

Quelques méditations pour l'été...

Lors des JNE de 2025 qui ont eu lieu à Marseille, centrées sur la santé mentale, un questionnaire a été proposé concernant à la fois les pratiques, les besoins en formation et en connaissances que les ergothérapeutes souhaiteraient accueillir. Les résultats de cette enquête seront à paraître dans le prochain LME. Toutefois, un chiffre m'a déjà interpellée, concernant le courant de pensée que les ergothérapeutes souhaiteraient approfondir, car il s'agit du **courant de l'apprentissage** et donc des TCC. Ce courant de thérapie imprègne de plus en plus les pratiques en psychiatrie, voire en santé mentale au sens plus large.

Guilhem Montalbano, également lors des JNE, nous avait bien décrit les risques de dérives autour du sujet de la santé mentale, en lien avec **une vision trop néo-libérale de la santé**, centrée sur la responsabilité personnelle concernant la bonne santé mentale. Cette invitation faite à chaque personne de prendre en charge sa propre santé mentale, vient en effet, dédouaner les politiques de s'engager dans des transformations, en agissant sur les environnements toxiques, les situations de destructions des lieux de vie et autres situations de déplacements ou migration non souhaitées. Par exemple, parler et soigner l'éco-anxiété, reviendrait, vu sous un certain angle, à ne s'occuper des résultats et pas de la cause initiale (Montalbano, 2025).

L'ancrage de nos pratiques sur la santé au sens large, se situe dans **notre méta-environnement**, la société. Il y a 20 ans, les psychanalystes interrogeaient déjà *« l'évolution des pratiques psychomédicales depuis plus de 25 ans évoluent aux Etats-Unis vers une psychologie "environnementale" qui vise à promouvoir l'individu modelé à l'image de l'entreprise néolibérale et le réduit à la somme de ses comportements. »* (Gori, Hoffman, Vanier, 2005).

Les thérapies comportementales et cognitives ou TCC sont une des applications de **la psychologie expérimentale**. Elles ont évolué en fonction des progrès de cette discipline. Ce courant se base sur des théories, plutôt centrées sur l'apprentissage et qui ont donné naissance à des thérapies et à des outils spécifiques. Dans ce domaine, la thérapie « devrait » donc se fonder sur des connaissances issues de la psychologie « dite » scientifique et qui cherche une reconnaissance au même titre que les sciences expérimentales. Mais qu'en est-il de ces présupposés ?

En lisant l'article de Thomas Rabeyron qui évoque **les affinités idéologiques qui relient la vision néo libérale et les TCC**, je me suis sentie interpellée sur le sens de l'émergence de ce courant de thérapie au cœur de notre vision sociétale mondiale (notre méta-méta-méta environnement). Le titre de cet article en dit déjà long, en parlant d'*« un tsunami cognitivo comportemental en Grande-Bretagne »*, qui aurait conduit à détricoter le système de santé anglais, favorisant des pratiques particulières, liant étroitement économie et santé...

« Le courant des TCC a en effet pu prendre de l'ampleur dans ce pays grâce à la rencontre d'un économiste influent, Richard Layard (2011), avec l'une des figures de proue des TCC, David Clark (2011). Ils proposèrent ensemble un new deal concernant les troubles anxieux et dépressifs avec l'idée que l'on pourrait soigner ces pathologies à faible coût – 750 livres par personne – grâce aux TCC. »

« Ainsi dans ce modèle, soit nous sommes heureux, soit nous souffrons d'une maladie mentale. L'état psychique du sujet devra donc être mesuré afin de déterminer dans quelle catégorie il se situe grâce à des questions de ce type : « A quel point êtes-vous déprimé sur une échelle de un à cinq ? ». Un vécu subjectif est ainsi transformé en un chiffre lui donnant une apparence de scientificité. » (Rabeyron, 2020).

Cet article porte donc sur **une analyse critique de l'évolution des prises en charges psychothérapeutiques** et même s'il est clair qu'il ne s'agit pas de notre métier, il reste toutefois très intéressant pour mieux comprendre les TCC, auxquelles se réfèrent de nombreux ergothérapeutes qui ont le sentiment que ces thérapies sont plus scientifiques et donc relèvent de preuves probantes. Or cela n'est pas si sûr et je vous invite à lire cet article de Thomas Rabeyron où il évoque comment les TCC ont « *construit un mythe sur leur origine, reposant sur reposant sur l'idée, mensongère et démentie par la recherche empirique, de leur supposée meilleure efficacité en rapport des autres approches* ». (Rabeyron, 2020).

Ces théories s'appuient donc volontiers des références neuronales, cérébrales ou parfois mêmes sur des références issues de normes de comportement socialement admis par le plus grand nombre. Les formes de thérapie qui découlent de ces théories, sont plutôt des thérapies du moi de la personne, dans sa dimension consciente, logique, réflexive. **Les TCC fleurissent sous des formes très diverses**, en dehors des thérapies individuelles assurées par les psychiatres ou les psychologues, le plus souvent dans des programmes de type remédiations cognitives, dans le contexte de la réhabilitation psychosociale, et peuvent être aussi le support conceptuel de groupes de psycho-éducation.

