit répondant aux exigences du ça, dans l'illusion de la toute puissance son soleil se noie ! Quand il devient abstinent il répond aux exigences de son Moi idéal qui prends alors une place dominante. Coupant le Moi de la réalité, le soleil se noie aussi. Ce n'est qu'en renforçant la partie émergée de son Moi que le soleil pourra flotter relativement tranquillement à la surface d'une mer en mouvement. Les rôles primordiaux du "moi" pour la sauvegarde de l'individu, l'évaluation des dangers et l'élaboration des solutions pour les éviter, supposent un rapport de force privilégiant "le principe de réalité" sur "le principe de plaisir". La pulsion, processus dynamique, a sa source dans une excitation corporelle localisée, par exemple la bouche chez le nourrisson. Elle conduit à un type de comportement de façon à décharger la tension, en l'occurrence la succion. Cette décharge est le but de la pulsion, dans ce cas pour calmer la faim, obtenu à l'aide d'un objet, le sein, le pouce...La pulsion est une énergie qui doit se manifester même si elle est refoulée: la névrose=symptôme ou la sublimation=art culture à valeur sociale. L'alcool lève les inhibitions et annihile les sublimations. Je reconnais là l'incapacité des patient à prendre conscience de leur ressenti et par là-même à le verbaliser. Il s'agit donc en ergothérapie d'être dans la création d'un espace où le patient va pouvoir se permettre d'être et de faire.

III.2 INSPIREES DU DISCOURS DES PATIENTS

D'une manière courante les patients décrivent un discours intérieur entre un ange qui leur conseille de ne pas boire et un diable qui les pousse à re consommer: -"mais au bout du compte c'est moi qui décide!" Si je reprends les topiques de Freud, je pourrais proposer que l'ange serait l'Idéal du moi du patient, le diable son Moi Idéal et pour finir le Moi qui n'a pu finir de se structurer et par là même défaillant, prends la décision la plus satisfaisante du moment pour la personne contrôlé par un Surmoi un peu rigide. Mon rôle d'ergothérapeute pourrait être de proposer un étayage en posant et garantissant le cadre. En le faisant respecter je sors les patients de l'illusion de toute puissance. De même que de proposer des expériences de compromis, accepter un objet imparfait par exemple nous permettrait peut-être d'apercevoir enfin l'homme ! D'une manière pragmatique travailler sur le "lâcher-prise"

III.3 L'APPROCHE HUMANISTE

Dans mon quotidien d'ergothérapeute la conception humaniste, que j'ai pu apprendre lors d'une formation professionnelle, favorise un accompagnement en toute autonomie. C'est en quelque sorte le sol sur lequel évolue ma conception de l'ergothérapie.

III.3.1 Le savoir et sa fonction médiatrice

L'objet autour duquel s'articule le savoir pour devenir facteur de médiation doit répondre à deux exigences : -Etre suffisamment rassurant pour les deux partenaires (il doit appartenir aux deux espaces de vie) -Etre porteur de significations enrichissantes pour les deux partenaires. Or la situation que je leur propose est de les mettre dans une situation hors de leurs compétences ! Je suis dans mon domaine tant en parlant de lieu que du sens ! Je connais mon espace, je connais les activités que je propose. Le patient qui arrive à l'atelier doit trouver ses repères rapidement et investir un lieu et une activité loin de ses ressources habituelles ! Dans cette situation c'est au patient d'effectuer le grand travail d'adaptation. A priori très facile pour moi, d'avoir le pouvoir ! Mon rôle est surtout de valoriser les capacités d'adaptation des patients. En respectant la personne dans son besoin d'exister et d'être reconnu. En respectant son espace de liberté où je suis suffisamment à distance pour éviter la fusion. Le savoir conçu comme support de médiation est un savoir conçu comme force de progrès. Ce savoir permet d'avoir accès à la conscience de soi, à la connaissance de l'autre et donne aussi la maîtrise du monde des objets.

III.3.2 Le savoir être et l'intégration des valeurs

Le langage corporel exprime déjà le désir d'offrir ou de rejeter ! Puis le langage vient structurer les rapports à autrui à la fois dans la communication et chercher à communiquer et avec toute la charge affective investie dans la relation ! Elle sert à structurer l'être si elle reste authentique, loin de toute intellectualisation. La vérité est profondément charnelle, ce que notre corps nous fait percevoir et notre esprit nous dicte. Dans une relation il est important de travailler à partir des solutions envisagées par le patient afin de l'aider à se responsabiliser dans son soin. Il ne suffit pas de nous connaître nous-mêmes, il nous faut aussi savoir accueillir l'autre avec humilité et bienveillance pour lui permettre de s'investir. Nos techniques de relation d'aide ne sont valables que dans la mesure où nous restons à l'écoute de l'autre en réagissant authentiquement tout en mettant à distance nos propres affects. C'est par notre bienveillance (pas de jugement), notre authenticité (clarifier notre rôle) et la conscience qu'il est de notre responsabilité de faire évoluer la situation. L'implication est l'expression du désir de communiquer. L'adulte n'existe que dans et par sa relation à l'autre. L'estime de soi émerge de la capacité d'adaptation à l'environnement et à gérer ses frustrations. Le sentiment de confiance en soi est induit par les réussites d'actions successives vécues par le sujet. Elle n'existe que dans son rapport avec des projets d'action. Elle comble la distance qui sépare les difficultés réelles du présent et la perception de l'effort à fournir pour les surmonter. La confiance en soi se nourrit de l'action. La fonction sécurisante de la confiance en soi est renforcée par l'approbation de l'entourage.

IV Organisation su service

Pour la forme, je me suis inspirée du guide de questionnement proposé dans le livre « Approches des modèles conceptuels en Ergothérapie ». Pour le fond, je vais m'inspirer du projet médical, des réponses de certains de mes collègues et de mes propres observations. Le service d'addictologie avec lequel je pratique depuis 1991, accueille une population dépendante d'une ou plusieurs substances psycho actives. La prise en charge ciblait à l'ouverture de la structure les malades alcooliques. Puis la population s'est diversifiée suivant la définition du nouveau concept d'addiction. Compte tenu du comportement « manipulateur » des toxicomanes et de la conception ouverte de la structure de l'unité, le service était vigilant au début de n'en recevoir qu'un faible pourcentage. Avec l'évolution du système de soins par pôles, il s'avère difficile de contrôler les entrées programmées et motivées. Intégré dans un pôle de psychiatrie, le service se voit contraint de s'adapter à de nouvelles formes de prise en charge : sevrage dans l'urgence ou pathologies psychiatriques pour lesquelles le service n'est pas forcément adapté : structure ouverte avec du personnel limité en nombre pour maintenir une « contenance » suffisamment bonne nécessaire à ce panel de pathologie. A ce jour les limites pour le maintien de la qualité des soins semblent atteintes. La période d'adolescence étant un passage particulier de la vie humaine qui demande une connaissance spécifique dans sa prise en charge, nous atteignons là nos limites de compétences. La tranche d'âge s'échelonne donc de la majorité (18 ans en France) jusqu'à tout âge. Tant que s'exprime un désir de changement et que peut s'amorcer une élaboration de stratégie d'adaptation. Et pourquoi pas à 90 ans !! L'avis du médecin est un préalable à l'hospitalisation, librement consentie par le patient (liberté toute relative si nous prenons en compte les injonctions de soins, les menaces de divorce...) Il sera orienté différemment en fonction de ses complications somatiques, de ses éventuelles décompensations psychiatriques ou de l'importance d'une détérioration physique et intellectuelle. La cure peut être proposée dans le cadre du réseau en addictologie lors d'un suivi ambulatoire (type Centre de Consultation en Addictologie, U.C.L.A., C.A.E.T.) d'une consultation avec un médecin traitant ou médecin du travail ou d'une hospitalisation dans un service d'urgence. Elle peut répondre aussi à une injonction de soins. Il est important que la personne soit en demande d'aide, prête à expérimenter l'abstinence totale pendant la cure (ce qui inclut les permissions), motivée pour s'investir activement dans les activités proposées. Ces activités sont à la fois informatives, éducatives et thérapeutiques. Elles supposent un minimum d'autonomie physique, de capacité de réflexion et d'investissement dans un travail psychologique. Les « ateliers » (appelés il y a peu « activités »

