



erg-go!

OPINION

SUJVI À DOMICILE DE PERSONNES PSYCHOTIQUES :
LE PRIMAT DE LA RELATION

MARS 2018

par LAURENT BERGÈS, Ergothérapeute, Master2 philosophie
Secrétaire de l'AEDEES (Association des étudiants et diplômés
de l'Ecole éthique de la Salpêtrière)



ERGOTHÉRAPEUTE DIPLÔMÉ EN 1989, J'AI TOUJOURS EXERCÉ EN PSYCHIATRIE DE L'ADULTE DANS UNE BANLIEUE PARISIENNE DÉFAVORISÉE, LÀ OÙ S'EST AFFIRMÉE MA CONVICTION DU CARACTÈRE RÉSOLUMENT POLITIQUE DE L'ERGON¹. JE ME SUIS RÉFÉRÉ À UNE APPROCHE PSYCHO-DYNAMIQUE ALORS PRÉPONDÉRANTE ET INTÉRESSÉ AUSSI À UNE PENSÉE SYSTÉMIQUE QUI CONSTITUAIT L'ORIENTATION DE MON PREMIER LIEU D'EXERCICE. J'AI COMMENCÉ À ENSEIGNER EN 1993 À RENNES, MON ÉCOLE D'ORIGINE, PUIS EN D'AUTRES INSTITUTS DONT PRINCIPALEMENT L'UNIVERSITÉ DE CRÉTEIL ET PARIS. CES DERNIÈRES ANNÉES, J'AI PRIS LE CHEMIN D'UNE FORMATION PHILOSOPHIQUE TOUJOURS EN COURS ET D'UN QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE DONT JE SAISIS L'ENGOUEMENT CONTEMPORAIN COMME UN REFLET SENSIBLE À LA DURETÉ DE NOTRE MONDE – CE À QUOI LE CHAMP DU SOIN N'ÉCHAPPE PAS.

Les démarches soignantes et médico-sociales s'orientent graduellement vers le retour et/ou le maintien à domicile des personnes accompagnées. Réponse à une aspiration contemporaine à vivre chez soi, même malade, et alternative à un hôpital épuisé qui perd de son hospitalité, le virage ambulatoire agglomère à sa courbe une forme pratique idéalisée de la vie quotidienne et du soin. Cette idéalité d'un bien-être domestique dessinerait-elle en regard un idéal-type de suivi à domicile ? On peut en douter, comme on peut douter d'une conception préétablie qui affirmerait ce que peut ou doit être le comportement d'un homme sous son toit. Il y aurait d'ailleurs à s'inquiéter qu'existe une telle forme qui modéliserait une manière d'être et orienterait la démarche professionnelle du visiteur. C'est donc au soignant de se garder de constituer pour et sur autrui ce qu'il estime être un bien vivre. En effet, porteur des meilleures intentions, mais tenté de prescrire et dès lors de projeter un bonheur pourtant indéfinissable, le soignant-visiteur devrait abandonner ses prétentions interventionnistes au seuil d'une maison qui n'est pas la sienne. Car " tout homme a droit au respect de sa vie privée " nous affirme le Code civil, et cela commence sous son toit.

" Le domicile fait l'objet d'une protection particulièrement stricte par le droit, car c'est le lieu de l'intimité " (Devers, 2012), et le même auteur de poursuivre : " Pour le droit, être chez soi, c'est la condition pour être soi. " Relevons en suivant une proximité sémantique et symbolique entre le *soi* et le *chez soi* que l'étymologie vient dévoiler (Wismann, 2017) et qui fait écho à la notion d'éthique² en tant que lieu de vie et manière d'être. L'*éthos* se réfère ainsi à la coutume et par extension aux habitudes de vie possiblement déployées sous un toit, suggérant une harmonie, une stabilité retrouvée en soi par une continuité à l'œuvre entre retour *chez soi* et retour à *soi*. Une corrélation entre intériorité et relation au monde ainsi avancée : " Je suis l'espace où je suis. " (Bachelard, 1957). Ne serait-il pas pertinent que

