

ETHIQUE et Visite/Déplacement A Domicile, VAD/DAD.

INTRODUCTION

Dans son essai intitulé *de la morale à l'éthique et aux éthiques*, Paul Ricoeur¹ pose cette question: « entre quoi et quoi les sentiments moraux font-ils suture ? Entre le royaume des normes et de l'obligation morale, d'un côté et celui du désir, de l'autre ».

Lorsque nous sommes prêts à travailler au domicile des patients, nous avons à nous interroger sur ce qui nous amène à prendre cette décision (norme sociale, habitude, désir de l'un ou de l'autre...) et si cette décision ne vient pas entraver la future rencontre. Entendons-nous une différence entre ces deux énoncés, dans la demande d'une personne handicapée ?

- « *Je voudrais voir un psy mais je ne peux pas me déplacer parce que je...*, (accident, grossesse, maladie, handicap) ».

- « *Pouvez-vous venir à mon domicile, je voudrais voir un psy parce que...* ».

Mon intervention a pour but d'interroger la question éthique lorsque nous pratiquons un déplacement à domicile, DAD, ou une visite à domicile, VAD, en particulier avec des personnes ayant un handicap. Pour cela, je m'appuierai sur mon expérience clinique. Je souhaiterais, à partir de 4 situations, vous faire partager l'émergence de quelques questionnements.

Dans notre éthique de psychologue, comment interrogeons-nous le handicap, la rencontre d'une personne différente ? Quelles sont nos représentations sur ces points et quelle pratique en résulte ?

Dans cet article, nous différencierons ce qui relève d'une *éthique de soin* de ce qui relève d'une *éthique relationnelle*.

Des questions difficiles peuvent surgir quand nous allons à la rencontre des personnes handicapées. Sont-elles reliées à notre inconscient et à ce que nous vivons dans l'ici et maintenant avec la personne rencontrée ? Qu'en faisons-nous ?

Nous allons réfléchir à partir des prises en charge qui m'ont le plus appris, c'est à dire celles qui ont été, à mon avis, des échecs. Ce sont ces situations qui m'ont amenée à me poser le plus de questions pour construire aujourd'hui un cadre et un dispositif me permettant d'être le plus souvent possible dans une rencontre potentiellement thérapeutique à domicile.

¹ RICOEUR P., essai (2002), « de la morale à l'éthique et aux éthiques », p.4.

1- ETHIQUE DE SOIN : PSYCHOTHERAPIE ET DEPLACEMENT A DOMICILE (DAD) OU THERAPIE DE SOUTIEN ET VISITE A DOMICILE (VAD) ? :

Existe-t-il des points communs et des différences en tant que psychologue, lors d'un déplacement au domicile d'un patient, lorsqu'on travaille en libéral ou lorsqu'on travaille en institution ?

Les psychologues pratiquent régulièrement des VAD dans certaines institutions. Ils sont un maillon dans une prise en charge globale impliquant d'autres professionnels.

Les limites de notre intervention seront d'office à poser autour de divers questionnements : pourquoi allons-nous à domicile et jusqu'où pouvons-nous aller ?

Nous pouvons discuter explicitement avec les personnes pour réfléchir ensemble aux raisons qui lui font accepter un ou plusieurs professionnels à son domicile. Chaque personne doit se sentir libre d'exprimer son accord ou son désaccord pour ces visites.

Quel est notre mandat et par qui nous est-il donné ? Ce mandat sera différent si ce sont les personnes visitées, l'institution ou les autres professionnels qui nous le donnent. Ceci aura des conséquences sur notre intervention. Une réponse claire à cette question avant tout déplacement ouvrira la possibilité pour la personne chez laquelle nous allons de construire sa propre demande.

Rester concordant avec notre éthique de travail garantit la position professionnelle que nous allons adopter ainsi que la place laissée à la personne. Notre « confort psychique » de travail va de pair avec celui de la personne qui nous reçoit. Par exemple, si on nous demande d'aller « surveiller », quelque chose ou quelqu'un, est-ce acceptable pour nous ?