Les concepts psycho-dynamiques ont baigné ma façon de penser la dimension psychique de la personne, mais j'ai quand même été me former aux thérapies brèves (troisième vague des TCC). Je souhaitais en effet, mieux comprendre **ce virage de la psychiatrie vers les TCC**, afin de pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes que j'accompagnais, dans une intention intégrative. Cette formation était transversale et j'étais donc seule ergothérapeute au milieu de médecins, psychologues, infirmiers. (Institut Uthyl).

Lors de cette formation, j'ai pu ainsi expérimenter **plusieurs méthodes** telles que l'hypnose, la thérapie orientée solution, les thérapies stratégiques, les thérapies narratives. J'ai pu constater leurs intérêts mais aussi leurs limites. Personnellement, l'utilisation de protocoles, d'échelles ou de toute autre méthode toute prête à l'avance comme un programme « clefs en main », n'a pas été la plus pertinente pour ma pratique. Dans la mesure ce que je cherche toujours à soutenir, est une position active du patient, une cocréation d'outils ou de séance, une méta-position des personnes sur ce qui leur arrive et sur les soins qui leur sont proposés, bref la force de la motivation intrinsèque, alias le fameux désir dont on ne parle plus guère.

L'inconvénient des **formations transversales** est de diluer notre identité professionnelle, l'avantage est de mieux connaître ce qui est proposé par nos collègues et de nous inscrire dans une équipe pluridisciplinaire. Tout l'enjeu reste alors de pouvoir conserver une vision d'ergothérapeute pour un relecture et une intégration éventuelle d'outils, de concepts ou de pratiques qui peuvent enrichir les nôtres. Qu'il s'agisse de concepts occupationnels, psycho-dynamiques, systémiques, cognitivo-comportementaux, humanistes, philosophiques ou autres, nous pouvons trouver une façon de les intégrer dans notre intention d'aider la personne à s'aider elle-même, pour devenir autonome sur le plan physique ET psychique, au niveau souhaité par elle dans son parcours de soin et surtout, dans son projet de vie.

Une piste est peut-être possible, consistant à faire **une « traduction » en mode PEO ou POE**, c'est-à-dire en observant et en tenant compte des interactions personne-occupations-environnement. Il ne s'agit pas de suivre le modèle PEO-P (Cattin, 2017) qui met en place le terme de performance et donc qui prend un sens particulier à nos oreilles françaises (en tout cas aux miennes...). Sans compter que le terme de performance, du côté du sens, vient s'inscrire comme un écho aux visions néo-libérales et au culte de l'homme et de la femme performant.e...Il reste donc à méditer avant de l'utiliser, quelque soit la définition qui lui soit donnée dans un modèle, issu d'un autre environnement.

Peut-être les trois sphères PEO (ou POE, ou encore un autre acronyme que vous pouvez personnaliser selon votre façon de penser, réfléchir votre pratique), pourraient-elles devenir juste **une structure à penser, simple et universelle...** Personnellement, ce que je mettrais dans ces trois sphères indique une façon de voir qui m'est propre et je parlerais donc :

- De la personne dans toutes ses dimensions et surtout, sans oublier le psychisme (et l'intrapsychique, alias l'inconscient) et sans le réduire aux seul.e.s cognitions, affects, pensées ou émotions qu'il contient aussi
- Des occupations/activités/médiations, avec le choix du terme, selon les affinités de chacun.e avec ces termes et prioritairement, selon les affinités de la personne accompagnée (et peu importe les définitions de papa ou maman, nos modèles d'identification premiers)
- De l'environnement physique, en tant que cadre thérapeutique, milieu écologique (miso et macro) et en tant qu'environnement humain, relationnel (relation d'objet, relation à autrui, personnes ressources, animaux, groupes, associations...)

Et vous ? Qu'y mettriez-vous comme mots clefs ? Vous personnellement...

Et les personnes que nous accompagnons qu'y mettraient-elles ? Avec leurs mots, leurs intentions, leur désir conscient (et inconscient, bien sûr !)

Margot-Cattin, I. (2017). Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP). In M.-C. Morel-Bracq (Dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 63-72). Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Montalbano, G (2025). « Le piège de la santé mentale ». In "La santé mentale dans toutes nos pratiques, on en parle ? », actes des JNE de Marseille 2025 (page 43). Ed ANFE.

<file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/les-tcc-ne-sont-pas-des-psychotherapies.pdf> (Pf Romand Gori , Pf Christian Hoffman, Pf Alain Vanier, professeurs de psychopathologie)

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02472382/document> (Du néolibéralisme au Tsunami Cognitivo-Comportemental en Grande Bretagne : Est-il encore temps pour la France d'éviter la catastrophe britannique ? Thomas Rabeyron, Professeur de psychologie clinique et psychopathologie)