



Institut de formation en Ergothérapie de Paris
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
52, rue Vitruve 75020 PARIS

Inès HARID
Session Juin 2026

**Mémoire : Les médiations créatives en ergothérapie : un moyen de reconstruction
de l'identité occupationnelle chez une personne atteinte de dépression
réactionnelle**



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

Sous la direction de Madame Aurélie Fohr

Note aux lecteurs : « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné* ».

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes sincères remerciements à ma maîtresse de mémoire Aurélie Fohr pour son accompagnement tout au long de ce travail. Je la remercie pour sa disponibilité, son écoute, ses conseils, pour la confiance qu'elle m'a accordée dans mes choix mais surtout pour son soutien. Cela m'a permis d'avancer sereinement dans la rédaction de ce mémoire et de mener à bien ce projet.

Je souhaite également remercier les ergothérapeutes ayant accepté de participer à ce mémoire. Je leur suis reconnaissante pour le temps qu'ils m'ont accordé, pour leur disponibilité, ainsi que pour la richesse de leurs échanges lors des entretiens qui ont grandement contribué à nourrir ma réflexion.

Je tiens aussi à remercier l'IFE de l'ADERE ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la qualité de leur accompagnement tout au long de ma formation.

Je tiens aussi à remercier mes parents pour leur présence et leur soutien tout au long de mes études. Leur confiance, leurs encouragements et leur aide m'ont permis de persévérer dans les moments difficiles et d'aboutir aujourd'hui à la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont contribué à mon parcours et m'ont soutenue durant cette étape importante de ma formation.

Résumé

Contexte : La dépression réactionnelle est un trouble dépressif qui apparaît en réponse à un événement de vie douloureux, comme un accident, une maladie grave ou une perte. Cet événement peut provoquer une rupture biographique, c'est-à-dire une fracture dans le cours de la vie de la personne, qui vient bouleverser ses habitudes, ses rôles et l'image qu'elle a d'elle-même. En ergothérapie, cela se traduit par une perturbation de l'identité occupationnelle définie dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) comme « un amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir ».

Objectif : Ce mémoire s'intéresse à la manière dont les médiations créatives en ergothérapie participent à la reconstruction de l'identité occupationnelle chez des personnes souffrant d'une dépression réactionnelle après un événement traumatique.

Cadre théorique : Ce travail s'appuie sur plusieurs notions. La dépression réactionnelle est abordée à partir des classifications internationales (DSM 5, CIM 10) ainsi que de Nasio (2012) et de Lemperière et al. (2006), qui permettent d'en comprendre les causes et comment elle se manifeste. L'identité est ensuite définie à partir de Muchielli (cité dans Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007) puis mise en relation avec le concept d'identité occupationnelle issu du MOH de Kielhofner (Doussin-Antzer & Mignet, 2024). Enfin, le rôle de l'ergothérapeute et les effets thérapeutiques des médiations créatives sont démontrés par les travaux de Pibarot (2016), Klein (2016), Simonnet-Guériau (2014), Bagnères (2014) et Brun (2011, 2019), une psychologue psychanalyste.

Apports : Theoretical analysis shows that creative mediation allows individuals to express emotions that are difficult to put into words, restores self-esteem, and reconnects with others. By enabling individuals to regain an active role in meaningful activities, it supports the reconstruction of their occupational identity.

Conclusion. Les médiations créatives utilisées dans un cadre ergothérapique structuré et au sein d'une relation thérapeutique adaptée, semblent être un outil pertinent pour accompagner les personnes atteintes de dépression réactionnelle dans la reconstruction de leur identité occupationnelle après une rupture biographique.

Mots-clés : ergothérapie - médiations créatives - identité occupationnelle - dépression réactionnelle - rupture biographique

Abstract

Context: Reactive depression is a depressive disorder that appears in response to a painful life event, such as an accident, serious illness, or loss. This event can cause a biographical rupture, that is, a break in the course of a person's life, which disrupts their habits, roles, and self-image. In occupational therapy, this translates into a disturbance of occupational identity, defined in the Model of Human Occupation (MOH) as "a subjective amalgam of what the person is and what they wish to become."

Objective: This thesis examines how creative interventions in occupational therapy contribute to the reconstruction of occupational identity in individuals suffering from reactive depression following a traumatic event.

Theoretical framework: This work is based on several concepts. Reactive depression is addressed using international classifications (DSM-5, ICD-10) as well as the work of Nasio (2012) and Lemperrière et al. (2006), which help to understand its causes and how it manifests. Identity is then defined based on Muchielli (cited in Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007) and subsequently related to the concept of occupational identity from Kielhofner's Model of Occupational Health (Doussin-Antzer & Mignet, 2024). Finally, the role of the occupational therapist and the therapeutic effects of creative interventions are demonstrated by the work of Pibarot (2016), Klein (2016), Simonnet-Guéréau (2014), Bagnères (2014), and Brun (2011, 2019), a psychoanalyst.

Contributions: Theoretical analysis shows that creative mediations allow for the symbolic expression of emotions and experiences that are difficult to put into words. They also contribute to restoring a sense of self and self-esteem through the creation of a concrete object. They also foster the re-establishment of connection with others and the environment. By enabling individuals to regain an active role and re-engage in meaningful activities, they directly support the reconstruction of occupational identity.

Conclusion: Creative mediations, used within a structured occupational therapy framework and within an appropriate therapeutic relationship, appear to be a relevant tool for supporting individuals with reactive depression in the reconstruction of their occupational identity after a life event.

Keywords : occupational therapy - creative mediations - occupational identity - reactive depression - life event

Table des matières

Introduction	1
Cadre conceptuel	4
I. La dépression	4
1. Définition de la dépression.....	4
2. La dépression réactionnelle	5
3. La dépression réactionnelle à une rupture biographique.....	7
II. Identité et identité occupationnelle	8
1. Le concept d'identité.....	8
2. Le modèle de l'occupation humaine (MOH)	10
3. L'identité occupationnelle	11
4. Rupture biographique et identité occupationnelle.....	13
III. Le rôle de l'ergothérapeute	14
1. Définition de l'ergothérapeute	14
2. Les objectifs de l'ergothérapeute en santé mentale	15
3. Définition des médiations créatives et les différents types	17
4. Les effets thérapeutiques des médiations créatives.....	17
Phase exploratoire	20
1. Méthodologie de l'enquête	20
1.1 La population visée par l'enquête	20
1.2 La période durant laquelle l'enquête se déroulera	21
1.3 Le terrain d'enquête	21
1.4 Méthode de recherche	21
1.5 L'outil d'enquête	22
1.6 Élaboration des questions de l'entretien	22
1.7 Limite de l'outil	23
1.8 La faisabilité de l'enquête	23
1.9 Modalités d'analyse des données recueillies	23

1.10 Réglementation.....	23
Recherche	24
1. Synthèse des entretiens ergothérapeutes	24
2. Synthèse des questions	24
3. Analyse thématique	28
a) La dépression réactionnelle	28
b) L'identité occupationnelle et l'impact de la dépression réactionnelle sur celle-ci ...	29
c) Les médiations créatives	31
d) Reconstruction de l'identité occupationnelle	34
4. Convergences	36
5. Divergences	37
6. Discussion	37
a) La dépression réactionnelle, un effet de désorganisation sur l'identité occupationnelle	38
b) Les médiations créatives, un moyen de restaurer ce qui a été fragilisé par la dépression	38
c) Les éléments essentiels à la reconstruction identitaire.....	40
7. Validation de l'hypothèse	41
8. Limites.....	42
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	46
Annexes	I
Annexe I Guide d'entretien semi-directif	I
Annexe II Retranscription de l'entretien.....	II
Annexe III Formulaire de consentement	VIII
Annexe IV Mail envoyé aux ergothérapeutes	IX

Introduction

Mme M. est une femme âgée de 35 ans, elle est mariée et mère de deux enfants. Suite à une opération chirurgicale, elle est contaminée par un germe nosocomial qui entraîne de multiples complications somatiques. Notamment, Mme M. doit subir une amputation trans-tibiale gauche du fait d'une nécrose des tissus. Elle développe un syndrome dépressif majeur, avec des idées noires, une anhédonie marquée et un repli sur elle-même. Dans ce contexte, elle est suivie au Centre Médico-Psychologique (CMP) et est orientée en ergothérapie pour un suivi individuel de soin psychique à médiation.

Au premier entretien, elle peut dire qu'avant ses opérations elle avait des activités signifiantes, elle aimait dessiner et peindre, mais qu'après, ces activités la « dégoûtaient ». Elle le dit simplement : « tout ce qui me faisait du bien avant, je n'en avais plus envie après ». Elle décrit un moment de rupture dans sa vie et évoque le fait de devoir « définir différemment les choses depuis ». Elle exprime entre autres le besoin de « retrouver de la créativité ».

En ergothérapie, un travail par le biais des médiations créatives a été mis en place avec Mme M., notamment à travers des activités expressives comme le dessin ou le collage. Ces supports lui ont permis de s'exprimer autrement que par la parole, faire des expériences nouvelles et reprendre peu à peu une place active dans ce qu'elle fait.

Ce qui est marquant dans la situation de Mme M., c'est que ce ne sont pas ses capacités physiques à dessiner ou à peindre qui ont disparues mais l'envie, le plaisir, le sens. Ces activités faisaient partie de son quotidien, rythmaient sa vie et la définissaient en partie. Les perdre c'est aussi perdre quelque chose d'elle-même. Cela pose une première question : qu'est-ce qu'un événement de vie peut avoir comme impact sur l'identité d'une personne et plus précisément sur la façon dont elle se perçoit à travers ce qu'elle fait ?

La situation de Mme M. illustre ce que Bury (1982) a appelé la rupture biographique : une fracture dans la continuité d'une vie, provoquée par un événement qui vient tout remettre en question c'est-à-dire les habitudes, les rôles, le rapport à soi. Il y a un avant et un après, et entre les deux, une personne qui ne se reconnaît plus vraiment. Dans son cas, cette rupture s'accompagne d'un trouble dépressif réactionnel. Comme le souligne Nasio (2012), « ce n'est pas l'événement malheureux en lui-même qui est la cause de la dépression, mais notre manière de vivre la perte ». La dépression de Mme M. est liée à ce qu'elle a vécu : c'est une réaction à une rupture, à la perte d'une partie de son identité et de ses repères.

Cette dépression a des effets directs sur sa relation aux occupations. Dans le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH, Kielhofner, 2008), l'identité occupationnelle désigne la façon dont une personne se définit à travers ce qu'elle fait, ses rôles, ses habitudes, ses intérêts, ses expériences. Or, quand la dépression apparaît, tout cela se dérègle. Les activités qui étaient investies avant n'ont plus de sens. Les routines disparaissent. Et peu à peu la personne ne se reconnaît plus dans ce qu'elle était. C'est précisément ce que vit Mme M. : ses activités créatives, qui faisaient partie de qui elle était, lui sont devenues étrangères.

Une autre question se pose : comment accompagner quelqu'un dans cette situation ? En ergothérapie en santé mentale, les médiations créatives (dessin, peinture, collage, modelage etc) sont les moyens fréquemment utilisés. Elles ne sont pas thérapeutiques en elles-mêmes, mais elles le deviennent dans le cadre dans lequel elles sont utilisées et par la relation qui s'y construit entre le thérapeute et le patient (Kaës, 2012). Ces médiations créatives offrent un espace où la personne peut s'exprimer autrement que par la parole, faire l'expérience concrète d'agir, de choisir et de produire quelque chose. Dans le cas de Mme M., c'est dans cet espace qu'un changement a commencé à apparaître.

Ainsi cela nous amène à se demander si les médiations créatives peuvent constituer un levier pour soutenir la reconstruction de l'identité occupationnelle chez des personnes dans une situation similaire à celle de Mme M. C'est à partir de cette situation qu'a émergé la question de recherche suivante :

De quelle manière les médiations créatives en ergothérapie peuvent-elles soutenir la reconstruction de l'identité occupationnelle de patients présentant un trouble dépressif réactionnel à la suite d'une rupture biographique ?

Mots-clés : ergothérapie - médiations créatives - identité occupationnelle - dépression réactionnelle - rupture biographique

Pour répondre à cette question, ce mémoire s'organise en deux parties :

La première partie est consacrée au cadre conceptuel. Elle va aborder dans un premier temps la dépression et la dépression réactionnelle, puis la notion de rupture biographique et ses effets sur l'identité. Elle abordera ensuite l'identité occupationnelle telle que le définit le MOH, puis elle va s'intéresser au rôle de l'ergothérapeute en santé mentale et aux effets thérapeutiques des médiations créatives.

La deuxième partie présente la phase exploratoire conduite à travers des entretiens semi-directifs auprès d'ergothérapeutes travaillant en santé mentale. Les résultats sont ensuite analysés et mis en regard avec le cadre conceptuel dans la discussion pour discuter la validation de l'hypothèse.

Cadre conceptuel

I. La dépression

1. Définition de la dépression

La dépression constitue un enjeu majeur de santé publique. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le trouble dépressif caractérisé touche environ 15 à 20 % de la population générale (Inserm, 2019). Il se présente comme une succession d'épisodes dépressifs se traduisant par de nombreux symptômes avec un retentissement majeur sur la vie du patient et de son entourage. Il peut avoir des répercussions importantes sur le plan socioprofessionnel si les symptômes perdurent (Inserm, 2019).

Les classifications internationales DSM-5 et CIM-10 ont introduit la notion « d'épisode dépressif caractérisé » dont la prise en charge en soins de premier secours fait l'objet de recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017). D'après le DSM-5 et la CIM-10, pour être diagnostiquer d'un trouble dépressif, il est nécessaire qu'au moins cinq symptômes soient présents simultanément depuis au moins deux semaines : humeur dépressive, perte de l'intérêt ou du plaisir (anhédonie), modification du poids ou de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, difficultés de concentration ou indécision, et pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes. Parmi ces symptômes, l'humeur dépressive et/ou l'anhédonie doivent obligatoirement être présents (Lemperière, Féline, Adès, Hardy & Rouillon, 2006).

Nasio (2012) définit la dépression comme « une maladie psychique caractérisée par une humeur triste provoquée par un choc émotionnel souvent difficile à repérer ». Cette définition montre deux dimensions : la présence « d'un affect dominant de tristesse » et « l'existence d'un événement déclencheur parfois conscient, parfois inconscient ». (Nasio, 2012).

Ainsi la tristesse dépressive occupe une place importante, mais il ne s'agit pas d'une tristesse ordinaire. Lemperière et al. (2006) expliquent qu'elle est différente de la tristesse ordinaire parce qu'elle prend une place importante dans la vie psychique de la personne et qu'elle s'installe dans le temps. Son intensité peut varier allant d'un sentiment de mal-être jusqu'à une souffrance profonde. Nasio (2012) décrit cette souffrance comme persistante et difficile à réduire au point qu'elle peut freiner les émotions, les pensées et même le fait d'agir au quotidien.

À cette tristesse s'ajoute un repli sur soi. La personne dépressive se détourne du monde qui l'entoure et se centre plus sur ses pensées négatives. Nasio (2012) décrit un repli envahissant et est marqué par une dévalorisation de soi. La personne ressasse sans cesse ce qui la fait souffrir, s'isole et reste centrée sur son mal être. Lemperière et al. (2006) expliquent aussi que la personne porte un regard négatif sur elle-même avec un sentiment d'impuissance et l'impression de ne pas être à la hauteur, pas assez bien. Et cela peut entraîner une perte de confiance et une baisse de l'estime de soi. Ainsi, à force de ruminer ces pensées, un cercle vicieux va s'installer et va renforcer la culpabilité, la dévalorisation et parfois le sentiment de ne plus être comme avant.

Un autre symptôme majeur est la perte d'intérêt et de désir. Nasio (2012) souligne que le sujet dépressif n'a plus envie de rien : il a perdu non seulement le désir ou l'envie de vivre, mais aussi la faculté de ressentir intérieurement la présence du désir. Lemperière et al. (2006) désignent cela par le terme « d'anhédonie », c'est-à-dire la perte de capacité à éprouver du plaisir lors de situations ou d'activités qui habituellement sont agréables.

La dépression s'accompagne aussi de troubles cognitifs et physique. Lemperière et al. (2006) expliquent que la dépression peut provoquer un ralentissement général plus ou moins important selon les personnes. Cela va toucher à la fois le corps et le fonctionnement psychique. Cela se traduit par une perte d'énergie, une diminution de l'envie d'agir et une perte l'énergie vital.