Dans un cadre institutionnel, nous avons à définir, en cohérence avec le service dans lequel nous intervenons, notre propre rôle de psychologue. Ce peut être de garantir une écoute qui sera thérapeutique si ces VAD permettent de mieux repérer les difficultés. Ce peut être un accompagnement vers une prise en charge psychothérapeutique (avec un autre psy) ou bien pratiquer une thérapie de soutien. Lorsque les personnes ont des liens avec d'autres professionnels avec lesquels nous travaillons, nous devons réfléchir à ce que nous pourrions ou non partager avec eux. Cette réflexion pourra se faire avec la personne qui nous reçoit.

Notre éthique peut être entravée par différentes demandes de l'équipe. Si nous nous sentons submergés par ces demandes, il peut être difficile de garantir une écoute du patient. Des conséquences fâcheuses pour la relation nécessitent de les identifier et d'identifier le (ou les) demandeur(s).

En institution, de nombreux partenaires travaillent de concert. Des VAD peuvent avoir lieu avec un psychologue en position d'assurer des thérapies de soutien, qu'en est-il du psychologue-psychothérapeute en libéral ?

Je distingue², dans un article paru dans la revue *dialogue* au printemps 2007, le DAD, déplacement à domicile, en libéral de la VAD institutionnelle. En libéral, la demande émane toujours du patient de rencontrer le psychologue, le plus souvent pour une psychothérapie.

En tant que psychologue, nous avons à différencier une thérapie de soutien d'une psychothérapie pour limiter notre prise en charge à ce pourquoi nous sommes mandatés.

En libéral, nous pouvons être dans un lien psychothérapeutique qui peut avoir débuté en cabinet. Il arrive qu'un déplacement à domicile temporaire soit nécessaire. Dans d'autres circonstances, une demande de psychothérapie incluant d'emblée un DAD peut exister (personnes handicapées, femmes ayant une grossesse à risque qui doivent rester couchées...)

Dans le cas d'une demande de psychothérapie, le DAD implique que le psychologue soit en capacité de construire un cadre induisant une relation psychothérapeutique. Si l'on accepte de définir la psychothérapie, a minima, comme un passage ouvrant à des libertés et des changements pour la personne, de nombreuses difficultés spécifiques au domicile peuvent devenir des obstacles à cette psychothérapie.

Par exemple : dès le commencement, le seul fait de se rendre dans le bureau d'un psychologue crée une rupture, un changement dans la vie du patient. Quand le psy se rend à domicile, il élimine d'emblée cette première métaphore agie du changement et tout ce qui se passe psychiquement sur ce chemin.

L'attente dans son univers et l'arrivée du psychologue peut amplifier la sensation de perte de liberté et créer l'impression d'une intrusion. Pour y faire face, diverses stratégies relationnelles peuvent être mises en place par le patient. Offrir un café et discuter paisiblement de choses et d'autres peuvent laisser croire au patient que le psychologue est une relation comme une autre. Le psychologue doit pouvoir détecter ce qui se joue, ce qui se met en place ou non, ce qui se passe en lui pour analyser et travailler cette relation. Pour le psychologue, un DAD requiert une stabilité dans sa position professionnelle en même temps qu'une grande souplesse pour s'adapter sans ses mesures habituelles de protection qui sont, a minima, son bureau et ce qu'il y a mis. Il doit être en capacité d'intégrer un ailleurs qui ne lui appartient pas. Cet ailleurs est familier pour la personne. Si la surprise, l'inattendu sont propices aux nouvelles pensées, aux nouveaux points de vue, le psychologue qui se déplace au domicile des patients aura à intégrer rapidement certaines surprises spécifiques au domicile. Ceci lui permettra de rester disponible soit pour les utiliser dans la thérapie, soit pour retrouver sa disponibilité psychique qu'il peut avoir sur son propre « territoire ».

Un psychologue trop déstabilisé par ce que la personne peut oser vivre, montrer ou dire justement parce qu'elle est chez elle se trouvera envahi *émotionnellement, sensoriellement* ou/et *psychiquement*, entravant d'emblée l'existence même de la psychothérapie. Le DAD a ceci de particulier qu'il

² COHIER-RAHBAN V.,(2007), « Le Psychologue en libéral : périnatalité et déplacement à domicile », pp 129-149, in *Revue Dialogue – Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, N°175, « attachement et cliniques », 2007, 1^{er} trimestre.

convoque de manière démultipliée ces trois parties de l'outil principal du psychologue : lui-même³.

