

Occupations et santé mentale, comment ça se tricote ?

Une semaine de cours à l'IFE d'Alençon a conduit à des constats autour de la difficulté des étudiants à concilier les enseignements centrés sur les occupations avec des stages, où les modèles ne sont pas toujours utilisés et où le vocabulaire des occupations reste encore inconnu, ainsi que leurs difficultés à « tricoter » les modèles conceptuels avec les occupations...

Un dispositif pédagogique réfléchi en amont et établi en lien avec l'équipe pédagogique a permis d'exercer les capacités des étudiants-tes à réfléchir et à éprouver leurs ressources d'analyse professionnelle, et peut-être aussi personnelles.

La méthodologie

La méthodologie de cette semaine était de proposer **une première journée de rappels rapides** sur les grands paradigmes de soin, les trois domaines de la santé mentale, les modèles inter-disciplinaires et de pratique, les différentes cliniques, les dispositifs et contextes de soin, le parcours-patient et les processus thérapeutiques potentiels en ergothérapie.

Dès la fin de cette première journée, les étudiants, par groupe de 6 à 7, ont tiré au sort des histoires de patients (ou cas clinique selon le nom que l'on préfère leur donner), afin de travailler en petits groupes sur le restant de la semaine. Le choix avait été fait, en accord avec l'IFRES, de **laisser les étudiants travailler à leur manière**, sur la démarche d'intervention, leur laissant le choix d'utiliser la trame de l'IFRES, de trouver leur propre logique ou de s'appuyer sur une trame issue d'un modèle en ergothérapie, nous référant aux valeurs d'une approche socio-constructiviste de la pédagogie. (Jonnaert et al., 2004)

Ces travaux de groupe étaient entrecoupés de propositions faites par les enseignants, **en priorité à partir des questionnements et des besoins des étudiants**. D'autres apports théoriques, des expériences pratiques, des outils ludiques, des tableaux de bilans potentiels et des powerpoints de cours accessibles dans le site ergopsy, sont venus nourrir peu à peu leurs réflexions. Il est à noter que les deux enseignants étaient en capacité d'amener des apports variés du fait de leurs formations initiales ou continue et de leurs pratiques dans différents contextes de soin. Les apports conjugués et les échanges furent riches, ressentis par les étudiants-tes comme intéressants. Il leur a paru très pertinents de voir « *comment deux professionnels peuvent apporter des points de vues différents* », différenciés et complémentaires.

Le fait d'engager **un travail réflexif par eux-mêmes sur la trame de la démarche d'intervention**, a conduit également les étudiants-es à identifier plusieurs difficultés centrées sur le vocabulaire, le lien entre les modèles, l'agir, la distinction entre santé mentale et psychiatrie. Les échanges qui ont eu lieu avec les étudiants-tes durant la semaine, ainsi que la réunion finale avec les 4 étudiants-tes nous ayant aidé à réfléchir, leur ont permis de déployer leurs propres capacités à interroger ces difficultés et surtout à utiliser des méthodes de travail collaboratives et participatives.

Le vocabulaire

Les étudiants ont pu ainsi nommer le fait qu'ils étaient **plutôt à l'aise avec le vocabulaire des occupations** du fait de l'apprentissage des modèles ergothérapeutiques et de la rédaction de journaux réflexifs, proposés dès la première année, permettant d'analyser des situations à partir de notions issues du vocabulaire des occupations : L'équilibre occupationnel (Eklund et al., 2017; Wada et al., 2010), l'identité occupationnelle (Abrahams, 2008; Aujoulat et al., 2007), l'agir ou encore l'empowerment (Hammell, 2016). Lors de la discussion sur ces journaux, le constat était fait que c'était peut-être un peu tôt, dès la première année, mais aussi que cette première rencontre les « *immergeait dans le vocabulaire* ».

