



# **Ergothérapie et Rétablissement**

**Vers la participation sociale :  
Le Rapport Homme - Environnement**

Julien BONILLA-GUERRERO, *ergothérapeute, CH de Jonzac* j.bonilla-guerrero@ch-jonzac.fr

Mathilde DULAURENS, *Cadre de Santé ergothérapeute, CH de Jonzac* m.dulaurens@ch-jonzac.fr

## **L 'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'homme et son environnement**

L'ergothérapie se définit comme sortant du champ de la pathologie pour s'intéresser tout particulièrement à la dimension environnementale, faisant ainsi apparaître, du point de vue du patient, les limitations d'activité et restrictions de participation qu'il rencontre, ceci dans l'objectif de faire émerger les compétences pour accompagner celui-ci dans la réalisation de son ou ses projets. Cette décentration a servi de fondement à la réflexion et à l'action des ergothérapeutes dont le rapport entre l'homme et son environnement est central.

Si on peut admettre qu'une vision centrée sur le symptôme donne de nombreux résultats pour soigner ou guérir bon nombre de malades, ce raisonnement linéaire, s'appuyant sur le fait qu'une cause produit un effet, peut parfois s'avérer insuffisant voire inefficace. En effet, le monde du handicap est un monde complexe où il ne suffit pas de préconiser un changement à une personne pour réduire son handicap comme une aide technique, pas plus qu'il suffit de donner un traitement adapté à un patient psychotique pour qu'il n'exprime plus de symptômes.

La notion de handicap connaît depuis bientôt cinquante ans une évolution conceptuelle significative et l'on s'achemine vers une conception différente qui consiste à essayer de rendre la société accessible pour tous. Cette idée séduit particulièrement en ergothérapie puisqu'elle résume l'essentiel de notre activité professionnelle quotidienne auprès des patients et de leur entourage.

La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) a connu une longue évolution avant d'arriver à sa version actuelle, en 2001. Cette classification de l'OMS correspond à l'évolution des perspectives liées à la compréhension des maladies et des handicaps ainsi qu'aux pratiques thérapeutiques, éducatives et sociales. Ce modèle essaie de conceptualiser une approche sociale de la maladie et du handicap. La CIF est un instrument qui, au-delà d'une démarche diagnostique biomédicale, doit permettre de décrire l'ensemble du fonctionnement d'un individu dans la situation qui lui est propre. Cette approche permet de répertorier aussi bien les ressources et les difficultés d'une personne que celles de son environnement. Dans sa version actuelle, la CIF « comprend l'ensemble des dimensions en soulignant l'interactivité entre ces dernières et l'équilibre entre les éléments concernant l'individu (déficience, activité et participation) et le contexte (facteurs environnementaux et personnels) ».

Ce qui caractérise la CIF est l'accent mis sur l'interaction entre tous les facteurs, et c'est en cela qu'elle est intéressante pour l'ergothérapeute. Désormais, on ne définit plus le handicap comme étant l'objectivation de la maladie mais comme une situation particulière dans un contexte donné, qui traduit une inadaptation individu/environnement.

Toutefois, l'approche du handicap a été davantage portée sur les problématiques (sensitivo-) motrices et sensorielles, celles relevant de la santé mentale et psychique commençant seulement à être prise en compte depuis moins de 10 ans. Les situations de handicap sont des situations toujours complexes qui nécessitent des approches différentes, tant analytiques, réductionnistes, centrées sur la pathologie que systémiques, s'intéressant aux interactions entre les composantes des systèmes en présence (par exemple, le patient, la famille et l'hôpital). La ou les limitations d'activité entraînent des perturbations au sein du rapport personne-environnement, et créent des restrictions de participation qui justifient une intervention dont l'objectif est de limiter les conséquences de cette situation en s'appuyant sur les ressources de l'individu.

