



Muriel LAUNOIS

Ergothérapeute DE
Enseignante en IFE et formatrice ANFE
Formation à l'hypnose Ericksonienne et aux thérapies brèves
Créatrice du site ergopsy : www.ergopsy.com

muriel.launois@laposte.net

Activités ou médiations ?

Comment une activité ou une médiation peuvent-elles être ou devenir thérapeutiques ?

Activities or mediations ?

How can an activity or mediation be or become therapeutic ?

Résumé :

Notre pratique en ergothérapie, multiple, variée, polyvalente, s'inscrit dans l'espace sociétal du soin qui évolue vers un modèle bio-psycho-social. Notre pratique trouve aussi des échos dans les concepts issus des modèles de l'occupation humaine. En santé mentale, l'émergence des psychothérapies dites intégratives nous ouvre la voie d'une ergothérapie capable, elle aussi, d'intégrer plusieurs modèles et outils de thérapie. Cet article se propose donc de développer les différentes expériences signifiantes que peuvent proposer la matière, la technique et les objets. Il cherche également à faire émerger une réflexion sur la différence entre les termes d'activité et de médiation. Ces deux termes offrent toute une palette d'outils à la personne en souffrance – être, éprouver, faire, dire, se dire et se transformer – et donnent ainsi du sens à ce qu'elle vit.

Summary:

Our practice in occupational therapy, multiple, varied, versatile, is part of the societal care space that is evolving towards a bio-psycho-social model. Our practice is also reflected in concepts derived from models of human occupation. In mental health, the emergence of so-called integrative psychotherapies opens the way for an occupational therapy that can also integrate several models and therapy tools. This article proposes to develop the different meaningful experiences that material, technique and objects can offer. It also seeks to bring out a reflection on the difference between the terms of activity and mediation. These two terms offer a whole

range of tools to the person in pain, to be, to feel, to do, to say, to talk and to transform the self, and thus to give meaning to their experience.

Mots clés : Ergothérapie, Expériences significantes, Activités thérapeutiques, Médiations.

Keywords: Occupational therapy, Meaningful experiences, Therapeutic activities, Mediations.

INTRODUCTION

La pratique de l'ergothérapie s'inscrit de plus en plus clairement dans une orientation centrée sur l'occupation humaine, au sens le plus large et le plus noble de ces deux termes : occupation et humain. La notion de l'occupation nous conduit directement à celle d'activité, même si les deux ne se recoupent pas complètement ; et pourtant nous retrouvons aussi, sous la plume de certains ergothérapeutes, la notion de médiation. La distinction entre une activité et une médiation nécessite de se pencher sur leurs fonctions thérapeutiques respectives, en se demandant tout d'abord si elles sont des objectifs ou des moyens et quelles sont les expériences significantes qu'elles peuvent proposer à une personne.

Ainsi, nous pourrions mieux appréhender l'intérêt d'utiliser des matières, des matériaux, des techniques, afin que chaque personne puisse trouver une palette d'outils à sa disposition pour son projet de vie personnel et que chaque thérapeute développe les outils qui lui semblent les plus pertinents pour sa pratique. Avant de proposer quelques pistes de réflexion, je vous propose un petit détour, avec une paire de lunettes, parfois un peu psychodynamique, sur le monde du soin dans lequel nous exerçons. En effet, si notre spécificité se déploie dans notre capacité à penser et à agir autour des activités/médiations dans une relation médiatisée, nous sommes au cœur d'une équipe pluridisciplinaire en santé mentale, et donc plongés dans l'évolution des modèles de soin sociétaux et de celle des modèles interdisciplinaires de psychothérapie.

PARADIGMES DU SOIN ET MODÈLES INTERDISCIPLINAIRES

Le modèle de soin biomédical, qui proposait un travail sur la personne en tant que porteuse d'un symptôme, d'un problème, ou d'un trouble à guérir (avec l'attente de la solution apportée par un soignant extérieur, supposé savoir et pouvoir guérir), cède peu à peu la place au **modèle bio-psycho-social**. Dans ce modèle, le sujet est au centre du soin, avec toutes ses facettes psychiques, biologiques, cognitives, sociales, et les thérapeutes proposent des outils dont la personne va ou non s'emparer pour évoluer, trouvant ainsi ses propres solutions.