Il peut aussi y avoir des troubles de la concentration, des problèmes de sommeil, des troubles de l'appétit et parfois des idées suicidaires. L'Inserm (2019) rappelle que le risque suicidaire est élevé chez les personnes souffrant de dépression et concerne 10 à 20 % des patients dépressifs. Ces manifestations montrent que la dépression ne touche pas seulement l'humeur.

2. La dépression réactionnelle

Parmi les différentes formes de dépression, la dépression réactionnelle également appelée dépression « psychogène » ou « névrotico-réactionnelle » (Pardinielli & Bernoussi, 2011), se caractérise par son lien direct avec un événement de vie identifiable. Elle est aussi appelée « trouble de l'adaptation avec humeur dépressive » dans les classifications actuelles et se déclenche à la suite d'un événement de vie identifiable et stressant, généralement dans les trois mois qui suivent cet événement (HAS, 2017). Les symptômes durent habituellement moins de six mois après la fin du facteur de stress (HAS, 2017). Les événements déclencheurs peuvent

être divers : perte d'un proche, séparation, licenciement, maladie grave, accident ou encore changement de statut social (Qare, 2022).

La dépression réactionnelle apparaît après un événement de vie difficile ou traumatisant, lorsque la personne n'arrive plus à gérer la souffrance émotionnelle provoquée par cet événement (Qare, 2022). Selon Lemperière et al. (2006), les épisodes dépressifs sont souvent liés à des événements stressants récents, en particulier des situations de perte comme un deuil, une séparation ou une rupture importante

Toutefois, la survenue d'un événement douloureux ne suffit pas à elle seule à provoquer la dépression. Nasio (2012) insiste sur ce point fondamental : « Ce n'est pas l'événement malheureux en lui-même, ce n'est pas la perte en elle-même qui est la cause de la dépression mais notre manière de vivre la perte ». Ainsi, ce qui caractérise la dépression réactionnelle n'est pas tant la nature de l'événement, c'est la façon dont l'événement est vécu et interprété psychologiquement par la personne. Tous les individus confrontés à un même événement douloureux ne développeront pas une dépression.

Nasio (2012) distingue deux catégories de causes psychiques : les causes déclenchantes, qui correspondent aux événements de vie bouleversants et douloureux, et les causes latentes, qui renvoient à une vulnérabilité préexistante liée à la structure psychique de la personne. Ces deux catégories sont indissociables c'est-à-dire qu'une dépression ne peut être déclenchée par un événement douloureux que chez une personne déjà vulnérable à la souffrance dépressive (Nasio, 2012). Ce constat rejoint ce que dit Lemperière et al. (2006), qui identifient des facteurs de vulnérabilité précoces tels que les expériences de perte parentale durant l'enfance ou les carences de support social qui prédisposent certains individus à développer des épisodes dépressifs face aux événements stressants. Dans certains cas, il arrive même que la dépression réactionnelle ne soit pas due à un seul élément déclencheur mais à l'accumulation de tensions psychiques causées par des événements qui demeurent difficilement reconnaissables (Qare, 2022).

Nasio (2012) considère que les événements qui déclenchent une dépression sont vécus comme des « pertes d'amour ». On perd quelque chose auquel on était très attaché : une relation, un rôle social, un projet, un idéal. Les événements malheureux sont vécus comme une perte douloureuse, comme si la personne perdait quelque chose de vital pour elle (Nasio, 2012). Selon Nasio (2012) quand cette perte touche quelque chose qui faisait partie de l'équilibre ou de

l'identité de la personne, cela peut fragiliser son sentiment d'être elle-même et entraîner un véritable effondrement psychique.

Mais une perte ne suffit pas à susciter la dépression. Il faut comme le précise Nasio (2012) que la personne ait entretenu une dépendance trop fusionnelle avec l'objet perdu. Alors, la dépression apparaît lorsqu'une personne est tellement attachée à un être, à un objet ou à un idéal que sa perte devient impossible à supporter. Nasio (2012) formule cette idée ainsi : « Il n'est de dépression que sur fond d'un amour narcissique exacerbé », précisant que la dépression est la réaction à la perte de l'amour de soi idéalisé.

3. La dépression réactionnelle à une rupture biographique

La rupture biographique correspond à une fracture dans le cours de la vie d'une personne, provoquée par un événement qui vient bouleverser ses repères, son identité, ses habitudes et ses projets d'avenir. Cette notion aide à comprendre comment un accident, une maladie grave, un deuil ou n'importe quel événement traumatisant peut modifier le rapport à soi, aux autres et aux activités du quotidien.

Nasio (2012) explique cette rupture à travers la notion de perte : ce n'est pas que l'événement lui-même qui provoque la souffrance psychique, mais c'est surtout la manière dont la personne vit la perte. Deux personnes confrontées à la même situation ne réagiront pas forcément de la même façon. Chez certaines personnes cet événement peut être intégré progressivement alors que chez d'autres, il entraîne une désorganisation durable dans la vie de la personne. L'événement agit alors comme une cassure entre « l'avant » et « l'après » qui peut venir fragiliser l'image que la personne a d'elle-même et son sentiment de continuité dans sa vie.

Cette rupture s'appuie directement avec la notion de perte d'un « objet d'amour » développée par Nasio (2012). La personne perd en réalité aussi sa santé, son autonomie, son travail, ou l'image valorisée que l'on avait de soi-même. Lorsqu'un individu subit un traumatisme corporel ou psychique, il peut se sentir « amputé » d'une partie de son identité. D'après Romano (2013), le traumatisme au niveau corporel est « un trauma est une blessure avec effraction et le terme de traumatisme est surtout réservé aux conséquences sur l'ensemble de l'organisme d'une lésion résultant d'une violence externe » et le traumatisme au niveau psychique est « un événement soudain et violent qui menace brutalement l'intégrité psychique d'un individu, qui se trouve débordé dans ses capacités habituelles d'élaboration. Le traumatisme n'est pas

l'événement, mais l'effet qu'il produit dans le psychisme du sujet ». L'événement peut être intentionnelle ou non intentionnelle, ponctuel ou inscrit dans la durée, et peut entraîner des troubles psychiques durables (Romano, 2013).

La rupture biographique se voit concrètement dans les activités du quotidien. Une personne qui avait avant un rythme de vie habituel, stable peut avoir à un manque d'envie, une grande fatigue et un repli sur elle-même. Nasio (2012) décrit la personne déprimée comme ne pouvant plus ressentir en elle le désir de vivre, comme ayant perdu l'élan. Ce sont des caractéristiques des situations de rupture biographique où les routines disparaissent, les rôles sociaux se fragilisent et les projets d'avenir sont remis en question. Lemperière et al. (2006) rappellent que lorsque ces difficultés durent dans le temps, elles peuvent favoriser le maintien de la dépression et entretenir un cercle vicieux entre rupture biographique et les symptômes dépressifs.

Par exemple, la personne qui se définissait par son activité professionnelle peut vivre l'arrêt de travail comme une perte ou une baisse de l'estime de soi. La rupture biographique correspond alors à la perte de la version antérieure de soi qui est souvent idéalisée, ce que Nasio (2012) décrit comme la perte de l'illusion d'un « Moi idéal ».

Le rapport au temps est touché. Nasio (2012) précise que la personne déprimée est tellement envahie par sa douleur qu'elle réduit toute sa vie au moment présent. Le présent est figé, elle n'arrive pas à se projeter dans l'avenir et elle rumine sans cesse le passé. Les personnes ayant vécu un traumatisme peuvent rester attachées à « la vie d'avant » en comparant leur situation actuelle à leur ancienne vie d'avant sans réussir à se projeter. La rupture biographique vient alors perturber la continuité temporelle. Ainsi retrouver ce lien de continuité entre le passé, le présent et le futur devient un objectif thérapeutique important.

Je reviendrais plus en détails sur la rupture biographique dans la suite du mémoire, dans la partie II.4.

II. Identité et identité occupationnelle

1. Le concept d'identité

Avant d'aborder la notion d'identité occupationnelle qui est centrale dans mon mémoire, il est important de définir le concept d'identité sur lequel elle repose. L'identité se construit tout au long de la vie et n'est pas donnée une fois pour toutes à la naissance. Elle est marquée par des

ruptures et des crises qui entraînent des remises en question, avec aussi l'abandon de certains éléments de l'identité antérieure et de l'ajout d'autres éléments nouveaux (Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007).

Le concept d'identité est comme l'ensemble des éléments qui permettent de définir une personne mais aussi comme un sentiment intérieur « d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisé autour d'une volonté d'existence » (Muchielli, cité dans Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007, p. 204). Cette définition montre que l'identité n'est pas juste une liste de caractéristiques d'une personne mais ça correspond aussi à la manière dont la personne se perçoit et à la façon dont elle se situe dans ses relations avec les autres.

Pour Muchielli (cité dans Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007), la définition de l'identité fait toujours appel à quatre catégories de référents identitaires : des référents matériels et physiques (apparence, possessions, potentialités), des référents historiques (origines, événements marquants du passé, traces de l'éducation), des référents psychoculturels (croyances, valeurs, habitudes, vision du monde) et des référents psychosociaux (statuts et rôles sociaux, appartenances, le devenir de la personne). Ces quatre dimensions permettent de distinguer trois aspects de l'identité : l'identité matérielle, l'identité propre et l'identité sociale, qui sont liées les unes aux autres (Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007).

L'identité se construit à travers deux mouvements : d'un côté, la personne se construit en s'inspirant des autres et des modèles qu'elle rencontre au cours de sa vie et de l'autre, elle se construit aussi à travers le regard et la manière dont les autres la perçoivent (Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007). Ce double processus montre que l'identité se forme entre l'image que l'on a de soi et celle que les autres nous renvoient.

La construction de l'identité est vue comme quelque chose qui évolue toute la vie et qui n'est jamais complètement terminée. Selon Bilbao et Jofré (2012) cette construction se fait au fil des changements intérieurs de la personne, de ses émotions, de ses désirs et de ses expériences. Elle se construit aussi à travers les relations avec les autres et la façon dont la personne se reconnaît elle-même. L'identité n'est donc pas quelque chose de fixe ou qui ne change jamais car elle se transforme en fonction des événements de vie et de ce que la personne traverse.

Parmi les éléments qui construisent le sentiment d'identité, Muchielli (cité dans Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007) parle du sentiment de continuité dans le temps. Cela signifie qu'une

personne a le sentiment de rester la même au fil de sa vie, même si elle change et évolue. Les différentes étapes de sa vie sont perçues comme une suite logique et non comme des cassures.

Mais quand ce sentiment est fragilisé par exemple après un deuil, une perte d'emploi, un accident ou une maladie grave, la personne peut avoir l'impression de ne plus se reconnaître comme avant. Son identité peut alors être déstabilisée et elle doit reconstruire une nouvelle image d'elle-même.

C'est ce qui peut arriver dans une dépression réactionnelle : l'événement difficile crée une rupture dans l'histoire de vie de la personne et vient perturber le sentiment d'être toujours la même personne.

2. Le modèle de l'occupation humaine (MOH)

Pour comprendre la notion d'identité occupationnelle et son lien avec la dépression réactionnelle, il est nécessaire de présenter le modèle auquel elle appartient : le modèle de l'occupation humaine (MOH) développé par Gary Kielhofner. Ce modèle constitue l'un des modèles conceptuels fondateurs de l'ergothérapie et le livre qui le présente est aujourd'hui publié dans sa sixième édition. (Taylor et al., 2024, cité dans Doussin-Antzer & Mignet, 2024).

L'idée principale du MOH est que l'être humain est un « être occupationnel » (un être qui a besoin d'activités pour se construire). Les occupations jouent un rôle essentiel dans la vie de la personne et c'est en agissant qu'elles développent leur identité et deviennent ce qu'elles sont (Doussin-Antzer & Mignet, 2024). L'occupation y est définie comme « une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (Kielhofner, cité dans Doussin-Antzer & Mignet, 2024, p. 1).

Le MOH explique que la personne est composée de trois éléments qui interagissent en permanence entre eux et avec son environnement. La première est la volition, qui correspond à la motivation d'une personne à agir. Elle regroupe les valeurs (ce que la personne considère important et signifiant), les centres d'intérêt (ce qu'elle trouve agréable et satisfaisant) et la causalité personnelle (ce qu'elle pense de ses propres capacités et de son efficacité). La deuxième composante est l'habitation, qui renvoie à l'organisation des occupations : elle comprend les habitudes et les rôles. Elle est définie comme un ensemble d'attitudes et de

comportements à la fois personnel et sociale (exemple : rôle de parent, d'étudiant, d'ami...). La troisième composante est la capacité de performance, qui correspond à la capacité d'une personne à réaliser des activités grâce à ses capacités physiques et mentales, mais aussi à la façon dont elle ressent et vit son corps lorsqu'elle agit (Doussin-Antzer & Mignet, 2024).

L'agir occupationnel est organisé en trois niveaux qui fonctionnent ensemble. Le premier est la participation occupationnelle, qui correspond au fait de prendre part aux activités de la vie (travail, loisirs, études, vie quotidienne...) dans son environnement. Le deuxième est la performance occupationnelle, qui est la réalisation concrète des tâches nécessaires à cette participation. Le troisième niveau est celui des habiletés motrices, opératoires, de communication et d'interaction qui permettent la réalisation de ces tâches (Doussin-Antzer & Mignet, 2024). Ces trois niveaux sont liés et s'influencent mutuellement.

Ainsi, la personne construit progressivement une image d'elle-même à travers ce qu'elle fait, ses expériences et ses engagements dans les activités du quotidien (Doussin-Antzer & Mignet, 2024). C'est dans ce contexte qu'apparaît une notion centrale de mon mémoire : l'identité occupationnelle.

3. L'identité occupationnelle

Dans le MOH, Kielhofner définit l'identité occupationnelle comme « un amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir » (Kielhofner, cité dans Doussin-Antzer & Mignet, 2024, p. 1). Le terme amalgame désigne ici un mélange ou une combinaison de plusieurs éléments qui forment un tout. C'est-à-dire que l'identité occupationnelle n'est pas une chose figée et définie. Elle est le résultat de l'ensemble des expériences que la personne a vécues à travers ses occupations tout au long de sa vie. Elle regroupe à la fois ce que la personne fait concrètement au quotidien ses activités, ses rôles, ses habitudes et la façon dont elle se perçoit et se définit à travers ces occupations. Le terme subjectif indique quant à lui que cette identité est propre à chaque individu. Par exemple deux personnes qui exercent le même métier ou pratiquent le même loisir ne construiront pas la même identité occupationnelle car chacune donnera un sens différent à ces occupations (Doussin-Antzer & Mignet, 2024).

La définition de Kielhofner distingue deux dimensions : « ce que la personne est et ce qu'elle souhaite devenir ». La première dimension renvoie à ce que la personne vit et fait dans le présent. Quels rôles occupe-t-elle ? Quelles activités pratique-t-elle ? Comment se sent-elle

dans ces activités ? La deuxième dimension renvoie à son projet de vie c'est à dire vers quoi veut-elle aller ? Qui veut-elle être ? Ces deux dimensions sont étroitement liées : l'identité occupationnelle se construit à partir de ce que la personne vit aujourd'hui mais aussi de ce qu'elle aimerait devenir plus tard. C'est ce qui fait qu'elle évolue constamment, elle se construit, change et se transforme tout au long de la vie selon les expériences et les événements vécus par la personne (Doussin-Antzer & Mignet, 2024).

L'identité occupationnelle se construit progressivement à travers l'accumulation des expériences occupationnelles vécues. Chaque occupation qu'il s'agisse du travail, des loisirs ou des activités de la vie quotidienne, contribue à façonner la façon dont la personne se perçoit et se reconnaît. Les rôles sociaux occupent une place importante dans cette construction. Par exemple être parent, travailleur, ami ou bénévole, ne sont pas seulement des fonctions sociales, ce sont aussi des façons d'exister et de se définir. Comme l'explique le MOH, les rôles correspondent à un ensemble de façons d'agir et de se comporter qui sont définies à la fois par la personne elle-même et par la société. Chaque personne vit et exerce ses rôles de manière différente selon sa personnalité et son environnement (Doussin-Antzer & Mignet, 2024).