1 *Ergon* se rapporte à une qualité propre à l'homme et à son pouvoir pratique. Bien évidemment à l'origine du préfixe "ergo" dans "ergothérapie", *ergon* est compréhensible par son rattachement à l'éthique, au-delà de l'ici et maintenant de l'activité et de sa seule estimation capacitaire et/ou performative. Ainsi chez Ricoeur : " Toute l'éthique, dit Aristote, témoigne de ce que l'homme a une œuvre ou une tâche (*ergon*) qui ne s'épuise pas dans l'énumération des compétences, des habiletés, des métiers ; la tâche de l'homme désigne une totalité de projets qui enveloppe la diversité des rôles sociaux ; or, cette tâche, c'est de vivre. " Ce en quoi nous pouvons aussi estimer le caractère politique de l'activité humaine, en cela qu'elle concrétise la participation d'un homme au commun au travers de sa vie même.

2 Selon son orthographe et ses significations originelles, *éthos* (epsilon) ou *éthos* (êta), l'éthique se rapporte respectivement à l'habitude ou aux coutumes d'une part ; au caractère ou à la manière d'être d'autre part.

l'intervenant s'en remet alors au rythme, aux rites, au mode d'être, aussi particulier soit-il, de celui qui l'accueille (Friard, 2012) ? Il lui faut le réfléchir ; penser qu'il n'est " pas d'habitat sans habiter " (Heidegger, 1958) ; et se rappeler que cela vaut aussi pour un homme schizophrène, paradoxalement au dehors de lui-même dans un dedans habitable. Nous lirons de l'intime, manifestation sensible d'un habiter dans l'habitat, qu'il est " une sphère aux frontières extrêmement mouvantes, lié au secret. Il recèle tout ce qui doit rester caché aux regards extérieurs (...). C'est l'expression majeure de la liberté. " (Djaoui, 2012). La condition préalable au suivi à domicile suppose donc que la personne visitée y consente et y contribue librement – autrui n'entrera dans son logement que s'il y est invité. *A contrario* que poursuivrait-on en " forçant la main ", et donc en poussant la porte, sinon l'exercice d'un contrôle aux contours cliniques et moraux douteux ? Aller chez l'autre c'est toujours faire irruption dans l'intimité et ce risque d'ingérence questionne justement le soignant en son intention et sa conduite (Bergès, 2014). La question ne se limiterait d'ailleurs pas au seul champ psychiatrique. Nous observerons en d'autres domaines – ainsi le grand âge et les dépendances déterminées par l'amoindrissement ou la perte de capacités de déplacement et/ou l'altération de fonctions cognitives – le bienfait éprouvé par la personne elle-même et ses aidant(e)s de l'aide apportée par le suivi à domicile. Mais sont aussi restituées les difficultés à ouvrir sa porte aux professionnels, dont la visite est ressentie avec ambivalence parce qu'elle s'immisce dans la sphère privée : " C'est difficile d'accepter que quelqu'un vienne troubler son intimité. " (Sanchez, 2017) ; " L'intimité est mise à mal. " (Mascret, 2017). L'hôpital fait comme entrer à la maison et l'intimité familiale s'en ressent, lestée par ce que le soin recèle en lui-même d'intime.

Revenons à la psychose. Le constat de l'activité d'un homme supposé fou, *il fait n'importe quoi*, intéresse moins l'incohérence d'une conduite que le fait qu'elle pourrait être autre, c'est-à-dire cohérente, conforme à une grammaire qui répond à la succession d'une pensée, d'une action et d'une production. Mais rien ne dit de cet enchaînement qu'il soit ou non le fait d'un fou. Un homme peut en effet penser follement, agir de même et produire un *n'importe*