Notre pratique en ergothérapie en « psy » s'est fondée et se fonde encore dans le creuset des modèles de psychologie ou de psychothérapie. Selon les auteurs, les différents types de psychothérapie se compteraient par centaines, voire davantage : il est donc parfois difficile de savoir à laquelle se référer. En « psy », **le soin psychique**, lorsqu'il est centré sur le sujet, se décline sur un continuum reliant deux propositions, qui peuvent être complémentaires, même si elles sont encore souvent vécues comme opposées. Ces deux propositions se situent métaphoriquement, de la surface à la profondeur, du comportement visible à l'intrapsychique. L'une de ces propositions est sous-tendue par une volonté d'aider la personne à retrouver un comportement plus adapté à une vie sociale « normale ». Cette orientation se réfère souvent aux

modèles interdisciplinaires des TCC (Thérapies cognitivo-comportementales) qui se sont appuyés principalement sur les théories de l'apprentissage et qui ont développé des outils de thérapie souvent très protocolisés. Ces outils présentent des intentions de modification des pensées et des jugements dits « erronés » (biais cognitifs) par imagination puis par immersion (mise en situation). L'autre proposition est celle d'un cheminement au cœur de soi-même qui donne le sentiment à la personne d'être entendue et reconnue dans sa singularité. Ce type de soin repose sur un travail d'introspection, une psychothérapie personnelle ou groupale, proposant un travail sur les conflits intrapsychiques. Cette orientation se réfère, le plus souvent, aux modèles interdisciplinaires d'inspiration psychanalytique qui ont permis de développer des outils de thérapie comme la psychanalyse, la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, la psychothérapie verbale.

Les modèles issus du courant humaniste se sont inscrits en réaction à ces deux grandes lignées. Carl Rogers (2008) en a été le fondateur en introduisant les mots clés d'« empathie » et d'« authenticité » qui lui ont permis de développer un outil de communication, la reformulation, pour la relation d'aide. Les ergothérapeutes en « psy » s'appuient aisément sur cet outil de communication, simple à employer, permettant aussi de réfléchir à nos attitudes et à l'impact qu'elles vont avoir sur la personne. D'autres modèles, comme ceux des thérapies systémiques et familiales, prennent en compte les notions de systèmes groupaux, familiaux et sociaux, inscrivant la personne dans ses différents groupes de vie. Actuellement, la « tendance » des psychothérapeutes est d'utiliser et de développer des **outils pragmatiques de thérapie** dans une dynamique intégrative, utilisant des outils issus de différents courants et privilégiant l'efficacité à la conceptualisation. Le courant des thérapies intégratives compte dans son sein, entre autres thérapies, les thérapies dites brèves comme l'hypnose ou l'EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*) et les thérapies orientées solutions, narratives, stratégiques, etc.

MODÈLES APPLIQUÉS EN ERGOTHÉRAPIE

Du côté de notre pratique en ergothérapie, les modèles conceptuels se développent, s'écrivent, circulent d'un continent à l'autre, s'adaptent plus ou moins d'une culture à l'autre. Une meilleure définition de notre métier se déploie donc de plus en plus. **En ergothérapie, dans le domaine de la santé mentale**, il demeure parfois difficile de faire le pont entre des pratiques psychodynamiques centrées sur l'humain, qui ont été le terreau fertile de bon nombre de nos collègues, et des pratiques qui peuvent sembler davantage centrées sur la notion d'activité et de volonté consciente.

Le modèle de **Kawa**, mis au point par Michael K. Iwama (2006) et son équipe, nous ouvre des perspectives sur l'intérêt de l'utilisation des métaphores, mais ne doit pas faire oublier que tout le monde ne baigne pas dans les mêmes eaux métaphoriques et qu'il serait judicieux d'aider la personne en souffrance à trouver sa ou ses propres métaphores de vie. Le **modèle de l'occupation humaine** de G. Kielhofner (2008) nous donne des pistes pour mieux définir nos domaines d'intervention et réfléchir à la place de l'occupation dans la vie de la personne. Ce modèle s'appuie sur la notion d'identité occupationnelle de la personne, proposant un travail sur la prise de conscience de ses capacités et ses projets. S'il prend en compte la notion de subjectivité de la personne, il reste toutefois plus dans le domaine conscient de la motivation que dans le domaine du désir inconscient de la personne. Le **MCREO** (Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel : Townsend *et al.*, 2013) souligne les différentes

facettes de la personne, y compris celle de la spiritualité, et nous rappelle aussi qu'il faut tenir compte de son sentiment de satisfaction.

Dans le domaine psychodynamique, **D. Winnicott (1975) et son espace transitionnel** reste une référence importante car tout se passe dans cet espace d'entre-deux, qui sépare et qui relie l'extérieur. Parfois, cette référence peut sembler un peu vieillie, même si I. Pibarot (2013) la remet au goût du jour avec son livre sur l'ergologie. Il m'a semblé aussi en retrouver l'écho dans le livre de S. Meyer (2013), reprenant les travaux du groupe Enothe (*European Network of Occupational Therapy in Higher Education*) lorsqu'elle évoque « le faire, l'espace interne et externe du faire ». Je reste aussi attachée à ces trois espaces dont Winnicott nous a ouvert les portes, pour lire les différentes situations, autant pour le patient, pour une activité que pour notre pratique dans un sens plus global.