Ils ont également clairement identifié que **le vocabulaire des occupations** n'était pas connu de tous les ergothérapeutes sur le terrain, en particulier ceux dont la formation n'était pas centrée sur cette thématique. Ce vocabulaire étant encore plus inconnu des autres professionnels, ils ont constaté qu'il était parfois difficile de pouvoir l'utiliser. Il leur fallait alors « traduire » et simplifier le vocabulaire. Toutefois, le fait d'avoir un vocabulaire spécifique

leur semble quelque chose qui peut leur permettre de « se différencier » et la notion de sciences des occupations leur semble être une « garantie de sérieux ».

Les modèles conceptuels

Les étudiants-tes évoquent le fait que les ergothérapeutes sur le terrain n'utilisent pas véritablement de modèles et ont, le plus souvent, **leurs propres trames et déroulés de thérapie**. Les étudiants-tes font état du fait que, parfois, il est même compliqué pour eux d'identifier un modèle inter-disciplinaire commun dans leur lieu de stage, dans lequel pourraient s'ancrez les pratiques de l'institution, qui elle aussi, le plus souvent, fonctionne sans se référer explicitement à un modèle unique. Lorsqu'il y a appui sur un modèle, les ergothérapeutes s'appuient souvent sur des modèles interdisciplinaires, leur permettant d'échanger avec leurs collègues, dans un vocabulaire commun.

L'enseignement des modèles interdisciplinaires ou en ergothérapie donnent le sentiment aux étudiants-tes de pouvoir « *piocher des petits bouts de modèles* » à droite et à gauche, pour **essayer d'être holistique**, selon leurs propres termes. Ce mot est identifié comme issu du nouveau grand paradigme de soin bio-psycho-social, perçu par les étudiants-tes comme très pertinent, car venant ajouter la dimension sociale et de l'environnement au bio-médical. Ce grand paradigme du soin leur semble être porteur d'une vision positive, dans sa démarche de sortir du bio-médical.

Nous avons pu constater toutefois, lors des présentations des démarches ou plans d'interventions, qu'en lieu et place des symptômes à soigner, nous trouvons à présent **les problèmes ou le déséquilibre occupationnel**, qui reste encore dans une logique de résolution de problème pour les étudiants-tes, problèmes qu'ils ont le sentiment de devoir résoudre. S'ancrez dans une nouvelle philosophie du soin peut prendre du temps... Laurent Bergès, ergothérapeute, lors de la première journée de rencontres des ergothérapeutes en santé mentale, proposé par le GRESM, (groupe de réflexion sur l'ergothérapie en santé mentale) proposait « *d'aider l'autre à s'aider lui-même et ensuite s'effacer* », une invitation à savoir ne pas être trop interventionniste ! Peut-être un souvenir des psychanalystes, juste assis et à l'écoute, convaincus que la personne va trouver par elle-même dans ses ressources pour identifier comment son fonctionnement psychique personnel pourrait lui permettre d'avvenir.

Ce tricotage, mais aussi parfois cette confusion, entre les paradigmes, les approches, les modèles, les théories, les concepts est vécu comme difficile par les étudiants-tes, qui voudraient bien « *une seule et unique voie à suivre* » et qui ont le sentiment que, sur le terrain, cette dimension réflexive n'est pas toujours interrogée. Afin de répondre à ces difficultés, l'IFE d'Alençon a la volonté de **former les étudiants sur les différents modèles**, schèmes ou approches. Ainsi, leurs connaissances en sciences de l'occupation et leurs capacités d'analyse réflexive, leurs permettra de se préparer aux différentes pratiques qu'ils pourront rencontrer sur le terrain et se construire leur propre identité professionnelle.

Santé mentale ou psychiatrie ?

Même s'il a été clairement fait mention des **trois domaines de la santé mentale** dans les rappels (prévention, détresse psychologique réactionnelle, troubles psychiatriques), le mandat du cours de S4 reste quand même centré sur la psychiatrie. Les étudiants-tes, sensibles à cette évolution de la psychiatrie vers la santé mentale, nous ont fait part de leur satisfaction de pouvoir faire des stages dits de santé mentale, justement en dehors du domaine de la psychiatrie qui fait toujours peur !