Le DAD est un acte, il ne doit pas être un passage à l'acte. Se rendre au domicile du patient donne une dimension particulière à ce déplacement dans le cadre d'une psychothérapie. Comment répondons-nous à une personne handicapée ? Quels critères avons-nous en tête pour repérer la demande et se dire que la psychothérapie peut se faire dans le contexte d'un DAD ? Les raisons qui nous amènent à prendre la décision d'aller au domicile d'un patient doivent être claires pour le psychologue, partageables et discutées avec la personne qui nous recevra peut-être. Lorsqu'un lien psychothérapeutique existe préalablement au DAD, il peut être modifié. La parole doit pouvoir circuler librement pour laisser le patient libre de continuer ou d'interrompre à tout moment cette pratique de DAD (et de VAD).

Travailler en libéral et se déplacer à domicile nécessite une supervision régulière pour ne pas se retrouver seul. Dans les institutions qui fonctionnent correctement, le travail d'équipe et en équipe est comme une enveloppe pour le psychologue garante d'un travail qui restera contenant pour le patient à son domicile. Les psychologues libéraux ont à fabriquer ou à s'insérer dans des lieux groupaux pour assurer cette fonction d'enveloppe et de contenant.

2- ETHIQUE RELATIONNELLE

A- SITUATIONS CLINIQUES et QUESTIONS GENERALES :

J'ai travaillé dans un CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) dans lequel j'ai fait savoir, dès le début, que je pouvais me rendre à domicile. Je m'appuierai sur 2 situations rencontrées dans ce contexte. Les réflexions qui ont suivi ont permis un changement dans l'équipe et ont abouti à des prises en charge différentes et apparemment plus utiles aux patients.

L'une de ces situations concernait un homme de 44 ans, Monsieur Marc, qui avait eu un AVC avec des conséquences très graves à la fois physiques et verbales amenant à des questions sur ses capacités mentales et sur les conséquences psychiques. Beaucoup de professionnels intervenaient à son domicile. La femme qu'il devait épouser avant l'accident a demandé mon intervention, ainsi que l'équipe pour des raisons non élaborées avant les VAD. Je me suis donc retrouvée dans une situation de demandes multiples qui m'ont mise en grande difficulté. Cette difficulté a émergé le jour où Mr Marc m'a demandé de l'accompagner aux toilettes pour l'aider à uriner.

La deuxième situation nous parle d'un homme d'une bonne trentaine d'année qui a eu un accident de moto à 20 ans. Il est handicapé moteur, nous le nommerons Monsieur Bip-bip. Je me suis déplacée à son domicile à la demande de l'équipe, une fois de plus sans travail en commun préalable. Ma difficulté a émergé quand, après avoir vu Mr Bip-bip de loin, traverser rapidement sur son fauteuil roulant électrique le centre commercial régional,

³ Pour plus de précisions sur les effets potentiels des DAD, se reporter à l'article précédemment cité de V. COHIER-RAHBAN.

il m'a reçue avec un de ses copains en me proposant de partager une bière avec eux.

Les deux situations en libéral concernent une demande qu'une collègue m'a rapportée. Il s'agissait d'une demande de thérapie de couple dans lequel Monsieur était handicapé moteur. Son fauteuil prenait tellement de place (...) que les discussions téléphoniques portaient au départ sur les dimensions du couloir, la largeur de la porte... etc. La collègue répondait, son mètre à la main, puis le résultat étant positif il ne restait qu'à définir le jour. Surprise : la journée impossible, le soir pas pratique et le samedi non plus. Il se trouve que ces personnes habitaient loin du cabinet. En libéral, cette donnée est importante. Cette psychologue était prête à accepter ce déplacement et au fur et à mesure de nos réflexions communes, nous nous sommes rendues compte que sa culpabilité motivait cette acceptation. Ces patients étant prêts dès le départ à venir puisque toutes les *dimensions* le permettaient en théorie. Nous pouvons nous demander si le refus de ce déplacement a évité l'échec de cette mise en place de psychothérapie.