Ce lien entre identité et occupation rejoint directement la définition de l'identité présentée juste avant. Selon Citeau et Engelhardt-Bitrian (2007), le sentiment d'identité repose notamment sur le sentiment d'exister, c'est-à-dire le fait d'avancer vers ce que l'on souhaite devenir, d'avoir des projets et de croire que l'on peut les réaliser. Cependant, certains événements comme une perte d'emploi, une séparation ou un deuil peuvent faire perdre ce sentiment et le sens que la personne donne à sa vie (Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007).

C'est ce qui peut se produire dans la dépression réactionnelle où l'événement difficile vient perturber le cours habituel de la vie et empêche parfois la personne de continuer ses activités habituelles. Comme ces occupations participent à la construction de l'identité, leur perte ou leur modification peut aussi fragiliser le sentiment d'être soi-même et le sens donné à son existence.

Ainsi, l'identité occupationnelle ne correspond pas simplement aux activités réalisées. Elle montre aussi l'histoire de la personne, ce qu'elle souhaite devenir et la manière dont elle donne du sens à sa vie et à ses expériences.

4. Rupture biographique et identité occupationnelle

La notion de rupture biographique est importante pour comprendre l'impact d'une dépression réactionnelle sur l'identité occupationnelle. Elle correspond à une fracture/cassure dans le cours de la vie d'une personne qui est provoquée par un événement qui va venir bouleverser ses repères, ses habitudes, ses rôles et ses projets d'avenir. Cette notion permet de comprendre comment un événement vécu comme traumatisant peut désorganiser les occupations du quotidien.

Citeau et Engelhardt-Bitrian (2007) rappellent que des modifications ou crises de l'identité surviennent chez la plupart des individus, et peuvent être dues à des événements marquants de l'histoire personnelle tels que le deuil, chômage, reconversion professionnelle, divorce, accidents corporels ou maladies graves. Ces événements exigent une réorganisation qui peut se faire sur plusieurs années. Ils précisent notamment que le décès d'un conjoint par exemple « se traduit par une rupture radicale avec ce qui définissait auparavant l'identité dans tous ses aspects, du fait de la perte de référents essentiels, au niveau personnel comme au niveau social » (Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007, p. 221).

Dans ce contexte de dépression réactionnelle, cette rupture est directement liée à la perte d'un objet affectivement investi (Nasio, 2012). Selon Nasio (2012), la dépression peut apparaître lorsqu'une personne est très attachée à quelqu'un, à quelque chose ou à un idéal, au point que sa perte devient très difficile à supporter.

Cette perte peut aussi concerner une occupation, un rôle social ou une image de soi construite à travers les activités du quotidien. Par exemple, une personne qui se définissait beaucoup par son travail, ses loisirs ou son rôle familial peut ressentir cette rupture comme une perte d'une partie d'elle-même et pas seulement comme la perte d'une activité.

Le MOH permet de mieux comprendre ce qui se passe. Cette rupture de vie peut perturber les trois composantes de la personne décrites par Kielhofner, qui ont été expliquées juste avant. D'abord, la volition est touchée : la personne peut perdre ses motivations, ses centres d'intérêt, ses valeurs ou ne plus se sentir capable. Ensuite, l'habitué est perturbée : les habitudes et les rôles du quotidien disparaissent ou perdent leur sens. Enfin, la capacité de performance peut aussi être affectée à cause des difficultés liées à la dépression (fatigue, ralentissement, difficultés de concentration...) et de la manière dont la personne ressent son corps et ses actions (Doussin-Antzer & Mignet, 2024).

Cette rupture entraîne donc un déséquilibre global de la personne dans sa façon d’agir, dans sa participation aux activités et dans son organisation sa vie au quotidien.

Nasio (2012) souligne aussi que la personne déprimée est si absorbée par sa douleur qu'elle réduit toute sa vie au seul instant présent. Le présent est comme figé, elle ne peut pas se projeter dans l'avenir, et elle rumine son passé amèrement. Or, le sentiment de continuité temporelle (la capacité de la personne à se percevoir la même dans le temps et à associer passé, présent et futur en un récit cohérent) est l'un des fondements du sentiment d'identité (Citeau & Engelhardt-Bitrian, 2007). Lorsque ce sentiment est rompu, l'identité occupationnelle est fragilisée et la personne ne sait plus qui elle est, ni ce vers quoi elle peut aller.

Enfin, il est important de souligner que la rupture biographique n'est pas vécue de la même façon par tous les individus. Comme le rappelle Nasio (2012), ce n'est pas l'événement en lui-même qui provoque l'effondrement psychique, mais la manière dont il est vécu. Deux personnes peuvent vivre la même situation sans être affectées de la même façon. Citeau et Engelhardt-Bitrian (2007) rejoignent aussi cela : les crises identitaires apparaissent lorsqu’un ou plusieurs éléments qui construisent le sentiment d’identité ne se sont pas développés correctement ou sont fragilisés après un événement difficile. La vulnérabilité préexistante de la personne joue donc un rôle important dans l'impact de la rupture et dans la difficulté à reconstruire une identité occupationnelle cohérente.

Face à cette désorganisation, en s'appuyant sur le MOH, l'ergothérapeute accompagne la personne dans un processus de reconstruction d'une identité occupationnelle après la rupture en ayant recours aux médiations créatives, ce que je vais aborder dans la partie suivante.

III. Le rôle de l'ergothérapeute

1. Définition de l'ergothérapeute

L'ergothérapie est une profession de santé dont les actes sont officiellement encadrés par le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986, qui définit les moyens de l'ergothérapie comme étant les « activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisir ou de travail » (décret n° 86-1195, cité dans Pibarot, 2016, p. 27).

L’ergothérapie repose sur le fait que l’être humain est un être occupationnel : c'est en agissant (à travers ses actions et activités) que les personnes développent et construisent ce qu'elles sont

(Doussin-Antzer & Mignet, 2024). L'ergothérapeute accompagne donc la personne dans son rapport aux occupations, c'est-à-dire à l'ensemble des activités productives, de loisirs et de vie quotidienne qu'elle réalise dans un environnement physique, temporel et social (Kielhofner, cité dans Doussin-Antzer & Mignet, 2024).

En psychiatrie, la pratique ergothérapique est particulière. Comme l'explique Klein (2016), il n'existe pas qu'une seule manière de faire de l'ergothérapie, mais des approches différentes qui sont adaptées à chaque patient et ses symptômes, à son histoire et à ses besoins. L'ergothérapeute ne se contente pas de proposer des activités : il est avant tout un thérapeute qui accompagne la personne sur le plan psychique, en s'intéressant à son bien-être mental et à son sentiment continu d'exister (Klein, 2016). Ainsi, Klein (2016) dit que « occuper un patient, c'est tenter de s'occuper de lui, dans le sens de s'occuper de son espace psychique ». L'activité devient alors plus qu'un outil. Elle devient un espace de rencontre, d'expression et de soutien psychique qui caractérise l'ergothérapie en psychiatrie.

L'ergothérapeute dispose pour cela de différentes techniques et médiations à visée thérapeutique qu'il utilise selon leurs caractéristiques, leur intérêt et leur symbolique (ce qu'elles peuvent représenter pour la personne). Ces médiations créent des espaces qui favorisent le lien avec soi-même et le lien de soi à l'autre tout en permettant de développer l'expression et la créativité (Klein, 2016). Ainsi, l'ergothérapeute cherche à donner au patient une place d'acteur dans sa prise en charge et non d'objet de soin.

2. Les objectifs de l'ergothérapeute en santé mentale

En psychiatrie, les objectifs de l'ergothérapeute sont multiples et partent tous autour d'une même idée : d'apaiser la souffrance psychique et de restaurer l'autonomie. Pour atteindre cet objectif, Klein (2016) explique que l'ergothérapeute cherche à restaurer le lien relationnel avec les autres pour rompre avec l'isolement, aider à mieux gérer l'anxiété, redonner confiance en ses capacités, soutenir l'estime de soi, et favoriser un élan vital, un désir de vie.

Ces objectifs correspondant directement aux symptômes retrouvés dans la dépression réactionnelle : l'isolement, la perte d'estime de soi, la perte de désir et la désorganisation des habitudes de vie. En s'appuyant sur les occupations et les médiations, l'ergothérapeute cherche à aider la personne à reprendre progressivement un engagement dans sa vie. Comme le rappelle

H. Simon cité par Pibarot (2016) « le travail des malades n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'atteindre une fin plus élevée : faire progresser psychiquement les malades ».

Un objectif important de l'ergothérapeute en santé mentale est également de soutenir la personne dans son rapport aux occupations en s'appuyant sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Comme le rappellent Doussin-Antzer et Mignet (2024), l'ergothérapie repose sur l'idée que l'être humain est un être occupationnel : c'est à travers ses occupations qu'il se construit, se définit et donne du sens à son existence. Dans le contexte de la dépression réactionnelle, la rupture biographique vient perturber les trois composantes décrites par Kielhofner juste avant : la volition, l'habitation et la capacité de performance. L'ergothérapeute a donc pour objectif d'intervenir sur ces trois composantes en proposant des activités adaptées qui permettent à la personne de retrouver progressivement un engagement occupationnel. Il s'agit de l'aider à restaurer sa volition en ravivant ses centres d'intérêt, à reconstruire des habitudes et des rôles stables et à retrouver confiance en ses capacités.

Pour atteindre ces objectifs, l'ergothérapeute s'appuie sur la mise en place d'un cadre thérapeutique solide et sécurisant. Ce cadre est constitué de repère spatio-temporels (des horaires fixes, un lieu connu, des règles) afin d'apporter au patient un espace de sécurité et de prévisibilité (Simonnet-Guéréau, 2014). Simonnet-Guéréau (2014) précise que ce cadre « structure et délimite un espace-temps particulier qui donne sens à ce qui se déroule au-dedans et au-dehors de ses frontières » et qu'il est nécessaire à la relation thérapeutique.

La qualité de la présence de l'ergothérapeute est un outil thérapeutique. Pibarot (2016) caractérise la présence de l'ergothérapeute en s'appuyant sur les concepts de Winnicott, et décrit trois attitudes : le « *holding* » (façon de mobiliser et soutenir le patient), le « *handling* » (façon de porter et d'entrer en contact) et l'« *object-presenting* » (façon de présenter les objets et les activités). Ces trois attitudes permettent à l'ergothérapeute d'accueillir le patient comme une personne capable d'agir même lorsqu'il ne s'en sent pas encore capable. En psychiatrie, Klein (2016) nomme cela le rôle du « moi auxiliaire » : l'ergothérapeute rend son psychisme disponible pour le patient, comme une mère se rend disponible pour son bébé pour soutenir son développement.

Dans le contexte de la dépression réactionnelle, ces objectifs prennent tout leur sens. Comme la rupture biographique a perturbé les habitudes de vie, les rôles et l'identité occupationnelle de la personne, l'ergothérapeute cherche à l'accompagner pour qu'elle se reconstruise progressivement en retrouvant des activités significatives, en retrouvant un sentiment de

compétence et de valeur et en reconstruisant peu à peu un projet de vie cohérent avec ce que la personne souhaiterait être (Doussin-Antzer & Mignet, 2024)

3. Définition des médiations créatives et les différents types

Les médiations créatives regroupent plusieurs activités qui s'appuient sur la création et l'expression. Les plus utilisées en ergothérapie sont les médiations graphiques et picturales (le dessin, la peinture, le collage), les médiations plastiques (le modelage, la sculpture, la terre), les médiations d'expression écrite (l'écriture créative, la poésie) et les médiations sonores et corporelles (la musique, la danse, le théâtre) (Brun, 2019 ; Klein, 2016 ; Simonnet-Guériau, 2014). Elles permettent d'atteindre des expériences qui n'ont pas encore pu être mises en mots, qui sont restées « inscrites dans le corps sans trouver de forme symbolique » (Brun, 2019). Chaque médiation sollicite le corps, les sensations et les mouvements. C'est justement cette dimension corporelle et sensorielle qui leur donne un effet thérapeutique : elles permettent d'exprimer des expériences ou des ressentis qui n'ont pas été mis en mot (Brun, 2019)

Bagnères (2014) apporte des éléments complémentaires en décrivant le processus de création en ergothérapie comme un « acte symbolique à valeur initiatique ». Pour cette auteure, créer un objet est pour le patient, parcourir un chemin au cours duquel il doit vaincre des peurs, prendre des décisions, gérer ses tensions intérieures et résoudre des difficultés. À la fin de ce cheminement, un objet concret est créé et peut devenir un support du sentiment d'existence de la personne (Bagnères, 2014). Ainsi, peu importe la technique choisie ce qui compte c'est le processus de création lui-même et la façon dont il permet au patient de donner une représentation concrète de ce qu'il ressent intérieurement et qu'il ne parvenait pas à exprimer.

4. Les effets thérapeutiques des médiations créatives

Les médiations créatives produisent des effets thérapeutiques à plusieurs niveaux, qui s'associent entre eux de façon cohérente. Le premier effet est la symbolisation. D'après Brun (2025), « la symbolisation désigne les processus de transformation d'une expérience subjective en différentes formes de représentation que le sujet s'approprie. La symbolisation est donc la métabolisation, la mise en forme et la mise en sens des expériences vécues ». La médiation créative permet de donner une forme à ce qui était encore impossible à exprimer comme des

émotions, des expériences, des vécus corporels qui n'avaient pas encore pu être représentés ni mis en mots. Brun (2019) explique que la production artistique ne vise pas à exprimer un sens déjà établi, mais à mettre en forme, par le moyen de la médiation quelque chose de difficile à exprimer à l'origine.

Le deuxième effet est le renforcement du sentiment d'existence et de l'estime de soi. La création d'un objet, le fait d'avoir mené quelque chose à son terme, de voir apparaître une réalisation qui n'existait pas avant, contribue à restaurer un sentiment de compétence et de valeur chez la personne. Bagnères (2014) décrit ainsi le moment où le patient est « saisi par la force de son propre élan créateur » et éprouve une grande joie : « Dans tous les cas le patient est transformé par sa création. Rien n'est plus pareil et sa capacité à surmonter les épreuves lui donne la sensation d'exister, ce dont il a essentiellement besoin. ».

Le troisième effet est la reprise du lien à l'autre et à l'environnement. La dépression réactionnelle s'accompagne d'un repli sur soi et d'un désengagement progressif du monde extérieur. Les médiations créatives, en créant un espace tiers entre le patient et le thérapeute, permettent de renouer progressivement ce lien. Simonnet-Guéréau (2014) précise que la médiation, en tant qu'élément intermédiaire a une valeur individualisante et thérapeutique. L'objet créé peut aussi devenir un support de communication avec l'autre, permettant au patient de se montrer et d'être reconnu dans une dimension de valorisation de soi importante (Simonnet-Guéréau, 2014).

Le quatrième effet est la restauration du rapport au temps. Nous avons vu que la dépression réactionnelle fige la personne dans un présent douloureux, l'empêchant de se projeter dans l'avenir. Le processus de création implique en lui-même une temporalité : il y a un avant (la matière brute, le vide de la toile blanche,...), un pendant (le travail de création, les décisions, les essais,...) et un après (l'objet fini, la réalisation, ...). Bagnères (2014) décrit cela comme un passage d'un état à un autre, d'un monde ancien à un monde présent, rejoignant ainsi l'idée de Pankow (citée dans Brun, 2019) selon laquelle « lorsque la dissociation dans le monde spatial est réparée, le malade peut entrer dans son histoire ». Créer, c'est donc aussi se réinscrire dans une continuité temporelle.

Après rédaction de mon cadre théorique j'ai formulé l'hypothèse suivante :

Les médiations créatives en ergothérapie en offrant un espace d'expression du vécu dépressif et en permettant à la personne de retrouver une capacité d'agir, soutiennent la reconstruction de l'identité occupationnelle chez les patients atteint d'une dépression réactionnelle.

Je vais maintenant recueillir le point de vue d'ergothérapeutes afin de comparer ces concepts théoriques avec leurs expériences et pouvoir valider ou non mon hypothèse.

Phase exploratoire

Ma question de recherche étant la suivante :

De quelle manière les médiations thérapeutiques en ergothérapie peuvent-elles soutenir la reconstruction de l'identité occupationnelle de patients présentant des troubles dépressifs ?