Pour réaliser cela, l'ergothérapeute a recours à une méthodologie rigoureuse et des outils dont les propriétés psychométriques ont été validées scientifiquement. Parfois, il peut aussi utiliser des outils qui peuvent provenir d'autres champs, d'autres disciplines que l'ergothérapie, qui permettent une bonne coordination et un fonctionnement interprofessionnel, et qui respectent les champs de compétences spécifiques de chacun : « quand on ne trouve pas de solution dans une discipline, la solution vient d'en dehors de la discipline » (Morin, 2003).

Le mouvement d'empowerment, développé à l'initiative des usagers, marque une progression du « faire pour » (paternaliste et stigmatisant) vers le « faire avec » (émancipateur et valorisant). Ainsi, dans le domaine de la santé mentale, l'empowerment consiste ainsi à octroyer davantage de pouvoir aux individus pour qu'ils soient en mesure d'agir sur leurs contraintes sociales. Il s'agit donc de soutenir leur participation sociale et leur engagement dans des activités significatives au regard de leurs habitudes de vie. Il implique alors de pouvoir intervenir sur l'environnement de la personne : famille, emploi, école, quartier, vie associative...

Cette perspective rappelle la nécessité pour la réhabilitation psychosociale de prendre en compte au moins deux niveaux d'intervention : l'empowerment individuel, qui vise la capacité pour la personne d'agir en fonction de ses propres choix, et l'empowerment communautaire, où la société se doit de favoriser le développement du pouvoir d'agir de ses membres (Ninacs, 2008)

L'empowerment est à rapprocher de la notion de rétablissement, également apparue à l'initiative des usagers, dont les écrits sur leurs parcours dans la maladie ont commencé à être publiés dans les années 1970-80 (Chamberlin, 1978 ; Deegan, 1988). Le concept de rétablissement émerge en lien avec le mouvement de réhabilitation psychosociale en y intégrant les facteurs contextuels (facteurs personnels et environnementaux), et qualifie à la fois le processus et la démarche de réhabilitation. Ainsi, le rétablissement désigne un processus non linéaire de transformation et de réajustement personnel, dont l'objectif serait le retour ou l'accès à une vie satisfaisante pour la personne, qui devient actrice de sa propre vie.

La pratique ergothérapique s'est peu à peu complexifiée pour prendre en compte l'individu, le système dans lequel il vit et avec lequel il est en interaction. L'ergothérapeute crée ainsi du lien entre l'activité, son sens, et l'histoire personnelle de la personne qu'il accompagne. La restriction de participation, au sens de la CIF, touche à la fois la personne en situation de handicap mais aussi sa famille du fait du poids de la pathologie. Dans ce projet personnel visant

le rétablissement et qui réunit la personne et son entourage, l'intervention peut alors être ciblée, non pas sur la personne elle-même, mais sur les interactions entre cette personne et son environnement pour être au plus près des attentes des personnes. Du fait de rencontrer un certain nombre de situations complexes, ceci a certainement permis aux ergothérapeutes de trouver leur champ d'expertise dans l'intérêt de prendre en considération l'environnement à la fois matériel et humain de la personne accompagnée et en situation de handicap : « Les environnements humains et matériels sont des facteurs déterminants qui interagissent avec toutes les composantes physiques, psychiques et sociales, dans ses différents domaines d'activités » (World Federation of Occupational Therapists :WFOT)

En résumé, l'ergothérapeute possède à la fois une réflexion basée sur des modèles conceptuels, des compétences spécifiques par l'intermédiaire d'une méthodologie et d'outils dont les propriétés psychométriques sont validées scientifiquement et une action, non pas centrée exclusivement sur la personne concernée mais aussi sur son entourage et les personnes ressources. Cette reconnaissance de cette singularité prend de plus en plus d'intérêt dans les pratiques en psychiatrie, du fait du virage ambulatoire et d'une logique de soins tournée vers une augmentation de la capacité d'agir de la personne, amorcés par les politiques de santé.