L'autre situation en libéral me concerne. Madame Reine, une femme, ayant un handicap moteur, avait pris RV à mon cabinet. Elle l'a annulé le jour prévu et je lui ai proposé immédiatement de me déplacer à son domicile. Elle a accepté. Nous nous sommes entrevues une fois !

J'aborderai donc cette réflexion à partir « d'échecs » qui se construisent quand la réponse du professionnel le met en position de ne pas entendre la demande du patient.

Comment faire pour ne pas réussir la mise en place d'un processus thérapeutique ou pour l'empêcher d'émerger ? Par exemple, en pensant le domicile comme une réponse « venant de soi », une norme ou une évidence sous prétexte que la personne est porteuse de handicap (en particulier moteur) .

Est-ce un risque lorsque a priori nous sommes prêts à aller travailler au domicile des patients de le proposer d'emblée ? Habituellement, en particulier en libéral, les psychologues ne vont pas au domicile du patient. En général, les personnes qui font appel aux psychothérapeutes savent qu'ils se déplaceront eux-mêmes à leur bureau.

Que renvoie-t-on à une personne handicapée en lui proposant d'emblée de se rendre à son domicile ? Les VAD chez Monsieur Bip-bip sont absurdes. Il a la capacité de se déplacer, très rapidement ! Le DAD proposé d'emblée à Madame Reine est une catastrophe relationnelle immédiate. Le simple fait de proposer ce déplacement signe la fin de la relation.

Dans ces deux exemples, je leur fais savoir implicitement que je pense qu'ils ne sont pas capables de se déplacer par eux-mêmes. Je leur renvoie une image d'eux dévalorisée, amoindrie.

Une des difficultés à domicile est de construire un lien qui prendra sens dans la rencontre à la fois pour le patient et pour le psychologue, de mettre en place un engagement réciproque à condition d'être dans une position intérieure de psy sans entrer dans un autre rôle (par exemple celui d'une copine qui vient à la maison). Le travail peut devenir thérapeutique si en tant que professionnel nous n'infantilisons pas la personne avec une proposition non réfléchie avec cette personne et systématique de domicile.

Aucune réflexion n'a émergé chez les professionnels pour les VAD de Monsieur Bip-bip. Lorsque j'accepte ces VAD, comme tous les autres profession-

nels, chez le « petit jeune dans son fauteuil » il me place d'emblée dans cette position d'en prendre soin comme les autres le font. Je change ensuite de statut quand il me propose de partager une bière. Je deviendrais une bonne copine. S'il n'y a aucune demande de sa part c'est qu'aucune place ne lui a été donnée. Il est comme un grand adolescent encore un peu en colère (lorsqu'il évoque son accident) entouré de professionnels « maman ». Le personnel soignant est sa nouvelle famille avec laquelle il a bien l'intention de compenser de nombreuses pertes. Lorsque je vais prétendre entrer dans un travail psychique il fermera la porte. Si certains professionnels de l'équipe avait demandé mon intervention, Monsieur Bip-bip n'avait rien demandé. Il a eu la gentillesse de m'accueillir chez lui...

En tant que psychologue, j'aurais dû analyser cette demande de VAD avant de l'accepter. Un travail avec les professionnels en difficulté dans nos bureaux qui demandaient cette VAD eut été plus bénéfique à chaque protagoniste.

Ces quelques questions de base seront garantes d'une possibilité relationnelle pouvant devenir thérapeutique :

Qui demande cette VAD ou ce DAD ? Pour qui ? Pour quoi ? Ai-je laissé à la personne qui me recevra la possibilité d'exprimer sa réticence ou même son refus de me recevoir (même si la personne ne peut pas se déplacer) ? Dans ce dernier cas, comment pourrions-nous faire autrement ?

Répondre avant de s'engager dans un DAD ou une VAD va ouvrir la possibilité de construire un cadre dans lequel je vais pouvoir travailler.

Quand ce questionnement émerge après le déplacement, il est souvent trop tard, par contre il permet de repérer ses erreurs... puis de faire autrement.

Dans le CCAS où je travaillais, sans projet commun, ni réflexion commune sur le sens d'une VAD, une « aide » à domicile était donnée d'emblée.

En empêchant une réflexion différenciée selon les personnes et selon les objectifs de travail, le risque était d'effacer toute possibilité d'émergence d'une demande, de nier l'existence même du sujet.