terme qui tenait peu compte de l'investissement en tant qu' « acteur » des patients), sont définis comme « thérapeutiques ». Ils permettent de repérer, entre autre, leurs attitudes défensives (intellectualisation, contrôle, dynamique de mise en échec). Il s'agit de comprendre comment ils envisagent l'abstinence, de recenser l'entourage aidant, d'évaluer les capacités d'introspection, l' appropriation et la capacité d'élaboration ainsi que la capacité à mettre en place des stratégies en cas de situation à risques et donc de se projeter dans l'avenir. L'implication du patient et de l'équipe se formalise dans la signature d'un contrat ; il est le même pour tous. C'est dans la gestion du respect ou des ruptures de ce contrat que l'accompagnement individualisé s'élabore. La structure est conçue pour accueillir des personnes présentant un handicap physique. Des moyens sont mis en place pour leur permettre d'accéder à un maximum d'activités thérapeutiques. Compte tenu de la distance, l'accessibilité au service d'ergothérapie s'envisage grâce à l'intervention du personnel du garage du Centre Hospitalier ou du personnel du service d'addictologie, selon les disponibilités logistiques (membre du personnel et véhicule). L'objectif de l'institution est de travailler sur le processus de désir de changement. L'amélioration de la qualité de vie passe par l'expérimentation d'une abstinence totale, bien vécue par le patient. La durée de l'hospitalisation varie de 4 (la cure seule) à 6 semaines (sevrage et cure) voire plus si éventuelle 5^{ème} semaine, proposée par l'équipe ou demandée par le patient : une réponse possible en cas de difficultés sociales en voie de résolution, ou pour éviter une rupture de soin entre la cure et la postcure ou permettre un travail plus individualisé avec un patient qui évolue dans sa prise de conscience de la maladie. La sortie anticipée se décide après avis médical et en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Elle peut faire suite à une rupture de contrat ou répondre à une demande du patient. Un suivi est proposé et vivement conseillé. Si sa mise en place est à leur initiative, ils peuvent, au besoin, être accompagnés par un membre de l'équipe infirmière pour les démarches. Il existe une possibilité d'évaluer l'évolution dans le cadre du travail intersectoriel et départemental. Lorsque le patient arrive dans la structure, qu'il nous soit « adressé » ou « envoyé » ce sont les infirmiers qui le rencontrent en premier. Ils procèdent à une première visite des locaux de la structure d'accueil et à un premier entretien. Le recueil de ces données est accessible à toute l'équipe de soins dans le dossier patient. La prise en charge se fait à partir d'évaluations avec les différents intervenants de l'équipe médicale (médecin alcoologue, psychologue, infirmier, diététicien, ergothérapeute). Elle se fait en individuel et en groupe semi- fermé, constitué par les patients arrivés ensemble en début de semaine. Ils seront 5 à 8 maximums à suivre un planning d'activité sur 4 semaines. Nous leur proposons pour les accompagner dans leur démarches de participer à différents ateliers, d'information (sur les effets et complications des produits), de Thérapie Cognitivo -Comportementale (prévention de

la rechute, groupe de parole), des médiations thérapeutiques (relaxation, esthétique, ergothérapie) Il y a les activités planifiées et ce que l'équipe peut proposer : séances d'ergothérapie supplémentaires, entretiens infirmiers programmés... De plus il existe des réunions de synthèse, une fois par semaine dès la première semaine. Nous pouvons partager avec l'équipe d'éventuelles informations données par le patient et nos propres observations sur l'attitude du patient. Chaque professionnel établit un projet de soins avec le patient. Celui-ci se valide ou non durant la réunion de synthèse en fonction des informations recueillies par les différents intervenants, des problématiques et des souhaits du patient. La réunion de synthèse est un moment important pour mettre des mots sur nos ressentis avec le patient, maintenir une distance suffisante pour continuer à être aidant. En synthèse de toutes nos informations et de nos observations (de par leur attitude dans le service, leurs discours auprès des soignants, leur présentation physique...), nous évaluons leur investissement pour la cure. C'est une mise en commun de nos points de vue. Le but étant de déterminer des objectifs de travail. La priorité du traitement est d'être disponible aux demandes des patients. Ce qui suppose qu'il y a le cadre institutionnel et tous les espaces intermédiaires à imaginer par et avec le patient. La famille n'intervient pas dans le projet de soin mais elle peut être écoutée par l'équipe infirmière, le médecin et psychologue qui suivent le membre de leur famille. Il arrive qu'un patient organise avec son entourage une visite des ateliers d'ergothérapie et partage son vécu. L'équipe médicale se définit comme « soignante » avec un rôle d'accompagnement et un devoir de vigilance. La relation de transfert et contre-transfert n'est jamais abordée en tant que telle (si ce n'est depuis peu dans un compte-rendu de réunion de service, par le cadre de Santé). Notre pratique sollicite nos connaissances théoriques de la pathologie addictive et des différents produits consommés. Elles nous permettent d'aider un patient, en proie aux différents phénomènes liés au sevrage physique et psychologique. Nos compétences relationnelles nous permettent de gérer des entretiens individuels et des activités de groupe. Une liberté est laissée à l'équipe dans l'utilisation de ses modèles conceptuels. Il s'avère au demeurant utile, compte tenu des différents fonctionnements et modes d'investissement liés à l'histoire personnelle et à la représentation de chacun, de proposer une approche thérapeutique adaptée. Les ateliers proposés par l'équipe pluridisciplinaire sont cependant pour la plupart à orientation principalement comportementale. La construction du cadre de soin s'élabore au cours des différentes réunions de service où notre fonctionnement est pensé (pensé) et remis en cause dans l'objectif d'une nouvelle adaptation.

V Le contre- transfert

Le patient semble parfois se sentir comme s'il était le symptôme - « je suis angoissé ». Ainsi il se réapproprie un cadre extérieur qui le contient. La présence du soignant instaure un espace extérieur contenant au ressenti du patient. La création d'un espace sécurisant permet au patient de déplacer l'objet de sa maladie, son symptôme, sur celui qui est reconnu par l'institution comme soignant. Dans ce mouvement transférentiel, le malade se sert de l'ergothérapeute comme objet transitionnel permettant au sujet de faire la transition entre ce qui est au dedans et au dehors. Dès que le patient peut projeter son symptôme sur les matériaux, celui-ci devient alors l'objet transitionnel et l'ergothérapeute devient le garant de l'espace ou l'objet (matériaux divers) peut être utilisé. C'est l'utilisation du transfert des patients et ce que cela provoque chez nous comme contre-transfert qui m'intéresse aussi dans ma pratique. C'est pouvoir réfléchir à un accompagnement thérapeutique dans la compréhension de nos ressentis exprimés lors de réunions de synthèse par exemple. Cette prise de conscience me semble importante car celle-ci influe sur notre motivation au travail, nos réactions vis-à-vis de la personne, empathiques, sympathiques ou antipathiques... Il y a un temps d'observation de soi. Quelles sont les hypothèses implicites relatives à ce patient et à ce qu'il fait retentir en moi ? Comment puis-je imaginer le soin et la relation qui va en découler ? Qu'est-ce que cette personne suscite en moi ? De façon habituelle, le transfert c'est quand le patient attribue inconsciemment au thérapeute une attitude qu'un membre de son entourage a eue avec lui et qui avait généré de la douleur et du manque. Cela engendre de sa part une réaction envers le thérapeute. C'est un outil majeur utilisé dans les thérapies analytiques. Le patient y rejoue ainsi la zone traumatique de sa vie et accompagné par le thérapeute, s'en libère. Si le thérapeute a lui-même trop de zone de blessure restée en suspens, il risque alors d'attribuer inconsciemment les attitudes de son entourage passé à son patient. Le thérapeute réagit alors par rapport à son histoire et cesse d'accompagner son patient sur l'histoire qui est la sienne. C'est ce qui peut justifier une supervision. Nous avons chacun, patient et thérapeute, nos représentations. Le patient arrive à l'atelier d'ergothérapie (si il y arrive !) avec ses a priori, de par ses expériences précédentes et de ce qu'il a pu entendre des autres patients voire des explications de l'équipe soignante. Par là même il commence à se construire des stratégies de fonctionnement conscientes ou inconscientes.

-« oui, je ne suis plus à l'école maternelle »

-« je suis manuel, je connais déjà tout ça ! »

-« oui, ben je fais déjà ça au boulot alors hein, non ! »

-« je ne pourrais jamais faire aussi beau que tout ça ! »

Il a aussi ses représentations de la maladie, dans le déni ou perçue comme un vice pour prendre les deux extrêmes. Je pourrais alors me retrouver devant un patient soit qui fanfaronne et dénigre ce qui se présente à lui soit complètement replié, rouge et honteux d'être là. Et pour finir que peut lui renvoyer cette femme d'une cinquantaine d'année qui l'accueille dans cet atelier d'ergothérapie ? Comme de mon côté j'ai mes propres représentations du malade alcoolique, est-ce que je vais savoir le reconnaître comme une personne autonome dans un désir de changement ou garderais-je en mémoire le « qui a bu, boira ! »...et ce malgré l'information que j'ai reçue ? Et ma représentation des activités que je propose, les ayant expérimentées et analysées lors de mes études, influence mon attitude. Comment vais-je accueillir les réactions du patient ? Et vais-je concevoir mon rôle comme un sauveur en voulant le guérir à tout prix avec ce que représenteraient alors les rechutes à répétition comme échec dans mon approche thérapeutique ? Ou peut-être devenir persécuteur ...avec le risque de toute façon de devenir la victime de mon propre comportement qui se solderait par un burn out professionnel ...Et le patient pourrait bien se retrouver soit devant une ergothérapeute toute puissante derrière une bienveillance de façade ou derrière la présentation d'un cadre rigide. Comment va se construire la relation où le patient va pouvoir expérimenter la neutralité bienveillante de l'ergothérapeute ? Comment préserver notre intimité, notre potentiel de création ? Le contre-transfert est toujours présent même si nous n'en avons pas conscience. Réfléchir sur ce phénomène en me référant au cadre thérapeutique me permet de contrôler certains passages à l'acte qui ne soulageraient que moi... Je me surprends quelques fois à faire preuve d'une patience exemplaire et d'autres fois d'un acharnement incompréhensible à l'encontre d'un patient... Dans une relation avec un patient, à partir de mes émotions et de mes réactions conscientes je peux essayer de comprendre dans quelle position le patient me met et ce qu'il réveille en moi. En analysant cette situation pour en prendre du recul et en me servant du cadre thérapeutique, je peux permettre au patient de changer son fonctionnement. Cette distance est autant physique (Quelle place je prends dans l'atelier, par rapport au patient ?) que psychique. (Règle de vouvoiement, de non dévoilement de ma vie personnelle, règle d'abstinence) .C'est là dans la distance que ce pose la question de nos contre- transferts. Il me semble alors important d'utiliser l'investissement personnel du thérapeute. Alors comment entendre, comment observer les signes, les laisser résonner en soi et faire sens ? Je regrette qu'il n'y ait pas de supervision d'équipe. Cependant, il existe des supervisions informelles avec les psychologues. Les réunions de services peuvent quelques fois en prendre la tournure. Dans le sens où ce qui est verbalisé par les différents membres de l'équipes sert de base de