Cette **distinction entre santé mentale et psychiatrie** est importante et va peut-être nous permettre de faire des ponts entre des pratiques parfois encore clivées, entre « *psy et fonctionnel* ». Les prochaines JNE (journées nationales en ergothérapie) seront centrées sur la santé mentale, préparées par l'IFE d'Aix Marseille et le GRESM, avec l'intention de favoriser des ponts et de mettre en valeur des pratiques qui prennent en compte la santé mentale aussi en dehors du domaine de la psychiatrie.

Une étudiante évoque le sentiment que **la santé mentale n'est pas assez prise en compte dans le domaine du fonctionnel**, la dimension psychique pouvant sembler trop floue et non maîtrisée. Elle parle ainsi de patients ayant eu un AVC, qui ont pu être « *envoyés en psychiatrie car ils présentaient des troubles du comportement* », au risque d'une perte de leurs chances de récupération. Les équipes du SSR ne semblaient pas prêtes ou formées pour accompagner ces patients et les équipes de psychiatrie n'étaient pas en mesure de proposer une rééducation.

Les étudiants-tes insistaient sur le constat que pourtant, l'ergothérapeute était souvent une personne en « *capacité d'écouter la personne, plus que d'autres professionnels* » et donc potentiellement capable de prendre en compte, de faire co-exister **toutes les dimensions de la personne** : cognitive, psychique, affective, fonctionnelle, biologique, spirituelle, selon les facettes nommées dans différents modèles.

L'agir

Dans cette dimension de l'Agir, un étudiant nous fait part de son sentiment de frustration de n'être que **l'étincelle qui fait redémarrer le moteur** pour des patients dépressifs et clinophiles dans le fond de leur lit. Il nous dit ne pas avoir eu l'impression d'être dans son rôle d'ergothérapeute lorsqu'il est demandé juste de « *faire sortir le patient de son lit* ». Son ressenti personnel exprimait clairement le manque de sens pour lui qui aurait plutôt souhaité se centrer sur des activités signifiantes pour la personne.

D'autres étudiantes ont alors souligné qu'il s'agit peut-être de **créer un premier lien**, une alliance, une relation de confiance, au-delà d'une intention d'aboutir à un objectif qui ne peut pas être encore nommé par le patient. Il semble en effet difficile d'aider à définir des objectifs pour une personne qui n'en a plus, à part celui de dormir, dans ce moment de la crise et de la souffrance psychique. Elles identifient que les capacités d'écoute, voir la simple présence, peuvent alors suffire. L'expression de la souffrance peut également se faire grâce à des médiations thérapeutiques créatives ou projectives (toujours présentes dans notre référentiel Français) qui se positionnent alors comme des occupations significatives, centrées sur l'expression, identifiée comme une occupation. (Townsend, Polatajko), 2013)

La notion de l'agir est apparue souvent **en lien avec le MOH** et des questionnements ont pu être soulevés par des étudiants-tes, se demandant si notre identité était systématiquement liée à nos occupations. Cette notion d'identité occupationnelle, liée à nos rôles, peut en effet sembler donner une coloration particulière au fait qu'il faille « *faire quelque chose pour avoir le sentiment d'exister* ». Postulat complexe quand les personnes ne souhaitent plus rien faire pour manifester leur sentiment de vide intérieur et expriment leur « ras-le-bol » de la vie en refusant justement de faire quelque chose.

Le concept d'identité proposé par Kielhofner a, en effet, un lien direct avec les occupations, mais ne doit pas faire oublier, **l'être de la personne**, son sentiment d'identité personnel, au sens d'une existence différenciée de celle de l'autre, inscrite dans son histoire, son ancrage mémoriel et inconscient ou encore sa spiritualité comme le proposait le MCREO, au cœur même de son schéma initial. Souvent, la personne est traversée, voire parfois submergée, par la souffrance psychique. L'angoisse vient comme énergie psychique libre. Elle demande à être élaborée psychiquement, en s'appuyant sur un agir permettant une projection dans la matière physique. Face à un objet devenu miroir et porteur de sens, une introspection « *concrète* » peut alors se déployer, qui va permettre à la personne de retrouver un sens à sa vie et une envie de s'engager alors, dans ses occupations.