De cette manière, la rencontre thérapeutique est alors d'emblée sérieusement handicapée.

B- NOS REPRESENTATIONS DE LA PERSONNE HANDICAPEE ET DU HANDICAP

En tant que professionnel, comment regarder, voir la personne quand je me rends à son domicile? Est-ce différent si cette personne handicapée vient dans mon bureau (quand c'est possible) ? Qu'est-ce que je donne à voir à cette personne de ma représentation du handicap en général et de sa situation en particulier ?

Lors de ma première visite chez Mr Marc gravement handicapé, j'ai été choquée par l'écart entre ma première vision dès l'ouverture de la porte de son appartement et ma rencontre avec lui quelques secondes plus tard. Pour entrer dans l'immeuble, il fallait sonner pour ouvrir une première porte publique. Puis un couloir, je tourne à droite, au fond une porte d'appartement ouverte. Personne ne m'accueille. Je vérifie le nom, frappe doucement à la porte. J'entends un son de femme au loin : « entrez » (j'apprendrai ensuite

qu'il s'agissait de l'aide à domicile). Une grande photo m'accueille datant d'avant l'accident. Monsieur Marc souriant donnant la main à sa future femme. Je me dirige vers la lumière au fond du couloir. Et je découvre cet homme maintenu de la tête aux pieds dans son fauteuil. Il me regarde à peine. Je lui dis bonjour et me présente tout en pensant à cette photo. Il me répond d'une voix dure et sèche, de la bave coulant sur son pull. Il présente des difficultés pour articuler mais je réussirai rapidement à le comprendre. Ma première rencontre avec Mr Bip-bip a été très différente. Je suis restée étonnée de ne pas le voir ou plus précisément de ne pas le ressentir « si handicapé que ça ».

Est-ce que j'aborde ces sujets ? Si oui, quand ? Comment ? Si non, que fais-je de mes ressentis et/ou de mes pensées ? Comment ce qui est tû traversera notre rencontre ? Quelle est ma position par rapport à cette personne avec son handicap avec lequel elle vit à sa manière ?

En ce qui concerne mon travail avec Monsieur Marc, c'est lui qui va m'aider à aborder ce choc. Qui est aussi le sien. Ce sont sa femme et les autres professionnels qui m'ont demandé d'intervenir à domicile. Monsieur Marc n'a rien demandé. Sa première demande va surgir après quelques rendez-vous lorsqu'il va me demander de l'accompagner aux toilettes. Les autres professionnels acceptent et en sont très gênés, en ce qui me concerne, je refuse d'emblée. A partir de là, nos échanges seront de plus en plus difficiles. En sortant de chez lui, mal à l'aise, je réfléchis plusieurs jours à ce qui s'est passé. C'est la supervision de cette situation qui va me permettre d'entrer dans une relation authentique avec Monsieur Marc. Choc et gêne si puissants seront restitués, abordés et élaborés, permettant à Monsieur Marc de prendre conscience de la violence de cette AVC qui l'avait laissé dans une sidération psychique et installé dans une violence relationnelle sans avenir. Pouvoir considérer cet accompagnement aux toilettes comme une première demande impliquait diverses hypothèses quant aux sens qu'elle pouvait avoir. La forme de la demande et son contenu, violence et intimité, nous ont amenés à élaborer la violence, l'infantilisation et l'intrusion qu'il avait à supporter au quotidien. Le passé et ses projets tels qu'ils avaient été stoppés par cet accident. Un présent qui imprégnait et avalait tout avenir devenu impensable.

En tant que professionnelle, j'ai à éclaircir les raisons de mes déplacements à domicile. Est-ce à cause du handicap et de la représentation que j'en ai ou pour la personne qui peut être dans cette demande pour elle à ce moment ?

Si je me déplace « à cause » du handicap sans en prendre conscience, cela va influencer, diriger cette rencontre qui revêtira alors de grands risques de ne pas devenir thérapeutique. C'est ce qui s'est passé avec Madame Reine et avec Monsieur Bip-bip.

Nous avons à nous interroger sur nos *a priori* : par rapport aux handicaps, par rapport aux personnes handicapées, par rapport au fait de travailler à domicile et par rapport au travail que l'on peut penser possible ou impossible en lien avec l'objectif que nous pourrions construire.