travail entre le psychologue et le patient mais nous aide surtout à prendre du recul. Et je sollicite un intervenant extérieur lorsque cela devient trop difficile pour moi. Les techniques créatives et projectives et même celles que je n'envisage que dans leur approche structurante comme l'activité cuir, peuvent faire émerger du matériel inconscient. Les conflits, l'anxiété, la culpabilité, la dépression ou les problèmes relationnels dans la vie sont des symptômes de conflits inconscients non résolus refoulés pendant la petite enfance. Le matériel inconscient peut refaire surface sous forme de rêve ou symbole. Je pense que l'expression à travers des symbolisations permet déjà un travail de soulagement du mal être. La verbalisation peut venir plus tard. En utilisant le modèle analytique, l'ergothérapeute doit être conscient de ses propres défenses ou transfert et contre-transfert. Par exemple un patient qui aurait tendance à créer avec le thérapeute une relation de dépendance, par des sollicitations constantes laissant peu de place à sa propre réflexion, ce comportement pourrait générer chez le thérapeute une attitude maternante. Cette réponse ne doit pas satisfaire le besoin de mater de l'accompagnant mais être une première approche qui devra évoluer, par une réflexion sur les limites à poser et le lâcher-prise, vers la non-directivité, l'objectif étant l'autonomie de la personne accompagnée. Un des intérêts de l'ergothérapie est qu'elle permet au patient d'exprimer d'une manière non verbale ses désirs, conflits pulsions et défenses avec une porte ouverte sur une analyse possible en termes de choix, de signification, de symbole. L'essentiel reste la relation transférentielle. Ce qui implique que le cadre doit laisser un espace potentiel de créativité.

VI Le patient

A travers l'anamnèse, l'équipe infirmière s'intéresse à la sphère familiale (recherche d'alcoolisme familial, de personnes ressources) à travers l'expression de leurs relations affectives et de leurs éventuelles « carences ». Elle cherche aussi par le biais de l'histoire personnelle des patients ce qu'ils peuvent nous transmettre sur leur problématique. Que cela passe par leur parcours (les débuts des consommations, à quels moments de la journée, combien), par le contexte de leur consommation de produit (les deuils non faits, les événements traumatiques, autant de facteurs déclenchant de l'addiction) ou leur relation avec le produit (sont-ils des consommateurs à risques, sont-ils dépendants, est-ce un médicament, un désinhibiteur...etc.) ainsi que leur ressenti vis-à-vis de leur consommation (Déni, honte, culpabilité). Après avoir abordé leur relation familiale et professionnelle, c'est leurs aptitudes à s'intégrer socialement, et leurs motivations à investir la cure qui sont recherchées.

Dans la structure, nous nommons les personnes hospitalisées «patients ». Ils sont pour la plus part dévalorisés, honteux avec une forte culpabilité. Ils se caractérisent par leur immaturité affective, leur difficulté à verbaliser leur ressentis et à se projeter dans l'avenir. Lorsque le patient arrive à l'atelier d'ergothérapie, à quoi a-t-il recours? Pour apporter un début de réponse, en paraphrasant WINNICOTT : Ce n'est pas tant à l'ergothérapeute (objet) utilisé qu'à l'utilisation de l'ergothérapeute (objet). Le malade peut éprouver un sentiment de soi dans le désir de l'ergothérapeute. Dans notre histoire personnelle, c'est à travers l'expérience et le regard de l'autre que nous prenons conscience de notre existence et que s'élabore un sentiment de soi. L'histoire des patients qui viennent à l'ergothérapie est pour la plupart du temps dramatique voire tragique. Ils sont souvent très atteints dans leur dignité. Leur proposer un rendez-vous, s'enquérir de ce qui se passe, leur montrer notre désir de l'accompagner vers un mieux-être, me semble une étape intéressante pour susciter le désir d'aller mieux chez l'autre. Je pense à un patient qui revient en cure. A sa dernière séance d'ergothérapie, il avait fait le choix de laisser une peinture en exposition. Il s'est trouvé bouleversé de constater qu'elle était toujours là à sa place ! Le patient peut utiliser l'activité et la disponibilité du thérapeute afin d'atteindre ses objectifs. Ce qui fait signe à l'ergothérapie n'est pas tant l'objet réalisé que la relation établie entre le patient, son objet et l'environnement :

- Orientation temporo spatiale
- Organisation dans l'activité
- Emotions exprimées corporellement ou verbalement

-Créativité

-Motivation

-Autonomie

-Action mise en place pour son bien-être

-Adaptation au cadre et à l'environnement

-Ce qu'il pense de son objet, le sens qu'il lui donne

-L'évolution psychologique du patient : travail de deuil, revalorisation, processus de changement,

-La satisfaction et l'auto-évaluation du patient.

-Est-ce que le processus de changement est en adéquation avec les habitudes de vie du patient, sa manière personnelle de procéder et le projet de sortie du patient

VII L'ergothérapeute

Si tout soignant a ses manques inconscients, l'acte de soigner est une manière de vivre ses manques, de les sublimer. Il ne faut pas que j'oublie que c'est avec le désir du patient que je travaille. L'ergothérapeute est écoute active, il attend le désir du patient : attitude empathique introductive à une relation thérapeutique. De par mes observations et ses propres ressentis, le patient va pouvoir prendre conscience de son évolution. Cela va lui permettre de s'adapter et ceci en boucle spiralée ascendante. Ceci fait qu'un patient de retour en cure n'est jamais le même et mon accompagnement s'adaptera de même. En ergothérapie, il me semble important que le patient puisse retrouver le plaisir du « jeu ». Pour Winnicott, « être thérapeute » c'est pouvoir jouer avec le patient. « La psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent : celle du patient et celle du thérapeute. ». En ergothérapie, après avoir observé que le patient se soit suffisamment rassuré, j'utilise la non-directivité. Il se peut en fonction du degré d'angoisse verbalisée ou non que mon attitude soit plus maternante, rassurante, valorisante. Je me positionne en tant qu'observateur des différentes interactions et mode de communication entre les différents acteurs à l'atelier et j'accompagne les patients dans la recherche de leurs propres réponses aux questions qu'ils se posent. Garante du cadre et référent du groupe semi-fermé, je permets ainsi au processus de créativité de se mettre en place.

VIII Ergothérapie

VIII.1 LES LOCAUX

L'ergothérapie est dans un bâtiment central dans l'hôpital, à dix minutes de marche du pavillon d'addictologie. Les locaux sont installés dans un ancien monastère, grandes et hautes pièces, carrelage rouge brique avec quelques belles tables en chêne de cette époque. L'organisation de l'ergothérapie a évolué ces dernières années et le contexte actuel est un ergothérapeute pour trente-cinq patients dans un immense bâtiment, tout en longueur. L'atelier se trouve à une extrémité du bâtiment, avec des tables réservées aux activités « propre », cuir, collage, pyrogravure et des tables réservées à des activités plus « salissantes » sculpture sur stéatite ou béton cellulaire, terre. Les murs y sont « surchargés » à mon sens d'objet en cuir. Un long couloir longe à droite des ateliers où travaillaient à l'époque (au bon vieux temps ?) deux ergothérapeutes (dont moi) et à gauche des salles de réserve de matériel. Au mur et sur les rebords des baies vitrées, des objets ont été laissés et placés là par les patients précédents. Certains ergothérapeutes diraient « sanctuaire d'objet », je les vois plutôt comme contenant, comblant un vide angoissant pour ce genre de patients, comme des traces valorisantes, un peu comme les parents qui gardent les dessins de leurs enfants, des miroirs dans lesquels les patients peuvent se retrouver, laissés là comme de possibles modèles. Il y a les patients qui reviennent et qui recherchent leur objet laissé, rassurés qu'il y soit toujours, ou qui reviennent le chercher pour le prendre avec eux...D'autres ont le souvenir de leur objet en eux et en évoquer le sens éclaire leur chemin parcouru malgré un retour parfois douloureux dans cette cure. A ce jour, je leur dis que leur objet leur appartient et que je ne garde rien. Cependant, la question du devenir de l'objet se pose toujours...L'objet « oublié » à l'ergothérapie, la personne qui insiste pour ne pas le garder. Quelque fois cela me fend le cœur de maintenir le « non » ferme pour leur permettre de prendre une décision...

VIII.2 LE CONTRAT DE SOIN

Avec la signature du contrat de soin, les patients s'engagent à participer activement aux ateliers et à être abstinents durant cette période de cure, y compris lors des permissions. Faisant partie intégrante de l'équipe de soins, je m'engage à les accompagner dans cette démarche. Je demande que les patients viennent au moins une première fois à l'ergothérapie et qu'ils me préviennent par la suite s'ils ne souhaitent pas revenir. Ce choix est transmis en réunion de

synthèse. Le médecin prescripteur reprendra la situation avec le patient. Je leur demande de respecter les horaires. Un retard ou une absence sont des signes retransmis à l'équipe qui s'inquiétera du bien-être et des motivations du patient. En cas de doute sur leur consommation, je les invite à retourner dans la structure d'accueil afin de rencontrer un infirmier avec lequel ils pourront aborder leurs préoccupations du moment. Je précise bien qu'il s'agit uniquement d'un doute et qu'il suffit à mettre en place ce protocole de soin.