Ces trois espaces peuvent se décliner en de nombreux mots clés : l'**espace intérieur**, celui qui est au plus proche du sujet, de son désir, de son fonctionnement psychique et qui contient toutes les facettes de l'humain, quel que soit le nom que nous pouvons leur donner (conscient et inconscient, cognitions simples et fonctions exécutives, corps et esprit, etc.) ; l'**espace intermédiaire**, où tout va se jouer, ce fameux espace héritier de l'espace transitionnel qui sépare *et* relie et qui peut, lui aussi, prendre différents aspects (cadre thérapeutique, salle d'ergothérapie comme métaphore de cet espace intermédiaire, feuille blanche ou matière brute, etc.). L'**espace extérieur** vient, lui, inscrire la présence de l'autre, de l'environnement, du monde. Il se propose comme une enveloppe contenant, comme un lieu de tissage et de nouage des interrelations, ou encore comme un espace où le principe de réalité, source de limites, de références, d'identifications, de sens, laisse des empreintes qui s'inscrivent en nous (représentations sociales, codes communs, loi universelle, etc.).

Affirmer les bases d'une ergothérapie holistique et, pourquoi pas, intégrative de plusieurs modèles pourrait être une proposition intéressante pour les années à venir. Cette vision permettrait de relier des pratiques parfois très éloignées et bien différentes, selon nos lieux d'exercice, mais aussi selon l'espace vers lequel nous tournons préférentiellement notre regard à partir de l'espace intermédiaire où nous nous situons tous et toutes. Un tel travail d'intégration se dessine dans les nombreuses publications de l'ANFE (Association nationale française des ergothérapeutes) et dans la création du GRESM (Groupe de réflexion sur l'ergothérapie en santé mentale).

OCCUPATION HUMAINE ET ACTIVITÉ OCCUPATIONNELLE

En ergothérapie, nous proposons une thérapie pratique et active, au plus proche des occupations de la personne. Il est donc important de bien définir ce que nous entendons par cette notion d'**occupation humaine**. S. Meyer (2013), au chapitre IV de son livre, nous rappelle que les occupations sont « innombrables et variables », qu'une occupation prend sens dans une culture particulière et que plus ce « sens est positif, plus l'individu serait enclin à la poursuivre ». Nous pouvons y retrouver là la notion d'activité signifiante pour la personne, qui va donner du sens à sa vie. La notion d'occupation est au cœur de notre vie car elle lui donne un but, une orientation.

Toutefois, cette notion se réfère parfois encore, pour nous francophones, à une dimension vécue comme restrictive, voire péjorative. Nous entendons encore très souvent cette distinction entre une activité « **juste occupationnelle** » et une activité « **vraiment thérapeutique** ». Suivant les

lieux de pratique, les demandes institutionnelles ou médicales, les rôles définis ou les habitudes (voire les dérives), ces deux types d'activités seront pratiqués par différents soignants. Les glissements de tâches, les compétences transversales, les confusions ou les co-animations suscitent souvent de nombreux débats, parfois vifs, qui s'ancrent dans des histoires institutionnelles ayant parfois plus de poids que les rôles et compétences, celles-ci étant définies au sens des enseignements initiaux ou des textes de loi.

Cette dimension occupationnelle, dans ce sens quelque peu restrictif, est parfois la seule qui semble intéresser aussi le ou la patiente à qui nous proposons des séances de thérapie. Ce quiproquo entre l'intention de la personne de s'occuper, s'amuser, de remplir son temps libre (ou vide) et nos intentions thérapeutiques plus « sérieuses » peut finalement devenir une occasion qui motive la personne dans ses soins.

DOMAINES D'INTERVENTION EN ERGOTHÉRAPIE

Selon les besoins et projets des personnes, mais aussi selon les lieux dans lesquels nous allons travailler, nous pourrions nous orienter vers différents domaines d'intervention. La classification la plus employée est celle qui organise les activités **en trois domaines** : les activités dites productives (activités liées au travail, études, activités rémunérées, activités d'entretien du ménage, cuisine ou encore bénévolat), les activités dites de loisirs (actifs, sportifs ou plus tranquilles, culturels, créatifs ou encore réalisés dans un cadre associatif) ou les activités de soins personnels (hygiène personnelle, façon de s'alimenter, de se soigner, de prendre soin de soi sur le plan physique et psychique).