L'équilibre occupationnel aurait-il à voir avec un certain équilibre psychique ? Il reste à savoir qui de la poule ou de l'œuf se situe en amont et lequel découle de l'autre...

Concernant l'agir, l'enseignante a souligné le fait que des termes tels que **rendement ou performance**, issus des sciences des occupations, pouvaient encore avoir une consonance délicate à nos oreilles Françaises...Elle a rappelé qu'une étudiante souhaitant faire un mémoire sur la médiation de pleine conscience en oncologie et cherchant un concept en ergothérapie, s'était vue refuser le terme de rendement, jugé comme encore trop marqué par le sens pris dans notre culture, peut-être un peu moins en souci d'efficacité (capitaliste ?). Il est d'ailleurs à noter qu'aux Etats-unis, les ergothérapeutes viennent seulement d'être autorisés à travailler dans le domaine de la psychiatrie, ce qui pose des questions sur l'ancrage du MOH dans ce domaine.

Le travail sur soi en cours de formation (et après...)

La question du travail sur soi et de la remise en question a été soulevée à partir d'expériences d'étudiants-tes qui ont pu être déclarés-ées comme trop empathiques ou présentant le « *syndrome du sauveur* ». La question des régulations de stage a donc été brièvement évoquée, les étudiants-tes ayant le sentiment que chacun et chacune peuvent trouver

des moyens personnels. Cette question délicate, pose le fait qu'un lieu d'enseignement ne peut pas être un lieu de thérapie, mais un espace de partage de paroles et d'analyse.

Il n'en reste pas moins qu'ils-elles peuvent toucher du doigt à quel point c'est **leur être personnel et subjectif**, qui vient aussi s'inscrire comme un moyen thérapeutique et que cet « outil » pourrait aussi bénéficier d'un travail pour leur éviter de s'engager dans des voies non pertinentes pour eux et pour les personnes accompagnées. « *Ne pas devenir des éponges* » disent-ils, avec le souci de demeurer « *à bonne distance* », de ne pas « *plonger avec l'autre* », de rester professionnel, même s'ils entendent parler de Roussillon qui évoque lui, la nécessité pour le ou la thérapeute d'être un médium malléable. (Roussillon, 2013). Ce travail sur soi se nommait avant supervision dans le domaine du travail psychique, ce qui n'est pas une analyse de pratique opérationnelle, mais un véritable travail psychique pour devenir thérapeute. (Mais ça c'était avant...)

Cette dimension de **travail sur soi**, peut se révéler être un présupposé dérangeant pour les étudiants-tes, car elle nécessite de s'ouvrir à une remise en question de soi-même, de ses projections personnelles sur l'autre et de cheminer soi-même avant de proposer un accompagnement qui soit authentique et réellement détaché de TROP d'intentions thérapeutiques, fussent-elles les moins interventionnistes possibles. Il est parfois pertinent de ne rien faire pour laisser à l'autre le temps de désirer.

Une base de données partagées

A la suite de cette semaine, en prime de ce travail réflexif sur des domaines importants dans l'évolution de nos pratiques et pour l'encadrement de stagiaires, les étudiants-tes ont pu aboutir à la **constitution d'une base de données partagées**, sous la forme de powerpoints et de trames d'étude de cas écrites et corrigées. (Visibles dans le site ergopsy, dans les cours de l'IFE d'Alençon). Une « *Base de données* » qui peut aussi s'inscrire comme un petit plus participatif pour les futurs MSP...