VIII.3 GENERALITE

A travers le contrat de soin proposé par l'unité d'hospitalisation en addictologie l'ergothérapeute s'engage dans l'accompagnement des patients en sevrage et cure. De même que ces derniers s'engagent à s'investir activement dans les ateliers. La fiabilité du cadre s'exprime à travers la ponctualité, la régularité. Elle pose les limites pour le patient et le thérapeute où chacun ressentira ce qui est permis ou non. L'ergothérapie est une prescription médicale, ce qui lui confère déjà son rôle thérapeutique. Les médiations qui y sont proposées sont choisies par l'ergothérapeute. Ce dernier, en ayant fait sa propre expérience, est à même d'en évaluer les objectifs et les différents modes de réappropriation possible. Ce choix de l'ergothérapeute n'occulte pas la possibilité aux patients de faire des suggestions d'activités. Le cadre thérapeutique de l'ergothérapie va ouvrir un espace potentiel d'affirmation de soi et d'expérimentation d'une sensation de plaisir autre qu'à travers l'utilisation d'un produit. Ainsi le patient pourra se permettre de se projeter dans l'ici et le maintenant. La planification tient compte des possibilités de l'ergothérapeute et de l'équipe pluridisciplinaire (il me semble que c'est en connaissance de cause que je choisis ce terme plus qu'interdisciplinaire voire transdisciplinaire qui me semble pour le moment de la pure science-fiction...), ainsi que des contraintes liées aux activités elles-mêmes (temps de séchage pour la terre...). L'assise de l'accompagnement s'élabore autour de la demande. Il va être une aide au narcissisme (exprimer ses désirs et être désiré) du patient. Qu'est-ce que j'imagine dans l'entre deux de la réunion de synthèse et de la première fois où je les accueille à l'atelier ? Pour établir une relation de confiance, il est important de garder une attitude d'écoute. Le temps de la visite des ateliers est un moment nécessaire en ce sens. C'est un temps où nous pouvons peut-être essayer d'évaluer à quoi nous allons jouer ensemble. C'est déjà une relation médiatisée. L'objet en ergothérapie nous aide à mettre une distance thérapeutique. C'est un objet concret qui nous distingue l'un de l'autre et le lien se fait à travers l'objet. Les patients ne semblent pas attendre de moi que je sois une technicienne du cuir ou de la poterie. Et notre formation d'ergothérapeute nous amène à une pratique spécifique à partir de notre savoir théorique.

VIII.4 LE TEMPS DU SEVRAGE

Les patients en sevrage sont accueillis une première fois sur rendez-vous. Ces derniers sont fixés en tenant compte des fonctions vitales, physiques et cognitives, de leur motivation et capacités à la verbalisation. Le groupe est constitué de 5 personnes maximum pour permettre une disponibilité suffisante à l'accueil de patients gênés par leurs tremblements, par des angoisses émergentes, des troubles temporo-spatiaux voire de compréhension. Leur deuxième séance répond à une demande formulée par le patient. Lors du sevrage l'ergothérapeute cherche à stimuler les fonctions cognitives. Il accompagne le patient dans la construction d'une motivation par l'utilisation d'une médiation adaptée à ces besoins. Il s'agit pour eux de commencer par se rassurer, puis se valoriser et enfin s'affirmer.

VIII.5 LE TEMPS DE LA CURE

Pendant la cure, les patients de l'Unité d'Hospitalisation en Addictologie ont accès à l'ergothérapie en moyenne deux fois par semaine. La séance du vendredi matin (durée 1 heure) est un premier contact, une sollicitation de l'imaginaire du patient pour lui permettre d'investir la séance de l'après midi (durée 2 heures). C'est un temps donné à la verbalisation de leur ressenti, à la valorisation de leur choix et à la compréhension de leur vécu. Je mets à la disposition des patients différents supports techniques afin qu'ils soient dans la situation d'effectuer un choix, dire « non », faire le deuil de ce qui n'est pas choisi... Le patient a la possibilité de ne pas rester à l'ergothérapie. Dans ce cas, s'il le souhaite je lui propose un (très) court entretien individuel et l'équipe soignante est informée de ce choix, dans la mesure où nous restons vigilants en ce qui concerne une éventuelle consommation et /ou un désinvestissement de la cure.

VIII.6 GROUPE SEMI FERME

Je travaille en groupe semi-fermé, préservant la confidentialité de ce qui est dit. C'est un espace clos, rassurant. Ceci n'empêche pas quelques intrusions de patients qui espèrent bénéficier d'une séance d'ergothérapie « à la demande ». Le cadre du groupe semi-fermé me permet d'inviter la personne à revenir ultérieurement dans un temps rapidement défini avec elle. Je tiens compte ainsi de sa demande et chaque individu du groupe peut se réapproprier l'expérience: c'est l'apprentissage qu'une limite peut être posée sans agressivité et sans justification. L'intérêt de ce type d'accompagnement a clairement été verbalisé par un patient

comme étant rassurant pour lui. N'osant pas mettre de limites, cette expérience l'aidera peut-être à en faire de même avec sa famille... Pour répondre à la demande de certains patients, je peux proposer des temps d'atelier autre que les temps planifiés. Dans mon organisation j'ai ménagé des créneaux qui me permettent d'accueillir les patients en demande d'aide que ce soit pour laisser passer une envie de consommer, gérer une angoisse, lutter contre l'ennui. Dans la mesure où je tente de clarifier la demande, ces temps ne seront pas utilisés comme déplacement d'une dépendance (produit) à une autre (activité).

VIII.7 L'ENTREDEUX

L'activité médiatrice va pouvoir avoir lieu dans le chevauchement de nos représentations respectives, en faisant référence à l'espace transitionnel de Winnicott. De même, la distance entre la structure d'accueil et l'ergothérapie joue déjà le rôle d'espace transitionnel tel qu'il le définit dans son livre « Jeu et réalité ». C'est déjà un engagement dans un processus d'autonomie. Avant d'arriver à l'ergothérapie, le patient a eu l'occasion d'entendre ce que les autres patients disent de leur vécu à l'atelier, de chercher dans un dictionnaire la définition de l'ergothérapie, d'imaginer le lieu, l'ergothérapeute...et vice versa. En ce qui me concerne, la réunion de synthèse de part ce que j'entends des ressentis de l'équipe, me fait déjà imaginer qu'elle pourra être mon attitude. Ce qui s'avère souvent inutile car les patients se présentent différemment à l'ergothérapie.

VIII.8 OBJECTIF DE L'ERGOTHERAPIE

Quoiqu'il se passe, l'objectif est que l'expérience de l'atelier prenne sens pour le patient. Cela va de l'occupation, avec tout ce que cela induit pour un toxicomane qui vivait la nuit, les ressentis annihilés par les produits : se déplacer jusqu'à l'ergothérapie, respecter les horaires, accepter les contraintes liées à l'activité choisie, quelle qu'elle soit jusqu'à une sensation de plaisir de l'objet fini. Certains patients se projettent dans leur réalisation : « Il est tordu, c'est un peu comme moi ! », d'autres peuvent aller jusqu'à un travail d'introspection. Je me souviens d'un patient qui avait fait une guitare en terre : il avait « oublié » !!! ... qu'il aimait jouer de la guitare autrefois. J'ai appris par la suite qu'il avait remonté un groupe de rock ...

VIII.9 L'ACCUEIL

A leur arrivée, je leur serre la main et je me présente. Par la suite, je les appelle tous par leur nom et je les vouvoie. L'ergothérapie commence par une visite des locaux. C'est l'occasion de présenter l'environnement ergothérapique et de poser le cadre thérapeutique. Cette visite s'adapte aux réactions des patients et n'est jamais la même ! Tant qu'ils n'ont pas visité l'ergothérapie, je ne laisse pas de silence s'installer. S'ils ne présentent aucune réaction, je leur demande d'abord comment ils se sentent. S'il n'y a aucune réponse, je m'appuie sur l'activité et m'informe de ce qu'ils connaissent de l'ergothérapie ou de ce qu'ils en imaginent. Par contre, si eux me posent la question –« c'est quoi l'ergothérapie ? », je ne donne aucune réponse et leur suggère de « vivre » l'expérience et qu'ils en constatent eux-mêmes les effets. Une question se pose pour eux : quel est l'enjeu, qu'ai-je à gagner ou à perdre à arrêter de boire? Suis-je prêt à abandonner mon symptôme ? Parfois, je vais être submergée par un flot de questions (7 personnes qui parlent en même temps...), je vais donc prendre le temps de répondre à chacun, les autres faisant déjà l'apprentissage de l'attente, de la frustration et de la possible réappropriation du discours de l'autre. D'autres vont investir ce temps comme un espace de parole, ils me donnent souvent des images sur leur ressenti : funambule sur un fil, être au fond d'un puits, espérer une main tendue...-- « tiens, d'ailleurs, je pourrais faire ma main en terre non ? »... Ce que je propose aux patients comme expérience, c'est qu'au prix de l'abandon de la consommation d'un produit et au prix d'un engagement personnel et d'un travail sur eux il y a le plaisir d'un investissement dans une activité inscrite dans le temps et l'environnement de l'atelier d'ergothérapie.