Mon hypothèse :

Les médiations créatives en ergothérapie en offrant un espace d'expression du vécu dépressif et en permettant à la personne de retrouver une capacité d'agir, soutiennent la reconstruction de l'identité occupationnelle chez les patients atteints d'une dépression réactionnelle.

1.Méthodologie de l'enquête

1.1 La population visée par l'enquête

Enfin, Tétreault (2014) souligne l'importance de choisir des personnes ayant une expérience en lien avec le sujet étudié. Je vais donc interroger uniquement des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie auprès d'une population adulte, en particulier ceux qui accompagnent des personnes souffrant de troubles dépressifs. Comme ma recherche porte sur les médiations et plus précisément sur les médiations créatives, je vais m'adresser à des professionnels qui utilisent ou ont déjà utilisé ce type d'activités dans leur pratique.

Ces ergothérapeutes devront exercer dans des structures psychiatriques, qu'elles soient intra-hospitalières ou extra-hospitalières. J'ai choisi d'élargir ma recherche à toute la France afin d'augmenter mes chances d'obtenir des réponses à mes demandes d'entretien.

Critères d'inclusion :

- Des ergothérapeutes exerçant en France
- Des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie ayant déjà eu une expérience avec des personnes souffrant de troubles dépressifs
- Des ergothérapeutes qui utilisent ou ont utilisé les médiations créatives.

Critères de non-inclusion :

- Des ergothérapeutes qui ne travaillent pas en psychiatrie et n'ont pas eu d'expériences avec des personnes atteintes de troubles dépressifs
- Des ergothérapeutes qui exercent en dehors de la France
- Des ergothérapeutes qui n'ont jamais eu recouru aux médiations créatives

Critères d'exclusion :

- Tous les autres professionnels de santé ne seront pas interrogés.
- Le participant retire son consentement

1.2 La période durant laquelle l'enquête se déroulera

Janvier 2026 : recherche de tous les participants

Février/Mars 2026 : élaborations des entretiens et questionnaires

Mars/mi-Avril 2026 : passations de l'enquête

Mi-Avril/Mai 2026 : analyse des résultats et discussions

1.3 Le terrain d'enquête

Le terrain d'enquête comprendra des structures de soins psychiatriques, à la fois intra-hospitalières (services de psychiatrie adulte et hôpitaux spécialisés) et extra-hospitalières. Ces lieux sont particulièrement adaptés à ma question de recherche car ils accueillent des patients souffrant de dépression dans un contexte réactionnel.

1.4 Méthode de recherche :

Pour mon étude, j'ai choisi d'utiliser une méthode de recherche qualitative. D'après Tétreault (2014), ce type de recherche permet de comprendre le sens que les personnes donnent à une situation ou à un problème. L'analyse se base principalement sur les propos des personnes interrogées, leurs expériences, leurs actions ou encore certains documents. Il s'agit donc de

données qui ne peuvent pas être facilement mesurable ou chiffrable. Dans le cadre de mon sujet, les résultats ne pourront pas être exprimés de manière statistique. C'est pourquoi une approche qualitative semble la plus adaptée.

1.5 L'outil d'enquête

Je vais m'intéresser à l'expérience vécue, aux opinions et aux ressentis des personnes interrogées concernant l'utilisation de l'activité. Ce sont des éléments subjectifs, personnels et difficilement quantifiables. C'est pourquoi pour réaliser cette enquête, je vais utiliser l'entretien. Selon Tétreault (2014), l'entretien permet d'avoir un accès direct aux idées, aux perceptions et aux représentations d'une personne. Il donne la possibilité à l'interviewé de parler de son expérience et de son contexte. Comme mon objectif est d'explorer une expérience humaine l'entretien qualitatif paraît pertinent. Ce type d'entretien repose sur des questions ouvertes ce qui permet à la personne interrogée de développer ses réponses et d'approfondir certains points. Plus précisément, j'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs. Cette méthode est plus souple que l'entretien directif. D'après Tétreault (2014), l'entretien semi-directif s'appuie sur des questions préparées à l'avance et organisées autour de thèmes en lien avec le sujet de recherche. Cependant, l'ordre des questions peut changer en fonction du déroulement de l'échange. La personne qui interroge doit s'adapter au discours de la personne. Ce choix me permet de garder un cadre structuré pour éviter de m'éloigner du sujet, tout en laissant la liberté à la personne interrogée d'aborder de nouvelles idées qui pourront enrichir ma réflexion.

1.6 Élaboration des questions de l'entretien :

Les questions en lien avec la thématique, aborderont les différentes notions de ma question de recherche :

Les premières questions concerneront le professionnel ainsi que sa pratique professionnelle. L'entretien abordera la dépression de manière général, la dépression réactionnelle ainsi que la notion de rupture biographique. Puis l'identité occupationnelle et les impacts de la dépression réactionnelle sur l'engagement dans les activités. Ensuite l'utilisation de la médiation créative par l'ergothérapeute. Enfin, les dernières questions porteront sur la reconstruction de l'identité occupationnelle et les limites rencontrées par les professionnelles.

1.7 Limite de l'outil

Bien que l'entretien semi-directif soit l'outil le plus adapté à ma démarche, il présente plusieurs limites. Tout d'abord, les données recueillies reposent sur les ressentis, la perception et l'expérience des ergothérapeutes, ce qui introduit une part de subjectivité. De plus, le nombre restreint de participants ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la profession. Par ailleurs en tant qu'enquêtrice, je peux influencer la façon de poser les questions, de relancer les participants ou d'analyser leurs réponses dû aux connaissances du cadre théorique et les réflexions développées au cours de ce mémoire. Il existe donc un risque d'interpréter les propos dans le sens de l'hypothèse de départ plutôt que de laisser émerger des résultats des participants. Le fait que certains entretiens peuvent être réalisés à distance par téléphone ou visioconférence peut limiter la qualité des échanges et restreindre plus les idées qui peuvent être développées. Les participants peuvent développer moins leurs idées que si c'était en face-à-face ou en présentiel car à distance on perd l'aspect non verbal comme les expressions ou la gestuelle qui enrichissent l'échange.

1.8 La faisabilité de l'enquête

La faisabilité de cette enquête apparaît adaptée dans le cadre de mon mémoire. Le nombre restreint de participants attendu (environ 5 à 8 ergothérapeutes) est compatible avec une approche qualitative qui permettra une analyse approfondie des discours de chacun. Les ergothérapeutes exerçant en psychiatrie constituent une population accessible par le biais de contacts durant mes stages réalisés, les réseaux sociaux et réseaux institutionnels.

L'entretien semi-directif ne nécessite pas de moyens matériels complexes et peut être réalisé en présentiel ou à distance, en fonction des contraintes des participants.

1.9 Modalités d'analyse des données recueillies :

Pour la méthode de retranscription j'utiliserais la retranscription intégrale.

2. Réglementation :

Cette étude sera menée dans le respect du cadre légal encadrant les recherches impliquant la personne humaine (Article L1121-1 à L1121-17, 2023). Avant toute participation, l'accord du professionnel sera sollicité. Un document de consentement lui sera remis, précisant notamment

que l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio. Le participant sera informé de son droit d'interrompre sa participation à tout moment sans avoir à se justifier. Il sera également clairement informé que les informations collectées pourront être utilisées dans le cadre de ma recherche. Enfin, l'ensemble des données recueillies sera traité de façon confidentielle et anonymisée afin de garantir la protection de l'identité des personnes interrogées.

Recherche :

1. Synthèse des entretiens ergothérapeutes

Partici- pant	Année de diplôme	Expérience	Lieux d'exercice antérieurs	Lieu de travail actuel	Formations complémentair es
E1	2003	23 ans	Psychiatrie adulte : Différentes structures en hôpital public : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) puis intra-hospitalier et hôpital de jour	Depuis 9 ans, en hôpital de jour et intra-hospitalier	—
E2	2004	22 ans	Psychiatrie adulte : Différentes structures en hôpital public : CATTP et intra-hospitalier Psychiatrie adolescente pendant 4 ans	Depuis 4 ans : en hôpital de jour adulte	—
E3	2014	12 ans	Psychiatrie adulte : intra-hospitalier et CATTP	Depuis 7 ans : intra-hospitalier et en CMP adulte	—
E4	1989	36 ans	Psychiatrie adulte : Différentes structures en hôpital public : hôpital de jour, intra-hospitalier	Depuis 25 ans : Intra-hospitalier en psychiatrie adulte	Thérapie familiale, psychanalyse, philosophie
E5	2004	22 ans	Psychiatrie adulte : Différentes structures en hôpital public : intra, extra, CATTP, hôpital de jour	Depuis 2 ans : Unité pour Malades Difficiles (UMD)	—

2. Synthèse des questions

Question 1 : Caractéristiques de la dépression générale / dépression réactionnelle / rupture biographique			
	Dépression générale	Dépression réactionnelle	Rupture biographique
E1	« Un trouble de l'humeur qui associe la tristesse, la perte d'envie, les troubles du sommeil, l'incurie,	« Un contexte déclencheur de la dépression, réactionnelle à quelque chose. »	« Dans le parcours de vie, un élément qui vient faire rupture, un avant et un après. »

	<i>la perte de l'élan vital, plus de projection dans la vie. »</i>		
E2	<i>« Une diminution de l'élan vital et des interactions sociales » « apragmatisme » « anhédonie » « pensées obsédantes et ruminations, avec ou sans tentative de suicide »</i>	<i>« Causée par un élément particulier, traumatique, qui déclenche l'état dépressif »</i>	Notion inconnue
E3	<i>« Estime de soi très basse » « possibilité d'idée suicidaire » contexte traumatique (deuil, séparation) « troubles du sommeil » « aboulie » « anhédonie » « incurie » « arrêt du travail et des activités » « retrait social »</i>	Terme non utilisé dans le jargon professionnel actuel.	<i>« Représentation d'un idéal perdu » « sentiment de perte »</i>
E4	<i>« Un affaissement de l'énergie que l'on met de coutume dans son existence, un ralentissement psychomoteur et idéique, réduction de l'énergie psychique — capacités préservées mais non mobilisées. »</i>	<i>« Réagir à la perte d'un objet aimé, ce qui m'appartenait, quelque chose que je croyais bien que je n'ai plus. »</i>	<i>« Plutôt choc biographique » « quelque chose dans le fil existentiel qui est ébranlé par un événement suffisamment fort pour mettre la personne en difficulté. »</i>
E5	<i>« Une perte d'élan, une perte d'envie, une aboulie, de la clinophilie, un isolement social, une dévalorisation, une perte d'estime de soi. »</i>	<i>« Consécutive à un événement déclenchant »</i>	<i>« Un événement de vie qui fait rupture dans le déroulé de la vie de quelqu'un. »</i>

Question 2 : Définition de l'identité et de l'identité occupationnelle

	Identité	Identité occupationnelle
E1	<i>« Qui on est, nos valeurs, notre caractère, notre apparence physique. »</i>	<i>« Qui on est à travers nos activités, nos occupations de vie quotidienne, professionnelle, de loisirs. »</i>
E2	<i>« Ce qui caractérise la personne : son genre, sa personnalité, ses valeurs, son éducation, comment elle a grandi »</i>	<i>« Le métier que la personne a choisi, ses études, la manière dont elle va se définir dans son rôle dans la société et dans un rôle familial. »</i>
E3	<i>« Le genre, l'appartenance, ce qu'il y a sur la carte d'identité. »</i>	<i>« Les activités qui ont du sens pour toi, que ce soit les loisirs ou autres, évoluant au cours du cycle de vie. »</i>
E4	<i>« Se reconnaître soi à part entière, avoir intégré une idée de ce que l'on est, rendu possible parce que j'ai été reconnu par un autre. »</i>	<i>« Un empêchement, un retentissement, une atteinte dans la faculté d'agir. Corps et esprit vont moins vite. La volition est touchée. »</i>
E5	<i>« Ce qui définit une personne dans ses singularités, ce qui la rend différente des autres. »</i>	<i>« Un agir signifiant pour la personne, pas un agir désincarné. »</i>

Question 3 : Impacts d'une dépression réactionnelle sur l'identité occupationnelle et l'engagement dans les activités

	Réponses
E1	<i>« Impact majeur sur l'ensemble des activités, tous les champs peuvent être atteints. Perte d'envie d'initier, ça ne fait plus sens, encore plus sur les occupations annexes : le travail, le rôle dans la famille. »</i>
E2	<i>« Arrêt du travail » « incapacité à sortir du lit, à réaliser son rôle au quotidien. » Certains surinvestissent dans un premier temps, mais la participation occupationnelle est mise de côté progressivement.</i>

E3	« Rupture de l'équilibre occupationnel » « désengagement des activités » « clinophilie » « anhédonie » « aboulie » « retrait du monde extérieur »
E4	« Dimension de négativité de l'action : la personne agit moins ou oriente son activité vers le renoncement » « L'arrêt du temps c'est l'arrêt du mouvement » « Engagement vital suspendu »
E5	« S'il y a plus d'élan, on fait plus ce qu'on aime parce qu'on sait plus ce qu'on aime. Si on se définit aussi à travers ce qu'on fait, si on ne fait plus rien, peut-être que ça attaque aussi l'identité. »

Question 4 : Définition de la médiation créative, contextes et objectifs d'utilisation

	Définition	Objectifs
E1	Toute activité permettant de créer librement (y compris la cuisine).	« Expression du ressenti et du vécu » « valorisation » « estime de soi » « sentiment de capacité » « structuration et organisation »
E2	« Tout ce qui va permettre à la personne de s'exprimer autrement qu'avec des mots, de réaliser des choses et trouver du plaisir en dehors des routines. »	« Réinvestissement des activités, plaisir » « expression alternative » « apaisement, puis transposition dans la vie courante et à domicile »
E3	« Co-créé dans une relation triangulaire thérapeute, objet, patient » « Création, expérimentation ou redécouverte »	« Lien de confiance thérapeutique, trouver ou retrouver l'élan vital » « pulsion de vie » « confiance en soi » « estime de soi » « support à projection » « création d'un objet ayant du sens. »
E4	« Un tiers qui vient s'installer entre un thérapeute et la personne elle-même. Une exploration créative par la pensée et le corps, un chemin entre la matière transformée et sa narration. »	« Explorer créativement par la pensée et le corps. » « Découvrir ce dont on est capable » « L'acte créatif peut donner lieu à une narration de ce qui est éprouvé. »
E5	« Quelque chose de projectif, où il y a une énorme part d'expression et d'expressivité à travers la matière. S'emparer d'une matière qu'on ne connaît pas pour en faire quelque chose qui résonne. »	« Amorcer la relation thérapeutique » « alléger la souffrance » « favoriser l'autonomie » « Posture adaptée pour éviter la mise en échec avec des patients dépressifs. »

Question 5 : Choix d'une médiation créative : éléments pris en compte

	Réponses
E1	« L'objectif de soin est d'adapter pour éviter la mise en échec » « s'assurer des capacités de la personne » « accord de la personne » « envie de la personne. »
E2	« Le désir du patient en priorité » « Observations cliniques progressives » « Activités régressives et simples au départ » « dessin, peinture » « Temps d'observation sans obligation de produire »
E3	« Je préfère attendre que la personne se saisisse de quelque chose. Des fois y'a des gens pour qui choisir c'est renoncer... des fois il faut proposer que deux propositions. »
E4	« Je travaille dans une dynamique d'accueil inconditionnel, une porte ouverte où la personne est invitée à s'emparer de l'espace. Dans les premières rencontres, une activité sans exigence technique. »
E5	« D'abord la demande du patient, puis la clinique. Si c'est un patient dépressif pour qui choisir c'est renoncer, ça l'effondre, je vais l'accompagner et verbaliser autrement. »

Question 6 : Effets observés chez les patients présentant une dépression réactionnelle engagés dans des médiations créatives

	Réponses
E1	« La plus grande difficulté c'est qu'ils acceptent de se mettre en activité. Ce qui marche bien c'est la valorisation des capacités, se rendre compte qu'on sait encore faire. Sentiment de bien-être, retour du côté du vivant. »
E2	« Très fluctuant en psychiatrie. Des jours où ça va bien, des jours où il n'y arrivera pas. » « Prise de plaisir progressive »
E3	« Y'a quelque chose qui reprend, le moteur qui reprend. Notion de plaisir, retrouver la pulsion de vie » « elle reste une heure et demie alors qu'elle avait dit cinq minutes. »
E4	« L'effet le plus favorable c'est quand la personne veut bien commencer à faire quelque chose, la vie reprend, elle redémarre. Il faut être porteur, valider l'effort, encourager la venue et le retour. »
E5	« Parfois ils ne le font pas pour eux au départ, mais ils sont peut-être capables de faire un effort pour un autre. Effet de l'objet fini : contents d'avoir terminé quelque chose, d'avoir honoré un rendez-vous. »

Question 7 : En quoi les médiations soutiennent-elles la reconstruction de l'identité occupationnelle après une rupture de vie ?