Nous allons intervenir dans ces différents domaines à l'aide de **différents outils** : bilans, éducation thérapeutique, exercices de remédiation cognitive, activités visant l'autonomie, en milieu artificiel et dans des milieux les plus écologiques possibles, activités créatives et d'expression, groupes de thérapie, ateliers artisanaux. Autant de noms variés (ateliers, groupes, activités, médiations, exercices) dont l'impact sur nos intentions comme les processus thérapeutiques susceptibles de s'y déployer seront à analyser le plus finement possible.

En santé mentale, psychiatrie et psychologie médicale, nous pouvons nous référer aussi à ces domaines d'intervention, en fonction des besoins, demandes et désirs des patients. Toutefois, des nuances seront à apporter. Ainsi, il est peu judicieux de se centrer sur des bilans pour une personne déprimée qui présente des difficultés dans le domaine de la vie quotidienne, alors qu'elles se résoudront le plus souvent d'elles-mêmes avec l'amélioration de son état dépressif. Proposer des adaptations, mêmes pertinentes, à une personne déprimée qui ne se perçoit pas comme méritant un tel intérêt à son égard sera voué à l'échec. De même, entrer dans la sphère de l'hygiène intime d'un patient n'est guère souhaitable si, par ailleurs, nous proposons une thérapie utilisant l'expression, nécessitant une certaine distance et confidentialité. L'orientation psychodynamique se centre clairement sur le domaine des soins personnels, au sens de prendre soin de soi sur le plan psychique, pour s'exprimer, créer et donner du sens à sa vie. Dans ce domaine nous veillerons à limiter les tentatives de normalisation ou d'adaptation à tout prix, pour des personnes déjà souvent stigmatisées et qui peinent à faire reconnaître leur souffrance.

CADRE ET RELATION THÉRAPEUTIQUES

Pour qu'une activité/médiation puisse devenir thérapeutique, elle doit être proposée par un thérapeute et être inscrite dans un cadre pensé et analysé. La relation thérapeutique en ergothérapie peut s'appuyer sur des références humanistes (confiance, empathie, reformulation) ou des références psychodynamiques freudiennes (transfert et contre-transfert). Mais ce qui nous fonde le plus et définit le plus notre spécificité est la notion de **relation médiatisée**. Il existe un tiers médiateur entre nous et le patient. Winnicott est celui qui nous aide le mieux à réfléchir sur ce tiers médiateur, pour comprendre comment il réalise deux choses qui peuvent sembler s'opposer : ce tiers tout à la fois sépare ET relie. Ce lien entre deux, un peu paradoxal, va créer une tension qui contient en elle-même sa résolution.

Il reste alors à travailler avec cela. Et **les pistes sont nombreuses**. Il est possible de mener des réflexions sur la façon de donner, d'offrir, de présenter ce tiers médiateur ; de s'interroger sur la manière dont ce tiers va s'inscrire dans une matière puis devenir un objet ; de réfléchir autour des paroles qui vont surgir (conseils techniques, transmission d'un savoir-faire ou écoute d'une parole qui se joue sur la scène concrète offerte par la matière). Nous pouvons aussi nous questionner sur la manière de proposer à la personne d'entrer en dialogue avec elle-même, ses besoins, ses désirs à travers une activité ou une médiation. Développer des capacités à inventer et réinventer chaque fois, avec chaque personne, une pratique singulière, est la garantie que nous sommes capables de penser et de créer...

Le cadre thérapeutique a lui aussi des fonctions qu'il nous faut connaître et définir, avant même l'intervention auprès de la personne en soin. M. Ménard (2007), dans son article « La fabrique du cadre » développe tout ce travail nécessaire de pensée autour de ce thème. Il est important de bien comprendre que cet espace que nous proposons pour travailler, est, avant tout, une **métaphore concrète de l'espace intermédiaire personnel** du ou de la thérapeute qui l'a posé, mais aussi, et surtout, de la personne qui va pouvoir y expérimenter cette dimension d'un lieu où l'action, la création et l'expression sont possibles. C'est à partir de l'intériorisation (ou de cette introjection, en termes « psy ») de nos capacités à proposer un espace intermédiaire idéalement sécurisant, comme un moi-peau un peu bulle mais aussi en lien avec l'extérieur qui lui offre une toile de fond, que la personne va pouvoir à son tour explorer dans son espace intermédiaire la manière dont s'établit le lien entre son espace psychique interne et l'extérieur, ses objets internes et ses objets externes.