VIII.10 LES SEANCES D'ERGOTHERAPIE

L'activité à l'ergothérapie tout aussi « anodine » qu'il y paraisse peut favoriser l'émergence de matériel inconscient. Pour les patients inhibés ou dans le déni, l'ergothérapie me semble être une situation intermédiaire « suffisamment bonne ». Dans cet espace de créativité favorisant la rêverie, l'introspection, l'ergothérapie est un temps où les difficultés peuvent être verbalisées. Certains patients, inhibés voir alexithymiques ou défensifs peuvent être submergés par leurs émotions. La personne peut fuir brutalement - y a-t-il un autre moyen de fuir ?- de l'atelier : je préviens le service et favorise la verbalisation du groupe « endeuillé ». Le patient a la possibilité de sortir de l'atelier vers le fumoir (magnifique parc à ce jour pour répondre à l'obligation légale). Une telle prise de distance peut lui suffire à réinvestir l'ergothérapie. L'activité créative peut se montrer régressive. Par exemple une expérience de terre : création

d'un personnage en terre sous un tissu, quasiment à l'aveugle. Pendant mes études nous avons un bandeau sur les yeux, ce contexte me semble beaucoup trop angoissant pour ces personnes. Je rappelle que je ne travaille qu'en groupe. Une patiente qui revit une situation de viol dans sa jeunesse. Elle commence à en parler dans le groupe. Elle a pu verbaliser sa colère que le violeur soit quelqu'un de très bien vu dans sa ville et dans sa famille alors qu'elle-même a une très mauvaise image de par ses alcoolisations. Colère d'autant plus vive que l'acte nié par la famille n'a pas permis qu'il soit puni. Elle a fait le choix de « massacrer » le personnage en terre. Petit soulagement... Nous avons travaillé les semaines suivantes sur la confiance en soi et en l'autre. De cette expérience de terre à l'aveugle, je lui signifie que ce qu'elle est en train de dire est important et que si elle le souhaite je peux la rencontrer en individuel. Je ne nie pas ce qui se passe mais je pose une limite pour protéger la patiente. (Et le groupe ?) La limite je la mets dans les détails du viol. Une honte excessive peut surgir de telles verbalisations en groupe! Si l'angoisse est trop forte, il est possible pour elle de retourner dans le service. Un infirmier pourra venir la chercher si besoin. Je peux lui conseiller de prendre rendez-vous avec le psychologue du service voire même lui proposer éventuellement que j'en prenne l'initiative si la démarche lui semble trop difficile. Lorsque je vois un patient dont le corps manifeste un mal être, rougeur, sueur, tremblement, agitation, je cherche à comprendre comment il se sent. S'il y a déni, je lui fais part de l'impression qu'il me donne. Je peux lui proposer alors un temps en individuel qui ne dépassera pas 10 minutes dans un bureau spécifique. Par la relation d'aide, utilisant principalement la reformulation, j'essaie de comprendre ce qui se passe pour lui et l'aide à exprimer ses besoins du moment. Je lui donne un temps pour qu'il explore sa pensée, j'essaie de comprendre avec lui les liens qui peuvent être faits. Lors des séances d'ergothérapie je vais essayer de travailler sur la revalorisation, l'expression des conflits internes et la notion de plaisir à faire et à être. Dans ma pratique, je me réfère principalement au modèle humaniste. Il vise le libre arbitre de la personne. Utilisant le principe de non directivité, je fais confiance dans les capacités d'auto développement de la personne. J'agis comme facilitateur dans la relation d'aide. L'accompagnement est centré sur les besoins de la personne associé à l'empathie. Par la reformulation préconisée par C. Rogers je peux accompagner le patient là où il veut aller et lui montrer que je suis prête à écouter la suite. La relation thérapeute /patient n'est pas duelle mais plurielle : pour mieux comprendre un comportement, il faut avoir à l'esprit qu'un individu va réagir en fonction de son passé, en fonction du lieu où il se trouve et du moment, il y a aussi l'influence de son image sociale et le niveau de maturité affective et psychologique. L'autre en face idem ! Tout ce qui constitue nos cadres de références respectifs. Nous ressentons l'autre avant de le connaître objectivement. Le patient a ses propres représentations de sa maladie et il sait ce dont il a besoin. Souvent il dit

vouloir guérir ce qui implique dans son discours un retour à un état antérieur, celui-là même qui l'a conduit à la maladie. Dans cette boucle que je pourrais qualifier d'explosive, tant les rechutes sont exponentielles, quels changements envisager ? D'une manière déontologique le thérapeute doit expliquer au patient sa manière de travailler.

VIII. 11 LE BILAN EN ERGOTHERAPIE

Un temps est pris en quatrième semaine pour un bilan de leur activité à l'ergothérapie. Il se déroule en deux étapes : Un temps de réflexion personnelle : A l'avant dernière séance je leur propose un formulaire qui leur appartient, de quatre questions ouvertes qui concernent uniquement leur vécu à l'atelier d'ergothérapie (libre à eux de faire les liens avec les différents ateliers proposés dans la cure) : - Qu'est-ce que ces séances vous ont apporté ? - Comment décririez-vous ce que vous avez ressenti ? - Que pensez-vous de ce que vous avez réalisé ? Et pour finir, - Quels liens faites-vous avec votre vie à l'extérieur de l'hôpital ? Un temps de parole en groupe : A la fin de la dernière séance, pour faire un bilan de ce qu'ils ont appris à l'ergothérapie. Ils peuvent se servir de ce qu'ils ont écrit. Je leur rappelle qu'ils mettent la limite où ils veulent dans ce qu'ils ont à verbaliser en groupe. Le médecin tiendra compte de ce travail dans le courrier de sortie au médecin traitant, au médecin ayant adressé le patient et au médecin assurant le suivi.

VIII.12 LA FICHE DE SUIVI EN ERGOTHERAPIE

Après chaque séance, une fiche de suivi en ergothérapie est remplie et placée dans le dossier médical, à la fin de la cure. Dans cette fiche nous retrouvons : -L'origine de la demande de participation à l'ergothérapie : du patient lui-même parce qu'il me connaît ou qu'il a déjà une expérience de cette activité, de l'ergothérapeute suite à la consultation du dossier patient, de l'équipe soignante qui connaît bien le patient et qui pense que l'ergothérapie pourrait lui faire du bien. Participer à l'ergothérapie est de toute manière une prescription médicale - Quelles plaintes sont exprimées par le patient : mal de dos, troubles du sommeil, angoisses... -Son mode d'investissement dans l'atelier et avec son objet (plaisir, critique positive ou négative, hyperactivité ; abandon, détachement) -Son comportement (autonome, dépendant, en retrait, défensif, anxieux, dispersé) -et si une verbalisation est possible ou non. Une part importante est donnée au travail d'équipe formalisé lors de deux réunions de synthèse. Et d'une manière

informelle j'ai la possibilité de téléphoner à l'équipe infirmière, médicale et psychologique en cas de besoin.

IX Quelques leçons

PREMIERE LEÇON

« L'ergothérapie peut être au départ une préparation à l'agir par une structuration de l'identité du malade » Isabelle Pibarot C'est par mon attitude (entre autre) que l'identité du patient peut se construire et qu'il pourra agir. J'ai un souvenir vivace d'un cours de sciences naturelles dans mon année de terminale. L'enseignant faisait passer la diapositive d'une mitochondrie ... Quel fouillis! » fut ma première impression. Après le cours, chaque détail était devenu évident et clair. Certes je ne maîtrisais pas tout ce qu'impliquait en fonctionnement cette mitochondrie mais j'avais quelques bases d'observation. En addictologie j'appuie mon observation sur les théories humaniste, comportementale et analytique. Dans un atelier d'ergothérapie, la sollicitation de l'ergothérapeute auprès du patient est dans le but de clarifier les attentes du patient, l'aider à exprimer une demande. L'intérêt de l'ergothérapie est que cette sollicitation passe par le biais d'une médiation. C'est une invitation à s'ouvrir à soi-même et à l'autre. Il y a quelque temps, un patient que j'accueillais à l'atelier se présentait comme lent à prendre ses décisions, sans expressions sur le visage. Il induisait chez moi un besoin irrésistible de le pousser à faire quelque chose : où avais-je mis le désir du patient? C'était ma perception de ce patient sans avoir réellement cherché à le connaître. Son silence difficile à « interrompre » m'a gêné dans une possible compréhension de ses ressentis et d'une demande qu'il ne formulait pas explicitement à mon sens. Ce qui renforçait mon malaise. Avec le sentiment d'impuissance qui m'habitait, je cherchais à ce que ce patient fasse quelque chose absolument ! De par une attitude maternante étouffante je l'empêchais de se responsabiliser dans son soin. En réunion de synthèse, j'ai entendu qu'il pouvait induire ce genre de comportement (entre autre dans son environnement familial) mais qu'il était à même de prendre des initiatives. Après cette réunion, ayant pris conscience de ce qui n'était qu'un fantasme, j'ai pu faire confiance au patient .A la séance suivante, j'ai pu le laisser investir à son rythme. De temps en temps j'interviens -« comment cela se passe pour vous ? »-« je réfléchis ! » Et je repars. Je ne le laisse pas dans une non directivité totale. Je m'intéresse à son ressenti. A ce jour, je le trouve autonome, il prend des initiatives, verbalise sur la solitude, prend sa place dans le groupe. Enfin reconnu dans sa manière d'exister et sa façon de se réapproprier l'activité, il a pu ainsi trouver sa place et réaffirmer son rôle de demandeur. Winnicott décrit chez l'enfant une période de toute puissance. Il est dans l'illusion du contrôle de son environnement : c'est lui qui par ses pleurs commande la nourriture qui lui arrive ...C'est par l'absence de la mère que l'enfant va se voir

contraint petit à petit de fantasmer sa mère absente et ainsi se créer un espace transitionnel qui va l'aider à supporter l'absence et la frustration. De par mon changement d'attitude, le patient s'est autorisé à jouer dans cet espace transitionnel et même de pouvoir travailler sur son sentiment de solitude qui le pousse à boire