Ce travail a semblé aboutir aussi à une **déstigmatisation du travail en psychiatrie** et donc comme une préparation au terrain en santé mentale, comme le soulignait une étudiante : « *avant j'aurais eu peur d'aller en psychiatrie, maintenant j'ai le sentiment d'avoir quelques outils, quelques idées.* »

Il est à remarquer que sur les 8 histoires de patients proposées, les étudiants ont pu **expérimenter différents points de vue de façon complémentaire**.

Globalement les étudiants ont semblé à l'aise avec le vocabulaire des sciences des occupations, utilisant préférentiellement les mots d'équilibre et déséquilibre occupationnel. Identité et profil occupationnel sont revenus également fréquemment. **Le modèle MOH** est revenu plusieurs fois, avec parfois des confusions sur le concept d'identité personnelle et d'identité occupationnelle. Les bilans du MOH ont été souvent retenus et intégrés dans des trames d'intervention qui ne reprenaient pas systématiquement le vocabulaire du schéma du MOH. **Le modèle du MCREO** est apparu une fois, comme porteur de valeurs dans lesquelles se reconnaissaient les étudiants. **Le modèle PEO**, même s'il n'a pas été clairement nommé en tant que tel, traversait néanmoins toutes les présentations, comme une sorte de fil conducteur, reprenant la personne, l'occupation et l'environnement comme le dénominateur le plus commun.

Côté contextes de soins précoce en hospitalisation, ils ont pu découvrir le soin psychique de crise, nécessitant des médiations projectives et la nécessité de pouvoir s'appuyer sur concepts issus de l'approche psycho-dynamique, tels que le processus de symbolisation, permis par la matière qui vient ainsi ancrer la parole. Cette approche, gagne à se baser sur des références plus récentes que Freud ou Winnicott, même si ce dernier est toujours présent en filigrane, comme par exemple dans le livre coordonné par Sylvie Meyer, contenant des chapitres sur l'espace du faire, l'espace interne du faire et l'espace externe du faire ou encore dans l'excellent livre d'Isabelle Pibarot sur l'ergologie , évoquant l'impact de la transitionnalité sur des pratiques en soins somatiques ou en psychiatrie, grâce à deux études de cas. Roussillon est l'un des auteurs qui permet de s'appuyer sur des concepts pertinents, pour permettre une introspection concrète, une psychothérapie médiatisée qui n'est pas toujours proposée par d'autres thérapeutes et dont notre référentiel actuel témoigne encore.

La distinction entre une psychothérapie médiatisée et une approche plus comportementale ou centrée sur les émotions, orientation reprise par la troisième vague des TCC, mais déjà initiée par les humanistes, reste un peu complexe pour les étudiants-tes. Spontanément, ils-elles ont plus tendance à aller vers le niveau du comportement, facilement en lien avec le fait d'agir et venant s'inscrire dans un domaine ancré dans les sciences expérimentales donc prouvées, ce qui vient rassurer le besoin d'avoir des « *preuves probantes* ». Certains-nes étudiants-tes posaient quand même la question de la possibilité d'avoir des preuves probantes dans un domaine aussi subjectif que le domaine psychique ou psychologique. Ce besoin de preuves, souvent aussi identifié comme lié au besoin d'être reconnus et « *d'avoir l'air sérieux* » est peut-être l'une des pistes conduisant une étudiante dans un lapsus, disant qu'« *on ne s'occupait pas de cela* » et que ce travail dans les profondeurs psychiques, revenait plutôt aux psychologues...

Dans le contexte de la **réhabilitation psycho-sociale**, les étudiants-tes là aussi, étaient à l'aise et positionnaient cette approche comme un modèle (ce qu'elle n'est pas) ou comme un temps dans le parcours de soin du patient, parfois intriqué avec le temps du soin précoce dans une complémentarité ou parfois positionné comme venant s'inscrire dans un second temps. Cette approche semble faire bon ménage, pour les étudiants-tes, avec l'ergothérapie dans ses intentions d'autonomie et d'indépendance dans les occupations de la personne. De nombreuses remarques ont émaillé la semaine : « *Tout le monde maintenant fait de la réhab, donc comment on a notre spécificité d'ergo ?* », « *L'ergothérapie a toujours été dans ce courant-là, même avant que ça soit plus connu !* », « *On se fait un peu piquer notre boulot* », « *C'est vraiment à nous de faire cela, et on le fait en étant vraiment centré sur la personne* », « *il y a des protocoles tout faits, c'est cool* »...