	Réponses
E1	« Remonter à la personne qu'elle est capable. Y'a du possible en vous. Retrouver des repères connus au quotidien et des occupations habituelles. »
E2	« Les activités sont vraiment au centre de cette réflexion : qui suis-je et qu'est-ce que j'ai envie de faire de ma vie ? Expérimenter par différents médias pour trouver ce qui correspond. »
E3	« Un ancrage : l'objet va pouvoir être mis dans son quotidien. Récupérer cette identité occupationnelle qui était un peu figée dans le temps. Exprimer ou travailler la souffrance pour l'atténuer. »
E4	« La vie reprend, la personne retrouve une capacité d'agir et un plaisir à faire des choses. La médiation renvoie une image valorisante car l'image de soi est très altérée dans la dépression. »
E5	« S'intéresser aux habitudes antérieures » Si la personne retrouve ses habiletés : effet positif fort sur l'identité. Si échec : verbaliser les atteintes cognitives liées à la dépression et adapter le niveau d'exigence.

Question 8 : Difficultés et limites rencontrées dans l'utilisation des médiations créatives

	Réponses
E1	« À un moment donné il faut retrouver des choses connues du quotidien. Si la peinture n'était pas dans son quotidien, ça va limiter la reprise du rythme de vie et du travail. »
E2	« Il faut que l'activité parle à la personne » « Certains patients ne sont pas du tout créatifs et refusent ce type d'approche, il faut alors trouver une autre voie »
E3	« Contrainte de temps » « médiations trop longues » « Peu de limites ressenties en dehors du refus absolu » « patient qui refuse de se soigner »
E4	« Ma proposition peut ne pas rencontrer d'écho. Certaines personnes restent dans un vécu dépressif chronique ou existentiel, inconsolables. Il faut accepter les limites de l'autre, tolérer l'apragmatisme et le mutisme. »
E5	« La limite c'est la mise en échec et le manque d'élan au départ. C'est à la fois le début et la fin qui posent problème. Après c'est juste adapter la posture. »

3. Analyse thématique

a) La dépression réactionnelle

Cinq ergothérapeutes sur cinq interrogés décrivent la dépression comme une atteinte de l'élan vital (E1, E2, E4, E5). E1 parle d'un « trouble de l'humeur qui associe la tristesse, la perte d'envie » et une « perte de l'élan vital ». E4 évoque « une forme d'affaissement de l'énergie que l'on met de coutume dans son existence » et précise que la personne « a toutes les capacités dont elle dispose mais plus en fonctionnement ou en engagement ». E5 parle aussi « d'une perte d'élan, une perte d'envie, donc une aboulie parfois de la clinophilie ».

Les trois ergothérapeutes sur cinq E3, E5 et E2 mentionnent une aboulie et une anhédonie. E2 précise que les patients « ont du mal à prendre du plaisir, à réussir à mobiliser leur énergie pour faire quelque chose ». E1 et E2 ajoutent que les personnes peuvent avoir des « pensées obsédantes » et de la « rumination ».

Trois ergothérapeutes sur cinq (E1, E3 et E5) parlent aussi de l'incurie et E1 et E3 ajoutent que des troubles du sommeil et de l'appétit peuvent être associés. E5 évoque que la dépression peut s'accompagner « de symptômes annexes comme l'anorexie ».

E3 et E5 évoquent la perte d'estime de soi comme caractéristique d'une personne atteinte de dépression. E3 les décrit comme des « personnes qui ont une estime d'elles-mêmes très basse », avec parfois des « idées suicidaires, voire tentatives de suicide ». E2 rejoint cette idée caractéristique de la dépression « avec ou non tentative de suicide ».

Du regard de l'ergothérapeute E5 parle aussi d'« une perte d'élan d'occupation et d'estime de soi » et « une baisse voire une perte des occupations et des habitudes antérieures ». E3 rejoint cette idée où les personnes ne vont « plus au travail, plus aux rendez-vous », elles n'ont « plus d'activité, plus de loisirs ».

Deux ergothérapeutes sur cinq décrivent un retrait dans les relations sociales. E2 parle d'« une diminution des interactions sociales » et E4 parle d'un repli, la personne préfère « être seule plutôt qu'en compagnie ».

Pour ce qui est de la dépression réactionnelle, quatre ergothérapeutes sur cinq (E1, E2, E4, E5) la définissent par la présence d'un élément déclencheur. E1 parle d'« un contexte déclencheur

de la dépression, réactionnelle à quelque chose ». E2 évoque un « élément particulier, traumatique qui va déclencher cet état dépressif » et E5 d'« un événement, un facteur déclenchant » cette dépression. E4 détaille en donnant des exemples de réactions en disant qu'il peut s'agir d'un deuil, d'une séparation. E4 rapproche cela de « la notion de perte d'objet » : « ce qui m'appartenait, quelque chose que je croyais bien que je n'ai plus, un objet qui m'est retiré ».

Un ergothérapeute sur cinq (E3) dit ne pas utiliser ce terme qu'elle considère comme appartenant « plus au jargon » médicale.

La notion de rupture biographique n'est pas connue de tous les ergothérapeutes. E2 dit que « ça ne lui dit rien » et E5 précise n'avoir « jamais employé ce terme-là ». Pourtant, quand ils essaient de définir cette notion, les ergothérapeutes donnent une définition assez proche.

E1 parle d'« un élément qui vient faire rupture dans le parcours de vie, un avant et un après » et E5 d'« un événement de vie qui fait rupture dans le déroulé de la vie de quelqu'un ».

E3 le rapproche plutôt de « la représentation qu'on peut avoir d'un idéal qui n'est pas, de perte ».

E4 est celui qui développe le plus cette notion. Il parle de « quelque chose dans le fil existentiel qui est brisé, ébranlé par un événement » assez fort pour mettre la personne en difficulté. Il propose le terme de « choc biographique » qu'il juge « plus adapté » car « le fil existentiel n'est pas interrompu » selon lui quand on est atteint d'une dépression réactionnelle. Pour lui l'expression de « rupture » fait plus référence aux événements d'une grande violence comme un traumatisme crânien.

b) L'identité occupationnelle et l'impact de la dépression réactionnelle sur celle-ci

Lorsqu'il s'agit de définir l'identité, les cinq ergothérapeutes interrogés proposent des approches différentes mais qui se rejoignent autour de l'idée de ce qui caractérise la personne.

E1 et E2 ont une approche plus concrète et descriptive en évoquant tous les deux les valeurs, le caractère et la personnalité de l'individu. E1 parle de « qui on est, nos valeurs, notre caractère, notre apparence physique », et E2 complète en ajoutant le « genre, l'éducation, la manière dont elle a grandi ».

E5 rejoint cette idée mais d'une manière plus globale en parlant de « ce qui définit une personne dans les singularités de cette personne » insistant sur ce qui la rend « différente des autres ».

E3 adopte une approche plus administrative en évoquant surtout « le genre, l'appartenance, ce qu'il y a sur la carte d'identité ».

E4 développe le fait de « se reconnaître soi à part entière, avoir intégré une idée de ce que l'on est » et ajoute une dimension psycho-affective en lien avec « l'image de soi » et le développement psychomoteur : « me percevant dans le miroir, je me reconnais comme étant moi dans l'idée que je me fais de moi ». Il évoque aussi un « amour de soi » et précise que l'accès à l'identité est aussi « rendu possible parce que j'ai été reconnu par un autre ».

Concernant l'identité occupationnelle, tous les candidats partagent l'idée que c'est ce que la personne fait qui la définit.

E1, E3 et E5 insistent sur l'importance du sens donné aux activités. E1 parle de « qui on est à travers nos activités, nos occupations de vie quotidienne, professionnelle, de loisirs », tandis que E3 et E5 rejoignent l'idée que l'activité doit être signifiante. E3 dit qu'il s'agit des « activités qui ont du sens pour toi » et E5 dit que c'est « un agir qui est signifiant pour la personne ».

E2 oriente sa définition davantage vers le rôle social et professionnel : « le métier que la personne a choisi, ses études, la manière dont la personne va se définir dans son rôle dans la société, dans un rôle familial ».

E4 parle directement de la dépression réactionnelle. Il utilise surtout les notions d'« empêchement » et de « retentissement ». Selon lui la dépression « va venir faire empêchement de ce que la personne est communément capable de faire », la personne est « atteinte dans sa faculté d'agir » car « le corps va moins vite et l'esprit va moins vite ». Il relie cela à la volition.

Tous les ergothérapeutes sont du même avis à dire que la dépression réactionnelle touche l'engagement dans les activités. E1, E2 et E3 décrivent tous les trois un retrait progressif dans les occupations de la personne atteinte. E1 parle d'un « impact majeur sur l'ensemble des activités et des occupations de la personne » précisant que « tous les champs peuvent être atteints » et particulièrement « les occupations annexes : le travail, le rôle dans la famille ». E2 donne des exemples concrets qui rejoignent E1 : « arrêt de travail, pas réussi à sortir du lit, pas

réussir à réaliser son rôle au quotidien ». E3 utilise la notion d'équilibre occupationnel et dit que « l'équilibre occupationnel n'est plus », « les engagements vont ne plus être » et évoque aussi « le fait de rester au lit, de ne plus pouvoir faire ses activités ». Elle associe cela à l'anhédonie et à l'aboulie, qui se manifestent par « du retrait » et un « désengagement » vis-à-vis du monde extérieur. E4 parle d'une « dimension de négativité de l'action ». Pour E4 la personne ne fait pas que moins agir, elle « agit à contrario de cet élan vital » et oriente son activité « vers le renoncement à l'engagement vital ». Il ajoute une dimension temporelle où il y a aussi une atteinte temporelle avec « un espace d'arrêt du temps, et donc cet arrêt du temps est aussi l'arrêt du mouvement ». Cela rejoint aussi l'idée que la personne ne se met plus en mouvement et donc ne fait plus rien. E5 explique que « s'il n'y a plus d'élan, on ne fait plus ce qu'on aime parce qu'on ne sait plus ce qu'on aime » et conclut en faisant directement le lien avec l'identité : « si on se définit aussi à travers ce qu'on fait, eh bien si on ne fait plus rien, peut-être que ça attaque aussi l'identité et qui on est ».

c) Les médiations créatives

Les ergothérapeutes interrogés définissent tous la médiation créative comme une activité qui passe par l'acte de créer. Pour E1, il s'agit d'« une activité qui va permettre d'être libre de créer », précisant qu'« à partir du moment où on crée quelque chose, même une activité cuisine peut être une activité créative ». E2 rejoint cette idée en parlant de « tout ce qui va permettre à la personne de s'exprimer autrement qu'avec des mots, de réaliser des choses et pouvoir trouver du plaisir en dehors des routines des activités de vie quotidienne ». E3 et E4 évoque la notion de triangulation. E3 explique qu'il s'agit de « quelque chose qu'on peut co-crée ensemble, où il y aura l'objet, moi et le patient dans le triangle » et E4 parle plus précisément de la médiation comme d'« un tiers qui vient s'installer entre un thérapeute et la personne elle-même ». E4 ajoute à sa définition de la médiation que c'est aussi un « chemin qui peut se faire entre la matière transformée et sa narration ». E5 se rapproche de la vision de E4 en parlant d'une dimension projective de la médiation : « c'est forcément quelque chose de projectif (...) où il y a une énorme part d'expression et d'expressivité à travers la matière ». Elle parle aussi de « s'emparer, s'approprier de la matière qu'on ne connaît pas, essayer d'en faire quelque chose qui résonne ».

Concernant les objectifs, les cinq ergothérapeutes utilisent les médiations créatives très régulièrement dans leur pratique. E1, E3 et E2 citent en commun la valorisation et la

restauration de l'estime de soi comme objectif dans l'utilisation des médiations créatives. E1 parle de « se sentir capable de faire » et E3 de « pouvoir retrouver de l'estime de soi dans ses capacités qu'on a pu perdre ou qui sont modifiées ». L'expression du ressenti est aussi un objectif partagé par E1, E2 et E5. E1 parle d'« aider à poser des mots sur des pensées » et E5 précise qu'avec un patient « inhibé dans le verbal », elle va utiliser « l'activité créative comme moyen d'expression ». E3 et E5 évoque la dimension relationnelle comme objectif d'utilisation. Pour E3 le premier objectif est d'« établir un lien de confiance thérapeutique » et E5 explique qu'elle utilise les activités « d'abord (...) comme moyen pour amorcer la relation thérapeutique ». E5 ajoute aussi l'objectif d'« alléger sa souffrance et favoriser son autonomie ». E2 structure ses objectifs en deux temps. Elle utilise les médiations créatives dans un premier temps « pour que la personne puisse réinvestir ses activités, prendre du plaisir, trouver un autre moyen d'expression, une manière de s'apaiser », puis après dans un second temps « voir comment transposer ça dans la vie courante », en réfléchissant aux activités à mettre en place à la maison ou à l'extérieur. E1 ajoute également un objectif que les autres n'évoquent pas, celui de « travailler la structuration, le fait de s'organiser, anticiper des étapes ».

Pour le choix de la médiation, tous les candidats (E1, E2, E3, E4 et E5) sont d'avis que le choix part avant tout du patient. E1 parle de s'assurer « que la personne soit d'accord, que ça la tente, qu'elle ait envie » avec la notion de désir. E2 et E5 rejoignent E1 en évoquant le « désir » ou la « demande » du patient comme point de départ. Selon E5 c'est « d'abord la demande du patient, puis la clinique évidemment ». E3 va dans le même sens lorsqu'elle dit « tant qu'on me demande pas je propose pas tellement, finalement je préfère attendre que la personne elle se saisisse de quelque chose ». E4 confirme aussi se propos et dit que « le plus souvent il ne fait aucun choix ». Il décrit une « dynamique d'accueil inconditionnel » avec « une porte ouverte où la personne est invitée à s'emparer de l'espace qui est là devant elle ». Pour E4, le choix de la médiation doit « venir d'elle-même » c'est à dire venir du patient, sauf si la personne est trop en difficulté, auquel cas il l'oriente.

E2, E3, E4 évoquent l'importance de l'observation et de l'environnement dans lequel le patient va être dans le choix de la médiation.

E2, E3 et E4 utilisent toutes les trois le dispositif de l'atelier ouvert où le patient peut observer ce que font les autres avant de se lancer.

E2 explique qu'« il faut aussi avoir un temps où ils ne sont pas obligés de produire tout de suite » et E3 dit s'appuyer beaucoup sur « l'observation que les patients font des autres activités qui sont en cours ». E4 partage cette idée en évoquant le fait de « donner à voir à la personne ce qui existe et ce qui est possible ».

E3 et E4 se rejoignent également sur l'idée de proposer des activités simples et qui ne demande pas de technique, surtout au début. E4 explique qu'« intentionnellement dans les premières rencontres » il va vers « une activité sans aucune technique » comme « le dessin libre » pour que le patient n'est pas de contrainte technique ». E2 partage cette logique en disant qu'elle part « souvent sur des activités assez régressives, des choses simples (dessin, peinture) ».

E3 ajoute une dimension où elle montre que le vécu ou l'histoire de vie est importante pour le choix ou la proposition de la médiation : « la matière peut renvoyer au passé », « souvent on revient beaucoup à des choses de l'enfance ».

E1 et E5 s'appuient sur la clinique (l'état du patient) et l'adaptation des activités. E1 parle de choisir « en fonction des objectifs de soin, de la facilité dans l'activité ... pour pas mettre en échec ». E5 rejoint cette idée en expliquant que c'est surtout la posture d thérapeute qui doit s'adapter pour éviter une mise en échec.

E5 et E3 évoque aussi le fait que le choix peut être quelque chose de difficile pour un patient dépressif « pour qui choisir c'est renoncer » d'après E5. E3 rejoint les propos de E5 en disant que « choisir c'est aussi renoncer à des choses ... des fois il faut proposer que deux propositions ».