DEUXIEME LEÇON

« Les modèles établis lors de la petite enfance peuvent persister ultérieurement...Le besoin d'un objet spécifique ou d'un modèle de comportement établi lors des premiers stades peut réapparaître, quand l'enfant est menacé d'une déprivation. » Winnicott C'est la situation que vit le patient lorsqu'il arrive à l'unité d'ergothérapie : il perd tous ses repères. Par une écoute rassurante, centrée sur la personne, nous pouvons l'aider à trouver ses propres ressources pour qu'il puisse se reconnaître et investir des relations à l'autre plus efficaces. Lors de la première visite, il s'agit de repérer avec le patient ses besoins et sa manière de les exprimer. Ce que le malade nous présente en premier c'est son symptôme et lui nous considère comme objet-ergothérapeute. L'idée serait que le patient nous ressente comme une mère suffisamment bonne. « L'angoisse du malade peut commencer à s'extérioriser. Elle devient objet projeté en dehors de lui, objet symbolique manipulable. Cette projection est désangoissant pour le patient qui devient alors capable de « jouer » avec ce qui vient de lui, mais n'est plus lui. La production du patient, objectivation de son angoisse, devient alors le matériau de l'ergothérapie qui n'est ni le patient, ni l'ergothérapeute mais un objet intermédiaire. Un travail ergothérapique proprement dit peut maintenant commencer. » écrit Isabelle Pibarot.

TROISIEME LEÇON

Lors du bilan de fin de cure avec le groupe de patients en 4ieme semaine : -« Mon objet me servira au cas où je vais mal, à me rappeler que j'étais en cure. Je me souviendrai du groupe, du travail sur moi que j'ai fait. Alors que la feuille de bilan ne me servira à rien : elle ne sera pas sous mes yeux. Et si ça ne va pas et que j'ai envie de boire, je ne penserai pas à la chercher.» Ce patient a donc fait le choix de ne pas remplir le bilan avec une argumentation cohérente. N'ayant pas de ressources internes suffisamment sûres, en plaçant son objet créé en ergothérapie sur le meuble de son salon, il trouve un étayage extérieur pour s'aider à maintenir l'abstinence. Un autre patient du groupe propose de mettre son bilan écrit dans le dossier d'ergothérapie. Le premier patient - « ah, alors faut savoir, je vais la remplir et vous le donner!

» Je le renvoie à l'expression de son premier désir, en lui formulant que c'était intéressant, qu'il avait pu s'affirmer et donner un sens à sa réalisation. Je souhaite alors le sortir de l'image du patient idéal qui rentre bien dans le moule et en le valorisant lui permettre de continuer à affirmer ses ressentis. Je vois alors sur son visage un réel soulagement.

QUATRIEME LEÇON

Un patient du groupe, absent (qui lui-même ne supporte pas l'échec devant le groupe de son objet cassé et du cuir inachevé) et qui agace tout le monde !!! -«A 20 ans il a l'âge de son grand-père » -« Moi je ne parle pas quand il est là : il ne partage rien, je ne le sens pas sincère .Je ne me sens pas respecté! » Voilà un patient bien présent malgré son absence. Ils me prennent à témoin : ce sont les gentils et lui le méchant. Il ne rentre pas dans l'Idéal du groupe. Ils se retrouvent là confrontés à une réalité qui remet en cause leur toute puissance. Leur contrat implicite semble être " tous pour un et un pour tous" et c'est une grande preuve d'autonomie, dans ce contexte, pour l'absent ! Je prends avec eux un temps de verbalisation. En donnant de l'importance au " Je ne me sens pas respecté" je leur permets d'évacuer une angoisse et de pouvoir continuer à utiliser l'espace ergothérapeutique d'une façon plus personnelle.

CINQUIEME LEÇON

Un patient qui avait commis un meurtre, situation qui m'angoissait. Je me sentais dans l'incapacité de pouvoir l'accompagner dans sa démarche. C'est sur le pas de la porte de l'atelier au moment de partir qu'il me raconte son meurtre à l'arme blanche mimant son geste ... Je me souviens du soulagement éprouvé lorsqu'il me dit que de venir dans mon atelier ne l'intéressait pas ... Il préférerait me parler...AHHHH ? ! ! J'étais impressionnée par cette violence que je fantasmais chez lui. Mais plus il me parlait, plus il se sentait soulagé, je dis « mais » car moi, pas du tout ! Dans ce contexte, je ne lui laissais aucune chance de changement, car je ne faisais que supposer qu'il pouvait passer à l'acte à tout instant. Petit à petit, j'ai essayé de rester centrée sur lui, en acceptant cette personne comme quelqu'un en demande d'aide. J'avais comme outil Carl Rogers et sa relation d'aide, j'avais aussi la présence de mon collègue qui me rassurait . Il pouvait parler de lui, de son rôle de père... C'est à grand renfort de reformulation que j'ai pu prendre une distance tout en restant disponible pour le patient. L'accompagnement a pu se faire vers la prise de conscience que l'ergothérapie n'était pas ce

dont il avait besoin pour le moment, qu'il était responsable de son soin et qu'il pouvait se permettre de ne pas investir cet espace thérapeutique.

SIXIEME LEÇON

Il me semble intéressant d'observer comment les patients savent utiliser le vide laissé par l'ergothérapeute absent : Deux patients en sevrage qui viennent visiter l'ergothérapie : un présentant et verbalisant une phobie sociale handicapante et une femme handicapée physiquement se déplaçant avec un canne depuis 5 ans : elle n'est pas du tout intéressée par l'ergothérapie ; Je m'absente les laissant entre eux et quand je reviens, lui me dit que la dame sait dessiner. Elle, oui mais il y a 33 ans...à voir Accepter de ne pas contrôler les processus d'investissement du patient dans son projet...

SEPTIEME LEÇON

La prise de parole en réunion de synthèse et les injonctions paradoxales : lors d'une réunion de service, nous nous sommes rendu compte que la prise de parole dans les réunions de synthèse se faisait d'une manière protocolaire: infirmiers, médecins, assistante sociale, psychologues, ergothérapeute. Nous nous proposons alors de prendre la parole quand chacun le souhaite ... Mais quand le médecin, lors d'une réunion ultérieure, s'adresse aux infirmiers pour se quérir de quel patient ils souhaitent parler, cela me semble de nouveau induire le même protocole de départ... Si je parlais à ce moment j'aurais eu l'impression de leur couper cette parole. La difficulté de parler après les psychologues liées au fait que j'estimais que c'était eux qui faisaient les liens, a disparu puisqu'il s'agit d'une évolution de pensée en fonction de ce qui est dit et donc une ouverture à un changement de regard sur le patient. Idem pour la prise de parole après le médecin. Il me semble important de ne pas projeter nos propres sentiments dans une situation d'équipe et d'assumer notre rôle d'ergothérapeute avec nos compétences et nos incertitudes. Eviter d'être dans la toute-puissance nous aussi nous permet d'accéder au lâcher-prise et ouvre une porte à la créativité dans l'accompagnement des patients.

HUITIEME LEÇON

Il s'agit de Monsieur C. en cure pour quatre semaines. C'est un homme qui souffre de phobie sociale et qui est dans le contrôle permanent. A l'ergothérapie, il a du mal à rester présent avec le groupe : il arrive en retard et part plus tôt, voire, il ne vient pas aux séances planifiées. Il

vient s'excuser, prend un nouveau rendez-vous auquel il ne vient pas. Lors d'une première séance, il commence un objet en terre ; il verbalise sa difficulté à concevoir un objet dans l'espace, son incapacité à contrôler les vides et les pleins ; je lui suggère alors de laisser faire ses mains, de ne pas penser à l'objet et de se concentrer sur ses ressentis : cela fonctionne plutôt bien, il réalise une tête avec la bouche grande ouverte : pour lui c'est un gisant. En synthèse le lien m'est fait avec les nombreux décès auxquels il est confronté, même peu de temps avant la cure encore ! Pendant sa cure, il ne se donne pas les moyens de finir son objet et je n'ai pas eu l'occasion de reprendre cela avec lui. En quatrième semaine, les autres membres de son groupe viennent pour récupérer leurs objets le vendredi quand ils peuvent. Ils sont suivis de Mr C. : découvrir que son objet n'est pas cuit, puisque c'était à lui de le placer dans le four, le met en colère, aucune remise en cause de son fonctionnement, il n'a pas maîtrisé cette situation. Exprimant le fait qu'il le fera savoir à qui de droit, avant de lui dire qu'il peut faire comme il veut, je le renvoie d'abord à son fonctionnement, en l'occurrence ses absences et je lui précise que de toute façon ce n'est pas le moment pour moi de gérer ce qui se passe (Je suis à ce moment avec un groupe de patients), qu'il peut revenir plus tard pour en parler. Il refuse et je lui propose froidement de récupérer son objet et je repars m'occuper du groupe en séance. Pas très à l'aise avec ce qui vient de se passer, je demande un entretien téléphonique avec un psychologue du service pour pouvoir prendre du recul .Cet appel concernait le fonctionnement du patient. Le psychologue m'a confirmé que c'était récurrent chez lui ces accès de colère lorsqu'il perdait le contrôle. En réfléchissant à cette situation, il m'est apparu que j'étais moi-même dans cette position de penser tout contrôler dans ma vie privée (gérer le fait que mes enfants se lançaient dans leur propre vie), le patient avait mis le doigt là où ça fait mal...Cependant il n'est pas toujours aisé d' être dans la relation d'aide. En quatrième semaine, ils peuvent être capables de recevoir notre agressivité, d'autant plus qu'ils en expriment eux-mêmes : ils seront confrontés à cela à l'extérieur de l'hôpital ! Je peux aussi lui faire confiance et imaginer que cela peut le travailler autant que moi- même. A lui et au thérapeute de prendre conscience que cela peut être un soulagement de lâcher prise, accepter de ne pas contrôler, ne plus être dans la toute-puissance. L'attitude spontanée et authentique me semble tout aussi thérapeutique .