Qu'est-ce que la représentation du handicap ajoute ou enlève en nous et comment cela influe sur notre pratique, en particulier à domicile ? Implicitement, ceci veut dire que toute acceptation de domicile doit nous contraindre à répondre clairement à plusieurs questions, la principale étant « qu'est-

ce qui nous a fait accepter ou décider de nous rendre à domicile? » et après la première séance « qu'est-ce que j'ai ressenti quand je suis entrée chez cette personne et que je lui ai dit bonjour ? » C'est à dire : « qu'est-ce que sa situation de handicap m'a fait ? ». Nous avons vu que lorsque enfin je suis contrainte par Monsieur Marc de faire face à ces questions nous allons pouvoir travailler. Par contre, la manière dont j'ai pu laisser de côté ces questionnements avec Monsieur Bip-bip et Madame Reine a conduit à un échec caractérisé de mise en place d'une relation potentiellement thérapeutique. Dans cette équipe du CCAS, les VAD étaient souvent motivées par l'angoisse des autres professionnels et non par la demande du patient.

Dans un second temps, cette demande pouvait être co-construite avec le patient selon la mobilité de ce que j'avais en tête. C'est ce qui a pu se passer avec Monsieur Marc. Sinon, le patient n'avait aucune demande, et je participais activement à son infantilisation.

Les représentations inconscientes du handicap suscitent en général le rejet ou l'indifférence. Comment l'acceptation par le psychologue d'aller à domicile peut blesser la personne handicapée ? Qu'est-ce qui s'inscrit dans ce premier échange ? Le domicile peut être un refuge, le psychothérapeute peut « agresser » la personne en entrant chez elle.

Le domicile active de nombreuses émotions théoriquement bien contenues dans notre bureau. Le psychologue doit suffisamment anticiper pour penser le travail à domicile afin de pouvoir contenir ses propres ressentis et pour être en état de le faire pour et avec la personne rencontrée.

C- VALIDITE ET RISQUE de TOUTE-PUISSANCE

Quelles représentations avons-nous de l'autre qui n'est pas comme nous ? Par exemple est-ce que la maladie mentale est un handicap ? Sommes-nous du même avis que l'administration ?

Quels sont nos fantasmes et nos représentations liés à la validité comparée au handicap : la toute-puissance, la réparation, l'invulnérabilité... ? Notre éthique devrait nous contraindre à toujours nous interroger sur ce qui s'infiltré en nous dès notre rencontre avec une personne handicapée. Surtout si nous sentons une gêne, un malaise. Nous avons à nous y arrêter. Quelles peuvent être les conséquences dans la relation à l'idée d'une supériorité, voire d'une toute-puissance présumée que peut ressentir l'intervenant valide face à une personne handicapée ?

Le principe de réalité du handicap pourrait nous amener à réfléchir plus précisément à nos propres limites (comme dans toute situation clinique, mais avec une personne handicapée, il me semble que nous devons commencer par cette réflexion).

Se rendre à domicile dans ce contexte, sans réfléchir, sans sens partagé et co-construit en équipe et/ou avec le patient nous met de manière très efficace et intéressante dans une position de handicapé en tant que professionnel. C'est à dire, un psychothérapeute qui se retrouve très rapidement inapte à penser, qui se cogne dans ses propres limites. A ce moment, le psychologue a peu de chance de devenir thérapeute de soutien ou psychothérapeute.

Il me semble intéressant d'adopter certaines caractéristiques des groupes de personnes avec lesquelles nous travaillons. Si nous travaillons avec des personnes porteuses de handicap : elles sont confrontées à leurs limites quotidiennement (comme nous !) mais peut-être plus rapidement, plus souvent et différemment de nous. Si nous omettons de travailler sur nos propres limites de manière spécifique lors d'un travail qui se voudrait thérapeutique avec eux, alors serons-nous présents dans cette rencontre, avec eux ?

Au pire, notre travail sera sanctionné par lui-même, c'est à dire limité définitivement en raison de notre non-engagement sur ce terrain. Cette réflexion nous amène ensuite à un positionnement particulier et une représentation différente de nous-même et de notre travail avec cette personne là.

Concrètement, comment le faire ?