Le cadre thérapeutique a également d'autres fonctions qui découlent de cette fonction principale. L'une d'entre elles sera plutôt d'assurer une enveloppe de sécurité proche du *holding* de D. Winnicott ou de la fonction contenante du moi-peau de D. Anzieu (1995), donc un « quelque chose du côté du maternel » au sens de la sécurité, en veillant à ce que cela ne soit ni trop englobant ni trop fusionnel. L'autre fonction sera plutôt du côté de l'organisation nécessaire, d'un ensemble de règles, de la prise en compte du principe de réalité, de la garantie de l'existence et du respect de la Loi (au sens des interdits fondamentaux), donc un « quelque chose du côté du paternel » au sens de la distinction et de la différence, de la séparation et d'un autre « non-moi ».

ACTIVITÉS OU EXPÉRIENCES SIGNIFIANTES ?

Une fois le cadre thérapeutique posé, pensé et analysé, une fois nouée la relation thérapeutique, ce qui permet d'entrer en alliance à partir de la rencontre la plus authentique possible, c'est-à-

dire sans tenter de faire entrer la personne dans nos objectifs de soins, nous pouvons alors nous poser la **question des fonctions thérapeutiques** de l'activité/médiation.

Actuellement, une nouvelle vague de dénomination fait fleurir dans tous nos jardins, les mots d'activités signifiantes (à nos yeux) et significatives (aux yeux des autres). Dans l'enseignement que je propose, j'utilise le terme d'**expériences signifiantes**. Je préfère ce terme d'expériences signifiantes potentielles, proposées par la matière concrète, la technique ou le rapport avec l'objet achevé, car il me semble plus centré sur la personne que sur l'activité. Une grille d'analyse de l'activité/médiation est proposée durant l'enseignement à l'IFE (Institut de formation en ergothérapie) de Nancy, au premier semestre, pour permettre aux élèves de s'entraîner à reconnaître les processus thérapeutiques sous-jacents d'une activité créative (sans apprentissage technique ni utilisation de modèles) préalablement pratiquée.

Ces expériences signifiantes sont **catégorisées en 7 expériences** : perceptivo-sensorielles, motrices et gestuelles, émotionnelles, cognitives, identitaires, relationnelles, créatives et projectives. Chacune de ces sphères d'expériences possibles est fortement imbriquée avec les autres sphères. Rien n'échappe à la trace de nos émotions, de nos affects, de nos souvenirs et rien non plus à notre besoin de savoir, de comprendre et à la nécessité d'organiser le monde autour de nous.

Les expériences sensorielles proposées par la matière vont inciter la personne à se centrer sur le moment présent, vont éveiller des ressentis nouveaux ou en faire resurgir d'autres plus anciens. Elles vont permettre aussi de confronter la personne au principe de réalité, aux limites imposées par la matière ou la technique. Les **expériences sensorielles** (visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives, gustatives, tactiles) seront proposées par la matière-objet et reçues par le corps de la personne. Elles sont ensuite traduites, décodées, par les capacités cognitives du cerveau qui en fera des perceptions, reconnaissables, compréhensibles, interprétables et utilisables. Mais cette dimension perceptive s'appuie aussi sur le sensoriel et le corps, où s'est inscrite l'histoire inconsciente de la personne. Les expériences sensorielles vont éveiller différentes traces et empreintes issues du vécu personnel et les « traductions » perceptives seront donc teintées de l'histoire singulière de la personne, tissant entre elles les dimensions cognitive et affective.

Ces expériences sont en lien étroit avec les **expériences gestuelles et motrices** qui ne sont pas séparées des expériences perceptivo-sensorielles. En fait, l'interaction entre les deux peut se concevoir comme une boucle circulaire. F. Varela (1989) en propose une description : « Les activités motrices ont des conséquences sensorielles et les activités sensorielles ont des conséquences motrices. Il y a une interdépendance de ces deux processus : perception et action. » La dimension motrice de l'activité nous intéressera donc en termes de significations potentielles des mouvements impliqués, au sens physique mais surtout au sens psychique, symbolique.

Chaque matériau va proposer le vécu d'une expérience particulière, en fonction des gestes qui vont être nécessaires pour le travailler : couper, arracher, tailler, coudre, ajouter, retirer, rassembler, combler, colmater, creuser, remplir... Autant de verbes et d'actions qui vont renouer avec des pulsions intérieures du sujet. Globalement, nous pouvons constater que les mouvements proposés dans les activités manuelles ou expressives vont s'organiser autour de deux grands pôles, **un pôle destructif et un pôle constructif**. Ce qu'il faut déterminer sera la part de l'un et la part de l'autre, et surtout la manière dont le patient utilise cette palette de

mouvements que nous lui proposons comme autant d'expériences signifiantes, mobilisatrices de découvertes et de changements, sur un plan symbolique et métaphorique.