NEUVIEME LEÇON

C'est un patient quelque peu rigide, qui a très envie de venir à l'ergothérapie. Il est cependant empêché par une invalidité et des circonstances indépendantes de sa volonté (coordination véhicule de l'établissement et séances d'ergothérapie difficile à organiser) En troisième

semaine de cure, un véhicule peut l'accompagner .Alors qu'il est décrit par l'équipe comme impulsif et râleur, à l'atelier il se présente comme à l'écoute et respectueux des autres et du matériau et matériel. Il se revalorise et me donne l'impression d'être face à un petit enfant qui vient fièrement montrer ses réalisations à sa « maman » ! J'avais alors un regard plutôt bienveillant et une disponibilité à ses demandes. Durant sa permission il est allé consulter un rebouteux et je le vois arriver à l'avance sans cannes ! Lors de la séance de bilan, il me prend par l'épaule et me demande s'il peut me faire la bise. Il me semble à ce moment en demande très forte d'attention et de maintien du lien. Je lui dis que non mais que je me souviendrai de lui. Il me fallait donc poser l'interdit et en même temps trouver un compromis qui me semblait supportable pour garder un lien.

DIXIEME LEÇON

Il s'agit d'un patient que j'ai dû recadrer dès la première rencontre. Il se montrait véhément, dispersé avec des gestes montrant une violence difficilement contenue. La première phrase qu'il me renvoie est que je suis « méprisante ». Il s'est remis en cause en reconnaissant qu'il était misogyne et en verbalisant sur ces difficultés relationnelles avec les femmes. Les séances suivantes je le trouvais étonnement calme... Il arrive à la dernière séance motivé pour la création d'une paire de sandales...Je lui demande, dans le cadre posé, de faire un patron de ses chaussures. Il se fâche, se bloque ... Le silence qui suit évoque pour moi une violence contenue. Je sens monter un malaise avec la seule pensée « pourvu qu'il n'explose pas ! » Même en posant le cadre, je dirais même en m'accrochant au cadre, dans le contexte de l'histoire " accroche toi au pinceau j'enlève l'échelle " ... Avec lui, je pouvais passer d'un sentiment d'attendrissement à la colère jusqu'à l'envie de le voir quitter l'atelier. C'est quelqu'un qui cachait ses émotions, il se présentait d'une manière générale avec un sourire de façade, il était difficile de lire ses comportements à venir...donc je n'avais pas le choix pour anticiper que d'imaginer toutes les solutions possibles de ce qui pouvait se passer, entre autre le pire en relation avec ce que je fantasmais : homme ayant fait de la prison pour violence , avec des tatouages... Je maintiens l'exigence de la réalisation préalable du patron de ses sandales. Il vit mal cette frustration, comme un interdit à sa liberté d'expression et de création. Malgré mes craintes je maintiens le cadre et reste attentive dans le regard et les mots à ses ressentis. Après un long moment de silence il renonce aux sandales et me sollicite pour avoir du papier et un crayon. Il prend la feuille et dessine : un vase avec deux colonnes qui tombent dans le vase : - "c'est la chute libre...». Je vais alors être à l'écoute de ce qu'il a à exprimer. Etre aidante : je prends conscience de mes pensées et des émotions qui en découlent, je tiens le

cadre sans remise en question possible mais avec des portes ouvertes. C'est au patient de s'adapter et à nous de valoriser son savoir être. Il doit ressentir qu'on entend son agressivité sans que le cadre soit remis en cause. Moi j'apprends que le maintien du cadre est rassurant et permet au patient de s'exprimer !

AVANT DERNIERE LEÇON EN ATTENDANT LES AUTRES

Les patients qui font un cadeau à leur proche désirent réparer la souffrance qu'ils ont imposée à leur entourage afin de se soulager de leur culpabilité. C'est une démarche constructive dont le but est la réparation du lien social. Je pense à un patient qui a passé sa cure à faire des objets pour sa femme. Mon objectif était cependant de le recentrer sur lui, il est en cure pour s'occuper de lui. Ma perception de la situation à ce moment-là était : il a bu donc il fait un cadeau à l'autre et il renforce l'autre dans le fonctionnement de la dette et de dépendance. Mon objectif est de vouloir le sortir de ce système Son désir à lui est de réparer. Il ne veut pas que sa femme le quitte. Il n'a plus le contrôle de la situation. Finalement, je le laisse faire : je reste à son écoute et l'accompagne dans son choix. En sortant de la cure il a pu comparer ses ressentis entre le dedans où il était très dépendant et le dehors en prenant la mesure de la réalité, de l'importance qu'avait pour lui son besoin d'appartenance à ce couple. Un des objets en terre n'a pas pu être cuit pendant la cure. A sa demande j'ai prévu une cuisson après son départ et nous avons pris un rendez-vous pour dans les quinze jours suivants. -« maintenant que je ne bois plus, je ne supporte plus ma femme et c'est peut-être bien moi qui vais demander le divorce ! » Cela m'a demandé un réel effort de le laisser faire mais le temps est important en addictologie pour comprendre la situation, l'accepter et adapter son comportement pour éviter la rechute.

DERNIERE LEÇON ET IL Y EN A EU D'AUTRES APRES CET ECRIT

J'accueille un groupe en première semaine de cure. Après leur avoir dit bonjour je leur demande comment ils vont. -" bien"! Evidemment... Pour cibler mon observation et les impliquer dans le soin, je demande à chacun ce qu'ils estiment devoir changer dans leur fonctionnement pour que leur vie soit plus harmonieuse. Une fois cette base de travail posée, pour répondre à une demande institutionnelle, je leur propose un travail de groupe dont la réalisation décorera le restaurant du personnel nouvellement réaménagé. Un des patients prend souvent la parole, très investi dans sa remise en cause et mettant en valeur son changement d'attitude entre les différentes cures. Il prend plus ou moins les initiatives. Mais difficile de

passer à l'acte. Une femme du groupe marque sa différence par un langage élaboré peu accessible à tous, sans passage à l'acte, comme une sorte de contrôle de la situation sans si intégrer réellement. Un autre pas très bien, angoissé, dévalorisé toujours les bras fermés, en retrait, observateur du groupe jusqu'à me scruter pendant la séance. C'est un autre membre du groupe qui va faire trace de leur réflexion. Elle s'est engagée à partir de la technique du brainstorming "c'est quoi manger pour vous? -" J'ai l'image d'un grain de riz avec un homme maigre à côté! " Occasion d'aborder sa vie précaire, pour un autre patient du groupe aussi. Mais comme c'est pour le restaurant du Personnel, ils tentent de positiver. Chacun a pu affirmer sa position -"moi je veux des fleurs"...etc. La séance suivante autre attitude: Mr D. arrive en avance: - "Je suis toujours en avance et je ne supporte pas que les autres soient en retard" Seul, il aborde ses difficultés relationnelles, accentuées par sa maladie bipolaire -" et le diabète en plus" comme une liste, sans affect ! Et, dans l'entretien, il reconnaît une faute professionnelle, sans conscience de sa responsabilité. Les autres arrivent, en effervescence. -"Comment vous sentez-vous?" et plus particulièrement à l'un d'entre eux que j'avais croisé dans le service le matin même et qui n'avait pas l'air d'aller bien. -" Je m'ennuie, je tourne en rond" et la femme du groupe: -" Ah oui d'ailleurs ai-je le droit de partir de la cure? -" Oui hospitalisation libre.". - "Non, mais la sécu rembourse même si je pars avant?...le travail psy je peux le faire chez moi..." Un autre qui se plaint du comportement des autres patients... Un autre qui ne retrouve pas la grande solidarité d'autrefois... Je sens que tout part en miettes : le tableau ? Ils ne sont plus motivés et je leur demande ce qu'ils attendent de l'ergothérapie. -" c'est drôle pendant qu'on parlait, je regardais ce collage: un personnage derrière des barreaux c'est nous ! Devant un personnage mains jointes: c'est vous qui vous demandez ce que vous pouvez faire pour nous " Je valorise cet investissement et lui demande comment cette situation peut changer ? - " J'enlève les barreaux" ! Je confirme que c'est à eux de nous donner les moyens de les aider. Après avoir vu un groupe qui se voulait conforme à ce qu'il imaginait que j'attendais, par une écoute du brouhaha et la tentative de lui donner un sens, j'ai pu apercevoir les êtres humains constituants de ce groupe!