Réfléchir à nos propres limites n'est pas synonyme de limiter la prise en charge psychothérapeutique. Limitons-nous d'emblée une prise en charge en proposant systématiquement de nous rendre au domicile à une personne handicapée (exemple avec Mr Bip-bip ou avec Mme Reine) ou en l'acceptant systématiquement (exemple de réflexion pour la thérapie de couple) ?

Autre difficulté potentielle : si nous nous déplaçons à domicile parce que nous pensons que c'est bien ou mieux pour la personne, nous sommes dans une position de toute-puissance qui sera en général réduite à une impuissance totale par l'impossibilité de travailler. Dans une telle position, nous ne sommes plus en mesure de construire un cadre de travail susceptible d'être thérapeutique.

Vais-je à la rencontre du handicap ou de la personne handicapée ? La VAD ou le DAD doivent être pensés de manière à être opérationnels c'est à dire rendre possible cette rencontre entre êtres humains.

L'argument le pire pour motiver une VAD ou un DAD est « c'est plus pratique » : pour qui ? est-ce que la vie est pratique ? Comment dans sa vie cette personne résout les problèmes pratiques qu'elle rencontre ?

Et nous, comment faisons-nous ?

D- DOMICILE ET RISQUE d'INTRUSION PSYCHIQUE

De nombreux professionnels pratiquent les VAD : les médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, aide-ménagères, plombiers... mais pas souvent les psychothérapeutes. Pour tous ces autres professionnels, un cadre clair et pré-établi existe : le médecin se déplace parce que la personne est trop malade, chacun sait à quoi s'attendre : examen, diagnostic puis ordonnance, l'infirmière vient pour certains soins prévus à l'avance (piqûres, pansements...) etc. Chacun sait pourquoi le professionnel se rend au domicile et ce qu'il vient y faire.

Qu'en est-il au sujet du psy ? Pour nous, le cadre n'est pas préalable. Nous avons à l'anticiper, l'élaborer puis le construire avec la personne. Dans un second temps, nous aurons à réfléchir avec le patient à cette décision pour construire un cadre dans lequel nous pourrions travailler ensemble. Est-il fondamental pour toute personne qu'elle ait la possibilité à tout moment de notre travail commun de refuser que nous venions chez elle ? Lui laissons-nous ce choix ? Pourquoi y être attentif ?

Est-il possible qu'une personne ait peur d'une intrusion psychique, d'un envahissement intérieur lors d'un travail psychothérapique ? Est-ce que l'acte de nous déplacer à domicile peut être une métaphore de cette crainte, voire de cette angoisse.

Nous savons que de nombreux professionnels se déplacent à domicile pour les personnes handicapées dépendantes a minima. Que reste-t-il de l'intimité et de l'intime de la personne ? En tant que psychologue et/ou psychothérapeute, garder cette préoccupation en tête garantira le respect de cette personne.

Nous pouvons nous interroger sur ce que représente pour chacun d'entre nous notre maison, notre « intérieur ». Ainsi, nous pouvons commencer à le penser en terme d'importance pour la personne qui nous reçoit. En particulier lorsque cette personne a perdu son autonomie lui permettant d'entrer et de sortir librement de chez elle. Ce peut-être un sujet à aborder qui permettra à la personne d'ouvrir certaines portes et surtout lui laisser la liberté d'en fermer d'autres...

Nous sommes ici encore, dans les questions de limites, mais aussi d'enveloppes. Comment les murs d'une maison peuvent y contribuer ou y ont contribué dans certaines histoires individuelles ? Au contraire, comment la maison a-t-elle été un endroit à risque ? Penser à une possible violation de l'autre ou d'une violence envers la personne quand nous allons à son domicile est propice à la construction d'une relation de confiance. Ceci ouvre à diverses possibilités pour la personne qui retrouve ainsi une part de liberté (accepter ou refuser) et qui se sent respectée (lorsque ses réticences et volontés sont entendues). L'alliance thérapeutique et la sécurité dans la relation sont alors bel et bien en construction.

Enfin, pour reprendre les propos de Simone KORFF-SAUSSE lors de son intervention à la journée de la WAIMH du 21/6/07⁴, « le handicap est marqué par l'idée d'irréversible ».