En conclusion

Durant cette semaine en immersion, nous avons pu écouter comment les étudiants-tes pouvaient apprendre à réfléchir, analyser, se positionner et faire des choix pour leur future pratique professionnelle, grâce à une pédagogie inversée et une co-construction avec les enseignants et l'équipe pédagogique. Il semble que la richesse de tous ces échanges ait permis non seulement des moments de questionnements, de curiosité, de découvertes et aussi d'humour et de plaisir !

L'un des groupes de travail, a potentialisé très clairement, l'opposition qui peut parfois être ressentie entre une approche du côté des profondeurs psychiques et une approche du côté de l'équilibre occupationnel. Cette opposition, parfois vive, a pu progressivement basculer vers des aménagements mutuel et l'écriture d'un diagnostic ergo (visible en annexe) intégrant ces deux aspects a été un grand moment de victoire...les étudiants-tes nous ouvrent peut-être la voie sur une possibilité de collaboration et de capacité à s'ancre dans notre propre démarche réflexive sur l'ergothérapie.

Article et méthodologie co-construits avec

- L'équipe pédagogique : Grabielle Legentil (directrice), Alice Lafontaine (référente pédagogique 2^{ème} année) et Romain Picot (référent pédagogique 1 année)
- 4 étudiants-tes qui ont participé à un brainstorming final et relu leurs contributions : Emma Guilbert, Manon Pilar, Gaétan Wozniak et Salomé Portenseigne
- Tous les étudiants de la promotion P14,2022-2025, avec leurs remarques, hésitations et trouvailles au fil de la semaine
- Les enseignants : Maxime Lepioufle et Muriel Launois

Bibliographie

- Abrahams, T. (2008). Occupation, identity and choice : A dynamic interaction. *Journal of Occupational Science*, 15, 186-189. <https://doi.org/10.1080/14427591.2008.9686629>
- Anzieu, D., Martin, J-Y (1968). La dynamique des groupes restreints, 2e édition, PUF
- Aujoulat, I., Luminet, O., & Deccache, A. (2007). The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qualitative Health Research*, 17(6), 772-785. <https://doi.org/10.1177/1049732307302665>
- Bergès, L. (2016). Bien faire, laisser dire. Dans : Hélène Hernandez éd., *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 103-109). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Eklund, M., Orban, K., Argentzell, E., Bejerholm, U., Tjörnstrand, C., Erlandsson, L.-K., & Håkansson, C. (2017). The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance : Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 41-56. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1224271>
- Hammell, K. (2016). Empowerment and occupation : A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83. <https://doi.org/10.1177/0008417416652910>
- Hassenforder, E., Ferrand, N. & Girard, S. (2021). L'ingénierie de la participation : préparer et penser une démarche participative. *Sciences Eaux & Territoires*, 35, 28-35. <https://doi.org/10.3917/set.035.0028>
- Jonnaert, P., Barrette, J., Boufrahi, S., & Masciotra, D. (2004). Contribution critique au développement des programmes d'études : Compétences, constructivisme et interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 30(3), 667-696. <https://doi.org/10.7202/012087ar>
- KAES, R. L'appareil psychique groupal, Paris, Dunod, 1976, 2000.
- OMS (Éd.). (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.
- Roussillon, R (2013). Manuel des médiations thérapeutiques. Paris : Ed Dunod.
- Townsend, E., Polatajko, H (2013). Habiliter à l'occupation: l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. CAOT publications ACE.
- Wada, M., Backman, C., & Forwell, S. (2010). Theoretical perspectives of balance and the influence of gender ideologies. *Journal of Occupational Science*, 17, 92-103. <https://doi.org/10.1080/14427591.2010.9686680>