Les difficultés rencontrées dans l'utilisation des médiations créatives évoquées par les ergothérapeutes diffèrent même si quelques points communs ressortent.

E1 et E2 évoquent une limite liée à l'activité proposée et le quotidien ou les goûts de la personne. E1 considère qu'« à un moment donné il faut retrouver des choses connues du quotidien » et que « si la personne aime ça de loin mais que c'était pas dans son quotidien de faire de la peinture, ça va venir limiter le fait de poursuivre, de reprendre son rythme, son travail ». E2 aborde la même limite mais sous un angle différent. Pour elle, « il faut déjà que l'activité parle à la personne » et certains patients « ne sont pas du tout créatifs » et refusent d'aborder ce versant, ce qu'elle considère comme la « principale limite ».

E3 et E4 se rejoignent dans la limite du refus ou de l'absence de réponse à la proposition. E3 parle des patients dont le refus est « absolu, non-négociable, qui refusent de se soigner » et E4 mentionne « la proposition qui peut ne pas rencontrer d'échos ».

E4 évoque aussi une limite plus existentielle où certaines personnes « restent dans ce vécu dépressif » et « entrent dans une dimension de dépression chronique, existentielle ». Selon lui « il faut accepter les limites de l'autre » et savoir « supporter l'apragmatisme, le mutisme » du patient pour faire avancer le soin.

E5 dans une logique proche de E1 et E2, identifie comme principale limite « la mise en échec » et « le manque d'élan au départ ». Pour elle, la difficulté se situe surtout aux deux extrémités du processus : « c'est à la fois le début et la fin », car il faut « un petit peu initier quelque chose puis petit à petit qu'il s'approprie complètement sa demande ».

Enfin, E3 évoque elle une limite plus sur la durée de l'activité : « d'avoir le temps de pouvoir réaliser la médiation, d'avoir des médiations plus courtes ». Elle nuance cependant en disant qu'elle ne « rencontre pas tellement de limites et de freins ».

d) Reconstruction de l'identité occupationnelle

E1, E4 et E5 se rejoignent pour dire que la première difficulté qu'elles observent chez ces patients c'est le fait de s'engager dans l'activité. E1 explique que « la plus grande difficulté c'est qu'ils acceptent de se laisser faire, d'accepter de se mettre en activité ». E5 le confirme en disant qu'elle voit « énormément de difficultés » notamment au moment du choix de l'activité, ce qui l'oblige souvent à « choisir un peu pour eux au départ » en proposant par exemple un mandala. Elle explique qu'elle verbalise au patient le fait que « c'est la maladie qui parle » et qu'elle s'appuie sur la relation pour leur demander de faire un effort pour produire quelque chose. Elle a remarqué que « parfois ils ne le font pas pour eux au départ (...) mais ils sont peut-être un peu capables de faire un effort pour un autre ». E4 rejoint cette idée en disant que « l'effet le plus favorable c'est quand la personne veut bien commencer à faire quelque chose » parce qu'à ce moment-là « la vie reprend, elle redémarre, le reste suivra ». Pour lui l'ergothérapeute doit être « porteur de la personne », « valider l'effort effectué » et « l'encourager à venir et revenir encore ».

E2 nuance cela en disant que la psychiatrie est très fluctuante : « il va y avoir des jours où ils vont avoir du mal à s'exprimer, d'autres où ils vont réussir à plus, petit à petit, à prendre du plaisir ». Pour elle, « il y a des jours où ça va aller bien et des jours où il ne va pas y arriver ».

Tous les ergothérapeutes décrivent un effet de valorisation et une restauration de l'estime de soi même s'ils n'insistent pas tous sur les mêmes points. E1 parle de « la valorisation des capacités, se rendre compte qu'on sait y faire ou qu'on sait encore faire ». E3 va dans le même sens mais insiste plutôt sur le fait « d'aller au bout de quelque chose » : pour des « personnes qui n'arrivaient plus à initier quelque chose », il y a alors « quelque chose qui reprend, le moteur qui reprend ». E5 rejoint E3 sur cet effet de « l'objet fini » et ajoute que les patients sont « contents d'avoir fait quelque chose, terminé quelque chose » et même « contents d'être venus » ou « d'avoir honoré un rendez-vous ». E5 ajoute qu'il faut « faire du renforcement positif sans être trop infantilisant » et « trouver le bon dosage » car « il ne faut pas croire non plus que parce que tu leur dis que c'est beau, ça va suffire ».

E1, E3 et E4 parlent d'un retour du plaisir et du retour de la pulsion de vie. E1 parle de « l'idée du plaisir et d'amener quelque chose de la détente qui fait du bien », ce sentiment de bien-être étant pour elle « du côté du vivant ». E3 reprend cette même idée d'une « pulsion de vie » et de « retrouver des plaisirs qu'on n'avait pas eus depuis très longtemps », en donnant un exemple assez parlant : une patiente qui « reste pendant une heure et demie alors qu'elle avait dit qu'elle passerait cinq minutes ». E4 développe plus cette idée de reprise de la vie et de retrouver du plaisir : « la vie reprend, la personne à nouveau elle respire l'air », « elle retrouve une capacité d'agir » et « un plaisir qu'il y a à faire des choses ». Il compare cela au fait de « retrouver à nouveau goût aux aliments qu'elle ne mangeait plus » ou de « retrouver le plaisir de trouver que le monde, il n'est pas si moche ». Il décrit des situations concrètes comme le fait que « la personne, le matin, vous ne l'avez pas vue, elle s'est levée alors qu'elle ne se levait plus ».

Pour ce qui est du lien entre médiation créative et reconstruction de l'identité occupationnelle, E1, E2, E3 et E5 insistent tous les quatre sur le fait que la médiation permet une transposition des activités dans le quotidien. E1 parle de « remontrer à la personne qu'elle est capable » : « vous êtes en capacité de faire ça, faites-vous confiance, il y a du possible en vous ». Elle observe aussi que « dans le quotidien il y a des choses qui se facilitent » et que la personne retrouve « des repères connus » et « des occupations habituelles » comme « manger, aller voir mes petits-enfants ». E3 va dans le même sens en disant que la médiation est un vrai « outil »

thérapeutique : « l'objet en question va pouvoir être mis dans son quotidien » ce qui « permet d'avoir cet ancrage où on sait que cette médiation a permis à un moment donné de récupérer cette identité occupationnelle qui était un peu figée dans le temps ». E2 rejoint aussi cette idée en parlant du fait que les patients vont « pouvoir transposer aussi dans la vie de tous les jours » et « poser des mots et pouvoir analyser, que ce soient des émotions positives ou négatives ».

E2 est celle qui exprime le plus clairement le lien entre la médiation et la question identitaire. Elle explique que « les activités sont vraiment au centre de cette réflexion » car elles permettent au patient de « réussir à s'exprimer » et de réfléchir à « qui suis-je et qu'est-ce que j'ai envie de faire de ma vie ». Pour elle, les médiations sont aussi « une manière d'expérimenter les choses par différents médias de manière à pouvoir trouver ce qui correspond à la personne et ce qui lui fait du bien pour pouvoir continuer à avancer ». E3 rejoint E2 en parlant aussi de la médiation comme d'un moyen d'« exprimer une souffrance d'une autre façon » et de « la travailler pour essayer d'atténuer cette souffrance » ce qui « permet de soutenir ce retour à une identité occupationnelle satisfaisante ».

E4 et E5 insistent eux sur le rôle de la relation thérapeutique dans la reconstruction identitaire. E4 explique que « le petit plus de la médiation, c'est qu'il n'y a pas que l'activité, il y a aussi la relation, un tiers qui est l'ergothérapeute et qui vient valoriser la personne, qui vient reconnaître son travail ». Il insiste particulièrement sur la question de l'image de soi dans la dépression : « l'image de soi est très altérée dans la dépression », au point d'« avoir une image de soi dégueulasse » et de « presque disparaître quelque part aux yeux des autres ». Pour lui la médiation permet donc de « renvoyer à l'autre une image valorisante ». Il ajoute aussi une dimension sociale, en soulignant l'importance de « permettre à la personne de venir dans des temps de groupe pour retrouver une position plus sociale et de convivialité ».

4. Convergences :

Les ergothérapeutes interrogés décrivent tous la dépression réactionnelle comme une atteinte de l'élan vital, avec une perte des occupations, des rôles et des habitudes de vie qui se fait petit à petit. Ils partagent tous l'idée que ce désengagement vient fragiliser l'identité de la personne.

Ils mettent tous également en avant l'importance de valorisation dans les médiations créatives. Le fait de réussir une activité, terminer un objet ou simplement participer permettrait de restaurer progressivement l'estime de soi et le sentiment de compétence.

Les candidats se rejoignent aussi sur le fait que le choix de la médiation doit partir du patient et de ses envies et respecter son rythme. Les ergothérapeutes vont accompagner la personne sans lui imposer d'activité pour favoriser son engagement.

Plusieurs ergothérapeutes pensent que les médiations créatives ont pour objectif d'aider la personne à reprendre progressivement ses activités du quotidien. Elles favorisent donc le fait de réinvestir peu à peu des activités significatives pour la personne.

5. Divergences :

Les ergothérapeutes n'utilisent pas tous les mêmes notions théoriques ou le même langage ergothérapique. Certains parlent assez facilement d'identité occupationnelle ou de rupture biographique alors que d'autres ne connaissent pas ces termes ou ne les emploient pas.

Les professionnels ne gèrent pas non plus de la même manière la question de la mise en échec. Certains préfèrent adapter l'activité dès le départ, tandis que d'autres s'appuient plus sur la relation thérapeutique ou sur leur posture professionnelle pour accompagner les difficultés du patient.

6. Discussion :

Ce travail avait pour but de comprendre de quelle manière les médiations créatives en ergothérapie peuvent soutenir la reconstruction de l'identité occupationnelle de patients présentant un trouble dépressif réactionnel. À partir des entretiens réalisés avec cinq ergothérapeutes qui travaillent en psychiatrie, les résultats ont été comparés au cadre théorique. Pour rappel, l'hypothèse de départ était que les médiations créatives en ergothérapie en offrant un espace d'expression du vécu dépressif et en permettant à la personne de retrouver une capacité d'agir, soutiennent la reconstruction de l'identité occupationnelle chez les patients atteints d'une dépression réactionnelle.

Les résultats confirment en partie cette hypothèse. Les trois points importants de l'hypothèse sont retrouvés dans les discours des ergothérapeutes interrogés mais ils n'apparaissent pas tous de la même façon ni avec la même importance.

a) La dépression réactionnelle, un effet de désorganisation sur l'identité occupationnelle

Les résultats de cette enquête montrent que les ergothérapeutes interrogés décrivent tous la dépression réactionnelle comme une atteinte de l'élan vital avec une perte progressive des occupations, des rôles et des habitudes de vie. Ainsi cela rejoint directement ce que Nasio (2012) décrit lorsqu'il explique que la personne déprimée ne peut plus ressentir en elle le désir de vivre, comme si quelque chose d'essentiel lui avait été retiré. C'est ce que les ergothérapeutes observent dans leur pratique quotidienne : un patient qui ne sort plus du lit, qui abandonne son travail, qui se coupe de ses proches. Cela correspond à ce que la littérature décrit comme des répercussions de la dépression.

E5 dit que si nous nous définissons à travers ce que nous faisons, et que nous ne faisons plus rien, alors c'est l'identité elle-même qui est attaquée. Cela rejoint directement la définition de Kielhofner pour qui « l'identité occupationnelle est un amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir, construit à travers l'accumulation des expériences occupationnelles ». Lorsque la dépression réactionnelle prive la personne de ses occupations significatives, ce n'est pas seulement son quotidien qui est perturbé mais c'est aussi son identité qui est touchée.

Ce lien entre la perte d'occupation et la fragilisation de l'identité est retrouvé dans le MOH. Doussin-Antzer et Mignet (2024) montre des événements difficiles peuvent perturber les trois composantes de la personne (volition, habitude et capacité de performance). Les ergothérapeutes retrouvent ça dans leur pratique avec une diminution de la volition en réduisant l'envie et le désir, elle désorganise les habitudes en les faisant disparaître et fait aussi disparaître les rôles, elle affecte la capacité de performance à cause de la fatigue et d'un ralentissement de l'état général. Les ergothérapeutes retrouvent d'ailleurs ces difficultés dans leur pratique. Ainsi cela justifie entièrement une approche centrée sur l'occupation dans l'accompagnement de ces patients.

b) Les médiations créatives, un moyen de restaurer ce qui a fragilisé par la dépression

L'analyse des résultats montre que tous les ergothérapeutes interrogés utilisent les médiations créatives, avec des objectifs qui vont dans le même sens que les effets thérapeutiques rapportés dans la littérature : restauration de l'estime de soi, expression du ressenti, retour du plaisir,

reconstruction du lien à l'autre. Ces objectifs répondent aux difficultés rencontrées dans la dépression réactionnelle, ce qui confirme la pertinence d'utiliser ces outils dans l'accompagnement de ces patients.

Le premier effet identifié par les ergothérapeutes est la valorisation. Terminer un objet, réussir une activité, honorer un rendez-vous sont des petites victoires qui permettent comme le décrit E5 « de se rendre compte qu'on sait encore faire ». Cette observation rejoint ce que Bagnères (2014) décrit lorsqu'elle parle du moment où le patient est « saisi par la force de son propre élan créateur ». La création d'un objet contribue à restaurer un sentiment de compétence et de valeur, qui est l'une des choses que la dépression réactionnelle détruit. Ce sentiment de compétence est également lié à la confiance que la personne a en ses propres capacités (décrit dans le MOH). Retrouver cette confiance est un point important dans la reconstruction de l'identité occupationnelle.

Un autre effet mis en avant par les ergothérapeutes est le retour du plaisir et de ce que E3 nomme « la pulsion de vie ». L'exemple qu'elle donne « une patiente qui reste une heure et demie alors qu'elle avait prévu de passer cinq minutes » illustre ce que Bagnères (2014) décrit comme l'élan créateur : « quelque chose se réveille dans la personne, quelque chose qui appartient au côté du vivant » pour reprendre les mots de E1. Retrouver du plaisir dans l'activité est important car cela permet de réduire l'anhédonie qui est l'un des principaux symptômes de la dépression. Cela aide aussi la personne à retrouver ce qu'elle aime et à ce qui a du sens pour elle. Selon Kielhofner, les centres d'intérêt constituent une composante importante de la volition car ils orientent les choix d'activités et favorisent l'engagement dans des occupations qui sont sources de plaisir et de satisfaction. En retrouvant ces centres d'intérêt, la personne peut progressivement reprendre des activités qui lui correspondent et qui participent à la reconstruction de son identité occupationnelle.

Le troisième effet, moins souvent évoqué par les ergothérapeutes mais plus développé par E4, concerne la relation à l'autre et la restauration de l'image de soi. E4 insiste sur le fait que la médiation créative ne se limite pas à l'activité, il y a aussi la relation, la reconnaissance de l'autre, le fait de renvoyer à la personne une image valorisante d'elle-même. Cette idée rejoint ce que Simonnet-Guéréau (2014) décrit lorsqu'elle explique que l'objet créé peut devenir un support de communication avec l'autre qui permet au patient de se montrer et d'être valorisé. Elle rejoint aussi la conception de l'identité décrite par Citeau et Engelhardt-Bitrian (2007) selon laquelle l'identité se construit à la fois à travers la façon dont une personne se perçoit et à travers ce que les autres lui renvoient. Dans la dépression réactionnelle cette image de soi est altérée.

E4 parle d'une image de soi « dégueulasse », d'une sensation de presque « disparaître aux yeux des autres ». Les médiations créatives peuvent alors offrir un espace où la personne réalise quelque chose, le partage avec les autres et reçoit une reconnaissance pour ce qu'elle fait. Cela peut contribuer à restaurer petit à petit une image plus positive d'elle-même.