Conclusion

Mon travail en addictologie n'est pas un hasard, il m'a permis de faire mon chemin en tant que thérapeute avec toutes les implications personnelles que cela a eu. Permettre à l'ego du patient de se renforcer pour s'affirmer c'est éviter de le percevoir uniquement comme un problème et le considérer comme une personne capable d'utiliser ses propres ressources pour résoudre un problème. Dans le peu de temps que dure la cure, il me semble important de n'utiliser que ce qui sera utile pour lui : la thérapie est centrée sur le patient associée à l'empathie. Cette affirmation de soi de la personne en cure est possible dans une relation basée sur la confiance. Cette confiance peut tenir à la permanence du lien. Je ne parle pas d'omni présence mais d'un espace de créativité où l'imaginaire du patient va pouvoir s'exprimer. La mise en acte du projet avec le patient arrive dans la mesure où je reste garante du dispositif et du cadre thérapeutique. C'est établir, respecter et faire respecter un cadre thérapeutique cohérent, marqué par la Loi institutionnelle et la fiabilité de ma structure interne. Ainsi percevoir le contre-transfert comme un outil thérapeutique et non comme un obstacle à la relation d'aide permet de vivre les attaques du cadre non comme des remises en causes professionnelles ou personnelles mais bien comme une avancée dans le travail thérapeutique amorcé par les patients. Je suis en cela convaincue de la nécessité d'un travail de supervision. Dans la cure en addictologie, il est difficile de déterminer ce qui a été réellement utile pour le patient. Certes nous partons avec des objectifs de travail mais ils ne doivent rester que des pistes pour affiner notre observation du patient. En tant que thérapeute, je pense devoir me laisser guider par l'évolution du patient. Certes il y a un cadre posé mais le cheminement ne se fait-il pas dans la transgression du cadre ? Réfléchir sur ma pratique me permet d'être plus souple dans mon fonctionnement et de me dire « confiance !! Le patient sait ce qu'il fait ! ». Même si cela ne correspond pas à mes propres idées du soin ! Tant que le patient trouve des bénéfices dans son symptôme il aura énormément de mal à l'abandonner. Je pense pouvoir être aidante en sortant du désir de vouloir le guérir à tout prix. L'accompagnement chez le patient qui nous donne le rôle du soignant tout puissant est dans la valorisation et la responsabilisation. : Si il a un merci à dire c'est à lui-même. Suite à l'écriture de ce mémoire, l'observation et l'écoute des patients ont évoluées. A partir du moment où j'ai commencé à envisager ce qui est défini comme le contre-transfert comme un phénomène utile à la relation thérapeutique, je continue le travail avec les patients en cure d'addictologie de façon plus sereine. Il me semble ainsi pouvoir affirmer plus précisément l'identité professionnelle d'un ergothérapeute tout en tenant compte des effets holistiques. Ma représentation de l'ergothérapie est un complément dans un travail

d'équipe, intermédiaire à un travail psychologique et un rôle d'accompagnement avec les patients. L'être oublié ?...Ego thérapie !

Références et Index

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Livres

FREUD, La dynamique du transfert

Marie Chantal MOREL- BRACQ, Approche des modèles conceptuels en ergothérapie

Harold SEARLES, Le contre transfert et L'effort pour rendre l'autre fou

WINNICOTT, Jeu et réalité

FORUM DIDEROT, Qu'est-ce qui guérit dans les psychothérapies ?

MONJAUZE M., La part alcoolique du soi

Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*. Paris : Editions du Seuil. 330

Clavreul J., La parole de l'alcoolique (1959), in *La psychanalyse*, 5, 257-280, PUF.

Dejours, C. (2008). *Le facteur humain*. Paris : PUF. 127

Détienne, Marcel et Jean-Pierre, Vernant. (1974). *Les ruses de l'intelligence, la mètis des Grecs*. Edition : Flammarion. 316

De Mailly, L. (2011). *Les aventures des trois princes de Serendip*. Vincennes : Thierry Marchaisse. 245

Galvani, P. (2011). « *Moments d'autoformation, kairos de mise en forme et en sens de soi.* », in L'Harmattan, *Moments de formation et mise en sens de soi*. 2011 : L'Harmattan. P69

Guillaumin, C., Pesce, S., Denoyel, N. (2009). *Pratiques réflexives en formation ingéniosité et ingénierie émergente*. Paris : L'Harmattan. 223

Jollien, A. (2002). *Le métier d'homme*. Paris : Editions du Seuil. 90

Jullien, F. (1996). *Traité de l'efficacité*. Paris : Grasset. P 29

Jullien, F. (2003). *La propension des choses*. Paris : Edition du Seuil. 312

Kuroyanagi, T. (1981). *Totto-Chan*. Paris : Presses de la Renaissance. 254

Louis De Mailly. (2011). *Les aventures des trois princes de Serendip*. Vincennes : Thierry Marchaisse. 245

Legrand, M. (1997). *Le sujet alcoolique, essai de psychologie dramatique*. Paris : Desclée de Brouwer. 269

Mauss, M. (2007). *Essai sur le don*. Paris : Puf. 249

Miermont, J. (2005). *Écologie des liens, entre expériences, croyances et connaissances*. Paris : L'Harmattan. 365

Miermont, J. (1995). *L'homme autonome*. Paris : Hermès. P 280

- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Editions du Seuil. 158
- Mucchielli, R. (1998). *L'entretien de face à face*. Paris : ESF. 159
- Nuttin, J. (2009). *Théorie de la motivation humaine*. Paris : PUF. 383
- Platon, (1995). *La république*. Paris : Le Livre de Poche. 621
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Editions du Seuil. 424
- Rousseau, Emile, Livre II, GF, p.180, OC/ t. IV, p.394.).
- Salomé, J. (2000). *Passeur de vies*. Paris : Editions Dervy. 408
- Sennett, R. (2010). *Ce que sait la main, la culture de l'artisanat*. Paris : Albin Michel. 399
- Serres, M. (1991). *Le tiers Instruit*. Paris : François Bourin. 249
- Sibony, D. (1991). *Entre-deux, l'origine en partage*. Paris : Seuil. 399

Revue :

- Jean CLAVREUL "La parole de l'alcoolique" p 257-280 extrait de La psychanalyse 5
- Claude POUVIET, « Du désir inconscient de certain traumatisme », *Journal d'ergothérapie*, 1982, 4,53- 59
- Isabelle PELBOIS PIBAROT, Structures de l'activité humaine, réflexions à partir de l'acte de JOUER, des fondements de l'activité ergo- thérapeutique, *Journal d'ergothérapie*, 1981, 3, 69-76
- Isabelle PELBOIS PIBAROT, Entrer dans l'ergothérapie, *Journal d'ergothérapie*, 1979, 1,5-11
- Isabelle PELBOIS PIBAROT, Entrer dans l'ergothérapie (suite), *Journal d'ergothérapie* 1979, 1,4-10
- Da Silva, K. (2005). « L'ergothérapie dans le processus de réhabilitation », *Ergothérapie*. 2005. P 43-52
- Descombey, J6P. (2007). « La supervision clinique...au-delà de la transmission du savoir ». in *Alcoologie et Addictologie 2007 ; 29 (3) :281-284*
- Galvani, P. (2011). « *Moments d'autoformation, kairos de mise en forme et en sens de soi.* », in L'Harmattan, *Moments de formation et mise en sens de soi*. 2011 : L'Harmattan. P69-96
- Wurtz, E. (1997). « Stagiaires étudiants en ergothérapie, ergothérapeute en alcoologie. Quelle rencontre ? », in Sauramps médical, *Expériences en ergothérapie*. 1997 : Sauramps médical. P216

Site Internet

Article tiré du site : <http://www.holistique-concept.com> Rubrique Santé le 29 05 2007

Article tiré du site : <http://complexité.epikurieu.com/page11> le 29 05 2007

Article tiré du site : <http://users.skynet.be/toxicomanie/dopamine.htm> le 15 06 2007

Article tiré du site : <http://.fr.wikipedia.org/wiki/Contre-transfert> le 15 06 2007

TABLE DES MATIERES

Sommaire	2
Remerciements	4
Préambule.....	5
Introduction.....	6
I. Addiction et globalité.....	7
II. Eléments théoriques.....	9
II.1 Théorie du système dopaminergique	9
II.2 Théorie psycho-dynamique	10
II.2.1 D'après Michèle Monjauze	10
II.2.2 D'après Jean Clavreul	12
III. Quelques pistes de travail pour l'ergothérapeute.....	13
III.1 Inspirées de Jean-Clavreul	13
III.2 Inspirées du discours des patients	15
III.3 L'approche humaniste.....	15
III.3.1 Le savoir et sa fonction médiatrice	15
III.3.2 Le savoir être et l'intégration des valeurs	16
IV Organisation du service	17
V Le contre- transfert.....	20
VI Le patient.....	23
VII L'ergothérapeute	25
VIII Ergothérapie	26
VIII.1 Les locaux	26
VIII.2 Le contrat de soin.....	26
VIII.3 Généralité.....	27
VIII.4 Le temps du sevrage.....	28
VIII.5 Le temps de la cure	28
VIII.6 Groupe semi fermé.....	28
VIII.7 L'entredoux	29
VIII.8 Objectif de l'ergothérapie	29
VIII.9 L'accueil	30
VIII.10 Les séances d'ergothérapie	30
VIII.11 Le bilan en ergothérapie.....	32
VIII.12 La fiche de suivi en ergothérapie	32
IX Quelques leçons.....	34
Première leçon	34
Deuxième leçon	35
Troisième leçon.....	35
Quatrième leçon.....	36
Cinquième leçon	36
Sixième leçon.....	37

Septième leçon	37
Huitième leçon	37
Neuvième leçon	38
Dixième leçon	39
Avant dernière leçon en attendant les autres.....	40
Dernière leçon et il y en a eu d'autres après cet écrit	40
Conclusion	42
Références et Index.....	44
Références Bibliographiques	44
Table des Matières	47