Du côté des expériences émotionnelles, qui peuvent être déclenchées par le travail de la matière, les relations à soi ou aux autres, les personnes vont expérimenter les diverses émotions humaines – colère, joie, tristesse, surprise, peur, amour, etc. Le nombre des émotions est variable et leur classification varie selon les auteurs. Ce qui nous intéresse est la façon dont la personne elle-même va définir les émotions qu'elle ressent et celles qui peuvent lui poser un problème. Selon notre orientation, nous ne proposerons pas les mêmes pistes ou outils de travail autour des émotions, oscillant entre une « gestion » des émotions, si nous mettons l'accent sur le « *coaching* » cognitif ou une invitation non directive à mettre en mots ce qui peut surgir au détour d'un moment thérapeutique.

La pratique d'une activité artisanale, de vie quotidienne ou même créative, va engager les **fonctions cognitives de la personne**, présentes dans toute activité humaine. Varella (1988) nous rappelle que « le cerveau est en fait un organe qui construit des mondes plutôt que de les réfléchir ». Les fonctions cognitives vont permettre la planification, les capacités d'organisation et les stratégies nécessaires pour la pratique d'une activité. Ces expériences cognitives sont éveillées lors des apprentissages techniques nouveaux, lors des répétitions pour intégrer ces apprentissages pour pouvoir les utiliser ensuite dans d'autres situations, avec des transferts d'acquis. Elles vont permettre la prédiction avant l'activité (plan, stratégies, organisation des étapes) et l'évaluation après l'activité (comparaison, essais-erreurs, sentiment de réussite ou d'échec).

Les activités permettent aux patients de faire **des expériences identitaires** particulières et signifiantes, toujours individuelles. L'activité est le moyen de (re)-construire un sentiment d'identité plus fiable, à travers la notion de permanence et de continuité de la matière et de l'objet. La distinction entre soi et la matière-objet, entre le moi et le non-moi, sera un processus fondamental pour les personnes psychotiques. Le sentiment d'identité personnelle pourra être étayé aussi par les possibilités de choix qui peuvent s'exercer, par le sentiment de pouvoir agir, de se sentir représenté par un objet-miroir ou par une création qui prend sens dans une histoire. Le renforcement narcissique et celui du sentiment de valeur sont aussi des expériences riches, au sens, cette fois, d'une réparation possible d'expériences difficiles ou ayant parfois fait défaut.

Ces expériences identitaires se font toujours dans la relation à l'autre, oscillant entre distinction et identification. Nous pouvons créer des occasions, des cadres, des situations permettant potentiellement à la personne de vivre des expériences identitaires et **relationnelles**, variées et significatives. Notre dynamique interne est en constante recherche d'équilibre entre nous-même et notre environnement. Établir et maintenir un lien entre nous et les autres consiste à donner et à recevoir, à percevoir et à agir, en d'autres termes à établir et à maintenir un constant échange entre l'intérieur et l'extérieur, entre nous et autrui, qu'il soit un individu ou un groupe. La découverte des notions de communication, d'aide, d'entraide, d'empathie, du fait de tenir compte de l'avis d'autrui, voilà quelques-unes des expériences possibles. Être dans un groupe, tout en conservant son espace psychique personnel, s'affirmer, se comparer, s'identifier, sont autant de découvertes favorisées par la situation groupale. Enfin, il convient d'interroger les notions de dépendance et d'indépendance dans ce cadre relationnel. Il s'agit, dans tous les cas, de pouvoir vivre deux sentiments complémentaires : être distingué des autres ET être intégré dans un groupe.

Les **expériences de créativité et de projection** sont souvent reliées. Pour favoriser la créativité et la projection, il faut une animation non directive, source de lâcher-prise, de jeu et d'improvisation et surtout des matières suffisamment malléables et « floues ». Dans ce domaine, le concept de « médium malléable » de R. Roussillon (Brun *et al.*, 2013) peut nous donner des pistes de réflexion. Ces deux expériences peuvent conduire à éveiller la créativité où amorcer la voie de l'élaboration psychique. La création peut offrir une première voie de métamorphose de soi-même par la **sublimation** (mécanisme de défense de haut niveau) avec la mise en lumière des dimensions positives, des ressources et des capacités que la personne elle-même ignorait peut-être. L'émergence du processus de créativité, sa restauration ou sa découverte seront très variables selon les personnes.