Enfin, plusieurs ergothérapeutes mettent en avant le fait que les médiations créatives permettent une transposition dans le quotidien. E3 formule cela en expliquant que la médiation permet d'avoir « un ancrage » et que le fait de réaliser quelque chose de concret aide la personne à retrouver progressivement son identité occupationnelle qui était jusque-là figée dans le temps. E4 parle aussi d'un arrêt du temps qui amène un arrêt du mouvement. Cette idée d'ancrage dans le présent rejoint ce que Bagnères (2014) décrit comme le « passage d'un état à un autre dans le processus créatif » : il y a un avant, un pendant et un après, et c'est ce mouvement dans le temps qui permet à la personne de se réinscrire dans une continuité temporelle. Or, Nasio (2012) rappelle que la personne déprimée est enfermée dans un présent figé, incapable de se projeter et que c'est cette rupture temporelle qui fragilise le sentiment d'identité.

c) Les éléments essentiels à la reconstruction identitaire

Les résultats permettent aussi d'identifier plusieurs éléments nécessaires pour que ces médiations puissent vraiment soutenir la reconstruction de l'identité occupationnelle.

Le premier est la question du désir et du fait d'initier. Tous les ergothérapeutes s'accordent pour dire que le choix de la médiation doit partir du patient. E4 parle d'une « dynamique d'accueil inconditionnel », « d'une porte ouverte où la personne est invitée à s'emparer de l'espace ». Cette posture est importante car elle répond directement à l'un des principaux effets de la dépression réactionnelle : la perte de la volition. En attendant que le désir se manifeste plutôt qu'en l'imposant, l'ergothérapeute respecte le rythme de reconstruction de la personne et crée des conditions pour que ce désir revienne. Comme le souligne Klein (2016), l'ergothérapeute cherche à donner au patient « une place d'acteur » dans sa prise en charge et c'est précisément cette place d'acteur qui est au cœur de la reconstruction identitaire.

La qualité de la posture thérapeutique est aussi un élément important. E5 souligne qu'il faut faire du renforcement positif sans être infantilisant, trouver le bon dosage. E4 parle de la nécessité de soutenir la personne et de reconnaître l'effort effectué. Ces propos rejoignent ce que Pibartot (2016) décrit à travers les trois attitudes conceptualisées par Winnicott : le *holding*,

le *handling*, l'*object-presenting* qui permettent à l'ergothérapeute d'aider le patient à retrouver confiance en ses capacités, même lorsqu'il ne les reconnaît pas. Cette posture contribue à faire de la médiation créative un moyen thérapeutique.

7. Validation de l'hypothèse :

Au regard des éléments recueillis dans les entretiens et la mise en lien avec le cadre théorique, mon hypothèse est partiellement validée. Les cinq ergothérapeutes interrogés confirment que les médiations créatives permettent à la personne de pouvoir être dans un espace d'expression de son vécu et de retrouver une capacité d'agir pour reconstruire son identité occupationnelle. La réappropriation du pouvoir d'agir est le concept sur lequel les ergothérapeutes sont les plus unanimes et c'est aussi celui qui est la plus directement en lien avec les effets de la dépression réactionnelle sur la volition et l'identité occupationnelle. Les médiations créatives semblent agir en premier lieu sur cet élan vital impacté par la dépression. Or, il est difficile d'affirmer que les médiations créatives sont le seul facteur de reconstruction identitaire, car d'autres éléments comme la médication, les autres soins proposés en parallèle jouent probablement un rôle ou le temps. Ce que les résultats peuvent ajouter à l'hypothèse de départ, c'est l'importance de la posture thérapeutique de l'ergothérapeute et de la relation thérapeutique. E4 insistait sur le fait que « le petit plus » de la médiation, c'est qu'il n'y a pas que l'activité mais il y a aussi la relation. J'ai axé mon sujet sur les médiations, mais en réalisant ce travail je me suis rendu compte que médiation et relation sont inséparables. L'ergothérapeute est un tiers qui vient valoriser la personne et reconnaître son travail. Cette dimension relationnelle est nécessaire car comme le souligne Citeau et Engelhardt-Bitrian (2007), l'identité se construit toujours dans l'interaction entre ce que je pense être et ce que les autres me renvoient. La médiation créative, en créant un espace où la personne peut produire quelque chose et être reconnue pour ce qu'elle fait, offre une expérience de reconnaissance, importante pour la reconstruction identitaire. Mon hypothèse est donc partiellement confirmée, mais elle ne peut pas être validée de manière absolue compte tenu des limites de mon travail méthodologiques que je vais citer maintenant.

8. Limites :

En prenant du recul sur mon travail, je peux identifier plusieurs limites.

Comme dit dans les divergences suite à l'analyse des entretiens, tous les ergothérapeutes n'ont pas les mêmes notions théoriques. Certains ne connaissent pas les termes de ruptures biographique et identité occupationnelle, ou ne les emploient pas même s'ils savent de quoi il s'agit. Ainsi cela peut rendre difficile la comparaison entre leurs différentes pratiques.

Je remarque aussi qu'il est très difficile de mesurer concrètement la reconstruction de l'identité occupationnelle. C'est quelque chose de subjectif, propre à chaque personne, qui évolue différemment selon les personnes. Les ergothérapeutes observent des effets positifs, mais il est difficile de savoir si ces effets positifs sont apparus uniquement grâce aux médiations créatives ou à d'autres facteurs comme les médicaments, les autres soins en parallèle ou le temps.

Concernant la méthodologie, je pense que j'aurais dû finir entièrement mon cadre théorique avant de commencer à rédiger ma partie méthodologique et ma grille d'entretien. En procédant dans cet ordre, j'ai construit mes questions d'entretien sans avoir encore pleinement développé certains concepts. Ainsi, certains aspects théoriques que j'ai approfondis par la suite n'ont pas été explorés avec les ergothérapeutes car ma grille d'entretiens contient des questions trop ouvertes. Les échanges auraient pu être plus enrichis. C'est un décalage que je ressens entre mon cadre conceptuel et ma grille d'entretien, et c'est quelque chose que je referais différemment si c'était à refaire.

Dans le cadre de ce mémoire, je n'ai pas exploré la question du traumatisme pour rester concentrée sur celle de la dépression, mais cela aurait pu apporter des éléments de compréhension supplémentaires.

Conclusion :

Pour conclure, les médiations créatives contribuent à la reconstruction de l'identité occupationnelle mais elles ne sont pas les seuls facteurs en soi, et la relation a aussi une place importante en permettant à la personne de s'engager à nouveau dans des activités significantes, de retrouver un rôle (celui de créateur, de participant à un atelier ou d'être membre d'un groupe) et de produire quelque chose. Le patient redevient progressivement acteur de ses occupations et non seulement que spectateur d'une vie où il est passif. Ainsi Pibarot (2016) démontre que l'ergothérapie, en offrant cet espace de création et de relation, permet à la personne de créer du lien avec son environnement et ainsi de « reprendre place dans le monde humain ».

Ce travail m'a beaucoup apporté sur le plan professionnel. Il m'a permis de mieux comprendre l'importance de s'appuyer sur les occupations significantes dans l'accompagnement en santé mentale et de voir comment les ergothérapeutes adaptent leur posture et leurs outils à la clinique de chaque patient. En tant que future ergothérapeute, je retiens notamment l'importance de partir du désir du patient et d'adapter l'activité pour éviter la mise en échec ou à l'inverse éviter une dévalorisation du patient.

C'est la première fois que je menais un travail de ce type, et j'ai compris que construire un mémoire ne se résume pas à accumuler des informations, mais à apprendre à structurer sa pensée et les informations recueillies. Le fait de devoir justifier chaque choix, que ce soit le choix de mes concepts théoriques ou de ma méthodologie m'a obligé à vraiment réfléchir à ce que je faisais et pourquoi je le faisais. Cette rigueur, je ne l'avais pas forcément au départ, elle s'est construite au fil du travail.

Les entretiens ont été pour moi une vraie richesse. Chaque entretien m'a apporté une vision différente de l'ergothérapie en psychiatrie et m'a montré qu'il n'existe pas une seule façon de faire mais des approches multiples. Ces rencontres ont contribué à me faire envisager ce domaine comme une piste professionnelle en santé mentale et m'ont donné des repères sur la posture que je souhaite adopter en tant que future professionnelle.

Des pistes de réflexion restent ouvertes pour de futures recherches. Il serait par exemple intéressant d'explorer le point de vue des patients eux-mêmes sur leur vécu des médiations créatives, d'étudier l'impact du dispositif individuel sur ces patients ou encore de comparer un suivi en intra-hospitalier et un suivi en extra-hospitalier car le patient n'en est pas au même

stade dans son parcours de soin. Une autre piste de réflexion sur la place du traumatisme dans la dépression réactionnelle peut être approfondie.

Bibliographie :

- Bagnères, C. (2014). Le processus de création en ergothérapie, un acte symbolique à valeur initiatique ? Dans F. Klein (dir.), *Être ergothérapeute en psychiatrie* (pp. 313-326). Érès.
- Bilbao, A., & Jofré, D. (2012). Le travail psychique d'identité. *Adolescence*, 30(2), 335-344.
- Brun, A. (2011). Introduction. Dans A. Brun (dir.), *Les médiations thérapeutiques* (pp. 7-19). Le Carnet psy / Érès.
- Brun, A. (2019). Histoire des médiations thérapeutiques : la médiation artistique comme prototype. Dans A. Brun (dir.), *Médiations thérapeutiques et psychose infantile* (pp. 11-32). Dunod.
- Brun, A. (2025). Symbolisation. *Vocabulaire clinique de l'analyse de groupe* (pp. 337-340). Érès.
- Citeau, J.-P., & Engelhardt-Bitrian, B. (2007). *Introduction à la psychosociologie* (pp. 204-248). Armand Colin.
- Doussin-Antzer, A., & Mignet, G. (2024). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner. Dans M.-C. Morel-Bracq (dir.), *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2019). *Dépression* <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
- Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (pp. 37-54). De Boeck Supérieur.
- Lemperière, T., Féline, A., Adès, J., Hardy, P., & Rouillon, F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte* (2e éd.). Elsevier Masson.
- Nasio, J.-D. (2012). La dépression est la réaction à la perte d'une illusion. *Cliniques*, 4(2), 100-113.

- Pedinielli, J.-L., & Bernoussi, A. (2011). *Les états dépressifs* (2e éd.). Armand Colin.
- Pibarot, I. (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie. Dans H. Hernandez (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- Qare. (2022). *Dépression réactionnelle : définition, symptômes et traitement*.
<https://www.qare.fr/sante/depression/reactionnelle/>
- Romano, H. (2015). *Trauma et événements traumatiques : Repères pour une prise en charge adaptée*. Dunod.
- Simonnet-Guéréau, B. (2014). Construire la relation en ergothérapie : Une histoire d'attachement ? Dans F. Klein (dir.), *Être ergothérapeute en psychiatrie* (pp. 193-220). Érès.
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck.

ANNEXES:

Annexe I : Guide d'entretien semi-directif

Guide d'entretien semi-directif en ergothérapie

Je m'intéresse à une population souffrant de dépression dans un contexte réactionnelle

Parcours professionnel

- Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Dans quel type de structure exercez-vous actuellement et avec quelles populations ?

1) D'après votre expérience comment se caractérise la dépression générale ? Quelles sont les spécificités d'une dépression réactionnelle ? (notion familière ou ce que ça évoque : des réactionnelle) 1 bis) connaissez-vous la notion de rupture biographique ? Qu'est-ce que ça vous évoque ? Est-ce que vous en prenez-vous ?)

2) Comment définiriez-vous l'identité ? Et l'identité occupationnelle ?

3) Selon vous, quels sont les impacts d'une dépression réactionnelle sur l'identité occupationnelle et sur l'engagement dans les activités ?

4) Comment définiriez-vous qu'est-ce qu'une médiation créative ? Dans quel contexte l'utilisez-vous et avec quels objectifs ?

5) Comment se fait le choix d'une médiation créative ? quels éléments prenez-vous en compte ?

6) Quels effets observez-vous chez les patients présentant une dépression réactionnelle lorsqu'ils s'engagent dans des médiations créatives ?

7) Selon vous en quoi ces médiations peuvent-elles soutenir la reconstruction de l'identité occupationnelle après une rupture liée à un événement de vie ?

8) Quelles difficultés ou limites rencontrez-vous dans l'utilisation des médiations créatives dans un contexte de reconstruction d'identité occupationnelle ?

Avez-vous des éléments à ajouter ?

Annexe II : Retranscription de l'entretien

-Est-ce que vous êtes prête pour commencer

-Oui

-Ça marche parfait. Du coup c'était juste pour vous rappeler que je m'intéressais à une population souffrant de dépression dans un contexte réactionnel. Donc ma première question, c'était d'abord d'un petit peu si vous pouvez vous présenter votre parcours professionnel, dans quel type de structure vous exercez etc.

-Alors j'ai été diplômée en 2004, j'ai ensuite tout de suite travaillé en santé mentale et j'ai fait que de la santé mentale adulte. J'ai fait plusieurs structures privées et publiques et associatives. Et j'ai fait un peu tout en fait l'intra, de l'extra, CATTP, hôpital le jour. J'ai fait du carcéral et là je suis actuellement en unité pour maladie difficile.

-D'après votre expérience comment selon vous ce caractérise la dépression générale ?

Et après si vous pouvez me répondre sur quelles sont les spécificités d'une dépression réactionnelle ?

-Alors selon moi, la dépression pardon si mes réponses sont un peu sont pas très complètes parce que ce n'est pas non plus la population avec laquelle je travaille depuis quelques années. Mais puis je suis obligée un petit peu de faire de la place, on va dire pour la clinique plus psychotique ou plus psychopathique, mais je vais quand même essayer de dire ce que je sais en tout cas ce que j'ai en tête là maintenant pour moi la dépression ça se caractérise par une perte d'élan, une perte d'envie, donc une aboulie parfois de la clinophilie. De l'apragmatisme, mais qui n'est pas un apragmatisme psychotique qui est plus un un apragmatisme du côté du laisser-aller, on va dire ou d'un aquabond etc.

Il y a un isolement social, il y a une dévalorisation, une perte d'estime de soi, une perte en général, en tout cas une baisse ou une voire une perte des occupations et des habitudes antérieures. J'oublie forcément des choses, mais c'est ça qui me vient avec ou sans symptôme annexes comme l'anorexie ou des choses comme ça. Ça c'est pas toujours, mais ça peut dans le cadre d'une dépression. Je dirais que ce qui nous intéresse nous en tout cas en tant qu'ergothérapeute, ça va plus être une perte d'élan d'occupation et d'estime de soi.

-Et pour vous du coup je sais pas si ça vous parle la notion de dépression réactionnelle ?

-Pour moi réactionnel, c'est suite à un évènement. Alors qu'une dépression parfois il y a des patients qui sont dépressifs, je dirais comme un état de base sans forcément qu'on identifie en tout cas parce que c'est compliqué de dire que c'est pas réactionnel, mais dire que sans qu'on identifie en tout cas un facteur déclenchant, c'est comme ça que je vois que je comprends le mot réactionnel en tout cas.

-Est-ce que vous connaissez la notion de rupture biographique ou qu'est-ce que ça peut vous évoquer ?

-Je sais pas j'ai jamais employé ce terme-là, mais je dirais que ça m'évoque tout de suite quelque chose comme un événement de vie qui fait rupture dans le déroulé de la vie de quelqu'un.

-Et comment vous définiriez-vous l'identité et après ça l'identité occupationnelle ?

- L'identité c'est un vaste quand même. L'identité peut-être que c'est quelque chose du côté de ce qui définit une personne dans les singularités de cette personne. Ce qu'il a défini aussi différente des autres, peut-être que c'est ça dans le côté singulier, je veux dire. Et après l'identité occupationnelle j'imagine tout ce qui correspond à l'agir d'une personne, mais qui pas forcément dans un agir désincarné, mais justement dans un agir qui est signifiant pour la personne.

-Selon vous, quelles sont les impacts d'une dépression réactionnelle sur l'identité occupationnelle ? Et du coup sur l'engagement dans les activités dans la vie

-Si on s'attache à la clinique, on a en tête la perte d'envie, donc la perte d'élan occupationnel.

Donc j'imagine effectivement que s'il y a plus d'élan, on fait plus ce qu'on aime parce qu'on sait plus ce qu'on aime. Et après ça peut avoir un effet sur l'identité puisque vous venez de le dire que si on se définit aussi à travers ce qu'on fait, bah si on fait plus rien, peut-être que ça attaque aussi l'identité et qui on est.

-Comment vous pourriez définir une médiation créative et vous dans quel contexte vous l'utilisez et avec quels objectifs ?