quoi qui sera jugé comme tel. Autrement dit, un homme fou peut bien agir tout autant qu'un autre qui ne le sera pas, c'est sa manière de faire et ce qui en découle qui l'énonce en sa folie et parfois inquiète son voisinage : " C'est l'acteur de la cité qui vient solliciter la psychiatrie, non le contraire. " (Mercuel, 2014). Une tolérance s'applique ainsi sur l'étrangeté tant que cette étrangeté ne fait pas trop irruption dans l'espace social. La déraison ne contredit donc pas la notion de séjour habituel (*èthos*) – il est autant de manières d'être qu'il est d'être –, mais souligne toute la difficulté qu'il y a à vivre, à habiter, au sens d'être au monde comme sujet singulier capable de penser en soi et, consécutivement, d'agir pour soi et sur le monde : " C'est seulement quand nous pouvons habiter que nous pouvons construire. " (Heidegger, 1958). Mais la psychose fait effraction dans le champ de la raison et altère les capacités à évoluer dans une réalité partagée. L'activité d'un homme fou semble ainsi comme détachée du commun et recentré sur sa seule individualité (Maldiney, 1991). Et quand bien même son projet serait une adresse à l'autre, et parfois même interpellation du monde dans une construction délirante, l'effraction de l'absurde rend son activité caduque. Réel surajouté à une pensée déréelle, l'action sans motif intelligible s'expose comme signe d'un sujet en perte de mesure sur sa propre qualité de sujet. Elle donne à voir sa folie et ce hors soi (*hubris*³) se paye du dépassement dans l'acte, d'un passage à l'acte dont il n'est pas fait d'autre reconnaissance que l'effraction qu'il exerce sur la coutume. D'où la prétention prêtée à l'activité d'un autre homme, et par exemple un ergothérapeute, que de pouvoir réguler celle d'un homme dont la raison vacille. Y compris jusque chez lui. Mais pour cet homme-là, que peut bien vouloir dire " aménager son intérieur " ?

[suite page 04]

3 *L'hubris* (ou *hybris*) dit le déchaînement des passions et ainsi une perte de mesure, à savoir la distance prise à l'égard d'une culture de la vertu. Promise à la punition des dieux, elle était rejetée chez les Anciens qui y reconnaissaient ce que ne peut être la raison, alors abandonnée à une imprévisibilité passionnelle. On peut considérer la folie comme une expression de l'*hubris*.

Le questionnement éthique abordé ici interroge donc la *praxis*⁴ d'un ergothérapeute partagé entre le prescrit et le possible (Goulet et Drolet, 2017) à la rencontre d'un droit civil et d'une considération morale préservant à chacun son mode d'être et de vivre sous son toit. Un dilemme y surgirait entre deux conceptions de l'éthique selon que nous envisagerons une approche utilitariste orientée vers le bien pour le plus grand nombre, et ainsi pour la communauté, et qui tendrait à une forme pré-supposée d'*èthos* ; ou selon que nous nous orienterons vers une éthique des vertus peut-être plus soucieuse d'intersubjectivité, et autrement réceptive à l'atypicité d'une conduite. Une sagesse pratique d'inspiration aristotélicienne (*phronèsis*⁵) saurait-elle encore tempérer le pragmatisme contemporain ?

Considérons alors la place de la relation interpersonnelle dans cette démarche. Un changement de lieu (depuis l'hôpital, lieu public d'accueil et de soins, vers le lieu privé qu'est le foyer) détermine un changement de statut chez l'intéressé. De patient dépendant de l'institution soignante et des règles qui la régissent et s'imposent à lui – jusqu'à une interdiction d'aller et venir librement dans le contexte de troubles psychiques –, la personne se voit rendue à son droit de vivre et d'agir en liberté dans son environnement propre. Mais ce temps du retour à soi, chez soi, peut donc représenter une difficulté pour qui reste essentiellement perturbé en son identité. Voilà en quoi se justifierait un suivi à domicile, type particulier de démarche médico-sociale que l'on peut problématiser selon deux champs : celui de l'accompagnement dans sa forme (où le comment de la relation thérapeutique est interrogé plutôt que sa fin), celui de la territorialité (qui considère les possibles mutations et adaptations comportementales du soignant selon qu'il exerce dans l'institution et/ou qu'il se déplace dans un lieu privé).