La création ou la créativité libre et sans modèle sont aussi des voies de découvertes de la **fonction de symbolisation**. Dans toute activité, l'inconscient est à l'œuvre et se projette. Le processus créatif va également favoriser l'expression des contenus psychiques, souvent inconscients, à travers le processus de projection, favorisé par l'utilisation de techniques créatives et libres. Les techniques projectives vont permettre au patient de mettre à l'extérieur de soi des éléments pulsionnels et intrapsychiques, de les mettre en forme, en représentation. Ces mouvements d'expression favoriseront en retour des transformations, des intériorisations, des identifications, des retours dans le psychisme (introjection). C'est la voie de l'élaboration psychique qui s'ouvre à nouveau et la matière permet de retrouver un chemin vers la conscience et l'introspection à partir d'éléments concrets projetés.

Toutes les expériences significatives sont potentiellement présentes dans toutes les activités/médiations, certaines étant parfois plus visibles que d'autres. Ainsi, dans une activité artisanale, la dimension cognitive d'apprentissage sera plus présente, tandis que dans une médiation plus « malléable » comme l'argile ou la peinture, nécessitant moins de technique, les dimensions créatives et projectives se déploieront plus facilement. Alors se dégagera la distinction entre activité et médiation.

ACTIVITÉ OU MEDIATION ?

Les termes de médiation et d'activité ne recouvrent pas tout à fait les mêmes réalités selon les lieux, les pratiques, les modèles conceptuels auxquels nous nous référons. La principale distinction entre une activité et une médiation est l'**orientation** que nous pouvons lui donner. Sera-t-elle un objectif en soi, un objectif à atteindre ou un moyen d'expression de soi-même ? Faut-il remettre la personne en activité, en action pour lui donner le sentiment de pouvoir agir sur la réalité qui l'entoure ou l'aider à donner du sens à ce qu'elle vit, ressent, projette, expérimente ? Les réponses à ces questions ne peuvent être univoques et vont dépendre de la personne, de la pathologie, de l'ergothérapeute, de l'institution, etc.

Lorsque nous utilisons l'activité comme un **objectif en soi**, nous nous situons dans des dimensions de réadaptation, de réhabilitation, d'éducation thérapeutique destinées à aider le patient à « faire avec » sa pathologie. En « psy », ce sont les thérapies cognitivo-comportementales qui se rapprochent le plus de ce type d'intentions thérapeutiques, centrées en priorité sur le conscient et les comportements visibles. Il sera plutôt question de retrouver des capacités d'utilisation d'activités, sur un plan cognitif ou fonctionnel. Ainsi, le changement attendu sera davantage centré sur le comportement extérieur et visible, sur les rôles que la personne souhaite mettre en œuvre. Il ne s'agit pas de changer l'être au sens intrapsychique,

mais la **manière de faire et d'être** dans ses occupations. Nous allons pouvoir utiliser des activités de type manuel, ludique ou même de vie quotidienne, pour permettre à la personne d'entrer dans des situations concrètes et favoriser des expériences significatives de type perceptivo-sensoriel, gestuel et moteur, des expériences cognitives mais aussi relationnelles.

Cependant, en « psy », nous nous heurtons souvent à l'apragmatisme des personnes psychotiques et dépressives. Pour ces personnes, le plaisir de s'engager dans une activité pour y trouver du plaisir et du sens n'est pas toujours accessible. De même, ce type d'activités, s'il n'est pas suivi d'un temps de parole, pour les personnes pouvant bénéficier d'une introspection, risque de demeurer dans la dimension de l'occupation plaisante ou de l'illusion que c'est la partie consciente de notre moi qui tient les rênes... La dimension du **soin psychique** doit alors être interrogée.

L'utilisation du terme de « médiation » n'est pas anodine et se retrouve, le plus souvent, dans la bouche des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie – mais aussi dans celle d'autres thérapeutes. La médiation va venir s'inscrire comme un **moyen d'expression**. C'est surtout dans ce domaine que des doutes identitaires et des spécialisations fleurissent le plus. L'utilisation d'une médiation est, en effet, une compétence tout à fait transversale, que nous partageons avec des infirmiers, des art-thérapeutes, des psychologues, des psychothérapeutes, des psychomotriciens, des musicothérapeutes – et j'en oublie sans doute encore. L'utilisation d'une médiation pour permettre l'expression de soi est une caractéristique de l'ergothérapie en santé mentale, en psychiatrie et psychologie médicale. Dans d'autres domaines, elle semble peu, voire guère utilisée. Ce type de travail va permettre un **changement interne**, plus en profondeur et nous pouvons parler de véritable soin psychique. En fonction de l'institution, de l'ergothérapeute, mais surtout des besoins des patients, cette orientation est légitime, même s'il faut parfois s'en donner les moyens par des formations complémentaires, des thérapies personnelles, des supervisions.