-Alors une médiation créative pour moi c'est forcément quelque chose de projectif. Donc où il y a une énorme part d'expression et d'expressivité à travers la matière. C'est aussi quelque chose que moi je sous-entends forcément dans la créativité, quelque chose du côté de l'expérience.

C'est aussi s'emparer s'approprier de la matière qu'on ne connaît pas essayer d'en faire quelque chose qui résonne en fait ou qui a du sens ou qui permet de s'exprimer.

J'ai toujours utilisé les médiations créatives, donc projectives, je l'utilise de mes différentes manières, déjà moi quand je rencontre la patiente ou le patient, je m'intéresse à sa demande. S'il veut faire des activités créatives, il fera ses activités créatives. Puisqu'au départ, ce qui m'intéresse c'est d'amorcer la relation thérapeutique, donc je fais avec la demande du patient et je fais feu de tout bois.

Si le patient ne veut pas partir sur une activité créative, je vais pas le faire. Donc c'est ça, j'utilise d'abord de toute façon toute activité comme moyen pour amorcer la relation thérapeutique. Et puis après dans un second temps, je vais aussi l'utiliser pour alléger sa souffrance et pour aller chercher son autonomie ou favoriser en tout cas son autonomie.

Et donc ça c'est les objectifs principaux, je dirais de l'ergothérapie en santé mentale, mais après si c'est un patient que je sens un peu inhibé dans le verbal ou que je sens qu'il a besoin d'aller faire sortir des choses je vais avoir utiliser l'activité créative comme moyen d'expression c'est sûr. Je vais pas forcément tout de suite aller chercher comme moyen de valorisation ou pour aller chercher l'estime de soi. Mais si je suis au contact d'une personne qui a un diagnostic de dépression réactionnelle, oui. En tout cas je vais avoir je sais pas si je vais plus en avant dans

vos questions, mais je vais avoir une posture et une façon d'accompagner qui va être différente pour pas que la personne se mette en échec.

Je crois qu'avec les personnes qui ont une dépression réactionnelle, je vais éviter de les mettre en échec alors qu'il y a des patients pour qui c'est tout à fait thérapeutique de travailler autour de ça. -vous avez plus ou moins un peu répondu à ma question d'après c'était comment se fait le choix d'une médiation créative et quels éléments vous prenez en compte quand vous choisissez une médiation créative.

-Donc je peux le redire, d'abord la demande du patient. Puis la clinique évidemment, mais encore une fois si c'est la clinique, je vais adapter ma posture et mon accompagnement en fonction de la clinique à travers l'activité créative. Ce sera pas que l'activité créative qui va travailler l'estime de soi du patient. Si c'est ça qu'on va chercher. Parce que il y a l'accompagnement, il y a la posture va pas être la même, je peux te donner des exemples si tu veux mais par rapport à la mise en échec, c'est un exemple par rapport à un choix à faire. Si je dis n'importe quoi, un patient doit choisir un support de mosaïque. Et que il arrive pas à faire un choix, je vais pas du tout accompagner la même façon en fonction de sa clinique. Si c'est un patient qui est plutôt dans la toute puissance ou un peu sur un versant comme ça. Bah je vais le laisser se coltiner le renoncement. Et puis je vais lui dire qu'il doit vraiment choisir qu'un c'est sûrement quelqu'un qui va négocier pour en choisir plusieurs et je vais lui dire non en fait si c'est un patient dépressif pour qui choisir c'est renoncer c'est un renoncement de plus et que ça l'effondre bah je vais l'accompagner et je vais plutôt verbaliser autrement, je vais lui dire d'en choisir un et puis ça veut pas dire que les autres il les aura pas peut-être qu'il les aura après etc. Je vais pas du tout avoir la même posture.

-Et du coup quels effets vous observez chez les patients qui présentent une dépression réactionnelle quand ils vont s'engager dans ces médiations créatives ?

-Bah parfois parce que moi ce que j'ai en tête, plus sur mon ancien service quand j'étais en détention que ici. Ici en UMD il y a pas tant, il peut y avoir des fléchissements timiques mais pas tant de la dépression même réactionnelle. Mais ce que j'avais à l'UHSA par exemple donc en carcéral, c'était plutôt qu'il y avait énormément de difficultés par exemple avoir une demande de difficulté à choisir une activité. Donc moi j'étais obligée la plupart du temps de choisir un peu pour eux au départ. D'avoir une espèce d'activité, genre un coloriage de mandala par exemple. Et puis eux en général, ils ont énormément mal à s'engager, et moi je verbalisais le fait que ça c'était la maladie qui faisait ça. Parce que souvent ils disaient ça m'intéresse pas, j'ai pas envie, ils sont dans un acqubab qui est difficile à amortir des fois et à accueillir tranquillement parce que nous on est là à vouloir les mettre en activité que eux ils sont là « ça sert à rien ». Ça peut parfois être un peu difficile donc je leur disais là c'est la maladie qui parle, là c'est parce que vous êtes vous êtes pas bien donc vous avez l'impression que ça sert à rien. Mais je leur demandais du coup de faire un effort. Je m'appuie un peu sur la petite relation qui était en train de se créer. Sans le dire, mais sans dire « faites ça pour moi ». Mais je m'appuie sur la petite relation qui est en train de se créer, pour leur demander de faire un effort et qu'on se revoie. Et puis parfois ils le font pas pour eux au départ parce que de toute façon pour eux ils ont une faible estime d'eux-mêmes que pourquoi ils feraient même un effort pour eux-mêmes. Mais ils sont peut-être un peu capables de faire un effort pour un autre. Et là à ce moment-là ils vont se mettre en activité et puis il y a un effet de l'objet fini sur eux.

Déjà parce qu'ils sont contents d'avoir fait quelque chose, terminer quelque chose, ils sont parfois contents de l'avoir fait pour toi. Ils sont quand même contents d'être venus. Je trouve

que les effets sont assez visibles sur comment ça les valorise même d'avoir honoré un rendez-vous. Donc il faut faire du renforcement positif sans être trop infantilisant, il faut trouver le bon dosage. Il faut pas croire non plus que parce que tu leur dis que c'est beau ça va suffire. c'est Freud alors après c'est dans la mélancolie qui parlait de ça, c'est quand même pas la dépression réactionnelle mais Freud, quand il parlait de la mélancolie, il disait que c'était pas la peine d'essayer de les valoriser, c'est plus profond que ça chez eux donc ça sert à rien. Mais là, je suis en train de parler de la mélancolie qui cliniquement c'est pas la même chose. Dans la dépression réactionnelle, il y a quelque chose qui est quand même moins profond parce que justement ce réactionnel, ils sont pas structurés comme ça au départ ces patients là. Donc ils peuvent être plus sensibles à la valorisation me semble-t-il.

-Ma question d'après en quoi ces médiations peuvent-elles soutenir la reconstruction de l'identité occupationnelle après une rupture liée à un évènement de vie ?

-Bah pour ça à mon avis il faut s'intéresser aux habitudes antérieures du patient à ce qui l'intéressait avant. Alors je te dirais pas ça pour tous les patients parce que par exemple avec un patient qui a décompensé une psychose, il y a souvent beaucoup de pertes cognitives.

Tu vois les décompensations successives attaquent beaucoup la cognition. Et ça fait que des patients qui avant dessinaient hyper bien, tu les rencontres après 10 ans de psychose et ils ont perdu. Donc ça me paraît important de le préciser. Il faut pas forcément y aller bien en tête sur leurs habitudes antérieures. Mais une dépression réactionnelle, oui, moi j'irais. En général je te dis la dépression, il y a moins d'effet cognitif, mais il y a un effet.

Tu sais que la dépression elle a des effets sur les capacités cognitives des patients. Donc faut faire gaffe, mais ça vaut le coup d'aller chercher peut-être pas aller chercher le même niveau qu'avant. Mais tu peux quand même y aller. Puis si t'y arrives et qu'il retrouve ses habiletés etc, T'as tout gagné forcément avoir un effet de retour sur lui et sur son identité. Et puis si jamais il y arrive pas toi t'as tes connaissances, parce qu'il faut faire gaffe si jamais il y arrive pas et que ça le dévalorise encore plus, faut faire attention mais toi t'as tes connaissances cliniques et tu peux lui dire tu peux lui dire mais vous savez là comme vous êtes en ce moment en dépression il y a aussi des atteintes cognitives et c'est pas grave vous inquiétez pas on va se faire ensemble.

-Quelles difficultés et quelles limites vous rencontrez dans l'utilisation des médiations créatives dans ce contexte-là ?

-La limite c'est la mise en échec et c'est le manque d'élan au départ. Peut-être qu'au début il faut un petit peu faire un quatre mains, initier quelque chose, puis petit à petit qu'il s'approprie complètement sa demande, mais c'est forcément ça ce qui va pêcher, c'est à la fois le début et la fin quoi. Après c'est juste adapter la posture c'est pas vraiment une difficulté ou une limite.

-Est-ce que vous pouvez me décrire une situation où justement les médiations elles ont permis une évolution chez un patient dans le processus de reconstruction.

-Oui, j'ai un exemple je me souviens d'une patiente sur un profil de dépression réactionnelle. Elle avait aussi de l'anorexie. Elle a commencé à faire avec moi du dessin, de l'aquarelle. Quelque chose qui lui correspondait bien ça prend pas trop de place, c'est très discret, c'est très en transparence comme ça. Et puis en fait il me semble qu'elle en a fait beaucoup chez elle.

Et j'ai souvenir de cette petite dame là qui venait de manière très discrète comme ça une fois par semaine en fin de journée et qui petit à petit a vraiment repris du poil de la bête et qui a transféré l'activités chez elle, c'est extrêmement rare et là pour le coup elle en avait fait et elle s'était vraiment éclatée à faire ça chez elle. Jusqu'à ce que je la vois plus parce qu'elle allait beaucoup mieux.

Après par rapport aux limites, je reviens sur la question d'avant, je pense qu'il y a des activités de projectives créatives qui sont pas simples avec des patients qui ont une estime d'eux un peu dans les chaussettes.

-Vous pensez à quoi comme activités ?

-Bah je pense modelage, c'est pas forcément ça facile. Parce que tu peux vite tomber sur quelque chose d'un peu moche, un peu archaïque, un peu un peu brut. Disons que s'ils ont une envie et qu'ils disent qu'ils veulent faire du modelage, va falloir prendre la balle au bon parce qu'ils sont pas beaucoup. Mais là j'accompagnerai en masse pour qu'il y ait beaucoup de techniques et peu de modelage dans la masse. Je mettrai la technique de la plaque, je ferai des empreintes avec des feuilles, je ferai tu vois des trucs très techniques pour peut-être contrer l'aspect un peu brut de la terre qui peut être un peu au rendu pas très esthétique. Je pense qu'il y a des activités créatives où il faut faire un petit peu attention la terre en est une. Mais encore une fois tu l'adaptes quoi tu vois c'est à toi d'adapter le truc.

-Oui c'est vrai que là ce que ce que vous me dites, j'ai aussi un exemple en tête. C'est vrai, je pense au niveau de l'esthétisme, surtout quand on a un attendu. Enfin, qu'on espère avoir un beau rendu qu'en plus de ça on est dans une phase de dévalorisation, je pense que c'est pas la meilleure des choses.

-Oui c'est pour ça. après le truc c'est que si c'est sa demande tu vas être obligé quand même d'y aller. Mais au lieu de faire directement dans la masse, tu vas proposer la technique de la plaque par exemple qui fait des choses plus nettes, plus maîtrisables pour toi. Et après la question du beau, on est pas censé attendre du beau en ergothérapie mais avec quelqu'un qui est en dépression réactionnelle, on est un peu obligé d'aller chercher quand même quelque chose qui le satisfait un minimum.

-Ouais pour lui donner envie par la suite envie de reprendre des occupations.

-T'as aussi ce qui valorise beaucoup les patients, c'est les expositions. Dire que l'un des devenir de l'objet parce que tu vas parler du devenir de l'objet au début, ça fait partie de ton cadre. Tu peux dire que l'un des devenir de l'objet c'est d'être exposé dans l'atelier par exemple.

Et tu peux accompagner ton patient si tu penses que c'est pertinent à ce qu'il expose son objet dans l'atelier. Parce que forcément un objet exposé il y a des commentaires. on est quand même dans des lieux bienveillants, donc il y a des commentaires sympas. Ça peut-être quelque chose qui vient renforcer la valorisation d'avoir fait quelque chose.

-Est-ce que vous avez des éléments à ajouter ou des choses à dire qui peuvent étoffer l'entretien ?

-Non je crois pas. Après l'expérience que j'ai avec les patients qui étaient en dépression comme ça réactionnelle et qui était un intra, c'est suivi typiquement que j'ai continué sur l'extra. Je pense que c'est des patients qui ont besoin de plus de temps d'ergo que de temps d'hospitalisation. Pour accompagner, soutenir, tu vois l'engagement occupationnel. Parce qu'après c'est des gens qui sont hospitalisés donc ça va mieux, ils sont dans un petit cocon, ils sont sensibles en général.

-Je pense qu'il faut les soutenir

-Il faut continuer le soutien après. Parce qu'après ils retournent chez eux ce qui a fait rupture dans leur biographie, ils se le recoltinent en sortant de l'hospitalisation. La plupart du temps, c'est en général des suivis qu'il faut continuer sur l'extra.

-Oui et puis après ils peuvent continuer une sorte d'anhédonie chez eux, d'avoir envie de rien faire. Et je pense que justement ce soutien comme vous dites sur l'extra hospitalier ça peut leur redonner un élan au niveau des occupations et après même eux pourquoi pas continuer à s'engager dans des activités par eux-mêmes.

-Oui, c'est des patients qui vont être assez sensibles à l'accompagnement vers un club, un cours de dessin, tu vois. C'est-à-dire continuer à les voir en séance dans un lieu extra, mais c'est aussi les accompagner un peu dans leur vie, trouver un ancrage occupationnel dans leur vie quotidienne.

-Bah merci beaucoup en tout cas pour vos retours. Ça a été assez intéressant

-Ah bah tant mieux si jamais t'as des questions, t'hésite pas m'écrire.

-Merci beaucoup en tout cas c'est gentil de m'avoir donné de votre temps.

-Bon courage pour la suite de l'écriture

-Merci, c'est gentil. Bonne journée à vous.

-Merci à vous aussi

-Au revoir.

Annexe III : Formulaire de consentement



**Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en
Ergothérapie**

Institut de formation en ergothérapie : 52 rue Vitruve, 75020 PARIS

Tél. : 01 43 67 15 70 - Email : ife@adere-paris.fr

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT AUDIO

Dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je sollicite votre accord pour procéder à l'enregistrement audio de notre entretien. Si vous y consentez, merci de compléter les informations ci-dessous et d'apposer votre signature en bas de page.

Je soussigné(e)

donne mon accord à,

Mme **HARID Inès**, étudiante en ergothérapie, pour enregistrer notre échange en format audio.

Cet enregistrement est destiné exclusivement à la retranscription et à l'analyse des données dans le cadre de ce travail de recherche académique. Il ne fera l'objet d'aucune utilisation commerciale. Les données seront traitées de manière anonyme et ne seront diffusées sous aucune forme auprès du public.

Date et lieu :

Signature :

Annexe IV : Mail envoyé aux ergothérapeutes

Objet : Demande d'entretien dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en ergothérapie

Bonjour Madame,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire portant sur les médiations créatives auprès de patients présentant un trouble dépressif réactionnel.

Actuellement étudiante en ergothérapie à l'ADERE, je souhaiterais recueillir le témoignage et l'expertise de professionnels impliqués dans ce type de prise en charge. Votre expérience dans ce domaine m'aiderait fortement pour nourrir ma réflexion et enrichir mon travail.

Je me permets donc de vous solliciter afin de savoir s'il vous serait possible de m'accorder un entretien téléphonique, en visioconférence ou en présentiel à partir de la mi-avril, d'une durée d'environ 30 minutes, selon vos disponibilités.

Cet échange aurait pour objectif de mieux comprendre votre regard sur l'intérêt des médiations créatives dans l'accompagnement de ces patients.

Je reste bien entendu disponible pour m'adapter à vos disponibilités et vous remercie par avance pour l'attention portée à ma demande. Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement,
HARID Inès

Étudiante en ergothérapie
IFE ADERE Paris