L'accompagnement est un entre-deux qui rompt avec la solitude de la personne visitée tout en se démarquant d'un contrôle à son endroit – parce que cet accompagnement (de *cum panis*, partager le même pain) porte l'idée d'aller du même pas dans une même direction et pour un temps donné. Il n'est donc pas abandon de l'autre à son sort, mais il n'est

pas non plus de décision pour et sur l'autre. À la lumière d'une compréhension dynamique de la psychose dans ce contexte – et non d'une neurologisation contemporaine qui tendrait à la réduire à un seul trouble cognitif –, on peut saisir combien l'*alter* ne fera pas altération si le visiteur s'en remet à la coutume de celui qu'il visite, alors soulagé du caractère fantasmatiquement intrusif de la présence de l'autre en soi, chez soi. C'est-à-dire si ce visiteur conçoit son passage comme un regard porté sur les capacités de son hôte et non comme un interventionnisme pratique intimant ici le rangement d'une cuisine ou là l'ouverture d'une fenêtre – savoir faire le ménage ne préserve pas de la psychose ni n'en fait guérison. Loin d'une exaspération pratique qui voudrait évaluer ou mettre en œuvre telle ou telle compétence, une rencontre intersubjective authentique peut amplifier un sentiment de reconnaissance réciproque, où " l'altérité ne fait pas altération " (Wisnann, 2017), quand, préalablement à tout discours ou à toute action, le respect de l'intimité de l'hôte préside sur la démarche de son visiteur. C'est parce qu'ainsi reconnu dans son intimité que l'autre peut étendre l'exercice de sa liberté, y compris dans des modalités pratiques lui permettant d'avoir un peu plus et un peu mieux de prise sur les contingences. Nous affirmons donc que la relation thérapeutique,

4 La praxis est une activité dont la finalité se trouve dans son exercice même. Elle est une formation de l'homme qui lui permet de s'améliorer et de s'accomplir au travers de l'expérience accumulée. L'art de soigner est entendu sous ce terme de praxis qui implique de se référer aux savoirs, de faire usage de la délibération et de s'appuyer sur une technè. Cette dernière est relative au savoir-faire pratique nécessaire à l'exercice d'un métier, et ici à un art de soigner qui ne saurait se limiter à sa seule dimension opératoire. Elle recouvre la notion d'un "bien faire" ou d'un "faire efficace" qui s'appuie sur une connaissance des gestes, des technologies (ici la science médicale) et des méthodes à appliquer.

5 Autrement dite "prudence" chez Aristote, elle est une vertu cardinale. Dans son acception contemporaine, on l'entend comme une sagesse pratique, encore nommée sagacité aujourd'hui. La *phronèsis* est le fait de bien agir au bon moment. " Elle n'implique pas seulement la raison, mais aussi le désir de bien faire ", lit-on chez Aristote.

forgée préalablement dans un lieu de soins, est la condition préalable et fondamentale d'un suivi à domicile. Une relation par laquelle le soignant s'engage en responsabilité à déployer ses qualités morales et interprétatives, au sens d'une compréhension sensible de ce dont il se trouve être le témoin et l'acteur, afin de faire œuvre de sagesse pratique.

C'est ainsi à une créativité adaptative que sera appelé le soignant-visiteur de l'instant où, entrant dans le domicile d'une personne dont il fait la visite, il saurait se délester des attributs coutumiers de sa fonction soignante dans l'institution (blouse, savoir, statut, rapport de pouvoir asymétrique sur la personne malade...). Il apparaît en effet que l'asymétrie inhérente à une relation de soin (Ricœur, 1994) n'est pas soluble dans ce changement de territoire, mais connaît un retournement et un déplacement. Retournement parce que le soignant se retrouve à son tour dépendant des habitudes de la personne dont il fait la visite et qu'il lui faudra les respecter ; déplacement parce que l'asymétrie soignant-soigné se perpétue sans que le lieu en fasse régulation comme cela était le cas dans l'institution. En résulte un sentiment d'inconfort éprouvé par le soignant dans ce contexte de pratique inhabituel qui, dans le même temps, l'élève en responsabilité tout en réduisant son pouvoir.

L'opinion brièvement abordée ici se rapporte aux personnes souffrant de psychose, même s'il est possible que les notions soulevées dans cette réflexion soient transposables en d'autres lieux et auprès d'autres problématiques. Il convient ainsi de rapporter le contexte socio-politique particulier de notre pratique et de notre étude, celui d'une banlieue paupérisée où la relation à la différence oscille sans nuance de généreusement magnanime à radicalement rejetante. Appartement chaotique ou intérieur " irréprochable " tel un magazine d'ameublement ; absolu dénuement ou envahissement de l'espace évoquant un syndrome de Diogène ; carcasse de voiture abandonnée dans un terrain vague... Autant de lieux, autant d'hommes différents. *Le retour à soi, en soi, chez soi s'effectue en des lieux inattendus assimilés par leurs habitants à*

une grotte, un refuge, une tanière, une cabane... Lieux parfois improbables, mais derniers lieux où l'homme soit en possibilité d'exister sans exigence de transparence, ni de comportement ou de performance.