La médiation intègre en elle-même la notion de « **médiatiser quelque chose** », d'être un entre-deux. Entre soi et soi, entre soi et l'autre, entre soi et le monde. La médiation est, le plus souvent, utilisée en tant que moyen thérapeutique, un moyen d'amorcer un changement intrapsychique possible. Elle permet de retrouver sa propre parole et non pas de s'adapter à celle de l'autre. Il ne s'agit plus de proposer une activité significative, qui ait « un » sens pour la personne, mais de proposer des médiations qui permettent à la personne de retrouver la capacité à donner « du » sens, à symboliser, à élaborer psychiquement les expériences de vie qu'il ou elle traverse.

Ce type de médiations favorise une expression concrète libre, s'il n'y a pas de modèles extérieurs ou si leur nombre est limité. La notion de temps de parole est incontournable pour l'élaboration psychique et la mentalisation. Il est possible de distinguer les médiations thérapeutiques dans une lecture entre **techniques impressives et expressives**. Quelques exemples de techniques ou de médiations expressives favorisant la projection : médiations picturales, graphiques, d'écriture personnelle ou groupale, théâtrales, portant sur l'image du corps comme les marionnettes, etc. et de techniques plutôt impressives : relaxation, écoute musicale, techniques privilégiant le sensoriel, etc.

EN CONCLUSION

Notre pratique en ergothérapie, multiple, variée, polyvalente s'inscrit dans l'espace sociétal du soin et son évolution, celle des grands paradigmes comme le modèle bio-psycho-social, celle des psychothérapies et celle de l'occupation humaine. Elle se manifeste dans l'espace intermédiaire qui fait écho à l'espace transitionnel de D. Winnicott. Elle propose aux personnes toute une palette d'expériences signifiantes accompagnant leurs projets de vie. La distinction entre l'utilisation d'une activité et celle d'une médiation dépend de notre capacité à accompagner le patient dans une action, une valorisation ou une expression médiatisée. Néanmoins, avant tout, il est important de se souvenir qu'au-delà de cette tentative de mieux définir nos intentions, ce sont **les patients eux-mêmes** qui vont utiliser l'activité comme but ou une médiation comme moyen d'expression, en fonction de leurs choix, besoins, demandes, désirs. C'est en fonction de leurs capacités personnelles à utiliser la « boîte à outils » thérapeutique que nous leur proposons que les personnes entreront dans les domaines du faire, de l'action, de la motivation, interrogeront et transformeront leur espace psychique intérieur, intégrant ainsi leurs ressources conscientes ET inconscientes.

Références bibliographiques

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

Brun, A., Roussillon, R. & Chouvier, B. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.

Iwama, M. (2006). *The Kawa Model, Culturally relevant Occupational Therapy*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation*, 4^e éd. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Ménard, M. (2007). La fabrique du cadre, in Hernandez H., *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*. Solal, 1^{re} éd.

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*, Paris : De Boeck, Solal.

Pibarot, I. (2013). *Une ergologie*. Paris : De Boeck, Solal.

Rogers, C. (2008). *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF.

Townsend, E., Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation, faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Varella, F. (1988). *Invitation aux sciences cognitives*. Paris : Seuil.

Varella, F. (1989). *Autonomie et connaissance (essai sur le vivant)*. Paris : Seuil.

Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Coll. Connaissance de l'inconscient. Paris: Gallimard.

Ressources Internet

Mutis-Launois, M. (2017). Site Ergopsy : www.ergopsy.com.

Références complémentaires

Anzieu, D. (1992). *Le Penser*. Paris, France : Dunod.

Anzieu, D. (1999). *Le Groupe et l'inconscient, l'imaginaire groupal*, Paris : Dunod. Collections « Psychismes ».

Anzieu, D. (2000). *L'Épiderme nomade et la peau psychique*. Paris, France : Collège de psychanalyse groupale et familiale.

Csikszentmihaly, M. (1990). *Flow : the psychology of optimal expérience*. New York, N. J. : Harper & Row.

Donaz, M. (2007). Entre créativité et soin psychique : être ou ne pas être ergothérapeute en psychiatrie ? in Hernandez H., *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*. Solal, 1^{re} éd.

Klein, F. (2007). Ergothérapeute, pour quoi faire ? in Hernandez H., *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*. Solal, 1^{re} éd.

Klein, F. (2014). Être ergothérapeute en psychiatrie. Narrations cliniques pour une poétique du soin, sous la direction de F. Klein. Toulouse : Erès.

Mutis-Launois, M. (2007). Dedans-dehors, in Hernandez H., *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*. Solal, 1^{re} éd.

Mutis-Launois, M. (2016). Rêveries et gribouillages, in Klein F., *Clinique et médiation (regards croisés sur les médiations thérapeutiques)*. Paris : L'Harmattan.