Cette idée peut-elle être renforcée par la pratique d'emblée du travail à domicile ?

La personne peut penser « je ne suis même pas capable de me rendre chez le psy ni ailleurs ». Comment participons-nous parfois, malgré nous, à un assistantat immodéré porté par des pseudos « bonnes intentions » et son cortège de conséquences en particulier sur le psychisme de la personne, son regard sur elle-même... ?

Quelles peurs peuvent me pousser, moi, psychologue, à proposer trop rapidement de me rendre à domicile plutôt que de prendre le temps de discuter de cette possibilité avec le patient ? L'éthique rejoint-elle la question de la liberté ? Donner le choix à toute personne de nous recevoir à son domicile, vérifier qu'elle pense bien l'avoir et qu'elle peut exercer ce choix touche-t-il aussi à la possibilité pour la personne de maintenir ou rétablir l'estime d'elle-même ?

⁴ Colloque de l'association WAIMH francophone, psynem@necker.fr, publication des actes en cours.

CONCLUSION

Vous aurez sans doute remarqué que j'ai parlé de « personnes handicapées », de personnes « porteuses de handicap » ou qui « ont un handicap ». J'aurais pu aussi employer l'expression : « personne en situation de handicap ».

Si notre langage peut révéler notre manière de penser le ou les handicaps, nous avons aussi à entendre comment ces personnes parlent elles-mêmes de leur handicap. Est-ce une base d'identité solide ? est-ce une partie de leur identité ou est-ce en devenir ? Comment la personne pourra penser son handicap pour l'intégrer dans sa vie, c'est à dire pour vivre avec en limitant les souffrances qui y sont liées ?

Si nous gardons à l'esprit que se déplacer au domicile du patient est une pratique qui présente des risques, nous ne pouvons pas faire l'économie de nombreuses questions (non exhaustives) telles que celles présentées ici. Il est aussi important de rappeler qu'une pratique à domicile avec une bonne indication et respectueuse à tout moment du fonctionnement du patient et de sa famille apporte de nombreux bénéfices aux patients.

E. HIRSCH au cours de ce colloque a défini « l'éthique comme l'art du questionnement », ajoutant « l'éthique n'a jamais de réponse ». Puis il précise que la « psychologie est l'art de la prudence ». Dans notre profession, le questionnement serait-il une denrée recyclable ? En effet, ce questionnement ne trouve des réponses qu'au cas par cas et parfois au jour le jour. Les réponses sont de notre responsabilité et nous laissent parfois l'impression de « travailler sans filet » comme l'a dit R. SCHELLES dans cet atelier. Ce questionnement toujours renouvelé et renouvelable est le garant d'une rencontre et d'une pensée vivantes.

Pour conclure, n'oublions pas ces personnes, qui ont un handicap, pour lesquelles nous pouvons avoir à nous déplacer à domicile et qui font appel à nous pour élaborer des problématiques autres que celle du handicap. Pour certaines personnes, le handicap n'est plus une souffrance, il peut ne représenter que des difficultés d'ordre pratique et nous avons à rester ouverts à leurs autres préoccupations.

Si nous gardons notre être disponible à cette éventualité, peut-être ouvrons-nous la possibilité d'une rencontre simplement humaine.

REMERCIEMENTS à Fattaneh MALEKI, psychologue clinicienne, pour ses réflexions critiques et constructives.

BIBLIOGRAPHIE :

- BARRACO-De PINTO M., LAMOUR M., (2003), « Approche à domicile et travail en réseau dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles », spirale, N° 25, pp. 117-132.
- COHIER-RAHBAN V., (2007), « Le Psychologue en libéral : périnatalité et déplacement à domicile », pp. 129-149, in Revue Dialogue – Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille, N°175, « attachement et cliniques », 2007, 1^{er} trimestre.
- CAPPONI I., HORBACZ C., (2007), « femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ? », pp. 115-127, in Revue Dialogue – Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille, N°175, « attachement et cliniques », 2007, 1^{er} trimestre.
- MOLENAT F., (2001), « Naissances : pour une éthique de la prévention », Toulouse, Erès.
- RICOEUR P., (1990), « Soi-même comme un autre, Le Seuil.
(2002), essai, « de la morale à l'éthique et aux éthiques »