Alors ? De l'ergon entendu en tant qu'" œuvre de l'homme " (Ricœur, 2006b), l'homme ne ferait-il pas œuvre par sa seule manière d'être, jusque dans son lieu de vie ? Voilà qui est encore interroger le rapport entre une intériorité souveraine et impénétrable et une extériorité pratique qui n'en est que le reflet incomplet et imprécis, tant l'homme n'est pas réductible à la somme de ses comportements. Parce qu'aller chez l'autre n'ira jamais de soi, il nous semble opportun de privilégier une lecture phénoménologique qui reçoit sans a priori ce que la conscience donne à voir et à penser, se laisse surprendre sans juger, et invite à modérer un interventionnisme discutable.

Pour joindre l'auteur :
laurentberges1@orange.fr

REFÉRENCES

Bachelard, G. (1957). *La Poétique de l'espace*. Paris, France : PUF " Quadrige ".

Bergès, L. (2014). *La prudence – une vertu pour agir l'accompagnement à domicile de personnes psychotiques*. DU d'éthique soignante et hospitalière, Université de Paris-Est Marne-la-Vallée.

Devers, G. (2012). Le Cadre juridique de la visite à domicile, *Santé mentale*, 170, 60.

Djaoui, E. (2012). Intervenir au domicile du malade psychique. *Santé mentale*, 170, 35-39.

Heidegger, M. (1958). *Bâtir, habiter, penser, Essais et conférences*. Paris, France : Gallimard " Tel ".

Goulet, M. et Drolet, M.-J. (2017). Les enjeux éthiques de la pratique privée d'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Bioéthique*, 6/6.

Maldiney, H. (1997). *Penser l'homme et la folie* (2e éd.) Grenoble, France : Editions Million.

Mascret, D. (2017). Les aidants familiaux, pièce indispensable de l'hospitalisation à domicile. Cahier santé *Le Figaro*, 191,278.

Mercuel, A. (2014). *Equipe mobile Psychiatrie – Précarité de l'hôpital Sainte-Anne*. Communication aux personnels de l'Unité d'hospitalisation de Saint-Denis, France.

Ricœur, P. (2006b). *Dictionnaire de la philosophie* (p. 989-991). Paris, France : Albin Michel " Encyclopædia Universalis.

Ricœur, P. (1994). *L'Éthique, entre le mal et le pire*. Entretien avec Yves Pélicier, Fonds Ricœur.

Sanchez, L. (2017). Le quotidien de Gérard auprès d'Anne-Marie, atteinte de maladie neuro-dégénérative. *Le Monde*, 73 (279).

Wismann, H. (2017). *Interrogation des valeurs et éthique des valeurs*. Communication présentée aux Masters et Doctorants de l'École éthique de la Salpêtrière, Paris, France.

BIBLIOGRAPHIE

Aristote (2004). *Ethique à Nicomaque*. Paris, France : GF Flammarion.

Aubenque, P. (2009). *La Prudence chez Aristote* (5e éd.). Paris, France : PUF " Quadrige ".

Baum-Botbol, M. (1994). *" Après vous, Monsieur ", Responsabilité – La condition de notre humanité*. Paris, France : Autrement.

Delsol, C. (2007). Introduction de " La Prudence ", Actes de colloque, Paris, Académie des sciences morales et politiques.

Friard, D. (2012). L'Esprit des visites à domicile. *Santé mentale*, 170, 28-33.

Ricœur, P. (2006a). *Dictionnaire de la philosophie* (p.569-578). Paris, France : Albin Michel " Encyclopædia Universalis.

Roustang, F. (2006). Indifférence au succès. Dans M. Sassolas (dir.), *L'Éloge du risque dans le soin psychiatrique* (p. 49-57). Toulouse, France : Erès.

Scelles, R. (2008). Ethique et idéologie : clinique du risque et de la prudence. Dans R. Scelles (dir.), *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques* (p.11-28). Toulouse, France : Erès.